



Regione Umbria

Direzione Regionale Salute, Coesione Sociale e Società della Conoscenza

*Progetto di sorveglianza epidemiologica
per l'area delle dipendenze*

Mortalità per overdose da stupefacenti in Umbria

Dati aggiornati al 31 dicembre 2011

**PERUGIA
Maggio 2012**

Progetto di sorveglianza epidemiologica sulle dipendenze

Mortalità per overdose da stupefacenti in Umbria

Dati aggiornati al 31 dicembre 2011

Redazione ed elaborazione

Rosa Andino, Angela Bravi, Gian Paolo Di Loreto

Regione Umbria - Direzione Salute, coesione sociale e società della conoscenza – Servizio di programmazione dell'assistenza di base e ospedaliera – Sezione Salute mentale e dipendenze

Paola Melai, Verdiana Tondi

Università degli Studi di Perugia – Istituto di Medicina Legale - Sezioni di Perugia e di Terni

Maria Pia Telera

Azienda Ospedaliera di Perugia - Servizio Emergenza sanitaria 118

Con il contributo dei Dipartimenti per le dipendenze e delle Unità di strada dell'Umbria

Fonti:

Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga
Sezione di Medicina Legale dell'Università di Perugia – sedi di Perugia e di Terni
Servizio di Emergenza/Urgenza 118 – Area del Perugino
Dipartimenti per le dipendenze delle Aziende USL

Indice

PREMESSA METODOLOGICA	PAG. 3
LE FONTI UTILIZZATE	PAG. 4
MORTE PER OVERDOSE – ANDAMENTO DEL FENOMENO IN UMBRIA NEL PERIODO 1996-2011	PAG. 5
MORTE PER OVERDOSE E TASSO PER 100.000 ABITANTI	PAG. 6
MORTE PER OVERDOSE E ANDAMENTO PER PROVINCIA.....	PAG. 7
MORTE PER OVERDOSE E SESSO DEI DECEDUTI	PAG. 8
MORTE PER OVERDOSE ED ETÀ DEI DECEDUTI	PAG. 9
MORTE PER OVERDOSE E SOSTANZE RILEVATE DAGLI ESAMI TOSSICOLOGICI	PAG. 12
MORTE PER OVERDOSE E LUOGO DI NASCITA DEI DECEDUTI	PAG. 14
MORTE PER OVERDOSE E LUOGO DI RESIDENZA DEI DECEDUTI	PAG. 15
MORTE PER OVERDOSE E COMUNE OVE VIENE RINVENUTO IL CADAVERE.....	PAG. 16
MORTE PER OVERDOSE E LUOGO DI RITROVAMENTO DEL CADAVERE	PAG. 17
MORTE PER OVERDOSE E MESE DEL DECESSO	PAG. 19
MORTE PER OVERDOSE E SERVIZI PER LE DIPENDENZE	PAG. 20
PERCORSI DI VITA E FATTORI DI RISCHIO.....	PAG. 21
OVERDOSE FAUSTE - INTERVENTI DEL 118.....	PAG. 22
ATTIVITÀ DI CONTRASTO AL NARCOTRAFFICO DELLE FF.OO.	PAG. 28
CONCLUSIONI	PAG. 30

Premessa metodologica

L'*Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze* nella *Relazione Annuale 2011-Evoluzione del Fenomeno Droga in Europa*, precisa che se il numero dei decessi indotti dagli stupefacenti riferito dai diversi paesi da un lato “può essere influenzato dalla prevalenza e dai modelli di consumo degli stupefacenti (per via parenterale, poliassunzione), dall'età e dalle comorbilità dei tossicodipendenti e dalla disponibilità dei servizi di trattamento e di emergenza”, d'altro lato esso è direttamente condizionato “dalla qualità della raccolta dei dati e dalla modalità di stesura delle relazioni”. Invita quindi, nonostante il miglioramento generale a livello europeo nell'affidabilità dei dati, ad “... una certa cautela nel confronto tra paesi, poiché esistono ancora differenze nella metodologia di stesura delle relazioni e nelle fonti di dati”.

In Italia, dove il flusso ufficiale dei dati è rappresentato dal Registro Speciale di mortalità della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno e le rilevazioni sono affidate alle Prefetture, persiste un'analogia criticità. Le rilevazioni sono caratterizzate infatti da una generale sottostima del fenomeno e da disomogeneità delle fonti e delle metodologie adottate; sono basate generalmente sulla segnalazione di “casi di morte da sospetta overdose” effettuata dalle Forze dell'Ordine, a prescindere da successive conferme tossicologiche; si segnalano infine difformità diffuse dei livelli di accuratezza e completezza nelle diagnosi di decesso. Di conseguenza, anche a livello nazionale le operazioni di comparazione tra i dati reperiti nei diversi territori risultano scarsamente fondate.

In Umbria, come prima risposta nei confronti di un problema che appariva raggiungere livelli decisamente preoccupanti, è stata consolidata negli anni un'attività di monitoraggio della mortalità per overdose, basata su una rete piuttosto articolata: l'Istituto di Medicina legale dell'Università di Perugia (sezioni di Perugia e di Terni), il Servizio di Emergenza Urgenza – 118 dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, i servizi per le dipendenze (di diversa tipologia) presenti nel territorio regionale, il Laboratorio centralizzato dei Carabinieri di Perugia – LASS. I dati forniti dai soggetti elencati, poi elaborati ed analizzati da parte degli Uffici regionali competenti, sono risultati, da una verifica protratta negli anni, maggiormente attendibili e completi.

L'allarme diffuso a tutti i livelli intorno al problema ha inoltre contribuito a sviluppare in Umbria una sensibilità particolare negli operatori sanitari, nelle istituzioni, nella popolazione regionale, determinando un buon livello di accuratezza nelle segnalazioni dei casi di decesso.

Dai due elementi segnalati, associati ad un dato numerico assoluto comunque ridotto che semplifica le attività di rilevazione, deriva un sistema di osservazione completo ed accurato, che consente oggi un'analisi approfondita del fenomeno, basata sulla sorveglianza del suo andamento nel corso degli anni, utile ad orientare concretamente le strategie per la prevenzione delle overdose.

Sulla base di tali considerazioni, riteniamo artificioso e quantomeno inutile enfatizzare le comparazioni tra i dati reperiti nei diversi territori, mentre è sicuramente importante, nonché più utile sul piano operativo, analizzare il fenomeno nel suo andamento negli anni, anche per una sostanziale omogeneità delle metodologie adottate. In questo caso occorre però tenere presente che qualora l'indicatore di un fenomeno si basi su numeri piccoli (come nel caso dell'Umbria), non è possibile attribuire ad esso una particolare significatività statistica, ma occorre utilizzare l'indicatore in questione come tale, cioè come indicazione di linee di tendenza e di emergenza, leggendo ogni scostamento con cautela.

Le fonti utilizzate

Le attività di monitoraggio del fenomeno della mortalità per overdose sono state avviate in Umbria ormai da molti anni ed una delle prime fasi di lavoro è consistita nella selezione delle fonti di dati da utilizzare.

A questo proposito occorre precisare che a livello nazionale la fonte di riferimento è il Registro Speciale di mortalità della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, che produce a cadenza annuale dati aggregati per provincia e per regione. Tuttavia un'analisi della qualità dei dati forniti ha evidenziato alcune criticità: il Registro riporta i casi di "sospetto decesso per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti" senza documentare gli esiti di successive verifiche tossicologiche; inoltre nei diversi territori provinciali (poiché la rilevazione è affidata alle Prefetture, che utilizzano abitualmente i dati forniti dalle Forze dell'Ordine) le metodologie di rilevazione nonché, a monte, l'accuratezza delle diagnosi risultano molto variabili. Attraverso questa fonte, infine, possono essere ricavate scarse informazioni di dettaglio.

E' stato quindi preso in considerazione, quale fonte dei dati di base, l'Istituto di Medicina legale dell'Università di Perugia, che attraverso le due sedi di Perugia e di Terni espleta su mandato della Magistratura i rilievi autoptici e gli accertamenti tossicologici nei casi di decesso per sospetta overdose che avvengono in Umbria. Detto Istituto è inoltre in grado di fornire informazioni ulteriori, indispensabili per analizzare il fenomeno nei suoi molteplici aspetti.

Un'ulteriore fonte disponibile è il ReNCaM, Registro Nominativo delle Cause di Morte, che rileva i decessi classificandoli in base alle cause di morte, codificate secondo la Decima Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD 10).

Mettendo a confronto i dati forniti dalle fonti considerate per il periodo 2000-2011, si osservano negli anni diverse discrepanze, più frequentemente orientate per difetto nelle rilevazioni della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno e nel ReNCaM, rispetto ai dati dell'Istituto di Medicina legale, che pertanto risultano maggiormente attendibili (poiché sostenuti da indagini tossicologiche) e completi (*Tabella N. 1 e N. 2*).

ANNO	RILEVAZIONE MED.LEG. UMBRIA	RILEVAZIONE DCSA MIN.INTERNI	DIFFERENZA % CON RILEVAZIONE UMBRIA
2000	27	25	-7
2001	22	22	0
2002	21	21	0
2003	23	20	-13
2004	25	15	-40
2005	25	25	0
2006	30	26	-13
2007	35	38	9
2008	27	26	-4
2009	18	17	-6
2010	24	28	17
2011	26	?*	?*

Tabella N. 1: Numero di morti per overdose, fonte di rilevazione, differenza % tra le due fonti di dati sulla base della rilevazione delle medicine legali dell'Umbria - Umbria 2000-2011. LEGENDA: In giallo sono evidenziate le discrepanze per difetto nella rilevazione della DCSA, in rosso quelle nelle rilevazioni della Medicina Legale.

**Dati DCSA 2011 non ancora disponibili al momento della stesura del presente report.*

La *Tabella N.1* mostra le contraddizioni tra la rilevazione effettuata dall'Istituto di Medicina legale e quella del Ministero dell'Interno, evidenziando come i numeri assoluti forniti dalla seconda, nonostante si dia conto dei casi sospetti a prescindere dai riscontri tossicologici, siano inferiori in tutti gli anni considerati (periodo 2000-2010) ad esclusione del 2007 e del 2010.

ANNO	RILEVAZIONE MED. LEG. UMBRIA (solo residenti umbri)	RILEVAZIONE RENCAM (solo residenti umbri)	DIFFERENZA % CON RILEVAZIONE UMBRIA
2006	22	15	-31,8
2007	25	20	-20,0
2008	23	16	-30,4
2009	16	13	-18,8
2010	19	13	-31,6

Tabella N. 2: Numero di morti per overdose residenti in Umbria, fonte di rilevazione, differenza % tra le due fonti di dati sulla base della rilevazione delle medicine legali dell'Umbria - Umbria 2006-2010. LEGENDA: In giallo sono evidenziate le discrepanze per difetto nella rilevazione del RENCAM..

Nella Tabella N.2 sono messi a confronto i dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte, relativi ai soli residenti in Umbria deceduti per overdose, con i dati dell'Istituto di Medicina legale, limitati anch'essi ai residenti in Umbria; anche qui sono evidenti discrepanze in difetto in tutti gli anni considerati (2006-2010) a carico del ReNCaM.

Emergono quindi significative contraddizioni tra le diverse fonti di dati, che possiamo presumere sussistano in tutto il territorio nazionale, con tutte le conseguenze metodologiche e valutative del caso, soprattutto in presenza di un universo numericamente più consistente. Se questa situazione da un lato documenta concretamente le difficoltà per una corretta ed esaustiva registrazione (connesse alla complessità della diagnosi, a resistenze associate alla stigmatizzazione sociale del fenomeno, alla molteplicità dei soggetti istituzionali che entrano in gioco), dall'altro avvalorata la necessità di procedere a livello nazionale ad una rivisitazione sostanziale delle metodologie adottate, tanto più se si considerano queste informazioni come fondamentali ai fini dell'impostazione delle politiche di intervento.

Per quanto riguarda le attività di monitoraggio in Umbria, ritenendo prioritario il criterio dell'accuratezza dei dati, garantito da accertamenti tossicologici specifici, e la maggiore completezza, secondo quanto sopra documentato, la scelta definitiva della fonte di riferimento è caduta sull'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Perugia.

Partendo da questa rilevazione di base, mantenuta costante negli anni, si è proceduto poi ad ampliare nel tempo il ventaglio dei soggetti coinvolti nel monitoraggio, al fine di completare con maggiori informazioni il quadro del fenomeno analizzato.

Sono quindi diventati parte attiva della rete informativa: i Servizi sociosanitari per le dipendenze e le unità di strada, il Servizio di emergenza-urgenza 118 dell'area del Perugino (che è risultato essere, a livello regionale, il servizio coinvolto nella maggioranza delle overdose), il Laboratorio centralizzato dei Carabinieri di Perugia-LASS (per quanto riguarda le caratteristiche delle sostanze sequestrate).

Infine, sono stati realizzati percorsi di positiva collaborazione interistituzionale con le Prefetture, in particolar modo nell'ultimo anno su iniziativa della Prefettura di Terni, per quanto concerne la verifica dei dati di decesso relativi alla provincia di competenza.

Morte per overdose – Andamento del fenomeno in Umbria nel periodo 1996-2011

Entrando nel dettaglio del numero dei decessi per overdose in Umbria, il trend che parte dall'anno 1996 denota un fenomeno sostanzialmente stabile fino al 2005, pur con una discreta variabilità negli anni; nello stesso periodo, in Italia si evidenzia una continua decrescita seguita da una stabilizzazione del dato.

Nel 2006 e nel 2007 si rileva in Umbria un significativo aumento, fino a raggiungere il picco più alto del periodo osservato (35 decessi).

Nel 2008 si evidenzia una prima inversione di tendenza, confermata in modo molto marcato nell'anno 2009, in cui si raggiunge il livello più basso dell'ultimo decennio (18 decessi).

Nel 2010 si è verificato un nuovo aumento (24 decessi), trend che si è mantenuto anche per quanto riguarda l'anno 2011, nel quale i decessi in Umbria risultano esseri 26, l'8,3% in più rispetto all'anno precedente (*Grafico N 1*). L'aumento registrato nel 2011 è riferito alla provincia di Terni, mentre il dato della provincia di Perugia rimane invariato rispetto all'anno precedente (V. oltre *Grafico N 3*).

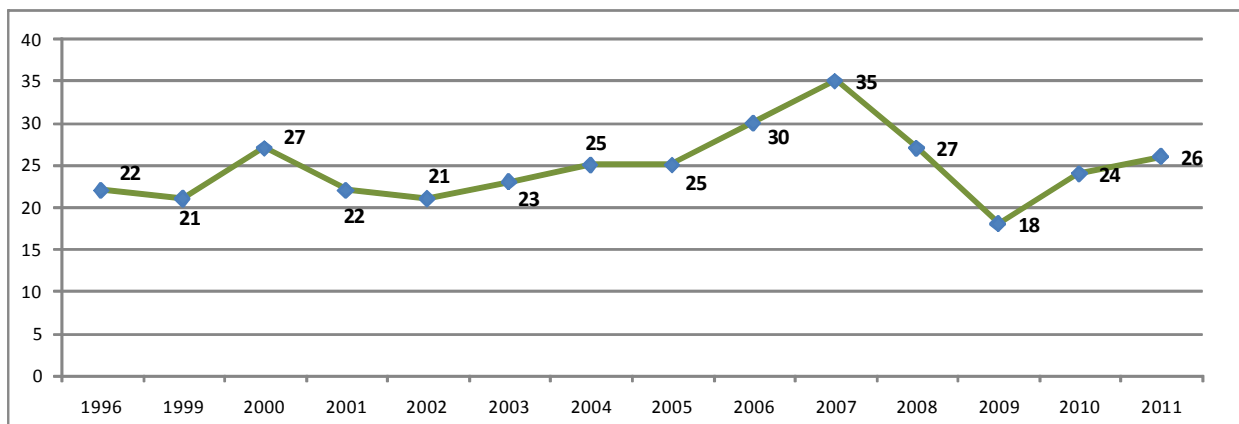


Grafico N. 1: Numero di decessi per overdose in Umbria. 1996-2011

L'andamento fotografato dal grafico mette in evidenza la difficoltà di incidere stabilmente su un fenomeno comunque complesso e dalla etiologia multifattoriale.

Morte per overdose e tasso per 100.000 abitanti

Accanto ai valori assoluti, occorre considerare il rapporto del numero dei decessi rispetto alla popolazione residente; in questo caso è stata presa in considerazione la fascia di residenti con età dai 15 ai 64 anni, indicata dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT - EMCDDA)¹ come popolazione esposta al rischio (*Grafico N.2*).

Confrontando il dato regionale con quello nazionale (fonte: Ministero dell'Interno) nell'arco degli ultimi 15 anni, si evidenzia come fino al 2007 la forbice tra il dato nazionale e quello regionale si sia mantenuta molto ampia, poiché a livello nazionale a partire dal 1996 si è verificata una significativa e progressiva diminuzione, alla quale non è corrisposto in Umbria un analogo andamento.

Nel 2009, tuttavia, in Umbria il dato risulta dimezzato rispetto al 2007 e si è avuto un primo significativo avvicinamento alla linea di tendenza registrata a livello nazionale.

Nel 2010 si assiste ad una nuova inversione di tendenza, con il 4,1 per 100.000 mila abitanti di 15-64 anni (che ha mantenuto l'Umbria al primo posto tra le regioni italiane per tasso di mortalità), mentre nel 2011 si verifica un ulteriore rialzo del tasso regionale di mortalità, che arriva al 4,5. Ad oggi non risulta ancora possibile comparare il dato regionale con quello nazionale del 2011, poiché quest'ultimo non è ancora disponibile.

¹ Nei rapporti precedenti la fascia d'età considerata per l'elaborazione del tasso di mortalità per overdose era di 14-64 anni, che era inizialmente avallata anche dall'OEDT. La scelta di applicare dal presente rapporto il nuovo range di 15-64 anni è stata comunque accompagnata da una verifica metodologica sulle rilevazioni effettuate negli scorsi anni, con l'applicazione del range 15-64; da tale verifica non sono comunque risultate variazioni significative nei tassi a suo tempo rilevati col precedente range di riferimento, vale a dire 14-64.

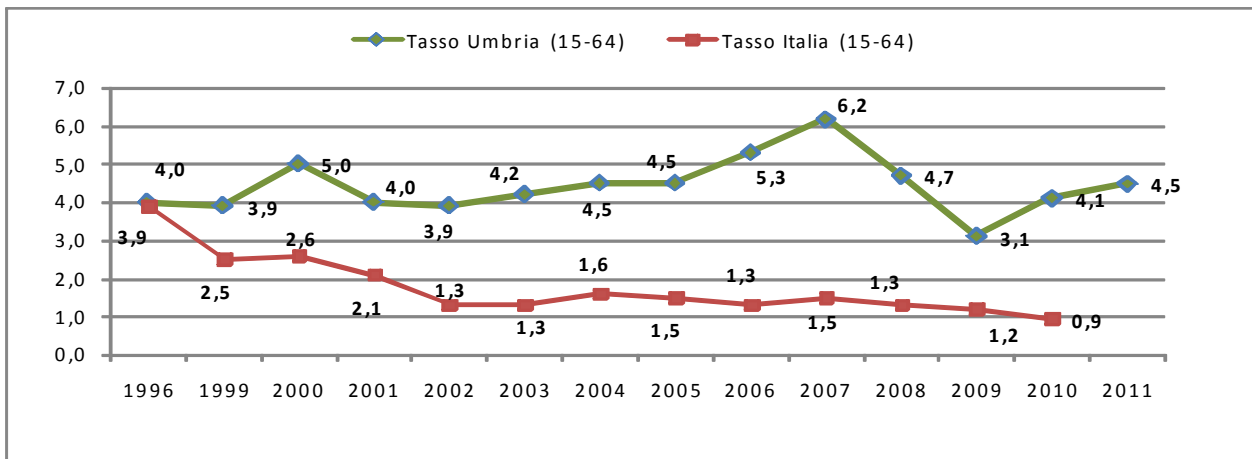


Grafico N.2: Tasso di mortalità per overdose x 100.000 ab. di 15-64 anni. Italia 1996-2010, Umbria 1996-2011

Sempre per quanto riguarda il dato registrato nel 2010 a livello nazionale, in Italia sono stati complessivamente rilevati 374 casi di morti per overdose, il 22,7% in meno dell'anno precedente; in valori assoluti la regione più interessata al fenomeno risulta essere stata il Lazio con 72 casi, seguita dalla Campania con 51 casi e dalla Lombardia con 33 casi; al momento, come già ricordato, non sono disponibili i dati per l'anno 2011.

Morte per overdose e andamento per provincia

Analizzando i dati su base provinciale, si rileva che le 26 persone morte per overdose nel 2011 in Umbria si ripartiscono in 23 nella provincia di Perugia e 3 nella provincia di Terni.

Dall'analisi del Grafico N.3 si evince che, per quanto riguarda il dato della provincia di Perugia, vi è una certa costanza negli ultimi 4 anni, con l'eccezione del sostanziale calo del 2009, ed il dato è addirittura identico tra il 2010 ed il 2011, mentre il lieve aumento dei decessi in Umbria tra i due periodi è dovuto al fatto che i decessi in provincia di Terni passano da 1 a 3.

Tuttavia, per la provincia di Terni appare estremamente azzardato proporre una valutazione compiuta sulla variabilità o stabilità del dato, visto il numero decisamente basso dei decessi rilevati, in particolare dal 2007 in poi.

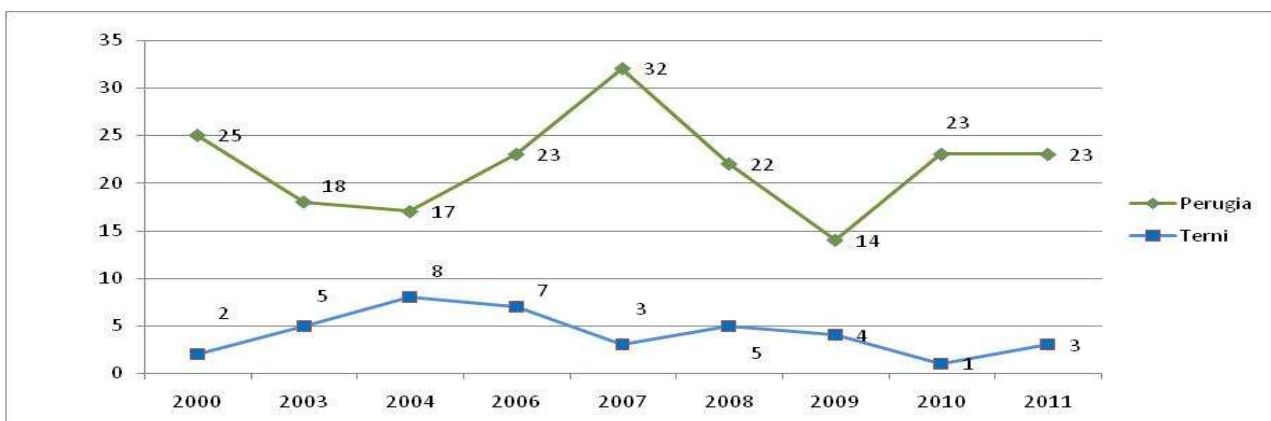


Grafico N.3: Decessi per overdose per provincia. Periodo 2000-2011 – dati assoluti

Il grafico successivo, relativo ai tassi per provincia dei decessi per overdose, considerando la popolazione compresa nel range 15-64 anni, contribuisce ad una migliore comprensione del trend per provincia.

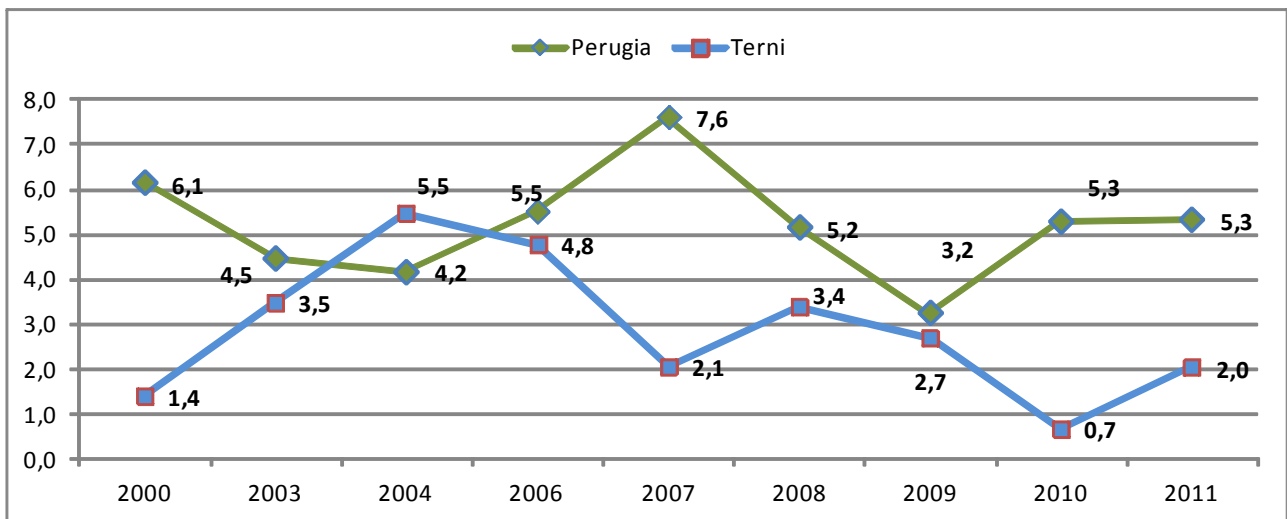


Grafico N.4: Decessi per overdose per provincia. Periodo 2000-2011 – tasso per 100.000 abitanti età 15-64

Il differente andamento del fenomeno tra le due province (non solo il numero assoluto, ma anche il tasso di mortalità, con l'eccezione del 2004, è costantemente più basso per la provincia di Terni) avvalorava l'ipotesi della sussistenza di condizioni fondamentalmente diverse tra i due territori in termini di fattori determinanti. L'elemento discriminante maggiormente significativo è plausibilmente identificabile nello stabilirsi nella città di Perugia di un mercato illegale di sostanze stupefacenti particolarmente diffuso ed aggressivo, in espansione negli anni, che attrae acquirenti non solo da tutta la provincia ma anche dal resto del territorio regionale e da regioni limitrofe.

Morte per overdose e sesso dei deceduti

I dati indicano come la mortalità per overdose sia, anche in Umbria, un fenomeno prevalentemente maschile, confermando i dati nazionali.

Se tuttavia consideriamo i consumi dichiarati nella popolazione di 15-64 anni, sia per quanto riguarda l'Italia che per l'Umbria, delle sostanze che possono essere considerate portatrici di maggior rischio di overdose, vale a dire eroina e cocaina, si evidenzia che in tali consumi il dato femminile, comunque sempre inferiore a quello maschile, è indubbiamente ben più rilevante rispetto a quanto si riscontra nella mortalità per overdose². In altre parole, le donne, che riferiscono un consumo di sostanze meno diffuso rispetto agli uomini, muoiono inoltre in misura minore rispetto a quanto dichiarano di consumare, e questa non coincidenza potrebbe dipendere da una maggiore propensione dei maschi ad assumere comportamenti a rischio nelle modalità del consumo. Va comunque riportato come anche in Europa³ la maggior parte dei consumatori di droga che muore per overdose sia di sesso maschile (81%).

² Dalla indagine IPSAD 2007-2008 – dichiarazione circa il consumo di stupefacenti una volta nella vita nella popolazione 15-64 anni. Dato prevalenza Italia, risultano i seguenti dati: anni 2007-2008, oppiacei: maschi 2,3%, femmine 1,0%. Cocaina: maschi 8,7%, femmine 5,6%. Prevalenza Umbria, anni 2007-2008, oppiacei: maschi 2,8%, femmine 1,2%. Cocaina: maschi 11,5%, femmine 5,2%.

³ “Nel complesso, si registrano circa quattro casi che coinvolgono uomini per ogni caso che riguarda una donna (con un rapporto che va da 1,4:1 in Polonia a 31:1 in Romania). Negli Stati membri che hanno aderito all'UE più di recente, sono più probabili i decessi riferiti indotti dagli stupefacenti negli uomini e nei giovani rispetto agli Stati membri prima del 2004 e alla Norvegia. I modelli sono diversi in Europa, con percentuali più elevate di uomini riferite nei paesi meridionali (Grecia, Italia, Romania, Cipro, Ungheria, Croazia) e in Estonia, Lettonia e Lituania”. *Relazione Annuale 2011, Evoluzione del Fenomeno Droga in Europa, OEDT – Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze*, Lisbona, p. 96.

Tornando ai dati sulla mortalità, nel 2011 si assiste ad un aumento nella percentuale dei decessi maschili rispetto all'anno precedente, visto che si passa dal 79,2% del 2010 all' 88,5% del 2011; va evidenziato come in questa percentuale giochi un certo ruolo la presenza o meno tra i deceduti di persone "transessuali", specifica che nella rilevazione nazionale non viene prevista.

	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Italia	Umbria	Italia	Umbria	Italia	Umbria	Italia	Umbria	Italia	Umbria	Italia	Umbria
Maschi	492	26	546	32	450	25	440	17	332	19	NP	23
Femmine	59	4	60	2	52	2	44	1	42	3	NP	3
Transessuale	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	NP	0
Totale	551	30	606	35	502	27	484	18	374	24		26

Tabella N. 3: Numero di morti per overdose e distinzione di genere. Italia 2006-2010; Umbria 2006-2011.

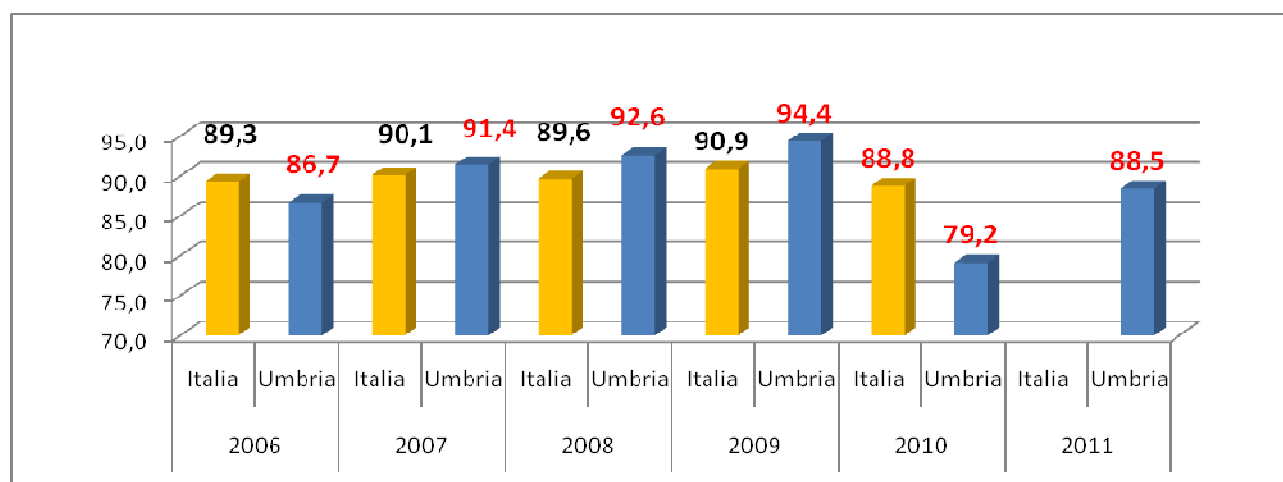


Grafico N. 5: Percentuale di maschi sul totale dei morti per overdose. Italia 2006-2010; Umbria 2006-2011.

Morte per overdose ed età dei deceduti

Nel 2010 l'età media dei deceduti per overdose in Italia è di 36 anni, dato sostanzialmente sovrapponibile a quello umbro, con un valore di 35,6. Per quanto concerne l'Umbria, nel 2011 si registra un'età media dei deceduti pari a 37 anni, quindi superiore al dato del 2010 ed anche a quello degli anni immediatamente precedenti (Tabella N.4).

Anno	Età media	
	Italia	Umbria
2007	35	34,5
2008	35	32,6
2009	35	35,8
2010	36	35,6
2011	N.P.	37

Tabella N.4: Età media deceduti. Italia 2007-2010. Umbria 2007-2011

Ciò mostra un sostanziale avvicinamento dell'età media del dato umbro a quello nazionale, quest'ultimo in crescita lenta ma costante nel tempo, e la cui rappresentatività è ovviamente sostenuta dalla consistente numerosità dell'universo considerato.

Del resto, anche la Relazione Annuale 2011 dell'OEDT – Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze, sostiene che "la tipica vittima per overdose mortale in Europa è un uomo di età compresa tra i 35 e i 39 anni, con una lunga storia di problemi correlati al consumo di oppioidi

alle spalle” (p.15), ed a questo proposito specifica come “l’età media dei tossicodipendenti deceduti per overdose di eroina nella maggioranza dei paesi è attorno ai 35 anni e in molti casi si sta alzando, a suggerire una possibile stabilizzazione o diminuzione del numero di giovani consumatori di eroina e un gruppo di consumatori problematici di oppioidi che invecchia. Nel complesso, il 12% dei decessi da overdose registrati in Europa si verifica tra persone di età inferiore a 25 anni” (p.96).

Decessi per fasce d'età. Umbria 2006-2011						
fasce d'età	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<15	0	0	0	0	0	0
15-19	0	0	1	0	0	1
20-24	7	1	1	1	1	3
25-29	5	10	6	6	5	2
30-34	4	6	8	1	2	4
35-39	3	4	5	1	8	4
>=40	11	10	5	8	8	11
non noto	0	4	1	1	0	1
Totale	30	35	27	18	24	26

Tabella N.5: Numero di decessi per fasce d'età. Umbria 2006-2011

Fasce d'età	2006		2007		2008		2009		2010		2011		Media % UMBRIA 2006-2011
	Italia	Umbria	Italia	Umbria	Italia	Umbria	Italia	Umbria	Italia	Umbria	Italia	Umbria	
<15	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	NP.	0,0	0,0
15-19	2,2	0,0	1,8	0,0	2,8	3,7	1,7	0,0	1,6	0,0	NP.	3,8	1,3
20-24	6,9	23,3	7,6	2,9	8,2	3,7	8,5	5,6	8,8	4,2	NP.	11,5	8,5
25-29	15,2	16,7	16,2	28,6	12,9	22,2	11,4	33,3	15,2	20,8	NP.	7,7	21,6
30-34	21,4	13,3	21,5	17,1	20,1	29,6	18,4	5,6	15,8	8,3	NP.	15,4	14,9
35-39	25,8	10,0	21,3	11,4	22,9	18,5	19,6	5,6	22,7	33,3	NP.	15,4	15,7
>=40	28,5	36,7	31,7	28,6	32,9	18,5	40,5	44,4	35,8	33,3	NP.	42,3	34,0
non nota	0,0	0,0	0,0	11,4	0,0	3,7	0,0	5,6	0,0	0,0	NP.	3,8	4,1
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		100	100

Tabella N.6: Percentuale di decessi per fasce d'età. Italia 2006-2010; Umbria 2006-2011; Media % Umbria 2006-11

Osservando l’evoluzione del quadro umbro per quanto riguarda le fasce d’età dei deceduti, constatiamo che nel 2011 il 42,3% dei decessi si colloca nella fascia over 40, in aumento rispetto al precedente anno; appare invece in netto calo, con il 7,7%, la percentuale di decessi relativa alla fascia d’età 25-29, calo che si evidenzia non solo rispetto all’anno 2010, ma che risulta inferiore rispetto a tutto il periodo 2006-2011 (Tabella N.6; Grafico N.6).

Tuttavia un’analisi complessiva del trend (ottenuta dalla media delle percentuali di ogni singola fascia d’età nei 6 anni considerati nella Tabella N.6) porta a concludere, nelle morti per overdose del periodo, circa la chiara rilevanza, accanto alla fascia over 40, proprio della fascia d’età 25-29.

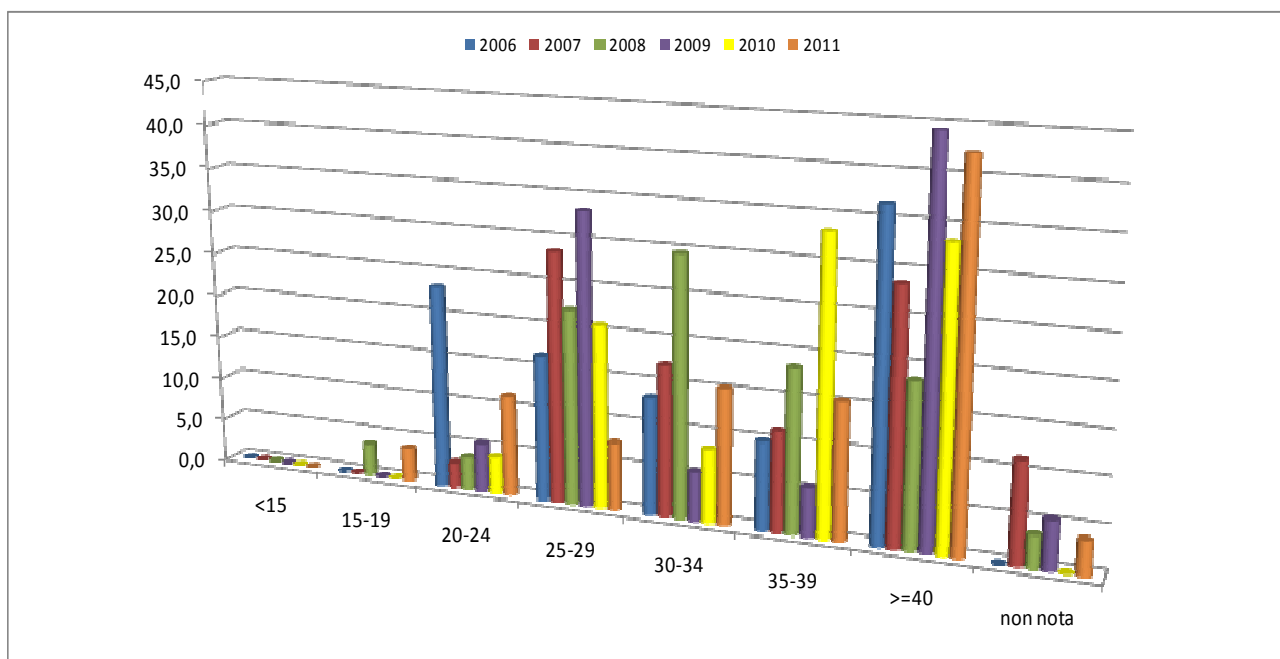


Grafico N. 6: Percentuali dei morti per fasce d'età. Umbria 2006-2011

E' possibile inoltre comparare l'andamento dei due macro-raggruppamenti per età, o polarizzazioni, che riguardano le percentuali dei decessi di soggetti minori di 30 anni e di quelli maggiori di tale età. Questa analisi ci mostra (Tabella N.7; Grafico N.7) come dal 2006 al 2011 sia progressivamente cresciuta nella nostra regione, con l'unica eccezione del 2009, la percentuale dei soggetti deceduti tra gli over 30, mentre per l'Italia si evidenzia, data anche la numerosità del campione, una maggiore stabilità seppur in un'età media più elevata.

%	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Italia	Umbria	Italia	Umbria	Italia	Umbria	Italia	Umbria	Italia	Umbria	Italia	Umbria
<30	24,3	40,0	25,6	31,4	24,1	29,6	21,5	41,2	25,7	25,0	NP	23,1
>30	75,7	60,0	74,4	68,6	75,9	70,4	78,5	58,8	74,3	75,0	NP	76,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

Tabella N.7: Percentuale di decessi per fasce d'età. >30 anni - < 30 anni. Italia 2006-2010; Umbria 2006-2011

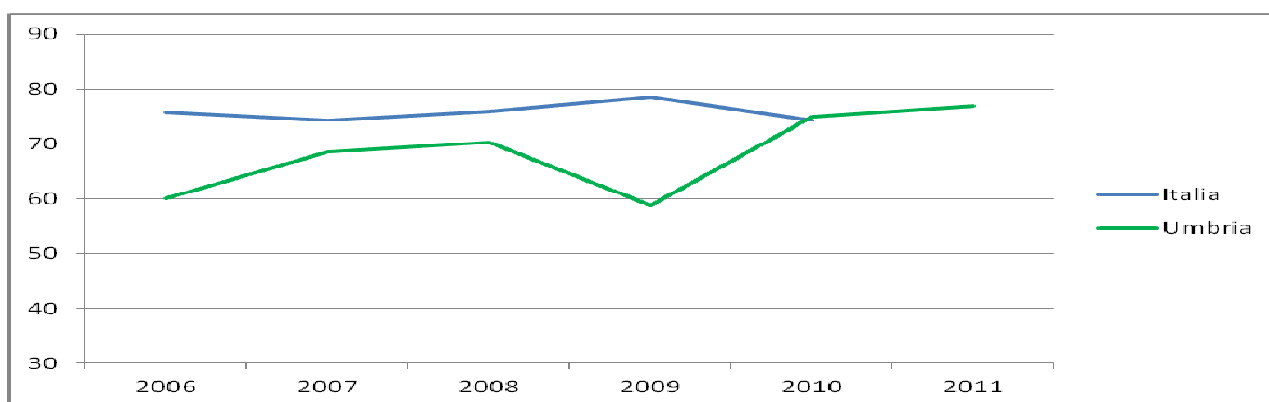


Grafico N. 7: Percentuale di decessi per fasce d'età. Polarizzazione > 30 anni. Italia 2006-2010; Umbria 2006-2011.

In conclusione, si può segnalare come negli ultimi anni la mortalità per overdose in Umbria tenda ad interessare prevalentemente le fasce di età più avanzate, e soprattutto le persone over 40, in coerenza con il dato nazionale e con le analisi sviluppate a livello europeo.

Tuttavia appare significativo, in un'analisi complessiva dell'andamento del fenomeno a livello regionale nell'arco degli ultimi 5 anni, anche il dato relativo alla fascia di età 25-29 anni.

Morte per overdose e sostanze rilevate dagli esami tossicologici

Prima di procedere nell'analisi, occorre precisare che non sempre è agevole, in presenza di più sostanze psicotrope nell'organismo del deceduto, individuare quella che ha causato in via principale la morte rispetto alle altre sostanze presenti, poiché la gran parte di queste può, per le proprie caratteristiche farmacologiche, aver svolto un ruolo significativo o addirittura aver interagito in modo decisivo nel decesso⁴.

A questo proposito va richiamato il fatto che fino allo scorso anno vi era, nel riepilogo dei referti tossicologici fornito a fini statistici dagli Istituti di Medicina Legale, una distinzione tra “sostanza principale causa del decesso” e “altre sostanze presenti”, mentre a partire dal 2011 non si fa più riferimento a tale distinzione, richiamando appunto la spiegazione che ciascuna sostanza psicotropa rinvenuta nell'organismo può aver avuto un ruolo concausale, se non decisivo.

Partendo proprio da questo assunto, i dati forniti nel 2011 sembrano mettere in evidenza, più che negli altri anni considerati, il fenomeno del policonsumo. Prendendo atto del nuovo orientamento, occorre però tenere nel dovuto conto che anche negli anni scorsi è stata frequentemente rilevata negli organismi dei deceduti la presenza di più sostanze, ulteriori rispetto a quelle che si era ritenuto avessero causato la morte in via principale, e che quindi il policonsumo documentato nel 2011 deve essere assolutamente considerato una conferma rispetto a quanto rilevato negli anni precedenti, e non una novità.

Pertanto, facendo alcune comparazioni alla luce di quanto precisato, se nel 2011 va evidenziato come nel 69,2% dei decessi registrati sia stata rilevata la presenza di più di una sostanza, questa proporzione era addirittura maggiore nel 2010, ove è stata rilevata la presenza di altre sostanze psicotrope, oltre alla sostanza ritenuta causa principale della morte, nell'83% dei decessi registrati, mentre nel 2009 tale dato di poliassunzione si riscontrava in una quota inferiore ma comunque significativa, pari al 56% dei casi.

Per quanto riguarda il 2011, nel 30,8% dei decessi l'eroina è risultata essere presente da sola, mentre era presente in concomitanza con altre sostanze in una percentuale di decessi superiore, pari cioè al 46,2%. In altre parole, tra i 20 casi di deceduti per overdose in cui è stata riscontrata presenza di eroina nell'organismo, solo in 8 casi l'eroina è stata rinvenuta da sola; questa proporzione è ancora meno marcata nel 2010, dove si parla addirittura di 4 casi su 20, mentre nel 2009 sono stati 7 casi su 13 ed 11 su 23 nel 2008; tutti questi dati, al di là di piccole oscillazioni, stanno comunque ad indicare abbastanza chiaramente come risulti sempre più difficile individuare, tra i deceduti che hanno consumato eroina, la categoria dell'eroinomane “puro”, cioè che fa ricorso esclusivamente a tale sostanza.

Inoltre, la complessiva presenza dell'eroina nel 77% dei deceduti per overdose nel 2011 non deve comunque sorprendere, considerando che essa era comunque presente nell'83% dei casi di decesso del 2010, nel 72% di quelli del 2009 e nell'85% di quelli del 2008.

Per quanto concerne invece la cocaina, si segnala che nel 2011 non si è rilevato nessun caso di decesso con questa come sostanza esclusiva; tuttavia essa, accompagnata da altre sostanze (in particolare eroina) è risultata essere presente nel 42,3% dei casi; nel 2010 essa era stata rinvenuta complessivamente addirittura nel 71% dei casi di decesso per overdose, mentre nel 2009 e nel 2008 si erano registrati presenze di tale sostanza in percentuali decisamente inferiori (rispettivamente del 18% e del 38%).

Infine, va sottolineata la frequente presenza nei referti del 2011 (in 10 casi, pari al 38,5% dei decessi) di benzodiazepine.

⁴ “Numerosi fattori sono associati alle overdose letali e non letali di eroina, tra cui l'assunzione per via parenterale e l'utilizzo simultaneo di altre sostanze, in particolare alcol, benzodiazepine e alcuni antidepressivi”. *Relazione Annuale 2011, Evoluzione del Fenomeno Droga in Europa, OEDT – Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze*, Lisbona, p. 96.

Quindi potremmo affermare che il policonsumo, al di là del nesso di causalità della singola sostanza nel provocare il decesso dell'assuntore, appare ben presente già da qualche anno, e che il 2011 conferma questo trend.

Le due tabelle seguenti, il cui riferimento è quello della cosiddetta "sostanza principale", illustrano un trend che va letto alla luce delle precisazioni sopra riportate (Tabella N.8, N.9).

	eroina	eroina + altro	cocaina	cocaina + altro	eroina + cocaina	eroina + cocaina + altro	MDMA + Ketamina	Metadone, Metadone+ benzodiazepine	non noto	totale
2006	27		3						0	30
2007	26		8					1	0	35
2008	15				8			1	3	27
2009	13							3	2	18
2010	20		4							24
2011	8	4	0	3	4	4	1	1	1	26

Tabella N.8: Umbria. Sostanze principali causa della morte. Valori assoluti 2006-2011.

	eroina	eroina + altro	cocaina	cocaina + altro	eroina + cocaina	eroina + cocaina + altro	MDMA + Ketamina	Metadone, Metadone+ benzodiazepine	non noto	totale
2006	90,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
2007	74,3	0,0	22,9	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	100,0
2008	55,6	0,0	0,0	0,0	29,6	0,0	0,0	3,7	11,1	100,0
2009	72,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	11,1	100,0
2010	83,3	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
2011	30,8	15,4	0,0	11,5	15,4	15,4	3,8	3,8	3,8	100,0

Tabella N.9: Umbria. Sostanze principali causa della morte. Dati percentuali 2006-2011.

Sempre rispetto al fenomeno del policonsumo nel 2011, i grafici seguenti (Grafico N.8 e N.9) illustrano nel dettaglio le sostanze psicotrope che si sono accompagnate rispettivamente ad eroina e cocaina nei decessi registrati nel 2011.

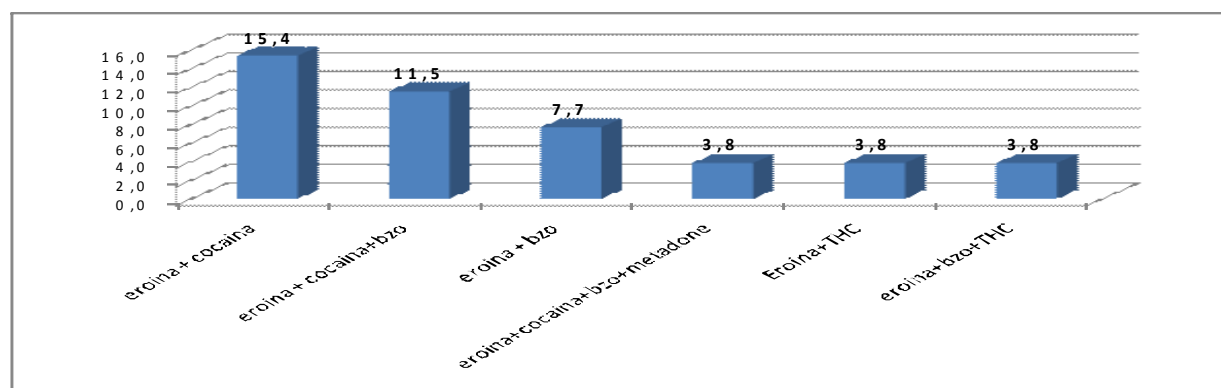


Grafico N.8: Aggregazione di sostanze rilevate in percentuale. Dettaglio Eroina. Umbria anno 2011

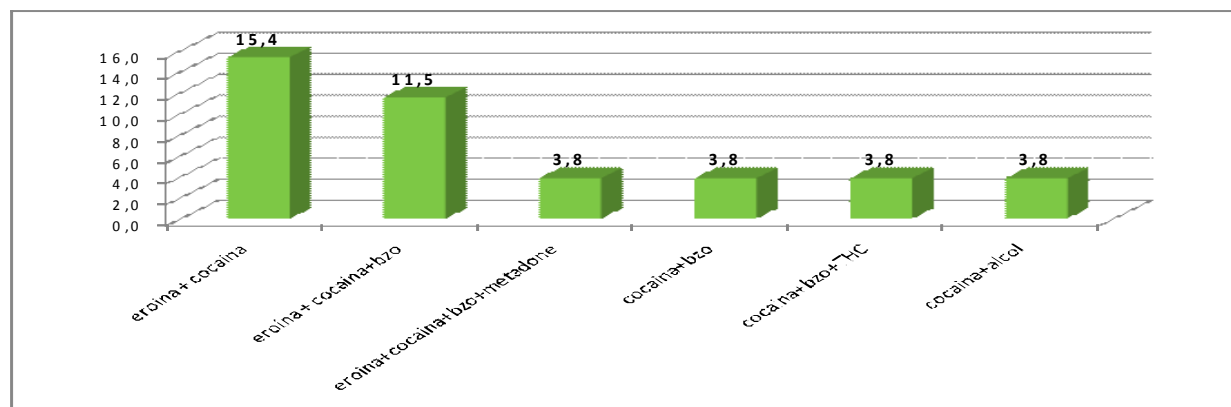


Grafico N.9: Aggregazione di sostanze rilevate in percentuale. Dettaglio Cocaina. Umbria anno 2011

In conclusione, per quanto riguarda le tipologie di sostanze coinvolte nel determinare i decessi per overdose, il fenomeno maggiormente rilevante è quello del policonsumo, che in Umbria si è manifestato già da diversi anni (come documentano, tra l'altro, i riscontri tossicologici effettuati nei casi di decesso per sospetta overdose) e la cui significatività trova conferma anche nel 2011.

Una seconda osservazione riguarda la notevole diffusione della cocaina, che, in base agli esami tossicologici eseguiti sui deceduti nel 2011, appare strettamente associata al policonsumo. Un ulteriore elemento da segnalare riguarda il frequente rilevamento di benzodiazepine, che in molti casi non sono assunte su prescrizione medica ma come forma di abuso farmacologico. Quindi, è da segnalare nel 2011 un deceduto, peraltro minorenne, per associazione di ecstasy e ketamina.

Riguardo alle sostanze illegali presenti sul mercato umbro, un'ulteriore fonte di informazioni è il Laboratorio centralizzato dei Carabinieri di Perugia – LASS, che analizza la composizione delle sostanze sequestrate nel corso di operazioni di polizia e, sulla base di un consolidato rapporto di collaborazione, informa gli Uffici regionali riguardo alle situazioni maggiormente rilevanti che emergono dalle proprie attività. Nel corso del 2011 è stato segnalato in particolare che mentre nella prima parte dell'anno nei campioni di eroina sequestrati era rilevata la presenza di principio attivo in percentuali tendenzialmente basse, ed anzi decrescenti rispetto ai periodi precedenti, invece negli ultimi mesi sono stati rinvenuti campioni caratterizzati da una maggiore variabilità. Per quanto riguarda la cocaina, si osserva costantemente una marcata variabilità della percentuale di principio attivo presente.

Nel corso degli anni le analisi effettuate sui campioni di sostanze sequestrate hanno dimostrato dei cambiamenti anche rilevanti nella composizione delle dosi di sostanze illegali in commercio; nel 2011 si segnala nei campioni di eroina la frequente rilevazione, tra gli additivi, di destrometorfano, una sostanza presente in farmaci antitussivi.

Dalle osservazioni precedenti emerge l'esigenza di approfondire ulteriormente il livello di analisi inerente le sostanze presenti sul mercato illegale umbro.

Morte per overdose e luogo di nascita dei deceduti

Se nell'anno 2010 il 25% delle persone morte in Umbria per overdose risultava nato all'estero, nel 2011 tale percentuale raggiunge il 27%, evidenziando negli ultimi cinque anni una tendenza costante all'incremento del dato.

Gli stranieri deceduti in Umbria nel 2011 in totale sono 7, di cui 3 (pari all'11,5%) nati in Tunisia; gli altri paesi di nascita coinvolti, con un solo morto ciascuno, sono il Brasile, la Palestina, le Filippine e la Svizzera. Questo dato pone l'accento sul fenomeno crescente della diffusione di sostanze psicoattive tra gli immigrati, i quali peraltro hanno usufruito in misura minore rispetto ai consumatori italiani delle campagne di informazione e sensibilizzazione, diffuse nel corso dei decenni passati al fine di limitare il più possibile i comportamenti a rischio.

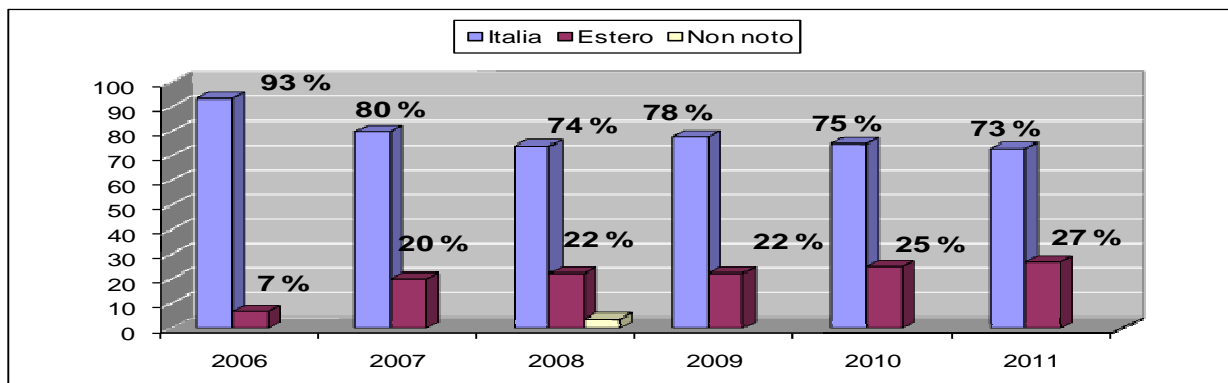


Grafico N.10: Luogo di nascita dei deceduti per overdose. Umbria 2006-2011

Morte per overdose e luogo di residenza dei deceduti

I dati registrati negli ultimi quattro anni documentano come le percentuali maggiori dei deceduti per overdose siano costantemente costituite dai residenti nella regione Umbria. Nel 2011 la percentuale di residenti in Umbria è stata del 77%, leggermente inferiore al dato del 2010.

RESIDENZA MORTI OVERDOSE - 2007-2011										
LUOGO DI RESIDENZA	2007		2008		2009		2010		2011	
	Val. Ass.	%	Val. Ass.	%	Val. Ass.	%	Val. Ass.	%	Val. Ass.	%
Umbria	25	71	23	85	16	89	19	79	20	77
Altre regioni italiane	6	17	2	7	1	6	1	4	4	15
Non noto	4	11	1	4	1	6	0	0	1	4
S.F.D. (senza fissa dimora)	0	0	1	4	0	0	4	17	1	4
TOTALE	35	100	27	100	18	100	24	100	26	100

Tabella N.10: Regione di residenza dei morti per overdose in Umbria. Numeri assoluti e percentuali. 2006-2011

E' possibile operare una ulteriore specificazione del dato in base al comune di residenza. Nel 2011 il 46,2% dei deceduti (12 persone) era residente nel comune di Perugia, seguito da Terni per l'11,5% dei casi. Questo dato indica un diverso andamento rispetto all'anno precedente (3 deceduti residenti nel comune di Perugia, corrispondenti al 12,5% del totale) e porterebbe a supporre la tendenza ad una maggiore focalizzazione del problema entro i confini del contesto cittadino; è necessario tuttavia valutare questo dato con cautela, e quindi occorrerà monitorare e verificare la situazione nel prossimo periodo. Analizzando questo aspetto in un arco temporale più ampio (periodo 2007-2011) la residenza dei deceduti in provincia di Perugia risulta distribuita tra diversi comuni (in tutto 20), mentre per la provincia di Terni è in tutti i casi collocata nel comune capoluogo (Tabella N. 11).

Comune di residenza	2007	2008	2009	2010		2011	
				Val. ass.	%	Val. ass.	%
Assisi						1	3,8
Bastia Umbra		1					
Città di Castello		2	1	2	8,3		
Corciano		1				1	3,8
Deruta				1	4,2		
Foligno	6	2	1	1	4,2	1	3,8
Fossato di Vico	1						
Giano dell'Umbria	1			1	4,2		
Gualdo Cattaneo	1						
Gubbio	1	2	1	1	4,2	1	3,8
Massa Martana	1			1	4,2		
Nocera Umbra			1				
Perugia	9	7	5	3	12,5	12	46,2
Passignano						1	3,8
S. Terenziano				1	4,2		
San Venanzo	1						
Spello		1					
Spoleto	1	3	1	4	16,7		
Terni	3	4	4	1	4,2	3	11,5
Todi			1	2	8,3		
Tuoro			1	1	4,2		
Arezzo						1	3,8
Benevento	1						
Camerino (MC)	1						
Castiglion Fiorentino (AR)	1						
Chianciano Terme (SI)		1					
Oristano	1						
Pesaro						1	3,8
Roma						1	3,8
San Gimignano (SI)	1						
Sassari		1					
Siena			1			1	3,8
Teramo				1	4,2		
Torrta di Siena (SI)	1						
S.F.D. (senza fissa dimora)		1		4	16,7	1	3,8
Non noto	4	1	1			1	3,8
Totale	35	27	18	24	100	26	100

Tabella N.11: Comune di residenza dei deceduti per OV in Umbria. Valori assoluti 2007-2011. Percentuali 2010-11

Ampliando l'analisi relativa ai 12 decessi del 2011 che risultavano residenti a Perugia, va detto innanzitutto che tutti risultano deceduti sempre a Perugia. Di questi soggetti, 4 risultano essere nati all'estero (2 Tunisia, 1 Filippine, 1 Palestina).

Una ulteriore distinzione è quella tra i soggetti a vario titolo conosciuti dal Ser.T., e i non conosciuti. Questi ultimi risultano essere 5 (tra essi un solo straniero), ed hanno un'età media di 34 anni. Per i 7 soggetti conosciuti l'età media è invece di 39 anni, ed essi si caratterizzano per un abbandono del percorso terapeutico presso il Ser.T. in 4 casi, mentre negli altri casi abbiamo 2 soggetti in carico al Ser.T. (tra l'altro contraddistinti da multiproblematicità di carattere sociosanitario) ed uno in comunità terapeutica.

Pertanto, pur nella cautela indotta dai piccoli numeri, si può segnalare come tra i deceduti del 2011 residenti nel comune di Perugia risulti rilevante la quota di stranieri.

Inoltre, rispetto al rapporto con il Ser.T si segnala una quota significativa di persone non conosciute (5 contro i 7 conosciuti), con età media inferiore rispetto ai conosciuti; tra i conosciuti, appaiono degne di attenzione alcune situazioni che tutta la letteratura internazionale in materia segnala ad alto rischio: l'abbandono di programmi terapeutici, l'uscita (in condizioni *drug free*) dalla comunità o dal carcere, la sussistenza di condizioni di multiproblematicità di carattere sanitario e sociale.

Morte per overdose e comune ove viene rinvenuto il cadavere

Considerando il comune ove viene rinvenuto il cadavere, nel 2011 come negli anni precedenti il comune maggiormente interessato dal fenomeno è quello di Perugia, con una percentuale del 69,2%, dato in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente.

Incrociando il presente dato con quello relativo alla residenza dei deceduti, si riscontra come nei decessi avvenuti a Perugia ci siano 6 soggetti non residenti nel capoluogo, di cui uno solo risulta essere umbro (eugubino). Gli altri sono residenti in zone extraregionali (4 casi, con residenza rispettivamente ad Arezzo, Siena, Pesaro, Roma), mentre in un caso si tratta di un soggetto di origine brasiliana e di residenza non nota.

Allargando il discorso anche ai decessi avvenuti in comuni limitrofi a quello di Perugia (i 2 casi di Corciano, quello di Magione e quello di Bastia Umbra), che coinvolgono 3 residenti in zona ed un senza fissa dimora di origine tunisina, possiamo concludere che tale dato ci restituisce l'idea di un fenomeno che tende a diventare prevalentemente stanziale rispetto alla città ed ai suoi dintorni.

Difatti tra i 22 deceduti in quest'area nel 2011, ben 16 (quindi il 73% dei deceduti nell'area stessa) risultano essere ivi residenti, mentre è abbastanza limitata la presenza di soggetti residenti fuori regione (tolti i casi incerti ed i senza fissa dimora, sono come già detto solo 4).

Questo andamento differisce da quello del 2010, poiché dei 17 deceduti nell'area comprendente il Comune di Perugia e quelli limitrofi (tutti tra l'altro verificatisi proprio nel comune capoluogo), solo 4 di essi (in tutto il 23,5%) risultavano ivi residenti (3 a Perugia, 1 a Deruta), mentre tra gli altri, 8 erano residenti in altri comuni umbri, 4 erano senza fissa dimora e solo uno era residente in altra regione (in Abruzzo e precisamente a Teramo).

Infine, nel 2009, degli 8 deceduti rinvenuti nell'area considerata, 5 (il 62,5%) di essi risultavano residenti a Perugia, 2 in altri comuni umbri e 1 soggetto era residente in città di altra regione (Siena).

	2009		2010		2011	
	Casi	%	Casi	%	Casi	%
Perugia	8	44	17	71	18	69,2
Corciano					2	7,7
Bastia Umbra					1	3,8
Magione					1	3,8
Foligno					1	3,8
Spoletto	1	6	1	4		
Todi	1	6	1	4		
Colfiorito	1	6				
Tuoro	1	6				
Pietralunga			1	4		
Gualdo Cattaneo			1			
Massa Martana			1			
Città di Castello	1	6	1	4		
Acquasparta					1	3,8
Terni	4	22	1	4	2	7,7
Non noto	1	6				
Totale	18	100	24	100	26	100,0

Tabella N.12: Comune ove è stato rinvenuto il cadavere. Dati assoluti e %. Umbria 2009- 2011

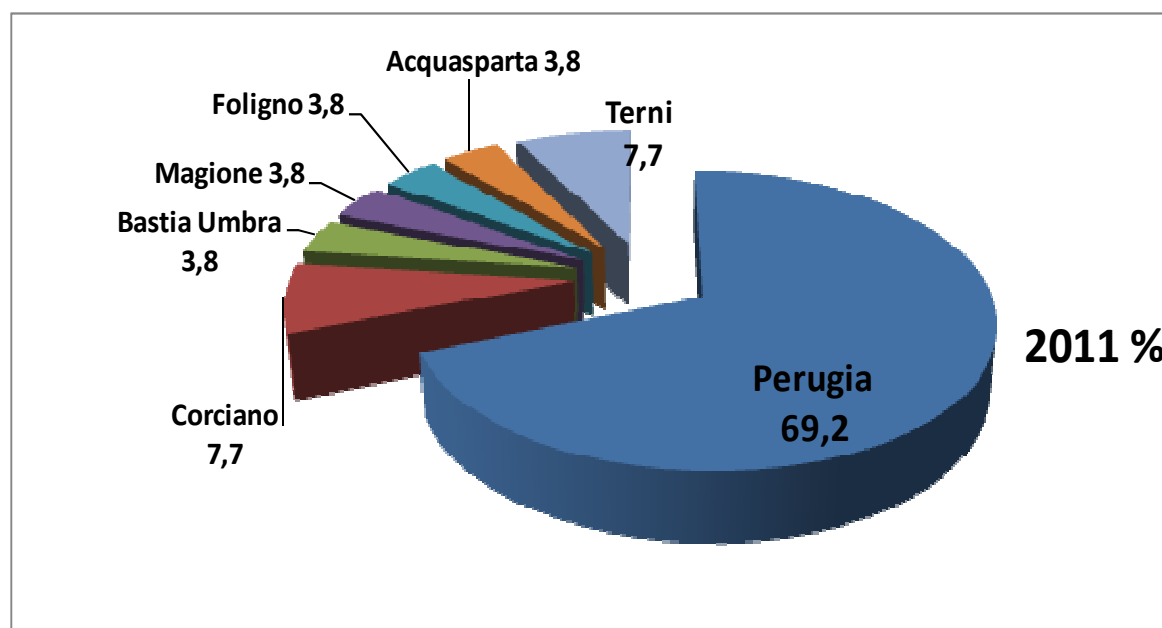


Grafico N. 11: Comune ove è stato rinvenuto il cadavere. Percentuali Umbria 2011

Morte per overdose e luogo di ritrovamento del cadavere

Nel 2011 i deceduti sono stati rinvenuti per il 65% dei casi in un'abitazione, dato che appare in netto aumento rispetto al 2010 (Tabella N. 13).

Analizzando il dato dei 17 deceduti rinvenuti in abitazione, la cui età media è di 38,5 anni, sul versante delle sostanze cause di morte si riscontra in 4 casi un mix di eroina, cocaina e benzodiazepine, in 2 casi di eroina e cocaina, in 3 casi cocaina ed altre sostanze (in due delle quali benzodiazepine), in 8 casi eroina (di cui in due casi ancora con benzodiazepine).

Ad ogni modo, tra questi deceduti in casa 8 non erano conosciuti ai Servizi, 4 erano ex pazienti, 1 aveva abbandonato la comunità terapeutica, mentre solo 3 risultavano in carico al Ser.T ed 1 ad una comunità terapeutica. La loro residenza era sempre coincidente con quella del luogo del ritrovamento del cadavere, eccezion fatta per 1 soggetto formalmente residente a Terni ma deceduto

ad Acquasparta nella propria abitazione, di uno risultato comunque senza fissa dimora e infine di un altro la cui residenza non è risultata nota.

Tra coloro il cui cadavere è stato invece rinvenuto in auto o in luogo pubblico, la cui età media di 34 anni è decisamente più bassa dell'altro gruppo, abbiamo 7 casi di non noti ai Servizi, 1 deceduto con abbandono di comunità terapeutica e solamente 1 risultava in carico al Ser.T. La sostanza maggiormente riscontrata è stata l'eroina (in un caso con benzodiazepine, in 2 casi con cocaina), mentre negli altri casi abbiamo 1 decesso causato da metadone e benzodiazepine (ed è il soggetto conosciuto ai Servizi), 1 da MDMA e Ketamina e 1 con sostanze non meglio specificate. Tra questo gruppo troviamo anche i 4 deceduti residenti fuori regione.

	2008 (*)		2009		2010		2011	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Abitazione	12	55	10	56	11	46	17	65
Luogo pubblico	4	18	4	22	6	25	6	23
Auto	3	14	1	6	5	21	3	12
Pronto Soccorso	2	9	0	0	2	8	0	0
Albergo	1	5	0	0	0	0	0	0
Non noto	0	0	3	17	0	0	0	0
Totale	22	100	18	100	24	100	26	100

Tabella N.13: Luogo di ritrovamento – provincia Perugia 2008, Umbria 2009-2011

(*) il dato è relativo alla sola provincia di Perugia

Riguardo a questi dati, si evidenzia la prevalenza, tra i diversi luoghi in cui viene rinvenuto il deceduto, del contesto privato (abitazione) rispetto a contesti pubblici, ancor più rilevante se si considera che tra i deceduti in luogo pubblico sono inclusi i 4 residenti fuori regione.

Poiché la letteratura internazionale indica unanimemente il consumo solitario, in luogo privato, come situazione a rischio elevato, appare opportuno avanzare delle ipotesi interpretative, pur nella cautela indotta dalla non conoscenza delle situazioni di contesto in cui effettivamente è avvenuto il decesso: se questa tendenza può in alcuni casi essere ascrivibile ad una generica scelta di uno specifico stile di consumo, in altri casi può risultare determinante il desiderio di sottrarsi all'attenzione pubblica a fronte del clima di stigmatizzazione e alla stretta repressiva che connotano il consumo di sostanze. Rispetto al primo elemento, è da sottolineare la forte presenza di eroina, cocaina e benzodiazepine, spesso anche mescolate tra di loro. Questo policonsumo "casalingo", al di là dell'ipotesi di un uso "individuale" o meglio non socializzato delle sostanze, ci spinge a chiederci se anche l'assunzione della sostanza sia effettivamente avvenuta in quello stesso ambiente. In altre parole, la morte potrebbe essere avvenuta in casa ma a distanza di qualche ora rispetto all'avvenuto consumo in luogo diverso, oppure alcune sostanze possono essere state consumate all'esterno, altre invece in casa (magari queste ultime a scopo "sedativo" rispetto a sostanze eccitanti consumate in altri contesti, sedazione che in un organismo già provato ed affaticato può aver avuto effetti letali).

Infine, tra i due gruppi (deceduti rinvenuti in abitazione e deceduti rinvenuti in luogo pubblico) si evidenzia una differenza in termini di età media, del tutto coerente con la minore disponibilità di un'abitazione nelle età inferiori.

Rispetto ad altre variabili (tipologie di sostanze, accesso ai servizi, ecc.) non si rilevano differenze significative.

Morte per overdose e mese del decesso

Di seguito vengono analizzati i dati relativi al mese in cui è avvenuto il decesso (*Tabella N.14*).

La mortalità mese per mese è di difficile interpretazione, sia in relazione alla scarsa durata della serie storica, sia perché nei 5 anni considerati si registra un'alta variabilità, che non permette di evidenziare una correlazione significativa tra la mortalità e la variabile temporale "mese del decesso". Ci si avvicina alla significatività statistica solo per alcuni mesi, quali luglio (mortalità in aumento), novembre (in diminuzione) e dicembre (in aumento).

Circa il mese di novembre in particolare, si nota come per tutti gli anni considerati si registri un calo di decessi rispetto al mese precedente, o in alcuni casi la loro totale assenza. Un'ipotesi interpretativa di questo dato potrebbe essere individuata nella tendenza ad un generale minor consumo di sostanze in questo periodo, in vista del successivo periodo delle feste di fine anno, che abitualmente viene invece accompagnato da un "ritualistico" aumento dell'uso.

Mese	2007		2008		2009		2010		2011	
	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%
Gennaio	2	5,7	2	7,4	5	27,8	3	12,5	1	3,8
Febbraio	3	8,6	2	7,4	1	5,6	1	4,2	3	11,5
Marzo	1	2,9	3	11,1	0	0,0	3	12,5	2	7,7
Aprile	3	8,6	1	3,7	2	11,1	1	4,2	1	3,8
Maggio	2	5,7	1	3,7	2	11,1	2	8,3	3	11,5
Giugno	2	5,7	0	0,0	0	0,0	6	25,0	5	19,2
Luglio	8	22,9	2	7,4	1	5,6	5	20,8	2	7,7
Agosto	4	11,4	4	14,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Settembre	3	8,6	4	14,8	1	5,6	1	4,2	1	3,8
Ottobre	5	14,3	2	7,4	3	16,7	2	8,3	1	3,8
Novembre	1	2,9	1	3,7	1	5,6	0	0,0	0	0,0
Dicembre	1	2,9	5	18,5	2	11,1	0	0,0	7	26,9
Totale	35	100,0	27	100,0	18	100,0	24	100,0	26	100,0

Tabella N.14: morte per overdose e mese del decesso. Umbria 2007-2011

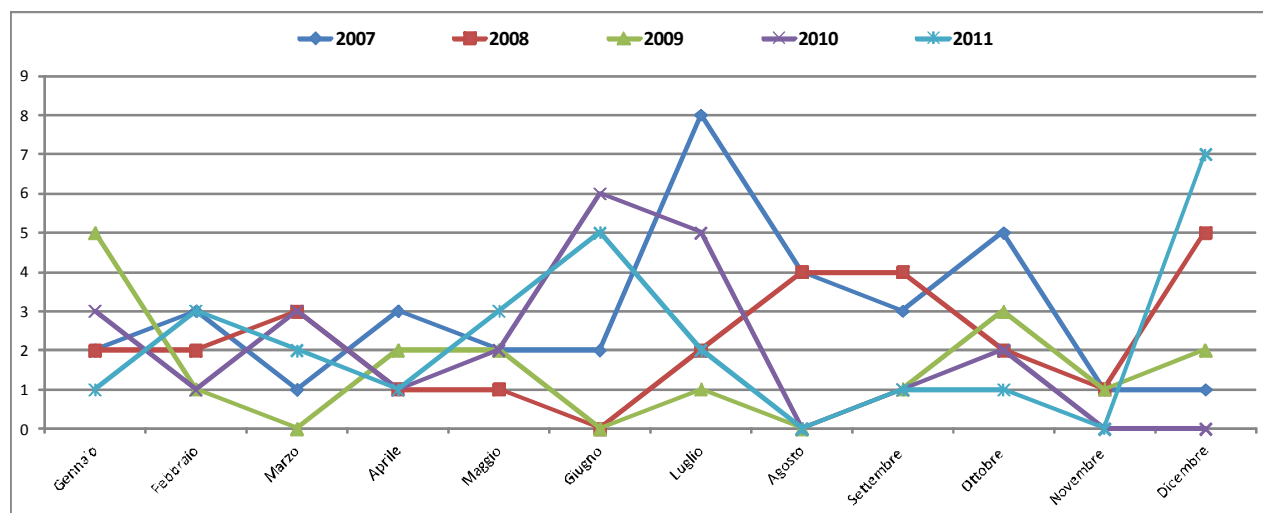


Grafico N.12: morte per overdose e mese del decesso. Umbria 2007-2011

Anche osservando il *Grafico N.12*, appare in alcuni anni un andamento temporale caratterizzato da un certo numero di picchi del numero dei decessi, che può far pensare ad un andamento "periodico" del fenomeno, del quale è tuttavia molto difficoltoso individuare quali siano i fattori determinanti.

Se a questo proposito, infatti, possono essere avanzate ipotesi in particolare relativamente alle caratteristiche delle sostanze illegali in circolazione nei diversi periodi (magari a seguito di variazioni interne al mercato illegale o conseguenti ad azioni di polizia), tuttavia la verifica di tali ipotesi (necessariamente limitata dall'impenetrabilità del contesto illegale) non ha consentito di riscontrare correlazioni univoche.

Morte per overdose e Servizi per le Dipendenze

Dal 2008 viene effettuata una ricognizione in merito al rapporto esistente tra le persone decedute per overdose ed i servizi sanitari dedicati alle dipendenze; i dati che emergono da tali ricognizioni, pur necessitando di ulteriori verifiche ed approfondimenti, possono risultare utili a delineare un primo quadro in merito.

Situazione dei deceduti per overdose dal punto di vista terapeutico	2008		2009		2010		2011	
	Val. ass.	%	Val. ass.	%	Val. ass.	%	Val. ass.	%
In terapia nei Ser.T	8	29,6	5	27,8	9	37,5	4	15,4
Ex- pazienti Ser.T	3	11,1	1	5,6	4	16,7	4	15,4
Abbandono della terapia in Comunità Terapeutica	2	7,4	1	5,6	4	16,7	2	7,7
Dimesso dalla Comunità Terapeutica	1	3,7	1	5,6	0	0,0	0	0,0
In carico alla Comunità Terapeutica (in verifica)	0	0,0	0	0,0	1	4,2	1	3,8
Non conosciuto ai servizi Ser.t	13	48,1	10	55,6	6	25,0	15	57,7
Totale	27	100,0	18	100,0	24	100,0	26	100,0

Tabella N.15: Mortalità e situazione terapeutica. Umbria 2008-2011

Innanzitutto, sono solo 4 i soggetti deceduti nel 2011 che sono risultati in terapia nei Ser.T. e questo dato appare abbastanza in controtendenza rispetto al 2010⁵.

Tuttavia, osservando la *Tabella N.15*, il dato che emerge con maggior evidenza è quello dei soggetti sconosciuti ai Ser.T, una percentuale rilevante che si pone come la maggioranza assoluta (57,7%) dei decessi del 2011, ed un numero (15 casi) che è il più alto tra quelli registrati negli anni considerati nella tabella stessa. Ciò conferma in fondo una tendenza abbastanza costante, con l'eccezione del 2010 ove gli sconosciuti ai Ser.T sono risultati essere un numero limitato.

L'età media che caratterizza il dato più significativo, cioè quello dei 15 soggetti non conosciuti⁶, è pari a 35,5 anni (nel 2010 era di 38,1, nel 2009 era di 33 anni), con un *range* molto ampio (dai 17 anni del più giovane ai 50 del più anziano) e 4 soggetti con età inferiore ai trent'anni.

L'età media degli 11 soggetti a vario titolo conosciuti è invece di 38,9 anni, quindi superiore.

Va sottolineato come tra i 15 non noti ai Servizi ci sono ben 9 umbri (5 residenti a Perugia, 1 a Corciano, 1 ad Assisi, 1 a Gubbio, 1 a Terni; degli altri 6, 4 sono residenti fuori regione, 1 soggetto senza fissa dimora e 1 soggetto valutato come non noto). L'età media che caratterizza questi 9 umbri non conosciuti ai Servizi è di 35, 1 anni.

Ponendo invece sotto esame il quadro inerente le diverse tipologie di sostanze rilevate attraverso l'esame tossicologico, che per il 2011 si mostra estremamente frastagliato per la già richiamata propensione al policonsumo (tra i non conosciuti umbri solo in 3 casi su 9 vi è la sola presenza di eroina, mentre negli altri 6 emergono situazioni di policonsumo, in 4 casi ancora con eroina), non emerge alcuna relazione chiara tra sostanze causa di decesso e situazione della persona da un punto di vista terapeutico e di rapporto o conoscenza con i servizi.

I dati relativi alle persone non conosciute dai servizi se da un lato confermano il valore preventivo del trattamento terapeutico rispetto al rischio overdose, dall'altro richiamano l'attenzione

⁵ Ancora più in controtendenza ove si consideri che erano globalmente 13 i soggetti del 2010 valutabili come in carico nei Ser.T., ma 3 di essi risultavano caratterizzati da un recente abbandono (approssimativamente entro il mese precedente il decesso) di un percorso in comunità terapeutica, ed 1 era a casa in verifica rispetto al percorso di comunità e poteva sia essere considerato sia in carico alla comunità terapeutica sia comunque seguito in questa verifica anche dai servizi del territorio. Ad ogni modo, si è a suo tempo optato per dare maggiore rilevanza a questi altri criteri di classificazione.

⁶ In realtà il riferimento è a 14 soggetti e non a 15, poiché per uno di essi l'età risulta non nota.

sull'ampiezza dei fenomeni di consumo, che nel complesso risultano scarsamente intercettati e si caratterizzano per una notevole varietà di abitudini e connotazioni diverse, interessano gruppi diversificati e, a giudicare dai dati relativi ai deceduti 2011, riguardano varie sostanze d'abuso (compresa l'eroina, sostanza storicamente maggiormente intercettata dai servizi) e includono fasce d'età anche piuttosto avanzate.

Nel sistema di intervento per le dipendenze un altro segmento importante in relazione al tema overdose è costituito dai cosiddetti "servizi di prossimità", ovvero in particolare unità di strada (cioè operatori che intervengono direttamente nei luoghi di ritrovo e nei luoghi stessi del consumo, con obiettivi di prevenzione e di riduzione dei danni correlati all'uso di sostanze) e centri a bassa soglia (in Umbria uno solo a carattere specifico, collocato nella città di Perugia, che fornisce agli utenti informazioni, risposte ai bisogni primari, un momento di "sosta" rispetto ai contesti del consumo e della strada). Questi servizi sono caratterizzati da un modello di relazione terapeutica basata sul "qui ed ora", non invadente, che non consente la registrazione di dati anagrafici; tuttavia si è cercato, relativamente ai dati 2011, di ricavare ulteriori informazioni dal confronto con gli operatori, particolarmente preziose poiché frutto del lavoro quotidiano a stretto contatto con i fenomeni che si manifestano nei territori.

Per quanto riguarda i deceduti nella provincia di Perugia (sono presenti Unità di strada a Perugia, Città di Castello e Foligno, mentre a Terni ed Orvieto esperienze analoghe, precedentemente attive, nel 2010 sono state chiuse), emerge in particolare che gli operatori di strada avevano conoscenza, e in molti casi contatti stabili, con 7 delle 10 persone decedute che erano conosciute anche dal Ser.T, mentre (dato a nostro parere maggiormente rilevante) erano in contatto, sia pure in alcuni casi a livello solo sporadico, con 5 persone decedute non conosciute dal Ser.T.

Si conferma quindi la maggiore capacità di intercettazione dei servizi di prossimità rispetto ai servizi di cura, confermando altresì l'importanza di intensificare le attività di sensibilizzazione e prevenzione realizzate a questo livello, benché anche rispetto a questi servizi si segnali una quota residua di "sommerso" che necessita di essere maggiormente conosciuta e nei confronti della quale occorre adottare idonee strategie di contatto.

Percorsi di vita e fattori di rischio

Per alcuni dei 26 soggetti deceduti in Umbria per overdose nell'anno 2011 è stato possibile, attraverso i servizi sociosanitari, avere a disposizione alcuni dati ulteriori concernenti la storia sia generale sia tossicomana, ed alcuni eventi di rilievo verificatisi nell'arco temporale precedente il decesso.

Tali elementi, che saranno di seguito illustrati, pur non potendo autorizzare una chiave di lettura prettamente causale e consequenziale dei decessi, possono comunque porre nella giusta attenzione la presenza di situazioni a vario titolo critiche, soprattutto se inserite in un percorso di vita già fragile ed accidentato.

Si tratta tuttavia di un numero più limitato di persone rispetto al 2010, stante il numero decisamente elevato (15, il 57,7%), tra i deceduti, di persone non note ai Servizi, la storia delle quali appare senz'altro più difficile da ricostruire.

Premesso che la mortalità per overdose è un fenomeno multicausale, ove la tipologia di sostanza stupefacente gioca una parte fondamentale sul decorso di ogni storia di dipendenza, e che le persone che fanno uso di sostanze stupefacenti (tanto legali come illegali) molto spesso vivono situazioni di marcata problematicità, non desta sorpresa che tra gli 11 soggetti a vario titolo conosciuti dai Sert emergano ancora una volta situazioni di multiproblematicità sociale. In 4 di essi si manifestano infatti disagio psichico e disagio sociale (in 2 casi compresenti), politossicomania ed un'età media piuttosto elevata (42 anni).

Per 3 persone di questo gruppo è risultato altresì difficile avere un qualche ulteriore elemento informativo, poiché per 2 di esse era venuto meno il rapporto terapeutico con il Ser.T (per una

addirittura da 6 anni), mentre per un'altra tale rapporto era solo ai primi, piuttosto saltuari, accessi al Servizio.

Ancora, per 2 deceduti l'abbandono della comunità ha costituito un elemento caratterizzante, mentre per altri 2 vi era una storia di carcerazione nell'anno antecedente al decesso (per uno dei due cessata solo alcuni giorni prima del decesso).

Pertanto, pur nella esiguità dei dati conoscitivi a disposizione nel 2011 rispetto a quelli esaminati nel 2010, trova conferma la rilevanza di alcuni specifici elementi di rischio che continuano a manifestarsi, ricollegabili da un lato al livello di problematicità (sanitaria, sia sul versante medico che psicologico, e sociale) ormai cristallizzatasi nel tempo, e dall'altro al grado di vulnerabilità organica individuale, conseguente alla vita di strada, a lunghe storie di dipendenza, o circoscritta a situazioni specifiche come l'interruzione del trattamento farmacologico, l'abbandono della comunità terapeutica e l'uscita dal carcere; in questi ultimi casi, il ritorno all'uso di sostanze dopo un periodo *drug free*, ovvero "pulito", con conseguente bassa tolleranza alla sostanza, aumenta il rischio di intossicazione acuta, rischio che risulta ulteriormente potenziato laddove non venga garantita la continuità assistenziale attraverso una "rete di supporto" comprensiva di tutti i diversi servizi coinvolti.

Ancora una volta questi elementi sollecitano lo sviluppo e il potenziamento, pur in un contesto caratterizzato dall'impovertimento delle risorse economiche disponibili, di politiche di prevenzione e di presa in carico adeguate alle specifiche situazioni segnalate, allo scopo di contenere gli elementi di rischio e promuovere un miglioramento delle condizioni di vita.

Va inoltre tenuto attentamente conto del dato riferito ai deceduti non conosciuti dai servizi, che di per sé indica una determinata direzione che stanno prendendo i fenomeni connessi al consumo di sostanze e pone l'attenzione su quelle tipologie di consumatori più difficilmente intercettate e intercettabili dai servizi.

Overdose fauste - Interventi del 118

In Umbria, e particolarmente nell'area del Perugino, cioè l'area territoriale che comprende i comuni di Perugia, Corciano, Torgiano e Deruta, che è anche quella maggiormente interessata dal problema delle overdose, è stato codificato ormai da anni da parte del Servizio di Emergenza-Urgenza un intervento specifico del tutto adeguato a rispondere a questo particolare problema. Le Centrali Operative del 118 dell'Umbria, infatti, catalogano l'overdose come una emergenza medica e come tale, laddove il sistema sanitario viene allertato, questo genera l'intervento immediato con attribuzione del codice Rosso: l'ambulanza più vicina, con medico a bordo e con tutti gli strumenti medici necessari (Narcan incluso), arriva in breve tempo sul luogo segnalato.

L'intervento rapido riduce drasticamente la mortalità, cosicché l'episodio di overdose può essere registrato frequentemente nella casistica delle "overdose fauste", cioè non mortali: dai dati raccolti negli ultimi anni dal servizio di emergenza 118 dell'area del Perugino, non risulta essersi verificato nessun caso di morte per overdose durante l'intervento di emergenza, che può quindi vantare un impressionante dato equivalente al 100% di successi. Le persone decedute per overdose sono state trovate dagli operatori del 118 ormai prive di vita in luoghi generalmente isolati, in macchina o da sole nella propria abitazione, e all'arrivo del mezzo sanitario si riscontravano in genere i segni di un decesso avvenuto ormai da ore.

Questo dato incoraggia a proseguire nella campagna preventiva regionale, che molto ha insistito nella valorizzazione dell'intervento del 118 e che ha portato tra i consumatori di sostanze ad una graduale diffusione della prassi di chiedere all'occorrenza tale intervento.

Attraverso la *Tabella N.16* ed il *Grafico N.13* è possibile valutare l'andamento degli interventi 118 nell'area del Perugino nel periodo 2007-2011, secondo i dati forniti dalla relativa centrale operativa del 118.

Nel 2011 nell'area del Perugino sono stati eseguiti 178 interventi del Servizio 118 per intossicazione acuta da droghe, evidenziando una certa stabilità dal 2009. Questo dato appare decisamente rilevante e richiede di essere attentamente valutato; infatti documenta il ruolo centrale svolto dal servizio di emergenza-118 nella prevenzione dei decessi, ma invita anche a riflettere sul livello imponente di situazioni esposte ad un rischio potenziale di morte raggiunto in questi anni.

L'86,5% di questi interventi è stato realizzato nei confronti di persone di sesso maschile (*Grafico N.14*), dato questo del tutto sovrapponibile alla distinzione per sesso dei decessi per overdose nel 2011 ed abbastanza in linea anche con gli altri anni considerati.

Mese	Interventi 118 2007	Decessi 2007*	Interventi 118 2008	Decessi 2008*	Interventi 118 2009	Decessi 2009*	Interventi 118 2010	Decessi 2010*	Interventi 118 2011	Decessi 2011*
Gennaio	18	1	12	2	14	4	15	3	14	1
Febbraio	16	3	4	1	10	0	17	1	17	3
Marzo	24	1	21	2	15	0	10	2	14	2
Aprile	30	3	67	1	18	0	11	1	17	1
Maggio	20	2	17	1	20	2	17	2	15	3
Giugno	20	2	19	0	12	0	13	6	24	3
Luglio	22	8	22	2	13	1	21	5	17	2
Agosto	15	3	17	2	18	0	15	0	17	0
Settembre	15	3	18	4	12	1	8	1	10	1
Ottobre	9	5	19	2	19	3	14	2	9	1
Novembre	7	0	11	0	8	1	8	0	6	0
Dicembre	15	1	11	5	11	2	16	0	18	6
Totale	211	32	238	22	170	14	165	23	178	23

Tabella N. 16: Interventi 118 nell'area del Perugino e decessi per overdose in provincia di Perugia*, 2007-2011

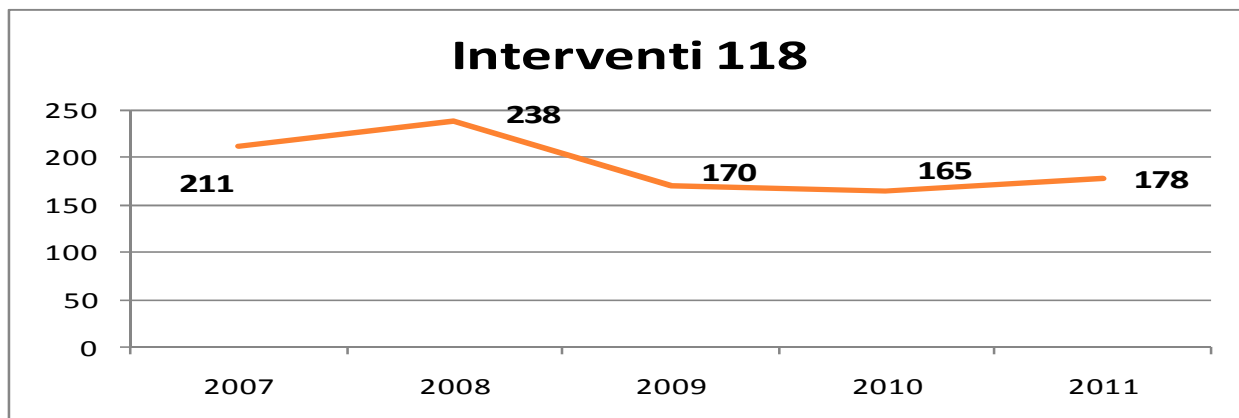


Grafico N.13: Interventi complessivi annuali del 118 nell'area del Perugino. 2007-2011

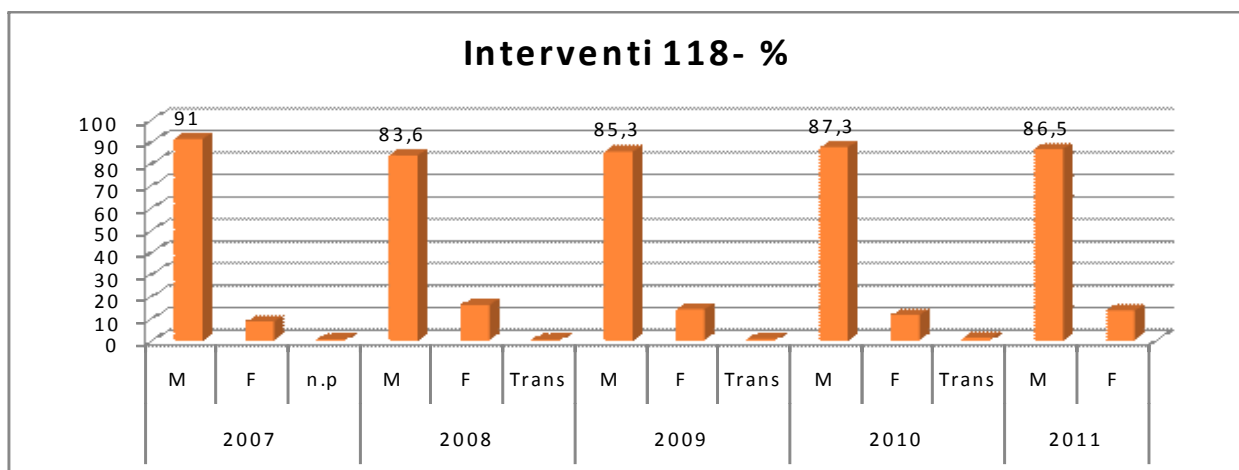


Grafico N.14: Interventi 118 nell'area del Perugino - distinzione per sesso. 2007-2011

Appare invece interessante valutare come si distribuiscono gli interventi del 118 nel periodo considerato in base alle fasce d'età. Alla luce di ciò, possono essere fatte alcune considerazioni. La prima è quella che le classi d'età maggiormente coinvolte, in percentuale, negli interventi del 118, sono quella 25-29 e quella degli over 40 (Tabella N.17). Tra l'altro questa maggiore esposizione trova riscontro con quanto già considerato circa le classi d'età maggiormente coinvolte, sempre in percentuale, nei decessi per overdose in Umbria nel periodo 2006-2011, che sono ancora quella 25-29 e quella over 40 (V. Tabella N.6).

	2007		2008		2009		2010		2011	
	Interventi 118		Interventi 118		Interventi 118		Interventi 118		Interventi 118	
Fasce d'età	Val. ass.	%	Val. ass.	%	Val. ass.	%	Val. ass.	%	Val. ass.	%
<15	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0
15-19	1	0,5	2	0,8	6	3,5	6	3,6	8	4,5
20-24	31	14,7	25	10,5	15	8,8	13	7,9	7	3,9
25-29	47	22,3	56	23,5	42	24,7	27	16,4	41	23,0
30-34	48	22,7	40	16,8	32	18,8	26	15,8	19	10,7
35-39	24	11,4	33	13,9	20	11,8	39	23,6	26	14,6
>=40	44	20,9	46	19,3	35	20,6	32	19,4	53	29,8
non noto	15	7,1	36	15,1	20	11,8	21	12,7	24	13,5
Totale	211	100,0	238	100,0	170	100,0	165	100,0	178	100,0

Tabella N. 17: Interventi 118 nell'area del Perugino per classi d'età. 2007-2011. Numero assoluto e percentuale.

Sempre rispetto all'andamento degli interventi del 118 nel periodo 2007-2011, ma stavolta ragionando sui numeri assoluti e non sulle percentuali, risalta (Tabella N.17; Grafico N.15) il calo progressivo degli interventi del 118 nei confronti delle fasce d'età 20-24 e 30-34, mentre di converso c'è un aumento progressivo, anche se limitato, degli interventi che coinvolgono la fascia 15-19.

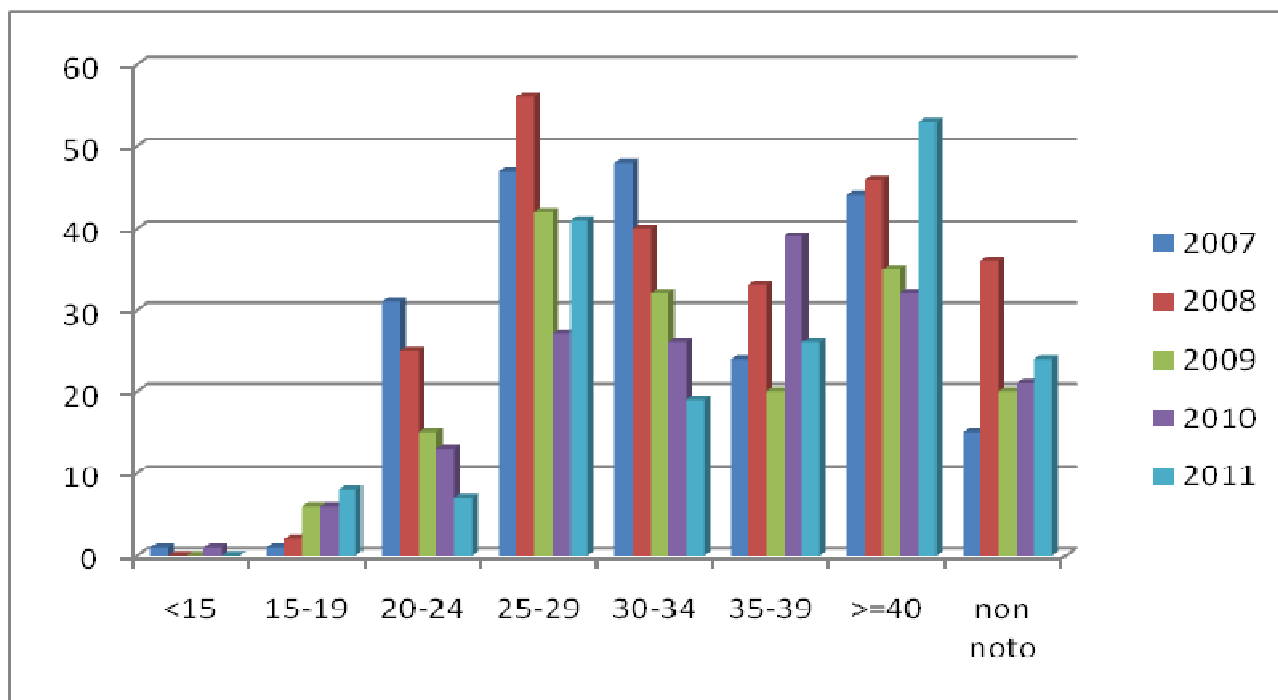


Grafico N.15: Numero interventi del 118 nell'area del Perugino per classi d'età. 2007-2011

Interventi 118 e luogo di residenza dei soggetti soccorsi - distribuzione %					
	2007	2008	2009	2010	2011
Perugia	22,7	26,1	15,9	29,7	33,1
Foligno	5,7	5,5	5,9	4,2	3,9
Spoletto	6,2	2,1	5,3	2,4	0
Terni	3,8	0,8	2,4	1,8	1,7
Altri comuni umbri	14,7	18,4	22,4	17	19,1
Resto dell'Italia	24,6	24,4	24,6	21,8	19,7
S.F.D	3,3	6,7	3,5	7,9	7,3
n.n	19	16	20	15,2	15,2
Totale	100	100	100	100	100

Tabella N.18: Interventi 118 nell'area del Perugino e distribuzione percentuale della residenza dei soggetti soccorsi per anno. 2007-2011.

La Tabella N.18 mostra la distribuzione, nel periodo considerato, della residenza delle persone soccorse dal 118 per intossicazione acuta da sostanze nell'area del Perugino. Appare evidente nella tabella come, accanto ai residenti a Perugia e negli altri comuni umbri, vi sia una quota considerevole di interventi nei confronti di persone residenti in altre zone d'Italia: difatti, nel periodo 2007-2009 questi ultimi assommano a quasi un quarto degli interventi, poi nel periodo 2010-2011 denotano un lieve, graduale calo, rimanendo comunque su quote rilevanti. La percentuale di persone soccorse residenti fuori regione, peraltro, non si discosta in maniera sostanziale da quella rilevata tra i deceduti per overdose.

Questo specifico dato conferma l'ipotesi dell'area del Perugino come centro attrattivo per l'acquisto e il consumo di stupefacenti da parte di consumatori provenienti da altre regioni, non escludendo d'altro canto che alcuni di questi residenti fuori regione non siano in una situazione di passaggio nella città di Perugia, ma siano in qualche modo stanziali per motivi di lavoro o di studio, con particolare riferimento alla possibile frequenza universitaria.

2011	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Arezzo						36					48	
Figline Valdarno (FI)			29									
Firenze					39							
Grosseto						44	38					
Chianciano (SI)			37									
Portoferraio (LI)								42				
Siena						48			28	24		
Torrita di Siena (SI)							23					
Cagli (PU)		43										
Fermignano (PU)			39									
Fabriano				39								
Matelica (MC)									29			
Saltara (PU)										35		
Urbania (PU)			25					29				
Urbino			33									39
Cerveteri (RM)												45
Fiumicino (RM)						51						
Leonessa (RI)	47	47										
Roma								38				
Tarquinia (VT)							38					
L'Aquila										33		
Pescara			33									
Andria				34								
Benevento			32									
Trapani												25
Verona							43					

Tabella N. 19: Interventi 118 nell'area del Perugino nell'anno 2011 nei confronti di soggetti residenti in altre regioni. Distribuzione mensile ed in base a comune e regione di provenienza; indicazione dell'età con distinzione in fasce d'età (verde: 20-29; rosso: 30-39; azzurro: over 40).

Per esplorare questa ipotesi interpretativa, nella *Tabella N.19* si è tentato di mettere in relazione alcune variabili quali la provenienza geografica, distinta per comune e raggruppata in base alla regione, e l'età dei soggetti soccorsi per overdose, con indicazione della fascia d'età d'appartenenza, in base alla diversa colorazione. Per quanto concerne quest'ultimo dato, la fascia d'età più rappresentata risulta quella 30-39 (*Tabella N.20*), mentre l'età media del campione rappresentato è di 36,8 anni.

FASCIA ETA'	N°	%
20/29	8	24,2
30/39	15	45,5
40 e oltre	10	30,3
TOTALE	33	100

Tabella N. 20: Interventi 118 nell'area del Perugino nell'anno 2011 nei confronti di soggetti residenti in altre regioni. Distinzione in base alle fasce d'età. Numero assoluto e percentuale.

Inoltre, dalla *Tabella N.19* si evince in modo molto chiaro come la quasi totalità di queste *overdose fauste* abbiano riguardato persone provenienti dalle 4 regioni confinanti con l'Umbria (Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo), mentre solo 4 persone sulle 33 del campione provengano da regioni distanti (Puglia, Campania, Sicilia e Veneto) e tra queste solo in un caso ci sia un soggetto minore di 30 anni (25 anni, per l'esattezza).

Senza escludere in modo totale alcuna ipotesi, ciò spinge tuttavia ad una sostanziale cautela circa la stanzialità per motivi di studio universitario di questi residenti fuori regione: tanto più che tra gli under 30, cioè coloro che potrebbero essere con più probabilità studenti universitari, 7 su 8 provengono da comuni nel raggio di circa 100 Km da Perugia, e quindi nulla esclude che possano essere in qualche modo "pendolari" che a vario modo giungono nel territorio perugino per rifornirsi o soddisfare *in loco* le loro esigenze tossicomane. Per tutti quegli altri soggetti del campione provenienti da regioni vicine non è invece possibile né affermare, né tanto meno escludere in modo assoluto la stanzialità (magari per motivi di lavoro, senza acquisire la residenza), ma neanche escludere di trovarsi invece di fronte a "turisti" della droga.

Un cenno va quindi al *Grafico N.16*, che illustra il rapporto tra interventi del 118 e decessi per overdose nel 2011 nell'area del Perugino (come già detto, costituita dai comuni di Perugia, Corciano, Torgiano e Deruta), secondo una scansione mensile. Non sembra esistere una relazione definita nell'andamento delle due curve, ma solo alcuni "punti di contatto", quali quelli costituiti dall'innalzamento sia del numero dei decessi che di quello degli interventi registrati nei mesi di giugno e di dicembre, periodo quest'ultimo coincidente abitualmente con un aumento della diffusione e del consumo di sostanze stupefacenti.

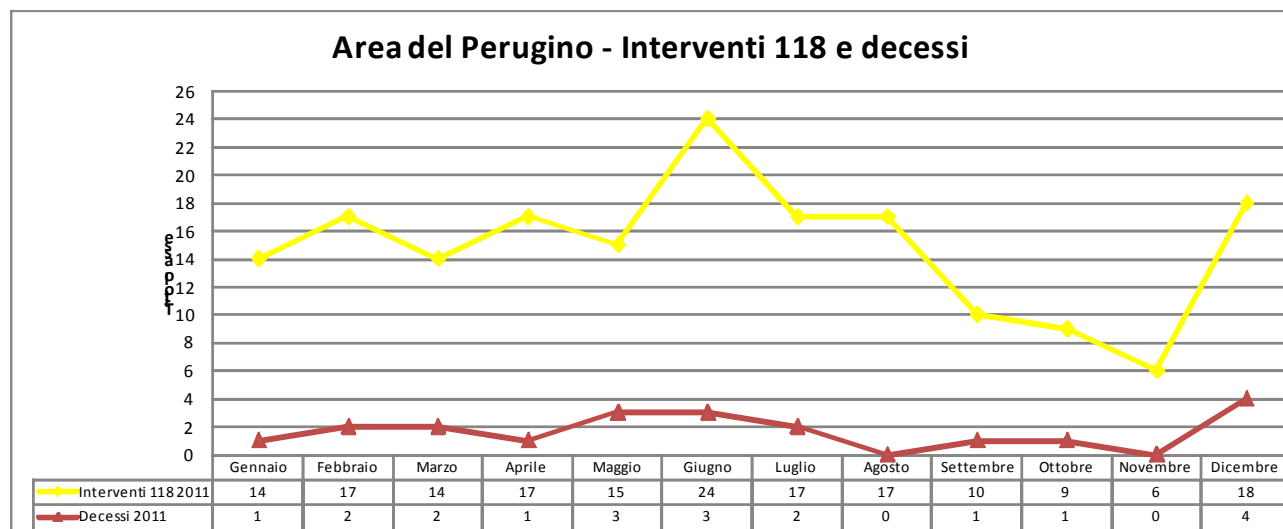


Grafico N.16: Interventi 118 e decessi per overdose nell'area del Perugino. Anno 2011.

Nella *Tabella N.21* di seguito riportata viene invece evidenziato come nel corso degli anni gli esiti degli interventi abbiano avuto delle modifiche significative.

Nel 2007, difatti, risulta che i cosiddetti “trattamenti in loco” (cioè l’applicazione delle terapie farmacologiche e strumentali eseguite nel luogo ove la persona viene trovata all’atto dell’intervento) sono stati applicati (con esiti risolutivi) in tre casi su quattro del totale dei trattamenti. Tale proporzione tuttavia negli anni è andata via via diminuendo fino al 38% del 2011, mentre se si considera l’andamento delle diverse variabili considerate nella tabella, si evince come ci sia stato un sostanziale innalzamento del ricorso sia al trattamento e successivo trasporto in P.S. (Pronto Soccorso), sia del trasporto al P.S. senza precedente trattamento, che arrivano congiuntamente nel 2011 al 43% del totale degli interventi prestatati dal 118 (ben il 25% in più rispetto all’anno 2007).

L’andamento fotografato da questi dati rinforza l’ipotesi di un policonsumo delle persone che presentano sintomi da overdose. Difatti il policonsumo complica molto il quadro clinico dell’episodio di overdose, tanto che in molti casi nei quali ci si trova di fronte a casi di overdose da eroina con sintomatologia complessa derivante da sospetto policonsumo, l’applicazione delle terapie classiche ed in particolare l’uso del farmaco antagonista degli oppioidi NARCAN non produce sostanziali miglioramenti nella condizione clinica dell’assistito, ed in tali casi l’intervento del 118 in loco si trasforma appunto in ricovero in Pronto Soccorso per ulteriori approfondimenti ed adeguate terapie.

Trasporto in Pronto Soccorso che avviene invece direttamente, senza trattamento in loco, ove ci siano evidenze sintomatologiche che escludono che l’overdose sia stata causata da oppiacei.

Interventi 118 ed esito dell'intervento										
	2007		2008		2009		2010		2011	
Trovato morto	12	5,7	9	3,8	19	11,2	12	7,3	17	9,6
Trattamento in loco	160	75,8	152	63,9	90	52,9	68	41,2	68	38,2
Rifiuto trattamento			2	0,8	20	11,8	20	12,1	16	9,0
Trattamento e trasporto al P.S.	39	18,5	73	30,7	21	12,4	42	25,5	43	24,2
Solo P.S.			1	0,4	18	10,6	23	13,9	34	19,1
n.n			1	0,4	2	1,2				
Totale interventi	211	100,0	238	100,0	170	100,0	165	100,0	178	100,0

Tabella N. 21: Interventi 118 nell’area del Perugino negli anni 2007-2011 ed esito degli interventi Numero assoluto e percentuale.

In linea con quanto appena affermato, nella *Tabella N.22* viene evidenziato come la presenza (presunta all’atto dell’intervento) di sola eroina nell’episodio di overdose sia diminuita in modo sostanziale dal 2007 (ove si riscontrava nel 73,5% dei casi) al 2011 (43,3% dei casi).

Di converso, sempre nel dato del 2011 la somma della percentuale concernente la presenza di più sostanze nell’organismo dell’assistito con quella riguardante la difficoltà ad identificare la sostanza causa dell’episodio di overdose in base ai sintomi presenti (sotto la dicitura n.n.), arriva a valori prossimi al 50% del campione considerato, suggerendo anche in questo caso l’ipotesi della diffusione del policonsumo come causa di overdose.

Interventi 118 e sospetta sostanza causa overdose										
	2007		2008		2009		2010		2011	
	Valo. Ass.	%	Valo. Ass.	%	Valo. Ass.	%	Valo. Ass.	%	Valo. Ass.	%
Eroina	155	73,5	142	59,7	94	55,3	77	46,7	77	43,3
Cocaina	1	0,5	10	4,2	9	5,3	8	4,8	7	3,9
Metadone		0,0		0,0		0,0		0,0	3	1,7
Cannabis		0,0	2	0,8	3	1,8	2	1,2	1	0,6
Altro	1	0,5	7	2,9	1	0,6		0,0	1	0,6
Più di una sostanza	15	7,1	32	13,4	27	15,9	29	17,6	33	18,5
n.n	39	18,5	45	18,9	36	21,2	49	29,7	56	31,5
Totale	211	100,0	238	100,0	170	100,0	165	100,0	178	100,0

Tabella N. 22: Interventi 118 nell’area del Perugino negli anni 2007-2011 e sostanza sospetta come causa di overdose. Numero assoluto e percentuale.

Attività di contrasto al narcotraffico delle FF.OO.

Al fine di rendere maggiormente completo il quadro regionale inerente il fenomeno overdose, si è ritenuto opportuno integrare una breve analisi delle attività svolte dalle Forze dell'Ordine nei confronti del fenomeno droga nell'anno 2011 relativamente alla provincia di Perugia, cioè il territorio in cui si concentra in Umbria la gran parte del mercato di sostanze illegali (*Tabella N. 23*).

2011				
MESE	OPERAZIONI IN ATTIVITA' ANTIDROGA	SEQUESTRI EROINA (KG)	SEQUESTRI COCAINA (KG)	ARRESTI ATTIVITA' ANTIDROGA
Gennaio	17	0,024	0,269	19
Febbraio	26	1,920	1,170	26
Marzo	31	0,109	0,319	59
Aprile	24	1,141	0,659	34
Maggio	27	0,088	0,865	24
Giugno	22	0,003	1,336	25
Luglio	21	0,008	0,176	46
Agosto	19	0,000	0,164	23
Settembre	28	0,086	1,043	31
Ottobre	25	0,001	0,167	36
Novembre	17	0,027	0,076	19
Dicembre	19	0,304	0,279	26
Totale	276	3,711	6,523	368

Tabella N. 23: Alcuni indicatori attività antidroga FF.OO. in provincia di Perugia. Anno 2011. Fonte: Ministero dell'Interno

La *Tabella N.23* illustra le operazioni in attività antidroga delle FF.OO. nella provincia di Perugia, i sequestri di eroina e cocaina e gli arresti connessi alla suddetta attività di contrasto.

Ne emerge, a prima vista, un quadro decisamente complesso, ove *il trend* concernente la relazione tra l'indicatore "operazioni in attività antidroga" ed i risultati in termini di sequestri di sostanze, ed anche di arresti effettuati, non appare sufficientemente chiaro e consequenziale, e necessita comunque, ai fini di una adeguata comprensione di alcune dinamiche, dei dovuti approfondimenti.

Nel *Grafico N.17* si tenta invece di rapportare le sostanze stupefacenti sequestrate dalle FF.OO. nel 2011 in provincia di Perugia con le morti per overdose verificatesi nello stesso territorio e con gli interventi del 118 nell'area del Peugino.

Osservando il grafico, risulta possibile stabilire una corrispondenza nell'andamento di tutti e quattro gli indicatori considerati per quanto riguarda i mesi di febbraio, dicembre (crescente) e marzo (decrescente). Risulta inoltre decisamente interessante osservare una serie di corrispondenze nelle curve che descrivono gli interventi del 118 ed i sequestri di sostanze, in particolare di quelli di cocaina. Gli eventi di decesso, del resto, numericamente meno significativi, appaiono maggiormente condizionati da fattori contingenti e casuali.

Appare possibile pertanto individuare una certa corrispondenza tra il volume di sostanze illegali sequestrate (più evidente nel caso della cocaina) e gli episodi di overdose (con maggiore evidenza nella quota degli interventi segnalata dal Servizio di Emergenza 118 piuttosto che nella quota dei deceduti).

Gli elementi a disposizione sono tuttavia insufficienti per avanzare delle ipotesi di interpretazione circa il preciso significato di tali corrispondenze.

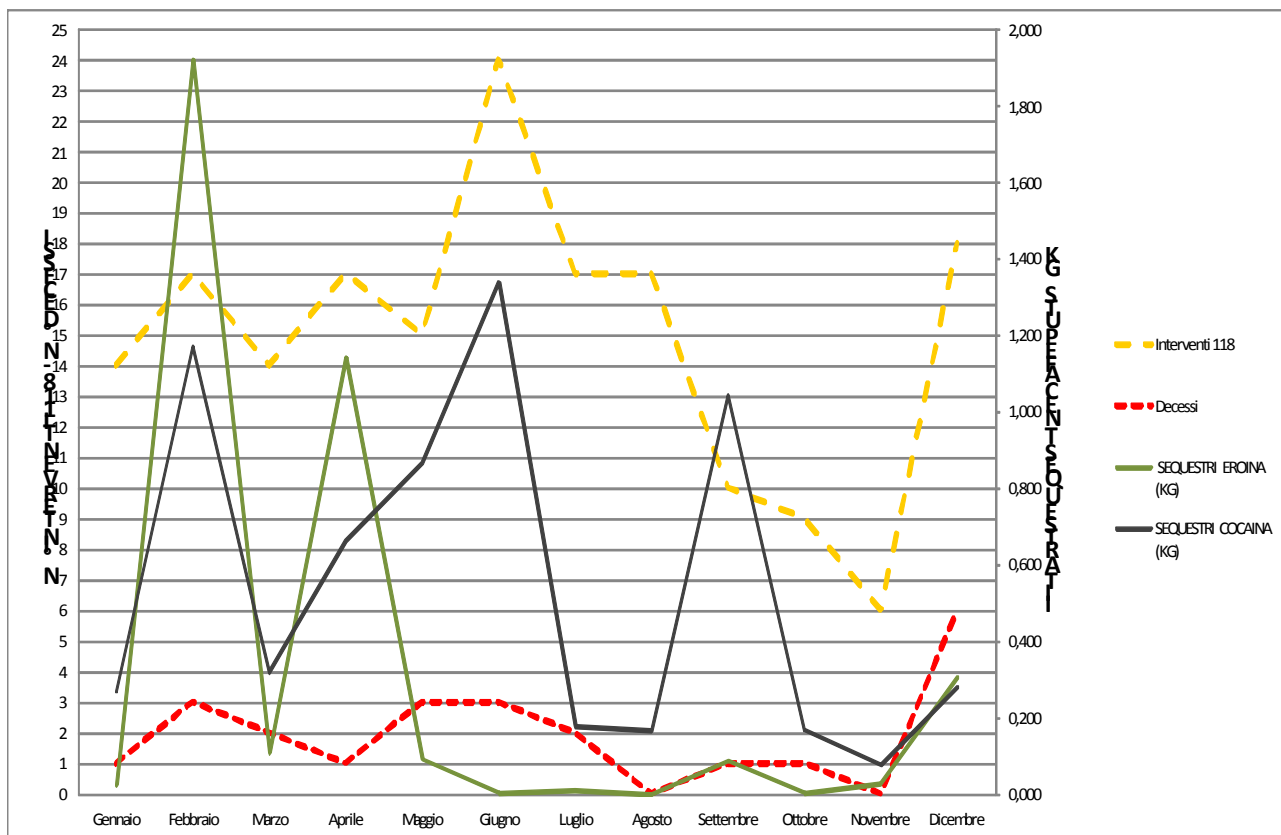


Grafico N.17: Morti overdose e sequestri sostanze da parte FF.OO in provincia di Perugia, interventi 118 nell'area del Perugino. Anno 2011.

Nella *Tabella N.24* e nella *Tabella N.25* vengono infine riportati rispettivamente l'ammontare complessivo delle diverse sostanze stupefacenti sequestrate e quello delle operazioni antidroga effettuate in Umbria nel 2011, queste ultime distinte su base provinciale.

Sequestri Umbria 2011 (Kg.)	
Eroina	4,214
cocaina	9,308
hashish	424,744
cannabis	95,564
anfetamine	0,041
ecstasy (pasticche)	236
L.S.D.	0

Tabella N. 24: Sequestri sostanze stupefacenti FF.OO. in Umbria. Anno 2011.

Operazioni anti-droga Umbria 2011	
Perugia	276
Terni	102
Totale	378

Tabella N. 25: Operazioni antidroga FF.OO. in Umbria. Anno 2011.

Conclusioni

L'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze nella *“Relazione Annuale 2011-Evoluzione del Fenomeno Droga in Europa”*, segnala come sia *“... difficile spiegare le cause del numero elevato o in aumento di decessi indotti dagli stupefacenti segnalati in alcuni paesi, soprattutto considerate le indicazioni di riduzioni nel consumo di droga per via parenterale e gli aumenti nel numero di consumatori di oppioidi in contatto con i servizi di terapia e di riduzione dei danni. Le spiegazioni possibili comprendono: maggiori livelli di poliassunzione o comportamento ad alto rischio; un aumento del numero di consumatori di oppioidi recidivanti che lasciano il carcere o abbandonano la terapia e un gruppo di tossicodipendenti che invecchia.”*

In Umbria la mortalità per overdose costituisce un grave problema di salute pubblica, che viene sottoposto ormai da anni ad un costante ed approfondito monitoraggio. A questo proposito, occorre segnalare che mentre le rilevazioni di ambito nazionale riguardanti questo fenomeno si caratterizzano notoriamente per un livello di accuratezza disomogeneo nei diversi territori, tanto che operazioni di comparazione statistica risultano scarsamente fondate, al contrario in Umbria il dato è rilevato ormai da anni con precisione e completezza.

Analizzando l'andamento del fenomeno in ambito regionale nel tempo, si evidenzia un quadro decisamente preoccupante.

In Umbria si rileva infatti dal 1996 fino al 2005 una sostanziale stabilità del dato, contrapposta alla tendenza alla riduzione rilevata negli stessi anni a livello nazionale. Negli anni 2006-2007 la tendenza è ad un costante incremento, fino al picco più elevato del periodo complessivo considerato, raggiunto nel 2007 con 35 decessi.

Nel 2008, ed in maniera ancora più significativa nel 2009, parallelamente all'implementazione di un piano di iniziativa regionale per la prevenzione dei decessi per overdose, si assiste ad una decisa inversione di tendenza: nel corso del biennio il dato della mortalità per overdose risulta pressoché dimezzato (nel 2009, 18 decessi, il dato più basso del periodo complessivo considerato).

Nel 2010 (24 decessi) e ancora nel 2011 (26 decessi) si registra un nuovo rialzo, pur senza tornare ai livelli degli anni precedenti.

L'andamento del fenomeno nel tempo conferma pertanto la difficoltà di incidere stabilmente su un fenomeno complesso, dalla etiologia multifattoriale, che riguarda una popolazione in gran parte “sommersa” e che si connette ad un mercato illegale locale in evidente continua espansione.

All'interno del territorio regionale si manifesta un andamento eterogeneo nelle due provincie: negli anni la mortalità per overdose risulta costantemente più elevata nella provincia di Perugia rispetto alla provincia di Terni. Nel 2011 il dato della provincia di Perugia corrisponde a 23 decessi, identico al 2010, mentre nella provincia di Terni si passa da 1 a 3.

Il differente andamento avvalorava l'ipotesi della sussistenza di condizioni fondamentalmente diverse tra i due territori provinciali: l'elemento discriminante maggiormente significativo può essere identificato nel mercato illegale di sostanze, particolarmente diffuso ed aggressivo, che si è stabilito da alcuni anni nella città di Perugia.

A questo proposito, una prima analisi delle attività delle Forze dell'Ordine relativa all'anno 2011 e al territorio della provincia di Perugia, evidenzia una corrispondenza tra la quantità di sostanze sequestrate (eroina, e con maggiore evidenza cocaina), i decessi ed il numero degli interventi del 118 per episodi di overdose fauste (quest'ultimo dato relativo all'area del Perugino, quella comunque demograficamente più rilevante e maggiormente interessata ai fenomeni in questione).

Riguardo alle caratteristiche dei deceduti, occorre segnalare innanzitutto che il fenomeno è in Umbria, come a livello sovraregionale, a gran prevalenza maschile, sia per una maggiore diffusione del consumo di sostanze stupefacenti tra i maschi, sia per una loro maggiore propensione ad adottare comportamenti a rischio. Nella casistica regionale è distinto inoltre il dato riferito a persone transessuali (sia italiane che straniere, in particolare brasiliane) che negli ultimi anni rientrano, seppure per piccoli numeri, nel novero dei deceduti per overdose.

Per quanto riguarda l'età, la mortalità per overdose in Umbria tende negli ultimi anni ad interessare prevalentemente le fasce di età più avanzate, e soprattutto le persone over 40, in coerenza con il dato nazionale e con le analisi sviluppate a livello europeo. Nel 2011 l'età media dei deceduti è di 37 anni, superiore al dato degli anni precedenti. In un'analisi complessiva dell'andamento del fenomeno a livello regionale nell'arco degli ultimi 6 anni, appare significativo anche il dato relativo alla fascia di età 25-29 anni.

In merito alle sostanze rilevate attraverso le indagini tossicologiche disposte dalla Magistratura, nel 2011 l'aspetto maggiormente rilevante che emerge dai dati è la conferma della diffusione del policonsumo, che determina un incremento del rischio overdose per il sommarsi imprevedibile degli effetti delle diverse sostanze.

La sostanza rilevata con maggiore frequenza è l'eroina, presente nel 2011 nel 77% dei casi: da sola nel 30,8% dei decessi ed in concomitanza con altre sostanze in una percentuale superiore, pari al 46,2%.

Per quanto concerne invece la cocaina, nel 2011 non si è rilevato nessun caso di decesso con questa come sostanza esclusiva; tuttavia essa, accompagnata da altre sostanze (in particolare eroina) è risultata essere presente nel 42,3% dei casi.

Un ulteriore elemento da segnalare riguarda il frequente rilevamento di benzodiazepine, che in molti casi non sono assunte su prescrizione medica ma come forma di abuso farmacologico.

Infine, è da segnalare nel 2011 un deceduto, peraltro minorenni, per associazione di ecstasy e ketamina.

Tra i deceduti del 2011, la maggior parte è composta da italiani; 7 persone tuttavia (cioè il 27% del totale) sono nate all'estero e si rileva una tendenza costante negli ultimi cinque anni all'incremento di questo dato, il che pone l'accento sul fenomeno crescente della diffusione di sostanze psicoattive tra gli immigrati. Il dato maggiormente rilevante nel 2011 riguarda persone tunisine (3 su 7 deceduti), fenomeno questo che si connette al mercato al dettaglio degli stupefacenti, in gran parte gestito proprio da persone di nazionalità tunisina; dalle informazioni degli operatori dei servizi si evince come sempre più spesso, e nonostante i vincoli di natura religiosa e culturale, questi spacciatori di piccolo calibro siano o diventino anche assuntori di sostanze.

Per quanto riguarda la residenza, i dati degli ultimi quattro anni documentano come le percentuali maggiori dei deceduti siano costantemente costituite dai residenti in Umbria; la quota dei fuori regione non supera mai il 30% del totale annuale.

Analizzando i dati relativi al comune di residenza, emerge nel 2011 un diverso andamento rispetto all'anno precedente: il numero maggiore è quello relativo al comune di Perugia (12 deceduti, pari al 46,2% del totale), seguito da Terni con l'11,5% dei casi; nel 2010 invece i residenti nel comune di Perugia erano 3, corrispondenti al 12,5% del totale. Questo dato, di cui occorrerà verificare l'evoluzione nei prossimi anni, appare indicare la tendenza ad una maggiore focalizzazione del problema entro i confini del territorio perugino.

Nel 2011 i deceduti sono stati rinvenuti per il 65% dei casi in un'abitazione privata, dato che appare in netto aumento rispetto al 2010 e che riveste una specifica rilevanza, poiché la letteratura internazionale indica unanimemente il consumo solitario, in luogo privato, come situazione a rischio elevato. Occorre notare che se da un lato questa tendenza può in alcuni casi essere ascrivibile alla libera scelta di uno specifico stile di consumo, in altri casi è condizionata dal desiderio di sottrarsi all'attenzione pubblica a fronte del clima di stigmatizzazione e alla stretta repressiva che connotano il consumo di sostanze.

Passando ad analizzare il diverso andamento dei decessi nei mesi dell'anno nell'arco degli ultimi 5 anni, l'unico dato costante consiste in un calo di decessi nel mese di novembre rispetto al mese precedente, probabilmente per la tendenza ad un generale minor consumo di sostanze in questo periodo, in vista delle successive feste di fine anno, accompagnate abitualmente da un "rituale" aumento dell'uso.

Nel 2011, inoltre, si rileva un andamento temporale "periodico" del fenomeno nel corso dell'anno, con un picco di decessi nei mesi di febbraio, giugno e dicembre, rispetto al quale possono essere

avanzate ipotesi relative a variazioni delle caratteristiche delle sostanze illegali in circolazione nei diversi periodi, sia per cambiamenti interni al mercato illegale sia come conseguenza di azioni di polizia.

Per quanto riguarda il rapporto dei deceduti con i servizi di cura, risulta che solo 4 tra i soggetti deceduti fossero in terapia presso un Ser.T., dato che peraltro appare in controtendenza rispetto al 2010. Inoltre i soggetti sconosciuti ai Ser.T raggiungono la percentuale del 57,7%, confermando una tendenza abbastanza costante negli anni, con l'eccezione del 2010.

I dati richiamati se da un lato confermano il valore preventivo del trattamento terapeutico, dall'altro richiamano l'attenzione sull'ampiezza del cosiddetto "sommerso", cioè l'insieme dei fenomeni di consumo che risultano scarsamente intercettati dai servizi.

Oltre ai Ser.T, relativamente ai deceduti nel 2011 nel territorio della provincia di Perugia, sono state prese in considerazione le informazioni, soprattutto di livello qualitativo, fornite dagli operatori delle Unità di strada, presenti a Perugia, Città di Castello e Foligno, e del Centro a bassa soglia di Perugia, da cui emerge innanzitutto una maggiore capacità di intercettazione dei servizi di prossimità rispetto ai servizi di cura, sebbene permanga anche a questo livello una quota residua di deceduti non conosciuti.

Inoltre gli operatori di strada, sulla base della propria esperienza quotidiana, pongono l'accento in particolare sulla rilevanza delle problematiche di grave marginalità sociale che investono un nucleo di persone maggiormente vulnerabile, sulla difficoltà di fornire risposte su questo fronte, anche al livello dei bisogni primari della persona, ed infine sulla difficoltà di integrare le diverse aree di intervento (sia in ambito sanitario che nell'area dell'integrazione sociosanitaria) in una risposta complessiva ed unitaria alla persona.

Questi operatori, inoltre, sulla base della loro attività quotidiana svolta a stretto contatto con i contesti del consumo di sostanze, forniscono informazioni interessanti riguardo all'evoluzione specifica dei fenomeni in relazione con il problema delle overdose, fotografata a livello dei singoli territori.

Un primo elemento segnalato è di carattere generale e riguarda una crescente tendenza alla "rarefazione" delle relazioni interpersonali, fenomeno questo che investe la società attuale nel suo insieme ma che riveste anche implicazioni importanti rispetto alle metodologie di approccio messe in atto nei confronti delle persone consumatrici di sostanze psicoattive; viene meno infatti quel fattore di protezione garantito in qualche modo dai legami relazionali tra consumatori, sul quale ad esempio si fa leva abitualmente favorendo la trasmissione "tra pari" di informazioni con finalità preventive. Un secondo elemento riguarda le variazioni intercorse nelle tipologie di sostanze utilizzate: anche l'osservazione empirica indica una crescente diffusione del policonsumo, nel cui ambito rientra anche l'abuso di psicofarmaci ed un notevole "mercato grigio" di metadone (utilizzato in alcuni formati anche per via endovenosa) e di altri farmaci sostitutivi.

Ai fini di una maggiore comprensione del fenomeno della mortalità per overdose, sono stati infine analizzati i percorsi di vita delle persone conosciute dai servizi ed è stato quindi possibile porre in evidenza alcune situazioni che possono aver giocato un ruolo facilitante rispetto all'evento fatale.

Tra gli 11 deceduti che erano conosciuti dai Sert emergono innanzitutto situazioni di multiproblematicità, con significative implicazioni sul versante sociale: disagio psichico, disagio socio-economico, politossicomania ed un'età media piuttosto elevata (circa 39 anni). Ancora, in 2 casi di decesso l'abbandono della comunità ha costituito un elemento critico importante, mentre per altri 2 vi era una storia di carcerazione nell'anno antecedente al decesso stesso.

Pertanto, pur nella esiguità dei dati conoscitivi a disposizione nel 2011 rispetto a quelli esaminati nel 2010, trova conferma la rilevanza di alcuni specifici elementi di rischio, ricollegabili da un lato al livello di problematicità (sanitaria, sia sul versante medico che psicologico, e sociale) ormai cristallizzatasi nel tempo, e dall'altro al grado di vulnerabilità organica individuale, conseguente alla vita di strada, a lunghe storie di dipendenza, o circoscritta a situazioni specifiche come l'interruzione/fine del trattamento farmacologico, l'abbandono/fine del programma in comunità terapeutica e l'uscita dal carcere.

Va inoltre tenuto attentamente conto del dato riferito ai deceduti non conosciuti dai servizi, che può indicare un incremento di quelle tipologie di consumatori più difficilmente intercettate e intercettabili dai servizi sanitari. Queste ultime situazioni sono riferite ad un variegato insieme di fenomeni di consumo che si caratterizzano per una notevole varietà di abitudini e connotazioni diverse, interessano gruppi diversificati e, a giudicare dai dati relativi ai deceduti 2011, riguardano sostanze d'abuso diverse (compresa l'eroina, sostanza storicamente maggiormente intercettata dai servizi) e includono fasce d'età anche piuttosto avanzate.

Alcune osservazioni finali riguardano gli interventi del Servizio di Emergenza-118 per episodi di intossicazione acuta da sostanze stupefacenti effettuati nel territorio del Perugino (costituito dal territorio dei comuni di Perugia, Corciano, Torgiano e Deruta), ovvero il territorio entro cui avviene in Umbria la quasi totalità di questa tipologia di prestazioni.

A questo proposito occorre precisare che l'intervento assicurato è altamente specializzato rispetto alle necessità di questa specifica situazione di emergenza, alla quale è associato il codice rosso e comporta pertanto la presenza sul mezzo di soccorso del medico e di idonei ausili, incluso il Narcan, nonché il rapido raggiungimento del luogo di chiamata.

Il numero di interventi di emergenza per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti è decisamente rilevante; nel 2011 nell'area del Perugino sono stati eseguiti 178 interventi, con un andamento piuttosto stabile nell'ultimo triennio, ponendo in evidenza, accanto al significativo ruolo preventivo svolto dal servizio di emergenza, quale ingente volume di situazioni esposte ad un rischio di morte sia stato raggiunto in questi anni.

Per quanto riguarda le caratteristiche delle persone soccorse, si rileva una sostanziale concordanza rispetto ai deceduti. Il sesso è prevalentemente maschile (nel 2011, l'86,5 % dei casi). Le fasce d'età maggiormente coinvolte sono quella 25-29 e quella degli over 40, con un andamento decrescente negli anni delle fasce d'età 20-24 e 30-34, ed un aumento progressivamente crescente, anche se limitato, degli interventi che coinvolgono la fascia 15-19. Si segnala una quota considerevole di interventi nei confronti di persone residenti fuori regione, corrispondente, nel periodo 2007-2009, a quasi un quarto degli interventi, con un lieve, graduale calo nel periodo 2010-2011; tale quota percentuale non si discosta in maniera sostanziale da quella rilevata tra i deceduti per overdose.

Dall'analisi complessiva sopra rappresentata deriva una serie di indicazioni utili ad orientare le azioni volte alla prevenzione delle overdose, affinché mantengano la maggiore coerenza possibile in relazione all'evoluzione effettiva dei problemi.

Occorre segnalare, a questo proposito, che tali azioni debbono inserirsi in un piano complessivo di livello interistituzionale, poiché, come segnala lo stesso Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (EMCDDA), *"... la prevenzione delle overdose deve far parte di una strategia globale rivolta ai consumatori di stupefacenti, che comprenda misure intese ad affrontare i più ampi problemi sanitari e sociali che interessano questo gruppo."*

In primo luogo, l'analisi dei dati del 2011 conferma il ruolo centrale delle attività di contrasto del mercato illegale, le cui conseguenze si riverberano anche sul versante della salute pubblica. Tra i fattori a monte del fenomeno della mortalità per overdose, infatti, riveste un'indubbia rilevanza il narcotraffico insediatosi ormai stabilmente nella città di Perugia, che risulta attrattivo non solo a livello provinciale ma anche per acquirenti provenienti da tutta l'Umbria e a volte anche da fuori regione. Si tratta di un mercato aggressivo e diffuso, in espansione negli anni, che risulta connesso ad infiltrazioni di segmenti della criminalità organizzata afferenti a cosche di provenienza extra regionale, e che determina sul territorio ricadute importanti in termini di microcriminalità associata e conseguente diffusione tra i cittadini di un generale senso di insicurezza.

In secondo luogo si conferma l'efficacia dell'intervento dei servizi di emergenza-urgenza 118 nel contenere il fenomeno della mortalità, che pure si attesta su livelli decisamente rilevanti. A questo proposito, risulta necessario proseguire nella campagna informativa, attivata già da diversi anni, volta a promuovere e facilitare il più possibile l'intervento delle equipe di emergenza, attraverso la sensibilizzazione delle persone a rischio potenziale, dei loro familiari, dei possibili testimoni di un'overdose.

Ulteriori interventi preventivi indirizzati al livello dell'emergenza includono la prosecuzione della campagna di diffusione, tra i consumatori di sostanze stupefacenti ed i familiari, del Narcan, farmaco salvavita nel caso di overdose da sostanze oppioidi (eroina), diffusione associata ad adeguata informazione ed alla realizzazione di corsi di addestramento per il riconoscimento e la gestione corretta degli episodi di overdose.

Per dare un'idea del volume raggiunto da queste attività, si segnala che nel corso del 2011 l'unità di strada di Perugia (cioè il servizio coinvolto maggiormente in questo tipo di azione, benché tutte le unità di strada ed i servizi per le tossicodipendenze umbri svolgano una consistente attività in tal senso) ha distribuito, in genere nell'ambito di interventi di informazione e *counseling*, 696 fiale di Narcan. Secondo una valutazione approssimativa degli operatori, nel 50% circa dei casi le fiale sono state distribuite alla stessa persona più di una volta, lasciando presumere che in questo gruppo sia avvenuto, in una percentuale di casi, un uso delle fiale che ha consentito di limitare il numero dei decessi. A questo proposito occorre sottolineare come la persona in overdose non sia in grado di soccorrere se stessa, per cui il possesso della fiala non costituisce di per sé elemento di deresponsabilizzazione, ma al contrario è necessario promuovere un atteggiamento di attenzione e di un "prendersi cura" reciproco, sia in ambito familiare che tra gli stessi consumatori.

Ponendo poi l'attenzione alle situazioni di accentuata vulnerabilità segnalate dai dati, si evidenziano diverse linee di azione da sviluppare maggiormente.

Innanzitutto appare necessario migliorare il livello di integrazione tra servizi ed istituzioni diverse al fine di garantire la continuità della presa in carico, evitando quelle situazioni di "frattura" del sistema di intervento che connotano in particolare la dimissione/abbandono del trattamento (sia farmacologico che residenziale) e l'uscita dal carcere.

Rispetto a quest'ultimo contesto, occorre sottolineare come il dato della mortalità per overdose sia solo uno dei segnali di gravissimo malessere che caratterizzano attualmente il sistema penitenziario, riconducibile soprattutto ai livelli impressionanti raggiunti dal sovraffollamento e alla conseguente difficoltà di assicurare livelli di gestione sufficienti a garantire la tutela del diritto alla salute, nonostante il passaggio dell'assistenza al sistema sanitario nazionale.

Altri aspetti riguardano la necessità di modulare gli approcci terapeutici in relazione alle specifiche situazioni di bisogno e ai diversi livelli di vulnerabilità, sia in ambito farmacologico che di supporto psicologico e sociale. A questo proposito, occorre privilegiare e potenziare la disponibilità di forme flessibili di presa in carico e trattamento (sia a livello ambulatoriale che residenziale e semiresidenziale), articolando il concetto di "appropriatezza degli interventi" secondo una valutazione attenta delle condizioni specifiche della persona. Occorre inoltre rendere effettiva la "presa in carico integrata" di quelle situazioni multiproblematiche, variamente connotate, che chiamano in campo aree diverse dell'intervento sociosanitario. Infine, si manifesta la necessità di potenziare le azioni di supporto sociale, integrandole con appropriati programmi di trattamento, per le numerose situazioni di spiccata marginalità che risultano maggiormente esposte al rischio di incorrere in un'overdose fatale.

Sul più ampio versante della prevenzione dei rischi associati al consumo di sostanze psicotrope, si evidenzia innanzitutto la necessità di intraprendere azioni volte ad una maggiore conoscenza dei fenomeni di consumo che non accedono al sistema dei servizi e di individuare strategie idonee, specifiche, di contatto precoce. Occorre quindi rispondere in maniera selettiva a fenomeni che sempre più si diversificano ed assumono caratteristiche peculiari, sollecitando l'abbandono di strategie "generaliste" e l'impostazione invece di risposte ad alta specificità, fondate proprio sull'indagine e la considerazione di tali peculiarità.

Si conferma, infine, il ruolo positivo svolto dai servizi di prossimità (Unità di strada e Centri a bassa soglia) nei confronti di questo problema, che si esplica su una molteplicità di piani diversi: la conoscenza specifica dei fenomeni che si sviluppano nei territori e delle dinamiche che li caratterizzano, il contatto precoce con le persone consumatrici di sostanze psicoattive, le azioni diffuse di informazione e sensibilizzazione rivolte alla prevenzione dei rischi e alla riduzione dei danni correlati al consumo di sostanze, la distribuzione a tappeto di presidi sanitari a scopo

preventivo (incluso il Narcan) associata ad idonea informazione, l'addestramento ad una corretta gestione degli episodi di overdose, le risposte ai bisogni primari ed alle necessità di base delle persone consumatrici, l'orientamento e l'accompagnamento verso servizi sanitari e sociali; inoltre, azioni rivolte al contesto cittadino, in particolare con la finalità di prevenire e contenere fenomeni di stigmatizzazione e conflittualità, e al mondo dei servizi, con l'obiettivo di implementare i livelli di raccordo.

Ne deriva pertanto la necessità di potenziare gli interventi di prossimità rinnovandone, laddove opportuno, gli approcci metodologici ed organizzativi alla luce delle trasformazioni di contesto sopra segnalate e curando la loro piena inclusione nel sistema regionale complessivo di intervento rivolto all'area delle dipendenze.