



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO 6

**RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO
SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125
“LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOL CORRELATI”**

ANNO 2020

INDICE

PREMESSA

PRESENTAZIONE

PARTE PRIMA

1.	IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO	1
1.1	I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo	1
1.1.1	<i>Il consumo di bevande alcoliche in Europa</i>	1
1.1.2	<i>Il consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana</i>	5
1.1.3	<i>L'alcol nelle Linee Guida</i>	11
1.1.4	<i>Consumatori a rischio - le analisi dell'ISS</i>	13
1.1.5	<i>Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni</i>	22
1.2	<i>La morbilità e la mortalità alcol correlate</i>	32
1.2.1	<i>Accessi in Pronto Soccorso con diagnosi di patologie totalmente alcol attribuibili</i>	33
1.2.2	<i>Dimissioni ospedaliere con diagnosi di patologie totalmente attribuibili all'alcol</i>	41
1.2.3	<i>Alcoldipendenza</i>	52
1.2.4	<i>Le stime di mortalità dell'Istituto Superiore di Sanità</i>	53
1.2.5	<i>Gli incidenti stradali e le violazioni del Codice della Strada</i>	59
2.	LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE	67
3.	I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA	98
4.	LE ASSOCIAZIONI DI AUTO MUTUO AIUTO	101
5.	CRITICITA' DEL SISTEMA	113

PARTE SECONDA

6.	GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125	
6.1	Gli interventi di indirizzo	116
6.2	L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001	126
6.3	La partecipazione alle politiche internazionali	127

ALLEGATO – Tabelle e Grafici (*Capitolo 3 “I Servizi alcolologici e l'utenza”*)

PREMESSA

L'art. 8 della legge 30.3.2001 n. 125 dispone che il Ministro della Salute trasmetta al Parlamento una relazione annuale sugli interventi realizzati ai sensi dell'art. 9 comma 2 della legge medesima.

La presente Relazione illustra il quadro epidemiologico che descrive il fenomeno correlato al consumo di bevande alcoliche nel nostro Paese, aggiornato al 2019. Inoltre descrive i modelli di trattamento per l'alcol dipendenza e la capacità di assistenza dei Servizi alcolologici con le eventuali criticità emerse, nonché la spesa farmaceutica per la terapia farmacologica delle alcol dipendenze.

La Relazione riporta gli interventi e le iniziative intraprese dal Ministero della Salute nell'anno 2020 e, presenta i progetti finanziati con i fondi previsti dalla Legge 125/2001 (art. 3, comma 4), assegnati alle Regioni individuate dalla Commissione Salute.

La Relazione al Parlamento viene annualmente curata dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 6 (Dott.ssa Liliana La Sala, dott.ssa Maria Migliore, dott.ssa Natalia Magliocchetti; dott.ssa Stefania Milazzo), avvalendosi anche di informazioni pertinenti fornite da diversi uffici delle Direzioni Generali del Ministero della Salute: Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Uff. 8 (Dott.ssa Daniela Galeone, dott.ssa Maria Teresa Menzano); Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Uff. 6 (Dott.ssa Simona Carbone, dott.ssa Carla Ceccolini); Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti europei e internazionali - Uff. 3 (Dott.ssa Mariella Mainolfi); Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Uff. 3 (Dott.ssa Serena Battilomo, dott.ssa Elisabetta Santori).

Per l'elaborazione della presente Relazione al Parlamento, il Ministero della Salute, inoltre, si è avvalso della collaborazione di diversi **partners** che hanno apportato contributi di notevole interesse scientifico e conoscitivo del fenomeno correlato al consumo di alcol.

Pertanto si ringraziano:

- Prof. Emanuele Scafato, dott.ssa Silvia Ghirini, dott.ssa Claudia Gandin, dott.ssa Alice Matone - Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping. Osservatorio Nazionale Alcol e *WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems*.
- Dott.ssa Monica Vichi - Istituto Superiore di Sanità - *Servizio Tecnico Scientifico di Statistica*.
- Dott.ssa Emanuela Bologna - ISTAT - *Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Censimento della Popolazione, Servizio Registro della popolazione, statistiche demografiche e condizioni di vita*.
- Dott.ssa Giordana Baldassarre e Dott.ssa Silvia Bruzzone - ISTAT - *Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Censimento della Popolazione, Servizio Sistema Integrato Salute, Assistenza, Previdenza e Giustizia*.
- Dott. Francesco Trotta, Dott.ssa Filomena Fortinguerra, Dott. Andrea Pierantozzi - Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) - *Ufficio Monitoraggio della Spesa Farmaceutica e Rapporti con le Regioni*.
- Dott.ssa Laura Rossi e Dott. Andrea Ghiselli - CREA.
- Dott. Marco Orsega, dott. Pierfranco Severi e dott. Pino Nicolucci - AICAT, *Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali*.
- AA, *Alcolisti Anonimi*
- Dott. Valentino Patussi - Centro Alcolologico Regionale, Regione Toscana

PRESENTAZIONE

Il consumo dannoso e rischioso di alcol rappresenta un importante problema di salute pubblica, in quanto responsabile in Europa di circa il 4% di tutte le morti e di circa il 5% degli anni di vita persi per disabilità. Ciò ha indotto molti Paesi ad adottare raccomandazioni sul consumo di bevande alcoliche, suggerendo la prudenza come esprime con chiarezza il concetto condiviso "Less is better". Le **“Linee guida per una sana alimentazione”**, revisione 2018 presentate dal Centro di Ricerca e Nutrizione, definiscono “a basso rischio” un consumo di 2 unità alcoliche per l’uomo adulto e 1 unità alcolica per le donne adulte e per gli anziani di entrambi i sessi, corrispondenti rispettivamente a 24 e 12 grammi di alcol.

In Italia la Legge 8.11.2012 n.189 vieta la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche ai minori di 18 anni in funzione dell’evidenza consolidata di immaturità fisiologica e di inefficienza dei meccanismi di metabolizzazione e smaltimento delle bevande alcoliche con maggiore compromissione per la salute e la sicurezza rispetto all’adulto in virtù dell’effetto d’intossicazione di quantità anche minime o limitate di alcol e di conseguente deficit e danno biologico a prevalente carico del cervello che tra i 12 e i 25 anni presenta una verificata finestra di vulnerabilità massima all’effetto dell’azione tossica dell’uso di alcol sui neuroni e sulla rimodulazione (*pruning*) e maturazione funzionale di un organo che può risultare danneggiato irreversibilmente dall’azione diretta dell’etanolo. A tale riguardo e a tutela di un regolare sviluppo cerebrale e cognitivo del minore, dell’adolescente e dei giovani, le linee guida nutrizionali supportano con le evidenze scientifiche la normativa di divieto e indicano come sempre dannosa per i giovani il *binge drinking*, il bere per ubriacarsi, consumare più di 5-6 bicchieri di qualunque bevanda alcolica sino a sperimentare l’intossicazione alcolica legata all’assunzione di circa 60 grammi di alcol puro concentrata in poche ore. Le linee guida raccomandano inoltre il consumo zero sino ai 18 anni sconsigliandone l’uso sino ai 25 anni sollecitando azioni di prevenzione e misure idonee a ritardare l’età del primo consumo di alcol e a ridurre e minimizzare la quantità di alcol tra gli adolescenti che bevono alcolici, così come richiesto dagli obiettivi delle strategie di prevenzione, europee ed internazionali. La disposizione normativa nazionale, tra le prime in EU ad essere stata adeguatamente variata negli anni recenti nel senso richiesto di rafforzamento del divieto di vendita e somministrazione ai minori e a innalzare l’età minima legale dai 16 ai 18 anni, ha rappresentato il più rilevante intervento del Ministero della Salute come risposta di salute pubblica nel pieno riconoscimento della maggiore vulnerabilità che presentano i minori ai danni causati dall’alcol.

Al danno biologico si possono associare danni indiretti causati da comportamenti irresponsabili che conducono ad azioni violente, sconsiderate, e nei maggiorenni anche ad incidenti spesso mortali o invalidanti.

I dati ISTAT riferiti all’anno 2019 confermano la tendenza degli ultimi anni, pertanto si riscontra un aumento del consumo occasionale e del consumo fuori pasto, e di contro una diminuzione del consumo giornaliero.

Il consumo di bevande alcoliche tra i giovani permane una criticità che suggerisce di mantenere alta l’attenzione su questa fascia di popolazione. I comportamenti a rischio sul consumo di alcol nella popolazione giovanile sono particolarmente diffusi nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni. Il fenomeno è comunque differenziato per genere, tra i ragazzi è circa il doppio rispetto alle ragazze. Tra i comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche tra i giovani il *binge drinking* rappresenta l’abitudine più diffusa e consolidata. Infatti, lo studio sui modelli di

consumo tra i giovani mostra che nel 2019 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il 16% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 20,6% maschi e l'11% femmine, dati pressoché sovrapponibili a quelli dell'anno precedente.

Nel tempo si assiste anche a sensibili cambiamenti nel tipo di bevande consumate. Si osserva una diminuzione del consumo esclusivo di vino e di birra mentre aumenta l'abitudine a consumare altri alcolici oltre al vino e alla birra, soprattutto tra le donne di 45 anni e più.

Il consumo di alcol è più marcato nel Centro-Nord, soprattutto nel Nord-est, e tra i maschi. La quota di consumatori di bevande alcoliche aumenta al crescere del titolo di studio conseguito, ciò avviene soprattutto per le donne e soprattutto in relazione al consumo fuori pasto. Andamento inverso ha, invece, il consumo quotidiano, che risulta crescente al diminuire del titolo di studio, soprattutto per gli uomini.

L'Istituto Superiore di Sanità (Osservatorio Nazionale Alcol) ha, ormai da anni, costruito un indicatore di sintesi per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana. L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale e quotidiano eccedentario ed il *binge drinking*. Le nuove indicazioni scientifiche (*"Linee guida per una sana alimentazione"*- CREA revisione 2018) hanno stabilito di considerare la popolazione di età inferiore ai 18 anni a rischio per il consumo di una qualsiasi bevanda alcolica. Sono da considerare a rischio gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di due Unità Alcoliche standard (UA), le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di una UA, nonché tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno. La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata quindi attraverso l'indicatore di sintesi, mostra che nel 2019 il 21,5% degli uomini e l'8,9% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.200.000 individui (M=5.700.000, F=2.500.000) non hanno seguito le indicazioni di salute pubblica relativamente alle modalità di consumo di bevande alcoliche. L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi è quella dei 16-17enni (M=42,2%, F=39,2%), seguita dagli anziani ultra 65enni. La prevalenza di consumatori a rischio di sesso maschile è superiore a quelle delle donne per tutte le classi di età a eccezione dei minorenni.

L'alcol dipendenza è a tutt'oggi un ambito che continua a necessitare di grande attenzione per le implicazioni sanitarie e sociali che ne derivano. Nel 2019 sono stati presi in carico presso i servizi (n=408) 65.387 soggetti. Il 28,5% dell'utenza complessiva è rappresentato da nuovi utenti; la quota restante da soggetti in carico dagli anni precedenti o rientranti nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. Il rapporto M/F è pari a 3,3 per il totale degli utenti. Il 74,6% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,7% dei soggetti trattati, non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 17,8%. La bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (46,4%), seguito dalla birra (28,5%), dai superalcolici (10,5%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,7%).

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2019 il 30,2% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,7% al *"counseling"* rivolto all'utente o alla famiglia, il 3,8% è stato inserito in gruppi di auto-mutuo aiuto; per il 17,4% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 3,0% degli alcol dipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 12,8% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 3,4% del totale degli utenti rilevati (2,2% in istituti pubblici, 1,2% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol.

Il buon funzionamento dei Servizi alcolologici viene favorito da una diffusa collaborazione con la rete dei gruppi di auto-mutuo aiuto, grande risorsa per il Sistema Sanitario Nazionale ed espressamente prevista dalla legge 125/2001. I Gruppi di auto-mutuo aiuto svolgono attività che riguardano prevalentemente la riabilitazione degli alcol dipendenti, ma spesso anche la sensibilizzazione e informazione della popolazione generale.

Dai dati elaborati e rappresentati dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), nel 2019 si registra, rispetto all'anno precedente, una lieve riduzione del consumo dei farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica (-1,25%), che si concentra in gran parte nell'ambito dell'assistenza convenzionata, a cui si associa una più marcata riduzione della spesa a carico del SSN (-9%). Il sodio oxibato è il farmaco più utilizzato nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, mentre il disulfiram e l'acamprosato sono quelli più utilizzati nell'ambito dell'assistenza convenzionata. I farmaci a base di disulfiram, acamprosato e naltrexone sono acquistati in parte anche privatamente dal cittadino, con una tendenza in aumento per quanto riguarda gli ultimi due principi attivi.

I farmaci più frequentemente co-prescritti sono quelli del sistema nervoso, in particolare gli antidepressivi. Questo dato è in linea con quanto è già noto, ovvero che la dipendenza alcolica si associa frequentemente a disturbi neuropsichiatrici, come depressione, disturbi bipolari e disturbi d'ansia. Appare quindi evidente che l'utilizzo di farmaci per i disturbi alcol-correlati è indice di altre condizioni patologiche del sistema nervoso. Pertanto andrebbe prevista una presa in carico complessiva per tali pazienti.

Nel corso del 2019 si sono verificati complessivamente 43.148 accessi in Pronto Soccorso caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 69% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 31% ad accessi di femmine. La distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per triage medico mostra che il 66% degli accessi avviene in codice verde, il 22% in codice giallo, il 10% in codice bianco e il 2% in codice rosso. Si rileva che al 18% degli accessi in pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcol non specificato, a seguire in ordine di frequenza, al 16% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcol episodico, mentre al 12% una diagnosi di effetti tossici dell'alcol etilico. Il 61,3% degli accessi arriva in PS con il 118, mentre il 29% arriva al PS con mezzi propri. Il 78% degli accessi in pronto soccorso con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol esita a domicilio, mentre il 12% degli accessi viene ricoverato.

Dai dati ricavati dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) nel 2019 si rilevano complessivamente 54.001 dimissioni ospedaliere, caratterizzate dall'aver indicata almeno una patologia attribuibile all'alcol, o come diagnosi principale di dimissione (40,5%) o come una delle diagnosi secondarie (59,5%) che coesistono al momento del ricovero e che influenzano il trattamento terapeutico somministrato. La distribuzione per categorie diagnostiche mostra la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche come steatosi, epatite e cirrosi (55,9% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol come intossicazione acuta (ubriachezza acuta in corso di alcolismo) e alcolismo cronico e dipsomania (21,8%). I ricoveri per abuso di alcol, effetti postumi all'eccessiva assunzione più o meno occasionale di alcol, *hangover*, ebbrezza ed ubriachezza, si collocano al terzo posto.

I dati relativi ai decessi totalmente alcol-attribuibili si riferiscono ai decessi avvenuti in Italia nel 2017 e le analisi includono tutti i residenti in Italia, sia cittadini italiani che stranieri. Nell'anno 2017 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.200, di cui 958 (79,8%) uomini e 242 donne (19,2%); queste proporzioni corrispondono a circa 38 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e circa 8 decessi per milione

tra le donne. Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche (M=750; F=189) e sindromi psicotiche indotte da alcol (M=165; F=38). L'analisi della mortalità alcol attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità territoriale piuttosto elevata. Le regioni che nel 2017 hanno fatto registrare i livelli statisticamente più elevati di mortalità sono state la Provincia Autonoma di Bolzano, la Valle D'Aosta, Basilicata, Calabria, il Friuli Venezia Giulia ed il Molise.

Di grande rilievo per completare la panoramica inerente la morbosità e la mortalità alcol-correlata rientra anche l'analisi del fenomeno riguardante l'incidentalità stradale. Il tema degli incidenti stradali alcol correlati rappresenta un argomento di estrema rilevanza per la sicurezza stradale, per il quale sono ancora presenti lacune informative soprattutto a causa della mancanza di un'unica Banca Dati alla quale possano afferire tutte le informazioni raccolte dalle diverse fonti ufficiali attualmente esistenti. Carabinieri e Polizia Stradale, organi che rilevano circa un terzo del totale degli incidenti stradali con lesioni, hanno reso disponibili i dati riferiti all'anno 2019 sulle contravvenzioni elevate per guida in stato di ebbrezza e sotto l'effetto di stupefacenti in occasione di incidente stradale. Da tali dati risulta che, in totale per i due organi di rilevazione, sono 5.117 gli incidenti stradali per i quali almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era in stato di ebbrezza su un totale di 58.872 incidenti. Nel complesso l'8,7% degli incidenti rilevati dai Carabinieri e dalla Polizia Stradale risulta essere alcol-correlato, dato stabile rispetto al 2018.

L'analisi del quadro epidemiologico è essenziale per definire i fenomeni connessi alle patologie ed alle problematiche correlate al consumo rischioso e dannoso di alcol. Da ciò quindi prende spunto la programmazione nazionale di interventi e piani di azione nel settore della prevenzione in Sanità Pubblica che mantiene attenta l'attenzione anche a recepire le indicazioni incluse nelle Strategie Comunitarie. Con Intesa Stato Regioni del 6 agosto 2020 è stato adottato il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, successivamente è stata apportata una integrazione al citato Piano che è stata recepita con Intesa Stato Regioni del 17 dicembre 2020. Sulla base delle suddette Intese, le Regioni e PPAA dovranno completare la pianificazione dei Piani Regionali di Prevenzione entro il 31 maggio 2021, ed infine adottare, con apposito Atto, il PRP entro il 30 settembre 2021. Il nuovo PNP si è avvalso delle precedenti esperienze, pertanto ha adottato metodi, strumenti, buone pratiche validati e consolidati negli anni, rafforzato la connessione con i Livelli Essenziali di assistenza (DPCM 12 gennaio 2017) e con i relativi sistemi di monitoraggio (verifica adempimenti LEA e Nuovo sistema di garanzia) nell'affrontare le diverse macroaree.

Il PNP 2020-2025 prevede il Macro Obiettivo 2 "Dipendenze e problematiche correlate". Il M.O.2 presenta 7 obiettivi strategici e 14 Linee strategiche di intervento, con relativi indicatori. Inoltre il piano prevede le Linee di supporto centrali, pertinenti al livello di governo centrale, esse sono finalizzate a migliorare la capacità del sistema sanitario di promuovere e governare la prevenzione e a rendere più efficiente ed efficace l'insieme delle relazioni tra attori istituzionali e, in generale, a facilitare il raggiungimento degli obiettivi del PNP. Per l'area delle dipendenze è prevista la Linea di supporto centrale n. 11 che ha come obiettivo un Tavolo di lavoro interistituzionale avente come finalità: *"Definire percorsi integrati, uniformi sul territorio nazionale, per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze, per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali"*. Il nuovo piano prevede i Programmi Predefiniti ed i Programmi Liberi. I Piani Regionali di Prevenzione sono organizzati in programmi e questi devono rispondere alle linee strategiche degli obiettivi strategici ai quali afferiscono, nello specifico i Piani Predefiniti devono avere caratteristiche uguali

per tutte le Regioni e sono vincolanti. Nell'ambito delle dipendenze pertanto si ha il Piano Predefinito PP4, con obiettivi specifici, obiettivi trasversali a tutti gli obiettivi del piano, indicatori definiti per permettere l'attuazione del monitoraggio e della valutazione.

La Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" ha previsto diversi interventi da realizzare ai fini della prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie e delle problematiche alcol correlate. Tra questi sono da annoverare anche gli interventi per i quali la legge prevede uno stanziamento di risorse economiche (art. 3 comma 4), al fine di promuovere Campagne di Informazione Istituzionale, volte alla prevenzione dei danni alcol correlati e risorse destinate alle Regioni, al fine di monitorare le attività regionali in attuazione del disposto legislativo.

Le risorse destinate alle Regioni, in accordo con la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e con il sottogruppo per le dipendenze di detta Commissione, vengono annualmente assegnate per uno o più progetti su tematiche alcologiche. Attualmente sono in corso progetti che hanno come finalità l'elaborazione di documenti di analisi e, ove possibile, di consenso da presentare nella seconda Conferenza Nazionale Alcol, organizzata dal Ministero della Salute nel mese di Dicembre 2021. I progetti prevedono lo sviluppo delle seguenti tematiche: 1) *"Prevenzione in ambito scolastico"*; 2) *"Alcol e Guida"*; 3) *"Giovani e alcol. Modalità di ingaggio e di intervento sui giovani con modalità di consumo problematiche"*; 4) *"Le reti curanti: lo stato dell'arte, dall'applicazione della Legge 125/2001 alle innovazioni normative e progettuali, gli attori coinvolti, le condizioni complesse, le necessità formative"*; 5) *"Pandemia Covid.19 e Servizi Territoriali per le Dipendenze. Criticità riscontrate e soluzioni adottate, al fine di individuare buone pratiche ed elementi innovativi da condividere su tutto il territorio nazionale"*. Le attività progettuali sono sviluppate dalle Regioni capofila Piemonte ed Emilia-Romagna, con il coinvolgimento di tutte le Regioni, e la supervisione del Ministero della Salute.

In aggiunta alla seconda Conferenza Nazionale Alcol che rappresenterà un evento di grande interesse per gli *Stakeholders* in ambito alcologico, è in fase di attivazione il Tavolo di lavoro sull'Alcol presso la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria.

Entrambe le predette iniziative rispondono all'esigenza di dare piena attuazione alla Legge 125/2001 che prevedeva una serie di adempimenti, che in parte sono stati attuati ed in parte non si sono tradotti in iniziative realizzate, pur mantenendo a tutt'oggi una riconosciuta validità. La modifica del Titolo V della Costituzione (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3), subentrata poco dopo la Legge 125/2001, ha, come noto, rimodulato la competenza legislativa e amministrativa tra Stato e Regioni e questo ha avuto ripercussioni sulla attuazione della Legge stessa. Ciò ha comportato una serie di criticità non ancora affrontate e risolte. Pertanto, i lavori del tavolo tecnico sull'alcol dovranno rispondere alla necessità di coordinare gli interventi sul territorio nazionale, in modo da fornire risposte e soluzioni alle criticità emerse, e rispondere anche alla cogente esigenza di confronto con le indicazioni formulate in ambito internazionale.

Il Ministro della Salute
On. Roberto Speranza

PARTE PRIMA

1. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

1.1 I CONSUMI DI BEVANDE ALCOLICHE E I MODELLI DI CONSUMO

1.1.1 IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE IN EUROPA

Il consumo pro-capite di alcol in Europa

Secondo l'OMS, nel 2016, si registrano nel Mondo oltre tre milioni di decessi causati dal consumo dannoso e rischioso di alcol, e nella sola Regione Europea della OMS corrispondono a circa il 10% di tutti i decessi. Nella Regione europea dell'OMS si stima che il 62,3% della popolazione adulta ha consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'ultimo anno e che il consumo dannoso e rischioso di alcol è causa di quasi un milione di morti ogni anno, pari a circa 2500 morti al giorno (di cui una su quattro è un giovane) (bibl.1,2).

Secondo l'OMS, il consumo dannoso e rischioso di alcol è dimostrato essere causa di oltre 200 malattie e incidenti nella classificazione internazionale delle malattie, e circa 40 di queste sono del tutto attribuibili al consumo dannoso e rischioso di alcol (bibl.1). Sono state individuate due ampie categorie di malattie alcol-attribuibili: le malattie non trasmissibili e croniche (come ad esempio i disturbi neurologici, il cancro, le malattie cardiovascolari e la cirrosi epatica) e le lesioni non intenzionali e intenzionali (bibl. 1,3,4). L'OMS ha stimato infatti che il 29% dei decessi alcol correlati sono avvenuti per patologie oncologiche, il 20% per cirrosi epatica, il 19% per malattie cardiovascolari e il 18% per incidenti. Si stima inoltre che 7,6 milioni di anni siano stati persi prematuramente a causa del consumo di alcol (bibl.5).

E' infine fondamentale ricordare che gli impatti sulla società sono devastanti e includono anche maggiori costi per l'assistenza sanitaria e per la comunità, carichi enormi sulla capacità dei servizi sanitari e perdite di produttività.

Secondo l'Osservatorio Nazionale Alcol e dal *WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems* dell'Istituto Superiore di Sanità, le interferenze da parte del mondo della produzione sulle politiche di riduzione del consumo di alcol e quest'ultimo rappresentano i principali ostacoli per il raggiungimento di 13 dei 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) con ripercussioni su tutte e tre le dimensioni dell'Agenda 2030 (economica, sociale e ambientale) da raggiungere entro il 2030. L'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha suggerito di utilizzare il Consumo Pro-capite di alcol in litri di alcol puro (CPA) come parametro di riferimento per interventi volti a rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e uso dannoso di alcol (obiettivo specifico 3.5.1). (bibl.6)

L'analisi del trend del consumo medio pro-capite mostra che in Italia il valore è passato da 19,72 nel 1970 a 7,81 nel 2018 e la diminuzione è stata maggiore rispetto a quella registrata a livello medio europeo. La **figura I.1** mostra che nel 1970 il consumo pro-capite di alcol in Italia era molto più elevato rispetto alla media dei Paesi Membri dell'Europa (19,72 vs 13,83). Tra il 1970 e il 1998, in Europa a fronte di un iniziale incremento del consumo pro-capite (APC (Annual Percentage Change) 1970-1975: +1.7 p<0,01) si è osservata una diminuzione tra il 1975 e il 1998 (APC 1975-1998: -1.5 p<0,01), mentre in Italia la diminuzione è stata costante e più consistente (APC 1970-1998: -3,1 p<0,01). Nei tre anni successivi l'indicatore è aumentato in maniera non statisticamente significativa sia in Europa (APC 1998-2001: +1.9 p<0,2) che in Italia (APC 1998-2001: +4.0 p<0,2). Tra il 2002 e il 2018 infine, il consumo pro-capite di alcol a livello europeo è diminuito annualmente di 0,7 litri di alcol puro (APC 2001-2018: -0,7 p<0,01) mentre in Italia, a fronte di una diminuzione rilevata tra il

Litri di alcol puro pro capite

1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018																																				
19.72	19.70	19.65	19.60	19.70	19.80	19.50	19.20	18.80	18.50	18.40	18.30	18.10	18.00	17.80	17.50	17.20	17.00	16.80	16.50	16.30	16.10	15.90	15.70	15.50	15.30	15.10	15.00	14.80	14.50	14.20	14.00	13.80	13.60	13.40	13.20	13.00	12.80	12.60	12.40	12.20	12.00	11.80	11.60	11.40	11.20	11.00	10.80	10.60	10.40	10.20	10.05																																	
13.83	13.80	13.85	13.90	13.95	13.90	13.95	13.90	13.85	13.80	13.75	13.70	13.65	13.60	13.55	13.50	13.45	13.40	13.35	13.30	13.25	13.20	13.15	13.10	13.05	13.00	12.95	12.90	12.85	12.80	12.75	12.70	12.65	12.60	12.55	12.50	12.45	12.40	12.35	12.30	12.25	12.20	12.15	12.10	12.05	12.00	11.95	11.90	11.85	11.80	11.75	11.70	11.65	11.60	11.55	11.50	11.45	11.40	11.35	11.30	11.25	11.20	11.15	11.10	11.05	11.00	10.95	10.90	10.85	10.80	10.75	10.70	10.65	10.60	10.55	10.50	10.45	10.40	10.35	10.30	10.25	10.20	10.15	10.10	10.05

● Italia AAPC=-2.1*	3.1*																+4.0				-3.5*												+0.7																			
● Europa AAPC=-0.7*	+1.7*																				-1.5*								+1.9																-0.7*							

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel *European Health for All database* (HFA-DB) della WHO-Europa

2

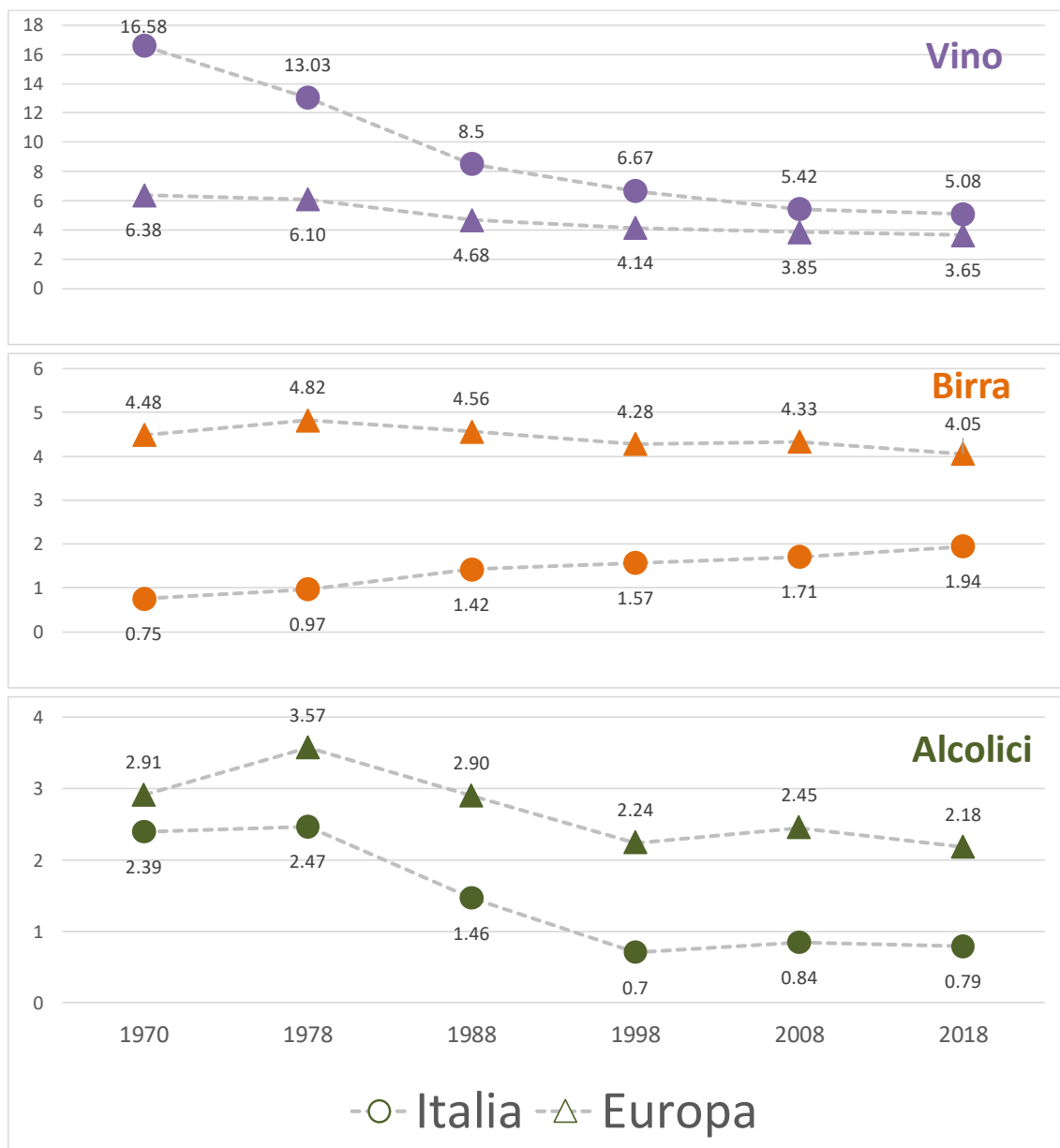


Figura I.2 Consumo registrato di alcol in litri di alcol puro pro-capite totale e per tipologia di bevanda. Italia. Anni 1996-2016

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel *European Health for All database* (HFA-DB) della WHO-Europa

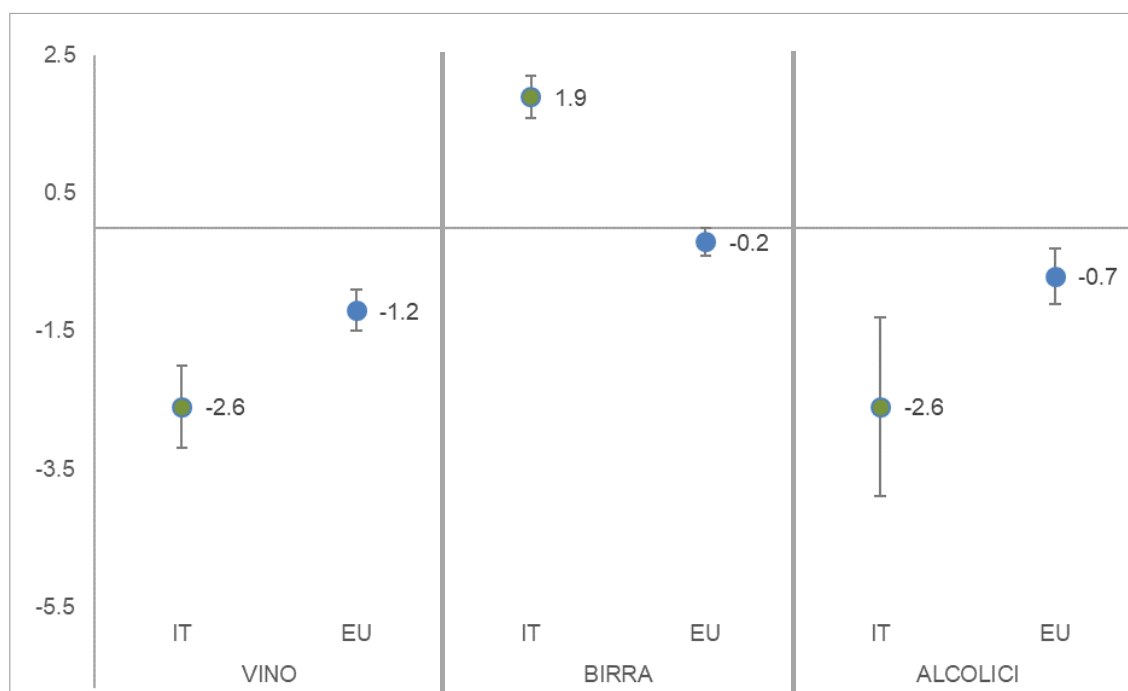


Figura I.3 Variazione percentuale media annua (AAPC) dei litri di alcol puro pro-capite totale consumati per tipologia di bevanda. Italia. Anni 1970-2018

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel *European Health for All database* (HFA-DB) della WHO-Europa

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Fact sheet on alcohol consumption, alcohol-attributable harm and alcohol policy responses in European Union Member States, Norway and Switzerland. Copenhagen: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2018/fact-sheet-on-alcohol-consumption,-alcohol-attributable-harm-and-alcohol-policy-responses-in-european-union-member-states,-norway-and-switzerland-2018>; ultima consultazione 24/01/2020
2. World Health Organization. Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development (2020). Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf
3. Coglian VJ, Baan R, Straif K, Grosse Y, LaubySecretan,B, El Ghissassi F et al. Preventable exposures associated with human cancers. J Natl Cancer Inst. 2011;103(24):1827–1839. doi: 10.1093/jnci/djr483.
4. Policy brief:tackling harmful alcohol use. Paris: OECD Publishing; 2015 <https://www.oecd.org/els/health-systems/Policy-Brief-Tacklingharmful-alcohol-use.pdf>.
5. World Health Organization. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Geneva: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019>; ultima consultazione 24/01/2020
6. United Nation. The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development; United Nations, 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>; ultima consultazione 24/01/2020

1.1.2 IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NELLA POPOLAZIONE ITALIANA

La valutazione dell'esposizione al rischio alcol correlato si basa sull'uso di un sistema d'indicatori validati a livello nazionale ed europeo a cui contribuiscono l'ISTAT, con le statistiche desumibili dall'elaborazione delle Indagini annuali Multiscopo, l'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il Ministero della Salute.

Secondo i dati ISTAT nel corso del 2019 il 66,8% della popolazione italiana di 11 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica (pari a 36 milioni e 344 mila persone), con prevalenza maggiore tra i maschi (77,8%) rispetto alle femmine (56,5%).

Il 20,6% dei consumatori (11 milioni 232 mila persone) beve quotidianamente (31,1% tra i maschi e 10,9% tra le femmine).

Nell'anno 2019 è del tutto stabile, rispetto all'anno precedente, il consumo nell'anno (66,8%); analogo andamento per il consumo occasionale (46,2% nel 2018 e 46,6% nel 2019), del consumo fuori pasto (30,2% nel 2018 e 30,6% nel 2019) e del consumo giornaliero (20,6% nel 2018 e 20,2% nel 2019).

Nell'arco di tempo che va dal 2009 al 2019 (**tab.I.1**) l'ISTAT ha, invece, rilevato:

- la diminuzione della quota di consumatori (dal 68,5% al 66,8%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 27% al 20,2%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 41,5% al 46,6%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 25,5% al 30,6%).

TabI.1 Persone 11 anni e più per consumo di bevande alcoliche nell'anno, tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto, sesso e classe d'età. Anni 2009 e 2019 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso e classe d'età)

CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE	11-17		18-24		25-44		45-64		65 e più		Totale	
	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019
MASCHI												
Nell'anno	32,0	18,9	79,7	77,4	86,0	84,6	88,0	84,5	81,7	80,7	81,0	77,8
<i>Tutti i giorni</i>	2,8	1,4	16,2	10,5	34,8	23,2	51,2	35,0	58,4	48,8	40,2	30,1
<i>Occasionalmente</i>	29,2	17,4	63,4	66,9	51,3	61,5	36,8	49,5	23,3	32,0	40,7	47,7
Fuori pasto	13,6	9,7	49,9	53,2	45,5	54,9	37,1	42,1	22,6	28,0	36,4	40,8
FEMMINE												
Nell'anno	24,2	16,9	61,4	65,5	64,3	65,6	61,5	61,6	50,5	49,8	56,9	56,5
<i>Tutti i giorni</i>	0,9	0,2	3,6	2,8	10,2	6,9	18,8	12,3	23,4	18,0	14,7	10,9
<i>Occasionalmente</i>	23,3	16,6	57,8	62,8	54,2	58,7	42,7	49,3	27,1	31,8	42,2	45,5
Fuori pasto	10,9	6,4	32,9	41,1	22,3	33,9	12,7	19,9	5,5	8,9	15,3	21,0
MASCHI E FEMMINE												
Nell'anno	28,1	17,9	70,8	71,7	75,2	75,2	74,5	72,8	63,7	63,4	68,5	66,8
<i>Tutti i giorni</i>	1,8	0,9	10,1	6,8	22,5	15,1	34,7	23,4	38,2	31,5	27,0	20,2
<i>Occasionalmente</i>	26,2	17,0	60,7	64,9	52,7	60,1	39,8	49,4	25,5	31,9	41,5	46,6
Fuori pasto	12,3	8,1	41,6	47,4	34,0	44,5	24,6	30,7	12,8	17,3	25,5	30,6

Fonte: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2009 e 2019

I cambiamenti nelle abitudini a distanza di 10 anni sono diffusi in tutte le fasce d'età, ma in maniera differenziata. Tra i giovani fino a 24 anni e tra gli adulti 25-44enni c'è un maggior calo di consumo giornaliero; **tra gli adulti di 45-64 anni e gli anziani over 65 aumenta principalmente il numero di consumatori occasionali e, specialmente tra le donne, il numero di consumatrici di alcol fuori pasto.**

Bevande alcoliche consumate dagli italiani nel 2019

Nel 2019, nella popolazione di 11 anni e più che ha consumato alcolici nell'anno, beve **vino** il 54,2% di cui 65,8% maschi e 43,4% femmine. Nella stessa popolazione considerata beve **birra** il 50,5%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile (64,4%) all'incirca doppia rispetto a quella femminile (37,3%). Gli **aperitivi alcolici, amari e superalcolici** sono consumati nel 2019 dal 46% della popolazione di età superiore a 11 anni e come nel caso della birra, la prevalenza tra i maschi (58,1%) è circa il doppio rispetto a quella tra le femmine (34,6%).

Nell'anno 2019 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche che hanno bevuto vino sono stati il 17,6% (25,9% maschi e 9,9% femmine), mentre hanno bevuto **birra** il 5,3% (8,8% maschi e 2% femmine) ed infine hanno bevuto **aperitivi, amari, superalcolici** lo 0,6% (1,1% maschi e 0,2% femmine) (**Tab.I.2**).

Nel tempo si assiste anche a sensibili cambiamenti, in tutte le classi di età, nel tipo di bevande consumate. Il consumo esclusivo di vino e birra diminuisce in quasi tutte le fasce di età, mentre aumenta l'abitudine a consumare altri alcolici insieme al vino e alla birra, specialmente tra le donne di 45 anni e più.

Tab I.2 Persone di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno e consumo giornaliero per tipo di bevanda alcolica (vino, birra, aperitivi, amari e superalcolici) e sesso. Anno 2019 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso)

TIPO DI BEVANDA ALCOLICA	Consumo di bevande alcoliche					
	Maschi		Femmine		Maschi e femmine	
	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>
Vino	65,8	25,9	43,4	9,9	54,2	17,6
Birra	64,4	8,8	37,3	2,0	50,5	5,3
Aperitivi, amari, superalcolici	58,1	1,1	34,6	0,2	46,0	0,6
Totale	77,8	30,1	56,5	10,9	66,8	20,2

Fonte: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2019

Si consuma più alcol al Nord e al Centro Italia

Il consumo di alcol nell'anno è più forte nel Centro-Nord, soprattutto nel Nord-est (70,5%) e tra i maschi (Nord-est=79,2%; Nord-ovest=78,4%; Centro=78,3%). Anche la quota più elevata di consumatori giornalieri si concentra nel Centro-nord, specialmente nel Nord (21,6%).

Considerando l'ampiezza demografica dei Comuni, la quota di consumatori nell'anno è più elevata nei Comuni centro dell'area metropolitana e nei Comuni con più di 50.000 abitanti, mentre nei Comuni fino a duemila abitanti è più alta la percentuale dei consumatori giornalieri.

Il consumo di alcol aumenta al crescere del titolo di studio

Tra le persone di 25 anni e più, la quota di consumatori di bevande alcoliche aumenta al crescere del titolo di studio conseguito. Ciò avviene soprattutto per le donne: tra quelle con licenza elementare consuma alcol almeno una volta all'anno il 43,1%, quota che sale al 74,6% fra le laureate. Le differenze di genere, pur permanendo, diminuiscono all'aumentare del titolo di studio, anche a parità di età. Andamento inverso ha, invece, il consumo quotidiano, che risulta crescente al diminuire del titolo di studio, per entrambi i sessi ma soprattutto per gli uomini

I MODELLI DI CONSUMO DEI GIOVANI

Nel 2019, il 47,9% dei ragazzi e il 40,7% delle ragazze di età compresa tra 11 e 24 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; per entrambi i generi si rileva una diminuzione della prevalenza rispetto all'anno 2009, ma più marcata tra i ragazzi (-8,4 punti percentuali tra i maschi contro - 2 tra le femmine). Nella fascia di età 11-24 anni è soprattutto diffusa la consuetudine di bere alcolici fuori dai pasti, con una frequenza di almeno una volta a settimana, ciò indica un comportamento nel consumo di alcol adottato in modo abituale e potenzialmente a rischio. Pertanto, possiamo considerare il consumo di alcol tra i giovani, a tutt'oggi, una criticità che suggerisce di mantenere alta l'attenzione su questa fascia di popolazione. I comportamenti a rischio sul consumo di alcol nella popolazione giovanile sono particolarmente diffusi nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni. Il fenomeno è comunque differenziato per genere, tra i ragazzi è circa il doppio rispetto alle ragazze.

Nel 2018 il consumo abituale eccedentario, nella classe di età 18-24 anni era in 2,1%, di cui il 2,2% maschi e l'1,9% femmine.

Nel 2019 il consumo abituale eccedentario nella stessa classe di età è stato l'1,7%, di cui il 2,3% maschi e 1% femmine.

Tra i comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche tra i giovani il *binge drinking* rappresenta l'abitudine più diffusa e consolidata.

Nel 2018 il fenomeno del *binge drinking* riguardava il 17,2% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 22,6% erano maschi e l'11,1% erano femmine.

Nel 2019 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il 16% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 20,6% maschi e l'11% femmine.

Tab I.3 Persone di 11-24 anni per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche, sesso e classe d'età. Anno 2019 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso e classe d'età)

Classe di età	Almeno un comportamento di consumo a rischio			Tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche					
				Consumo abituale eccedentario			Binge drinking		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11-15	8,9	7,7	8,3	8,9	7,7	8,3	0,9	0,7	0,8
16-17	42,2	39,2	40,8	42,2	39,2	40,8	8,5	6,2	7,4
11-17(*)	18,9	16,9	17,9	18,9	16,9	17,9	3,2	2,3	2,7
18-19	18,9	12,2	15,9	1,3	0,4	0,9	18,6	12,1	15,6
20-24	22,5	11,4	17,1	2,7	1,3	2,0	21,5	10,5	16,1
18-24	21,4	11,6	16,7	2,3	1,0	1,7	20,6	11,0	16,0

(*) per le persone di 11-17 anni si considera a rischio il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno.

Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2019

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni, in Italia con la Legge 8.11.2012 n.189 vige il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, da ciò si deduce che i giovani di età inferiore ai 18 anni che consumano anche una sola bevanda alcolica durante l'anno presentano un comportamento a rischio nel consumo di alcol. È assolutamente rilevante, quindi, il fatto che nella fascia di età 11-17 anni il 17,9% abbia consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno, valore che dovrebbe invece tendere allo zero.

In questa fascia d'età, il 3,8% ha le abitudini più rischiose perché si caratterizza per un consumo giornaliero di bevande alcoliche ed anche per l'abitudine al *binge drinking* e/o al consumo fuori pasto almeno settimanale, mentre il 14,1% ha un consumo più occasionale (beve almeno una bevanda alcolica nell'anno o ha un consumo fuori pasto occasionale). Anche in questa fascia di età si osservano differenze di genere con valori più elevati di consumo tra i ragazzi rispetto alle ragazze, anche se tali differenze sono meno evidenti che nel resto della popolazione.

Molto preoccupante è il fatto che le ubriacature raggiungono già tra i 16-17enni livelli allineati a quelli medi della popolazione (7,4% rispetto al 7% della media della popolazione di 11 anni e più).

Tra i giovani di 18-24 anni e tra i giovanissimi di 11-17 anni è più frequente, rispetto alle altre fasce di età, l'abitudine ad effettuare l'ultimo episodio di *binge drinking* in discoteca o night (18-24 anni 34,2%, 11-17 anni 32,3% contro il 13,8% della media della popolazione di 11 anni e più). In queste classi di età, se si considera soltanto chi frequenta assiduamente (più di 12 volte nell'anno) le discoteche, la quota di quanti dichiarano l'ultimo episodio in discoteca o night arriva al 50%. Tra le bevande preferite dai giovani vi è la birra soprattutto tra i ragazzi seguita da aperitivi alcolici (alcolpops) e tra le ragazze gli aperitivi alcolici (alcolpops) seguiti dalla birra.

I MODELLI DI CONSUMO DEGLI ANZIANI

Nella fascia di popolazione anziana è ormai consolidata l'abitudine a consumare bevande alcoliche soprattutto durante i pasti, questo fenomeno è da sempre parte della tradizione italiana. Con l'avanzare dell'età, tuttavia, troppo spesso non si tiene in considerazione che il fisico risponde diversamente rispetto alla tossicità dell'alcol e che i cambiamenti sopraggiunti nell'organismo a partire dai 65 anni rendono le persone ancora più vulnerabili perché si riduce la capacità di metabolizzare (digerire) l'alcol, si riduce la quantità di acqua presente nell'organismo e di conseguenza si ha una minore capacità di diluire l'alcol e tollerare gli effetti, inoltre spesso si assumono farmaci. Per ridurre il rischio per la salute degli ultra 64enni, è importante rispettare ciò che suggeriscono i LARN, le linee guida nutrizionali, il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, la Società Italiana di Alcolologia e cioè di non superare il limite giornaliero di consumo pari a 1 UA (12 grammi di alcol) senza distinzioni tra uomini e donne in stato di buona salute. Nel 2019 il 63,4% delle persone di 65 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 80,7%; F: 49,8%). La prevalenza dei consumatori ultra 64enni nel 2019 è stata più elevata per il vino (M: 76,1%; F: 44,9%) e doppia rispetto alla prevalenza dei consumatori di birra (M: 50,7%; F: 22,1%) per entrambi i sessi; valori molto più bassi sono stati calcolati per il 2019 per le prevalenze dei consumatori di amari (M: 33,8%; F: 10,9%), di aperitivi alcolici (M: 26,2%; F: 10,4%) e i superalcolici (M: 28,1%; F: 7,3%) (Tab.5). Nel corso degli ultimi anni, sia tra gli uomini che tra le donne si sono registrate delle oscillazioni dei valori di prevalenza dei consumatori delle bevande alcoliche che tuttavia non hanno mai evidenziato variazioni significative degli andamenti nel tempo.

In totale si stima che nell'anno 2019 siano stati 2.683.000 le persone di 65 anni e più che hanno adottato almeno un comportamento di consumo a rischio per la loro salute di cui 2.024.000 uomini e 659.000 donne, pari al 34% e 8,6% rispettivamente. Il comportamento a rischio più diffuso tra gli anziani è il consumo abituale eccedentario, verosimilmente in virtù della mancata conoscenza da parte delle persone dei limiti da non superare per non incorrere in problemi con la salute; la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari nel 2019 è stata pari al 32,6% degli uomini e l'8% delle donne. Hanno inoltre dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti il 28% degli uomini e l'8,9% delle donne.

Tab I.4 Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2019)

	65-74		75-84		≥ 85		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	83,2	54,2	78,8	47,9	74,5	42	80,7	49,8
Consumatori di vino	77,7	47,5	74,7	43,5	73,1	40,6	76,1	44,9
Consumatori di birra	60	29,3	43	19,4	29,6	8,5	50,7	22,2
Consumatori di aperitivi alcolici	32,3	13,8	21	9,2	13,2	3,6	26,2	10,4
Consumatori di amari	37,9	14	31,7	9,9	20,4	4,4	33,8	10,9
Consumatori di super alcolici	33,8	9,6	23,5	6,4	14,8	3	28,1	7,3
Consumatori di alcolici fuori pasto	32,6	10,9	24,4	8,6	17,4	4,3	28	8,9
Almeno un comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche (Consumo abituale eccedentario/Binge drinking)	34,7	9,2	34,5	8,7	29	6,9	34	8,6
Consumatori abituali eccedentari	32,6	8,2	34	8,5	28,4	6,6	32,6	8

Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2019

1.1.3 L'ALCOL NELLE LINEE GUIDA

Le bevande alcoliche, soprattutto il vino, sono un prodotto largamente utilizzato nel nostro Paese e il loro consumo è parte integrante della cultura e della tradizione italiana. Da qui la necessità di inserirle in un documento di salute pubblica come le “Linee guida per una sana alimentazione”, revisione 2018, curato dal Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione (CREA).

Il consumo ad alto rischio di alcol rappresenta un importante problema di salute pubblica, in quanto responsabile in Europa di circa il 4% di tutte le morti e di circa il 5% degli anni di vita persi per disabilità. Ciò ha indotto molti Paesi ad adottare raccomandazioni sul consumo di bevande alcoliche, suggerendo la prudenza come esprime con chiarezza il concetto condiviso “*Less is better*”.

Nei documenti di consenso, nelle Linee Guida più moderne **non si usano più termini come “consumo moderato”, “consumo consapevole”, o simili, che potrebbero indurre il consumatore in una certa indulgenza nel bere alcolici, ma si parla di consumi a basso rischio**, specificando che se non si consumano bevande alcoliche, di qualsiasi tipo esse siano, è senza dubbio meglio. Così come suggerito anche dal Codice europeo contro il cancro, documento frutto di un’iniziativa della Commissione europea e diretto all’informazione dei cittadini sulle azioni da intraprendere per diminuire il rischio di cancro, si è sostituito il concetto di “consumo moderato di bevande alcoliche” con “consumo a basso rischio”.

Secondo le principali Agenzie Internazionali di salute pubblica, **l'alcol è una sostanza tossica e cancerogena**, tanto che la IARC (*International Agency for Research on Cancer*) lo classifica nel gruppo 1 (sicuramente cancerogeno per l'uomo).

Il suo consumo prolungato e cronico è associato quindi ad aumentato rischio di cancro e non è possibile stabilire una quantità assolutamente sicura. Senza contare che può indurre assuefazione, dipendenza, alterazioni comportamentali.

Ciò a sottolineare che quando si tratta di bevande alcoliche, non può esistere un rischio pari a zero e qualsiasi modalità di consumo comporterà un rischio, tanto più elevato quanto maggiore sarà la quantità di alcol consumata.

Per questo motivo le indicazioni delle nuove linee guida italiane definiscono **a basso rischio un consumo di 2 unità alcoliche per l'uomo adulto e 1 per donne adulte e anziani di entrambi i sessi, corrispondenti rispettivamente a 24 e 12 grammi di alcol**.

L'etanolo, pur non considerato un nutriente in quanto privo di sostanze nutritive ad eccezione di zuccheri, ha un elevato potere calorico (7 Kcal/g). Pertanto, anche per consumi molto bassi come quelli rappresentati da un bicchiere al giorno pari a circa **una unità alcolica consumata apporta mediamente 70 kcal**. L'apporto energetico di un'unità alcolica si andrà ad aggiungere ad un apporto calorico complessivo già tendenzialmente maggiore del fabbisogno, come testimonia il fatto che un uomo di due e una donna su tre sono, nel nostro Paese, in eccedenza ponderale, oppure andrà a sostituire le calorie apportate da alimenti importanti per lo stato complessivo di nutrizione. Particolare attenzione deve essere quindi posta non solo per i rischi di varie patologie, ma anche per quelli legati all'aumento di peso.

I principali danni da alcol si riscontrano soprattutto per il fegato (epatiti alcoliche, steatosi, cirrosi), per il primo tratto dell'apparato digerente (gastriti acute e croniche, ulcere, emorragie, pancreatiti), per il sistema nervoso (conseguenze della neurotossicità dell'acetaldeide), e per l'insorgenza di tumori (bocca, faringe, laringe, esofago, fegato, mammella, colon-retto). Tuttavia nessun organo risulta completamente indenne dagli effetti dell'etanolo se si considera che quest'ultimo ha la capacità di sciogliersi nell'acqua corporea e diffondersi quindi in tutti i distretti corporei, con eccezione per il tessuto osseo e quello adiposo. Da un punto di vista degli effetti avversi dell'alcol, è importante non solo la quantità di alcol totale assunta ma anche il livello di concentrazione di etanolo nel sangue, cioè l'alcolemia. L'alcol assunto per via orale, in breve tempo, si distribuisce in tutti i liquidi corporei e, in 30-60 minuti, raggiunge il picco più alto nel sangue. Tale picco è

variabile e dipende da molti fattori, tra i quali i più importanti sono la quantità di alcol ingerita, le modalità di assunzione (a digiuno o durante un pasto), la composizione corporea (soprattutto dalla quantità di acqua), il peso, il sesso, l'età, la genetica, l'etnia, la capacità individuale di metabolizzare l'alcol, l'abitudine al bere, l'uso dei farmaci.

E' importante tenere presente che le donne e gli anziani, avendo percentuali di acqua inferiori rispetto ai maschi adulti, presenteranno un'alcolemia più elevata rispetto agli uomini a parità di consumo. A ciò si somma una minore efficienza dei meccanismi di metabolizzazione dell'alcol delle donne e degli anziani che li rende più vulnerabili agli effetti dell'etanolo.

Non di meno lo sono i giovani, soprattutto i minorenni, sia per il minore peso corporeo, sia per la minore efficienza dei meccanismi di metabolizzazione dell'alcol. Inoltre, l'acetaldeide, metabolita primario dell'etanolo, è una sostanza neurotossica che va ad agire sui neuroni di un cervello ancora in crescita, danneggiandolo irreversibilmente.

1.1.4 CONSUMATORI A RISCHIO

Le analisi dell'Istituto Superiore di Sanità

L'alcol è una delle sostanze psicoattive più comunemente utilizzate in Europa ed è un fattore di rischio di malattia con un impatto non solo sui singoli bevitori ma anche sulla società in generale.

Il consumo di alcol è considerato il quinto principale fattore di rischio per il carico di malattia globale e nel 2016 il 5,5% di tutti i decessi nei 30 Paesi UE sono stati causati dall'alcol per un totale di 291.100 persone che sono morte in gran parte per patologie oncologiche (29% dei decessi attribuibili all'alcol), cirrosi epatica (20%), malattie cardiovascolari (19%), incidenti stradali e atti di autolesionismo e violenza interpersonale (28%); la percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol è stata riscontrata infine nei giovani adulti.

Nonostante sia stato dimostrato che il consumo occasionale di alcol possa avere effetti protettivi sulle cardiopatie coronariche, sull'ictus ischemico e sul diabete, secondo l'OMS, al netto di tutti i presunti vantaggi, gli effetti nocivi e di pregiudizio dell'alcol alla salute risultano sempre preponderanti. Nella classificazione Internazionale delle Malattie e dei problemi sanitari correlati, 10ª revisione (ICD-10) sono infatti riportate almeno 30 categorie di condizioni totalmente alcol-attribuibili oltre a più di 200 malattie parzialmente alcol attribuibili tra cui numerosi tipi di neoplasie, le malattie cardiovascolari e le disfunzioni metaboliche. È infine dimostrato che il consumo di alcol abbia ricadute pesanti sulle famiglie di chi beve secondo modalità rischiose o dannose di alcol e sulla comunità in generale a causa del deterioramento delle relazioni personali e di lavoro, dei comportamenti criminali (ad esempio vandalismo e violenza), della perdita di produttività e dei costi a carico dell'assistenza sanitaria.

Molti Paesi europei, al fine di promuovere la salute pubblica nella popolazione attraverso strategie sanitarie e alimentari, hanno sviluppato nel corso degli anni le linee guida per un consumo a basso rischio standardizzate e condivise a livello europeo, che sono state pubblicate nel rapporto *Good practice principles for low risk drinking guidelines*.

In Italia, le linee guida per il consumo a basso rischio sono state inserite nel Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione, curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA) ribadendo che non esistono livelli sicuri di consumo di alcolici e che non bere è la scelta migliore per la prevenzione del cancro, escludendo qualità "benefiche" del vino o della birra per via dei suoi componenti bioattivi (flavonoidi, resveratrol, xantumolo) presenti in quantità assolutamente inefficaci a determinare un qualunque effetto se non a fronte di ingestione letale di litri di bevanda alcolica incompatibili con lo stato in vita.

Al fine di promuovere strategie sanitarie e alimentari basate su stili di vita salutari è infine necessario monitorare oltre al consumo abituale eccedentario, anche tutti quei comportamenti occasionali che possono causare un danno immediato alla salute come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* (assunzione in un'unica occasione di consumo di elevate quantità di alcol pari mediamente a 60 grammi di alcol, 5-6 Unità Alcoliche, UA; una UA equivale a 12 grammi di alcol puro).

Consumatori abituali eccedentari

Il consumo abituale eccedentario è una modalità di consumo di bevande alcoliche per la quale sono stati definiti frequenza e quantità di bevande alcoliche che, in relazione al genere e all'età della persona, non dovrebbero essere superati in maniera abituale per non incorrere in problemi per la salute. I limiti stabiliti per questa abitudine di consumo a rischio sono riportati nel Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione, curato dall'Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA) e da ormai molti anni, sono stati acquisiti dal Ministero della Salute, dall'Istat e dall'Istituto Superiore di Sanità per monitorare le abitudini di consumo della popolazione.

Le raccomandazioni per non superare i limiti di consumo a basso rischio prevedono che sotto i 18 anni i ragazzi dovrebbero astenersi da qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, come ribadito dalla legge italiana; per le donne adulte e gli anziani (ultra 65enni) a causa della loro maggiore vulnerabilità, il consumo giornaliero non deve superare una UA mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non superare le due UA al giorno, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. Nel 2019 il 13,4% degli uomini e il 6,3% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.300.000 persone. La percentuale più elevata per entrambi i sessi, si rileva tra gli adolescenti di 16-17 anni (M=42,2%; F=39,2%) e tra gli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa viceversa si registra nella fascia di età 18-24 anni (M=2,3%; F=1,0%) (**Figura I.4**).

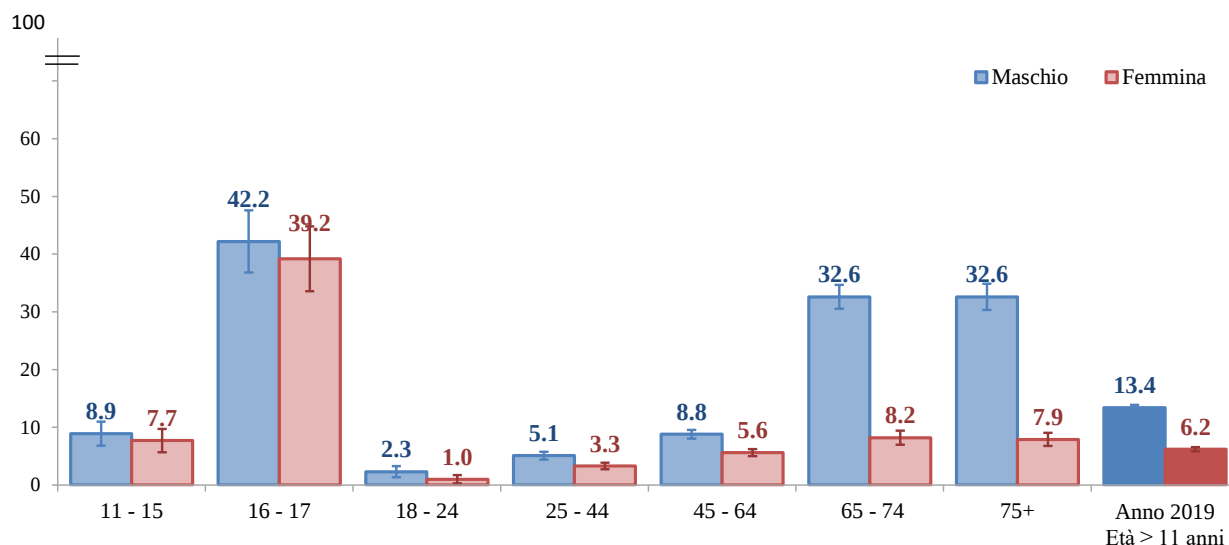


Figura I.4 Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per sesso ed età (2019)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi dell'andamento dei consumatori abituali eccedentari, condotta separatamente per uomini e donne di età superiore a 11 anni, ha mostrato che la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita nel corso di questi dieci anni complessivamente del 32,3% tra gli uomini e del 31,6% tra le donne. Per gli uomini si registra una diminuzione nel corso degli ultimi due anni mentre per le donne i valori sono rimasti pressoché stabili. (**Figura I.5**).

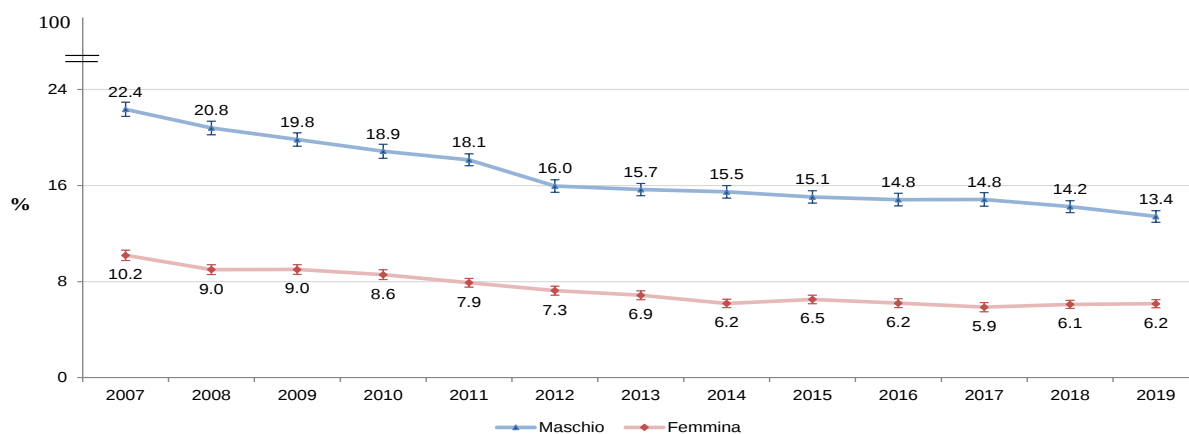


Figura I.5 Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2007-2019)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori fuori pasto

Le persone che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti nel 2019 sono state il 40,8% degli uomini e il 21,0% delle donne, pari a circa diciassette milioni di persone di età superiore a 11 anni. (Figura I.6).

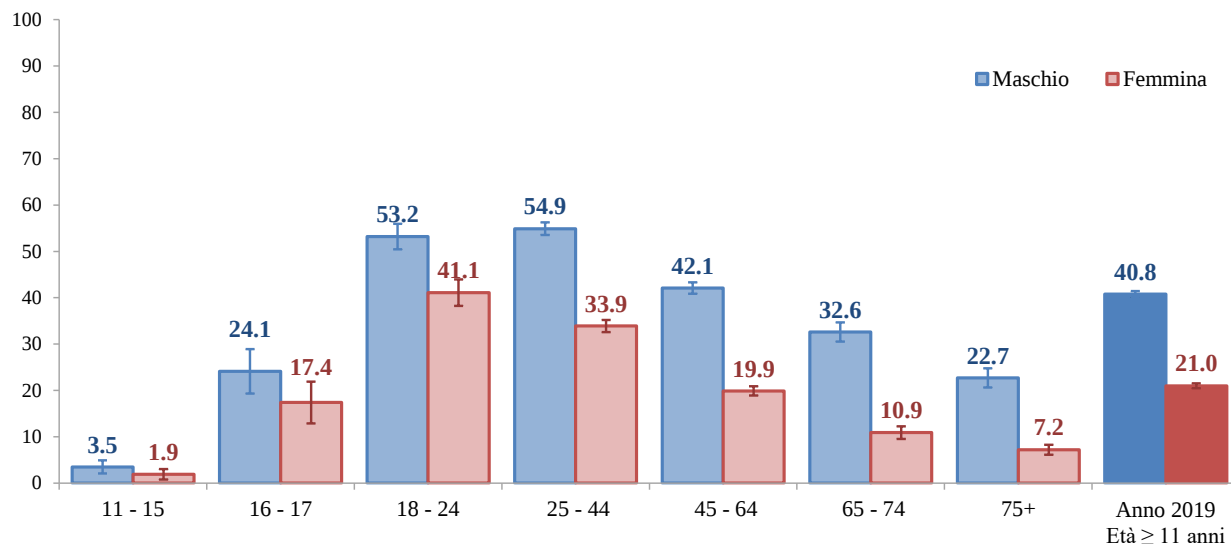


Figura I.6 Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere ed età (2019)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 18-44 anni, con oltre la metà degli uomini che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti e tra le donne nella classe di età 18-24 anni (41,1%); per entrambi i sessi e oltre tali età le percentuali diminuiscono nuovamente. La prevalenza più bassa si rileva senza distinzione di genere tra i giovanissimi di 11-15 anni (M=3,5%; F=1,9%). (Figura I.6).

L'analisi del trend dei consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che, per entrambi i generi, è aumentata la prevalenza dei consumatori fuori pasto rispetto a dieci anni prima (M=+12,0%; F=+37,3%).

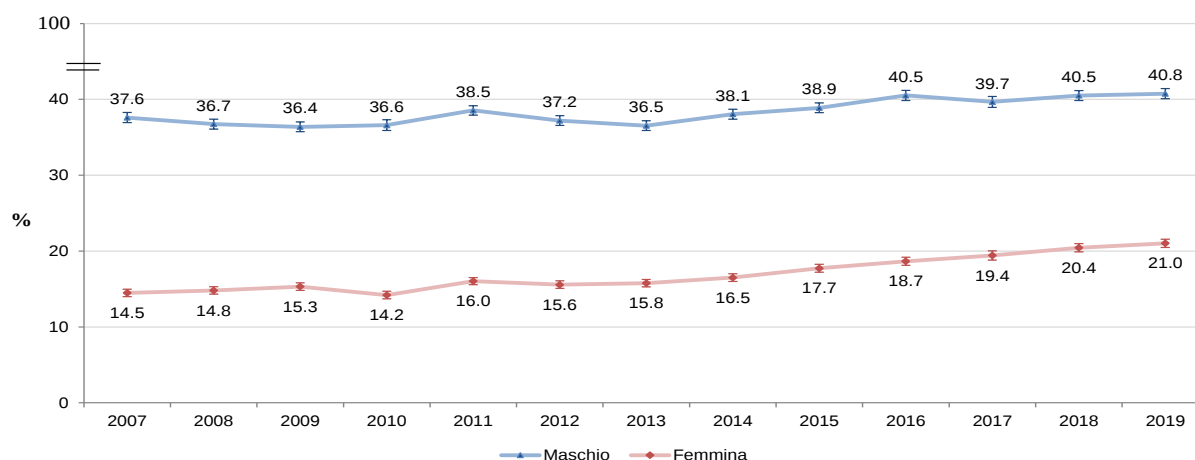


Figura I.7 Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto (2007-2019)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Per il genere maschile non si rilevano rispetto al 2018, variazioni statisticamente significative mentre per le femmine si conferma la costante crescita della prevalenza di consumatrici fuori pasto osservata dal 2012 (sebbene nel 2019 l'incremento non risulti statisticamente significativo.) (Figura I.7).

Consumatori *binge drinking*

Il *binge drinking* è un comportamento a rischio per la salute praticato in particolare modo dalla fascia più giovane della popolazione e che prevede l'assunzione di numerose unità alcoliche in un breve arco di tempo. Questa modalità di consumo espone il bevitore stesso a numerosi rischi per la sua salute e ha ripercussioni anche sull'intera società in cui il bevitore è inserito. Il *binge drinking*, sviluppatosi inizialmente nei solo nei Paesi del Nord Europa è da ormai molti anni molto diffuso anche in Italia. Nel settembre 2014, gli Stati membri dell'Unione europea (UE), rappresentati dal Comitato per la politica e l'azione nazionale sull'alcol (CNAPA), hanno approvato il Piano d'Azione sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (*Binge Drinking*) (2014-2016) con l'obiettivo di sostenere gli Stati Membri nella riduzione del danno alcol-correlato in questo target sensibile di popolazione. Il piano d'azione era stato prorogato fino al 2020 ed è attualmente in fase di elaborazione il nuovo documento programmatico. L'ISTAT dal 2003 ha inserito nell'indagine Multiscopo sulle famiglie dei quesiti specifici per rilevare questo comportamento a rischio e ha identificato con il termine *binge drinking* un consumo di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche (un bicchiere corrisponde ad una UA standard contenente 12 grammi di alcol puro), indipendentemente dal sesso, concentrato in un'unica occasione di consumo (**Errore. Il segnalibro non è definito., Errore. Il segnalibro non è definito., Errore. Il segnalibro non è definito.**).

La prevalenza dei consumatori che hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi, nel 2019 è stata pari a 10,8% tra gli uomini e 3,5% tra le donne di età superiore a 11 anni e identifica 3 milioni e ottocento persone che hanno praticato il *binge drinker*, con valori diversificati per genere e classe di età delle persone (Figura I.8).

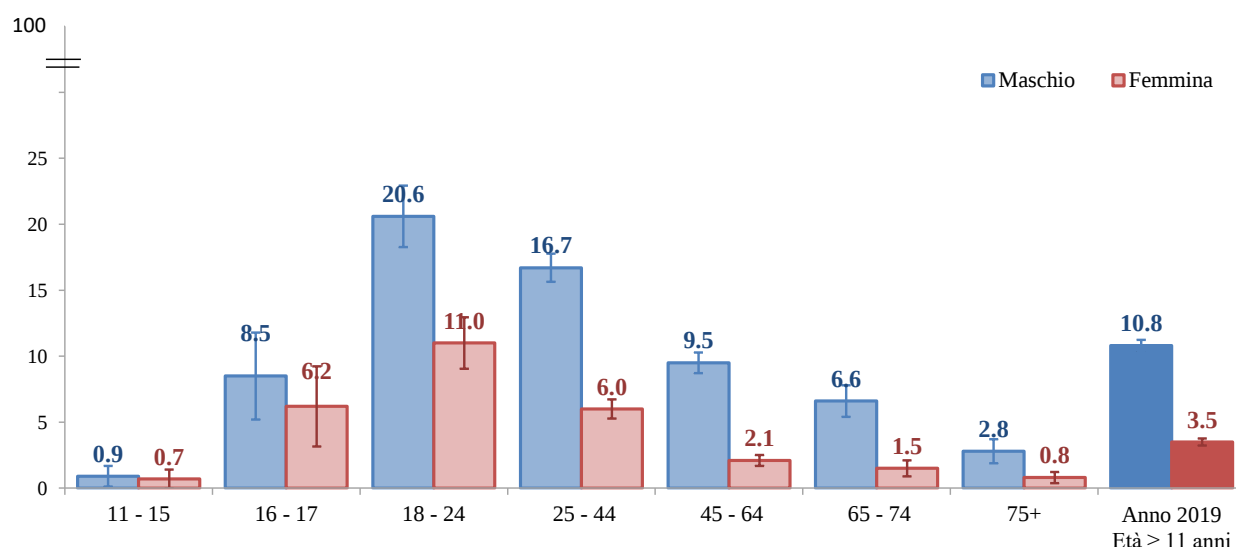


Fig. I.8 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=20,6%; F=11,0%) per poi diminuire nuovamente nelle età più anziane. La proporzione di *binge drinker* di sesso maschile è superiore a quella di sesso femminile indipendentemente dall'età degli intervistati ad eccezione dei giovani di età inferiore ai 17 per i quali la differenza di genere non è statisticamente significativa.

L'analisi dell'andamento temporale dei *binge drinkers* di sesso maschile mostra che tra il 2009 ed il 2019, la prevalenza è diminuita del 12,7%, ed in particolare rispetto al 2018 la prevalenza è diminuita del 7,9%; per il genere femminile non si registrano variazioni significative ne rispetto al 2009 ne rispetto alla precedente rilevazione, (**Figura I.9**). Anche in questo caso quasi quattro milioni di consumatori che giungono all'intossicazione rappresentano un grave problema sia di salute che di enorme pressione sul sistema di pronto intervento per le procedure di disintossicazione e di ricovero che rappresentano costi evitabili e spreco di risorse da contrastare attraverso azioni complesse multisettoriali anche di rispetto delle norme di cui non si riscontra, come noto, adeguata applicazione insieme all'assenza di protocolli sanitari d'intercettazione e ricomprensione in una rete d'intervento precoce da decenni richiesta e ad oggi inesistente.

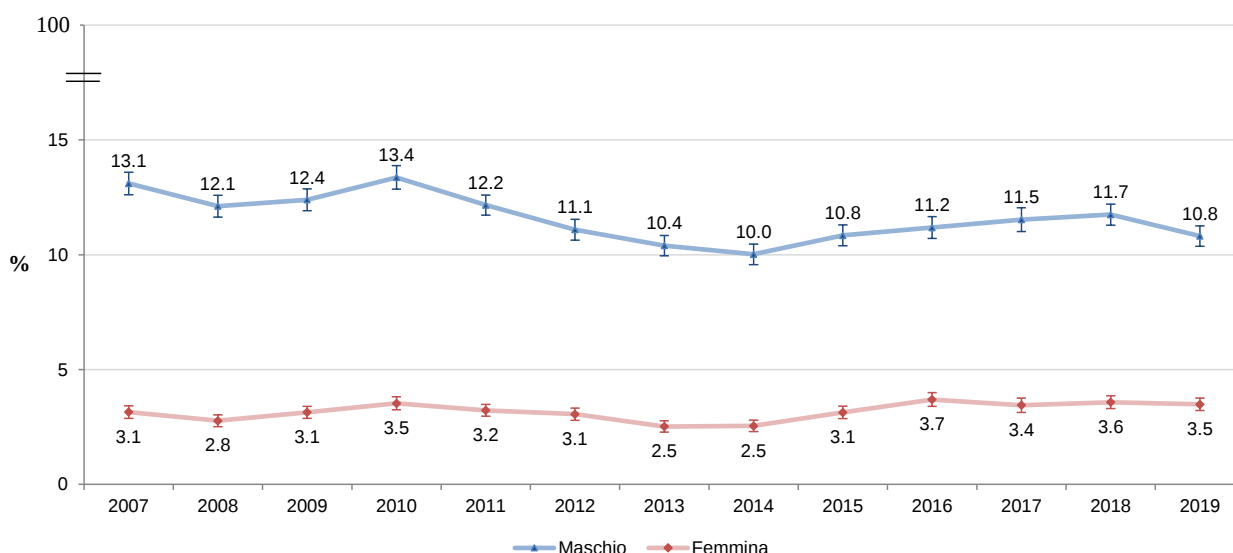


FIG. I.9 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

CONSUMATORI A RISCHIO

Istituto Superiore di Sanità

Da ormai molti anni tutte le strategie comunitarie e i Piani di Azione della WHO ribadiscono che non esistono soglie o livelli raccomandabili o "sicuri" di consumo di bevande alcoliche, in quanto sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, non esistono soglie di consumo non pregiudiziali per la salute e la sicurezza dei cittadini. Numerosi studi forniscono informazioni circa i rischi legati alle quantità di alcol ingerito dalle persone, alla frequenza con cui l'assunzione avviene, al consumo di bevande a stomaco pieno, alla capacità di metabolizzare l'alcol in relazione al sesso e all'età, alle condizioni di salute degli individui e all'assunzione di farmaci in associazione alle bevande alcoliche. Tenendo conto di tali indicazioni ONA-ISS ha costruito un indicatore di sintesi per il monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana, specifico in base al sesso e all'età dell'individuo, che esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale eccedentario e quello occasionale noto come *binge drinking*.

Tale indicatore, è stato validato attraverso un'analisi congiunta di un gruppo di esperti statistici, epidemiologi e clinici è da molti anni utilizzato a livello formale nei sistemi di monitoraggio nazionale e nella relazione al Parlamento. Nell'indicatore di sintesi sono considerati “consumatori a rischio (criterio ISS)”: i giovani di età inferiore a 18 anni che praticano un qualsiasi consumo di bevande alcoliche (anche occasionale); gli adulti di sesso maschile che superano un consumo quotidiano di due UA standard di bevande alcoliche; le donne e gli anziani che superano un consumo quotidiano di una UA; tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, o che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.

L'indicatore di sintesi così costruito, mostra che nel 2019, il 21,5% degli uomini e l'8,9% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.200.000 individui (M=5.700.000, F=2.500.000) non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica relativamente alle modalità di consumo di bevande alcoliche (**Figura I.10**).

L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi è quelle dei 16-17enni (M=42,2%, F=39,2%), seguita dagli anziani ultra 65enni. Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 750.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono individui da considerare a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, esattamente quei target di popolazione sensibile per i quali gli OMS e commissione Europea raccomandano azioni d'intervento volte sensibilizzate le persone sulla non conformità dei loro consumi alle raccomandazioni di sanità pubblica. La prevalenza di consumatori a rischio di sesso maschile è superiore a quelle delle donne per tutte le classi di età a eccezione dei minorenni (**Figura I.10**).

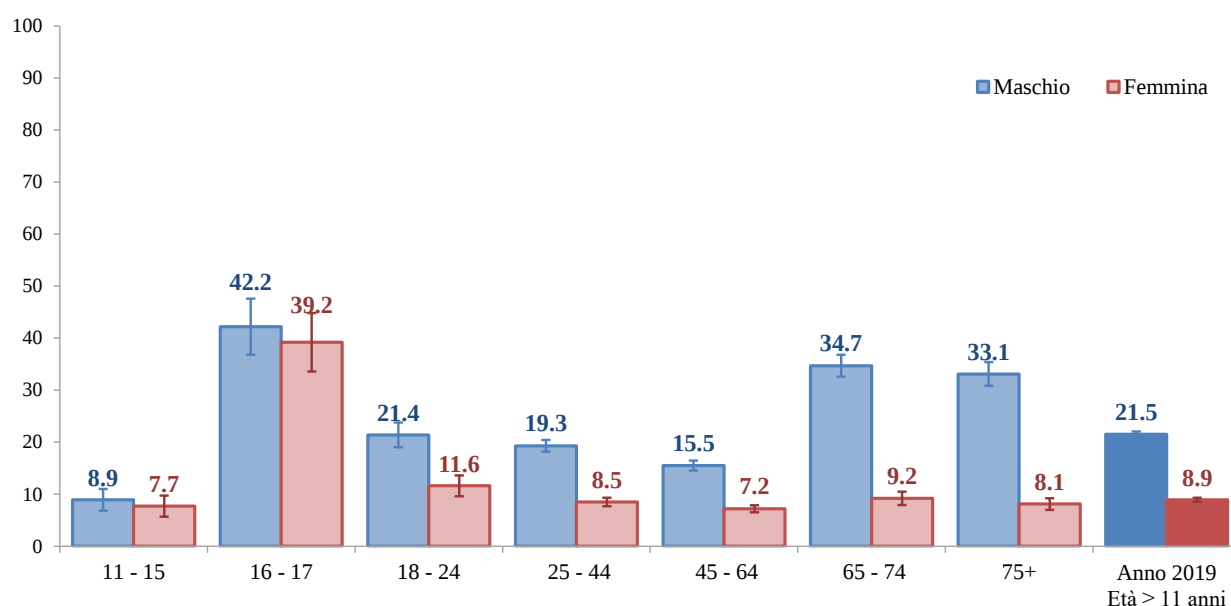


FIG. I.10 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi dell'andamento temporale mostra che, per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori a rischio è diminuita tra il 2007 e il 2013 (M=23,5%; F=29,7%) ed è rimasta pressoché stabile tra il 2014 e il 2018; nel corso dell'ultimo anno si rileva invece una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori a rischio per il solo genere maschile che sono passati da 23,4% a 21,5% (-8,4%) (**Figura I.11**).

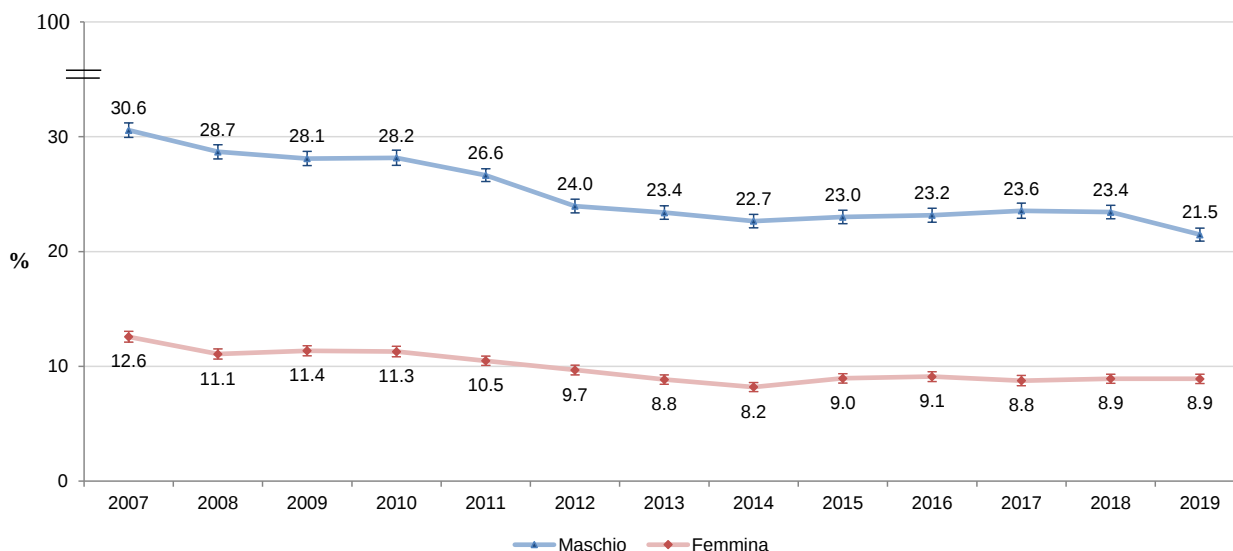


Figura I.11 Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2019)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Complessivamente, si evidenzia la persistenza di uno zoccolo duro rappresentato da un trend praticamente invariato nel corso degli ultimi 8 anni, ciò suggerisce la necessità di individuare ed attuare nuove strategie di prevenzione adeguata ad incidere su oltre otto milioni di consumatori e consumatrici che non rispondono alla indicazione di contenere i consumi a rischio che restano e si mantengono inalterati con il carico di morbidità e mortalità alcol-attribuibile che in questa fascia di popolazione ha più probabilità di manifestarsi non risparmiando minori e anziani. Un esito in termini di salute pubblica insoddisfacente per le disuguaglianze di salute che genera.

Consumatori dannosi

Il consumo dannoso di alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione in tutto il mondo e ha un impatto diretto su molti obiettivi relativi alla salute degli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG), compresi quelli sulla salute materna e infantile, sulle malattie infettive (HIV, virus epatite, tubercolosi), sulle malattie non trasmissibili e sulla salute mentale, le lesioni e gli avvelenamenti. Nel 2016 nel mondo, il consumo dannoso di alcol ha provocato circa 3 milioni di decessi (5,3% di tutti i decessi) e 132,6 milioni di anni di vita persi al netto della disabilità (DALY), ovvero il 5,1% di tutti i DALY in quell'anno.

In Italia il consumo dannoso corrisponde a una modalità di consumo che causa danno alla salute, a livello fisico e mentale e nel sistema di monitoraggio italiano viene rilevata attraverso il consumo giornaliero di oltre 40 grammi di alcol al giorno per le donne adulte (che corrispondono a circa 4 UA) e di oltre 60 grammi di alcol al giorno per gli uomini adulti (che corrispondono a circa 6 UA) (**Errore. Il segnalibro non è definito.**). I consumatori dannosi sono a tutti gli effetti da considerarsi “*in need for treatment*” ai sensi del DSM-5 e assimilati clinicamente all'alcol dipendente e quindi da prendere in carico presso i servizi territoriali, insieme ai 67.000 alcol dipendenti già in carico che rappresentano, quindi, solo il 10 % dei pazienti attesi.

Nel 2019 in Italia, la prevalenza di consumatori dannosi nella popolazione adulta (età ≥ 18 anni) è stata dell'1,80% tra gli uomini e del 0,94% tra le donne, pari a circa 670.000 persone maggiorenni (M=430.000; F=240.000). L'analisi per classi di età mostra che nella popolazione anziana la prevalenza è più elevata rispetto a quello registrato tra i 18-44enni. Nel corso dell'ultimo anno si è registrato un incremento della prevalenza dei consumatori dannosi che è passata da 1,46% a 1,80%, in particolare nella popolazione anziana dove il valore è aumentato in maniera statisticamente significativa del 22,7% (**Fig.I.12**).

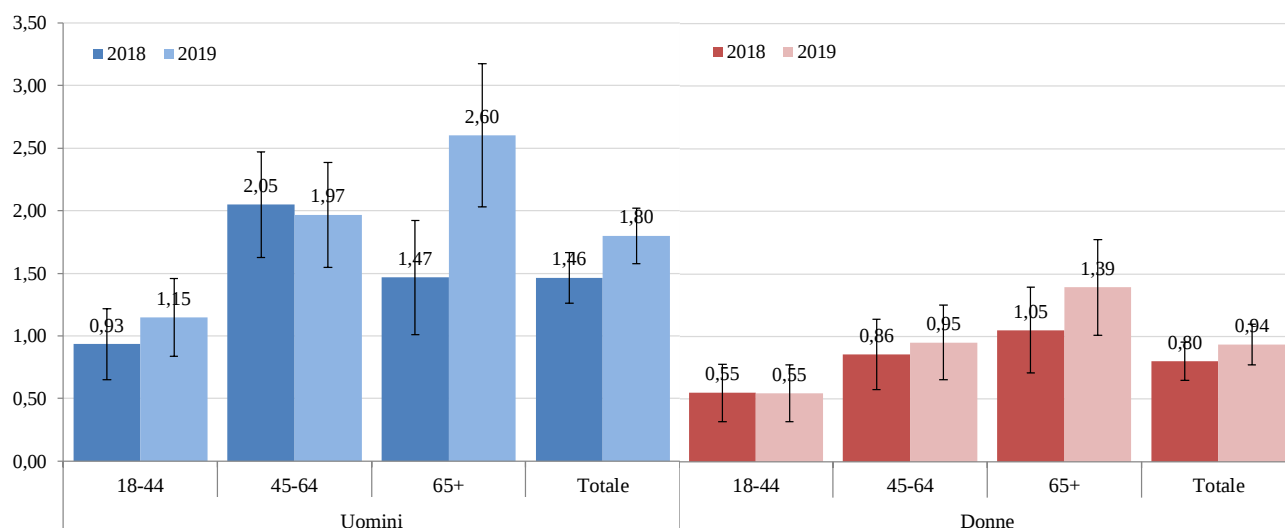


Figura I.12 Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere e classi di età (2018-2019)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Tra gli uomini, l'andamento della prevalenza dei consumatori dannosi ha seguito l'andamento registrato per i consumatori giornalieri diminuendo tra il 2007 e il 2012 e stabilizzandosi successivamente; tra le donne la prevalenza delle consumatrici dannose ha subito delle oscillazioni nel corso degli ultimi anni e non si registrano variazioni statisticamente significative nel periodo indagato (**Figura I.13**). Per entrambi i sessi è quindi mancato l'obiettivo auspicabile della riduzione di medio e lungo periodo, ciò suggerisce la necessità di incentivare azioni di prevenzione basate anche sull'intercettazione di persone a rischio, così come la necessità di attuare la diagnosi precoce e l'intervento breve negli ambiti strategici del SSN, l'individuazione e la presa in carico da parte del sistema dei servizi delle persone con dipendenza da alcol prima che sviluppino un danno d'organo.

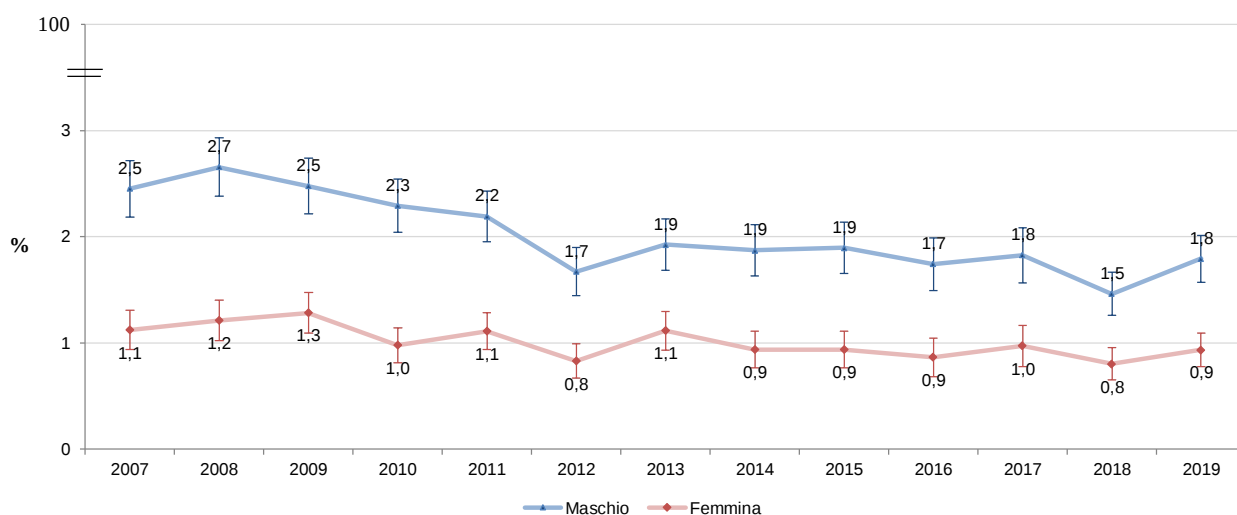


Figura I.13 Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere (2007-2019)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

1.1.5 CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

La Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati 125/2001, ha stabilito la necessità di predisporre annualmente una relazione sui dati di monitoraggio dalle Regioni e dalle Provincie autonome di Trento e Bolzano. Il monitoraggio dei dati relativi al consumo di alcol e ai problemi alcol correlati è stato da allora inserito nel Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e nel Piano Statistico Nazionale per valutare sia le azioni di contrasto, che l'implementazione del PNAS e dei Piani Regionali di Prevenzione. Il Ministero della Salute, per supportare le Regioni e le Provincie Autonome a monitorare questi fenomeni, ha incaricato l'Istituto Superiore di Sanità di sviluppare un sistema standardizzato di monitoraggio (denominato SISTIMAL) in grado di fornire indicazioni fondamentali per la programmazione regionale delle attività di prevenzione. I risultati del sistema di monitoraggio, vengono pubblicati e resi disponibili ogni anno nel sistema di monitoraggio alcol-correlato SISMA, (sito www.epicentro.iss.it/alcol) in cui è possibile monitorare l'andamento temporale delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche e delle quantità di alcol consumate dalla popolazione in tutte le Regioni e le Provincie autonome, che sono di seguito riportati raggruppate per macro area.

Italia nord-occidentale

Nell'anno 2019 la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 78,4% tra gli uomini e al 59,3% tra le donne. Per il genere maschile si osserva una diminuzione del dato di prevalenza nel corso degli ultimi dieci anni sebbene non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione; per le donne invece non si registrano variazioni significative ne rispetto al 2009 ne rispetto al 2018. Nel corso dell'ultimo anno l'analisi dei consumatori delle singole bevande alcoliche ha evidenziato valori pressoché stabili per gli uomini e un incremento delle consumatrici di vino e birra rispettivamente del 4,2% e del 6,2%. La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici di ambo i sessi è infine superiore alla media nazionale oltre a quella delle consumatrici di sesso femminile di vino e super alcolici; per gli uomini si osserva infine un valore inferiore alla media italiana della prevalenza dei consumatori di amari. In quest'area geografica si registrano per il genere femminile valori di prevalenza di tutti i comportamenti a rischio considerati superiori alla media nazionale mentre, per il genere maschile, l'unico indicatore superiore alla media italiana è quello del consumo fuori pasto. Rispetto alla rilevazione del precedente anno si osserva una diminuzione dei consumatori a rischio per entrambi i generi e dei consumatori abituali eccedentari di sesso maschile. (**Tabella I.5-I.6**).

Tabella I.5 Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2019)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	Vino		Birra		Aperitivi alcolici		Amari		Super alcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Italia nord-occidentale</i>	67.0	47,5 ↗	63.7	37,6 ↗	48.1	31.7	40.4	17.8	39.1	17.0
Piemonte	68.6	48.4	65.4	38.4	46.2	29.1	40.1	18.9	38.2	16.8
Valle d'Aosta	69.4	52.6	69.6	42.9	54.7	38.1	38.3	17.9 ↗	38.8	20.9
Lombardia	66.3	46.6	63.0	37.0	49.0	33.1	41.1	17.6	39.4	17.0
Liguria	66.6	50.7	63.5	38.8	47.1	29.6	37.2	16.1	39.1	17.1
<i>Italia nord-orientale</i>	68.7	49.9	65.5	39.8	49.6	34.5	39.4	17.4	40.3	17.8
PA Bolzano	62.0	46.7 ↘	66.0	35.7 ↘	49.9	43.0	40.1	25.4	38.0	21.4
PA Trento	64.6	46.4	67.5	39.2	50.3	37.8	37.1	18.0	40.3	21.3
Veneto	67.6	49.3	65.1	40.8	52.0	36.1	39.1	17.6	39.9	18.4
Friuli-Venezia Giulia	67.6	49.9 ↘	65.7	40.7	52.2	35.6	41.4	20.1	41.0	20.8
Emilia Romagna	71.5	51.3	65.7	39.2	46.1	31.0	39.3	15.5	40.9	15.5
<i>Italia centrale</i>	67.5	46.2	63.9	38.3	46.5	29.5	43.8	18.0	39.6	16.1
Toscana	71.1	48.1	64.5	38.8	48.4	31.1	39.7	15.1	43,0 ↗	16.4
Umbria	72.4	46.2	64.1	38.1	45.0	30.5	45.2	16.9	35.5	14.8
Marche	65,0 ↘	46.9	60.0	36.6	42.7	27.5	38.0	15.8	34.2	15.5
Lazio	65.2	44.7	64.5	38.4	46.6	28.9	47.8	20.6	39.6	16.2
<i>Italia meridionale</i>	63.2	35.5	64.3	35.1	43.2	21.9	48.2	18.7	34.1	12.4
Abruzzo	66.2	38.3	68.6	36.8	48.8	24.9	48.9	16.2	35.6	13.5
Molise	65.3	39.1	66.3	38.3	49.3	24.3	48.2	19.2	34.8	14.1
Campania	60.5	32.8	60.6	31.6	41.6	19.8	45.1	16.3	30.9	10.5
Puglia	64.4	36.8	65.9	37.7	42.8	23.4	51.8	22.8	37.4	14.8
Basilicata	65.4	37.4	64.1	34.8	41.8	23.5	44.3	17.4	30.0 ↘	11.2
Calabria	65.8	37.3	68.4	38.2	43.9 ↘	22.4	50.8	19.0	36.8	12.4
<i>Italia insulare</i>	60.0	33,7	65.5	35.1	42.8	24.3	45.0	18.4	32.5	12,4
Sicilia	58.8	32.9	65.6	36.4	42.8	23.8	46.8	18.7	31.4	11.1
Sardegna	63.4	35.9	65.2	31.3	42.8	25.9 ↗	39.9	17.4	35.6	16,0 ↗
<i>Italia</i>	65.8	43.4	64.4	37.3	46,3 ↗	28.7	43.2	18.0	37.5	15.4

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2018

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2018

**VALORE
MINIMO**

Valore inferiore alla
media nazionale

Valore superiore alla
media nazionale

**VALORE MASSIMO
NAZIONALE**

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Tabella I.6 Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e genere (2019)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	tutte le bevande alcoliche		abituali eccedentari		fuori pasto		binge drinker		a rischio (criterio ISS*)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Italia nord-occidentale</i>	78.4	59.3	13,7 ↘	7.4	44.3	24.0	11.7	4.3	22,5 ↘	10,7 ↘
Piemonte	79.4	60.5	16.2	7.6	41.9	21.7	11.6	4.4	24.1	11.0
Valle d'Aosta	82.4	63.8	20.5	9.0	59.8	32.0	22.3	6.3	36.6	13.7
Lombardia	78.0	58.7	12,2 ↘	6.9	45.3	24.8	11.9	4.2	21,3 ↘	10.1
Liguria	78.5	59.8	16.2	9,8 ↗	43.0	25.2	9.6	4.2	23.9	13.1
<i>Italia nord-orientale</i>	79,2 ↘	62.2	14.8	6,8 ↘	49,2 ↘	28,0 ↘	13.9	4.5	25,3 ↘	10.5
PA Bolzano	75.6	64.2	13.3	5.1	59.0	38,8 ↘	21.3	10.0	29.6	13.9
PA Trento	78.7	60.7	13.8	4.7	55.2	33.3	18.3	5.2	28.5	9.0
Veneto	79.3	63,5 ↗	13.9	6.4	50.6	27.6	13.4	4.7	24,0 ↘	10.3
Friuli-Venezia Giulia	78.8	62.9	16.0	6.5	57.4	33.6	15.9	4.5	26.7	10.1
Emilia Romagna	79.8	60.5	15.8	7.9	43.6	24,9 ↘	12.6	3.5	25.4	10.7
<i>Italia centrale</i>	78,3 ↘	58.2	13.8	6.4	38.1	21.1	9.5	3.1	21.3	8.9
Toscana	80.3	60.6	15.5	8.9	40.7	22.3	10.3	3.3	23.9	11.5
Umbria	80.8	57.2	16.2	5.7	39.5	22.8	9.4	4.2	23.4	9.1
Marche	76.8	56.7	14.3	6.4	37.3	19.8	8,6 ↘	3.6	21.3	9.1
Lazio	77,0 ↘	57.2	12.3	4.9	36.5	20.4	9.2	2.8	19.2	7.2
<i>Italia meridionale</i>	76.2	50.3	13.1	5.0	34.2	14,6 ↗	8,5 ↘	2.6	18,6 ↘	7.0
Abruzzo	81,7 ↗	50.9	13.5	4.4	47,8 ↗	18.3	13.9	4.8	23.9	8.5
Molise	79.4	54.1	17.3	6.3	46.5	19.4	14.6	3.6	25.9	8.6
Campania	72.8	47.0	11.2	4.6	30.2	13,1 ↗	5,8 ↘	1.9	14.7	5.9
Puglia	77.4	53.2	14.6	6.0	32.8	16,4 ↗	8.0	2.9	20.0	8.0
Basilicata	80.4	53.9	17.7	4.3	36.1	18.0	12.7	3.3	24.7	7.4
Calabria	78.1	51.7	13.0	4.5	36.8	11.1	11.8	2.3	20.5	6.5
<i>Italia insulare</i>	76.3	49.6	10.3	4,0	36.0	15.0	10.5	2.4	18.9	6.0
Sicilia	76.1	49.4	8.8	4,3 ↗	32.7	14.2	8.1	1.5	15.8	5.4
Sardegna	76.9	50.1	14.7	3.1	45.8	17.7	17.3	5,2 ↗	28.0	8.0
<i>Italia</i>	77,8↘	56.5	13,4 ↘	6.2	40.8	21.0	10,8 ↘	3.5	21,5 ↘	8.9

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2018

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2018

VALORE MINIMO

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT

Piemonte

Nel 2019 hanno consumato almeno una bevanda alcolica il 79,4% degli uomini e il 60,5% delle donne e per queste ultime il dato rilevato è superiore alla media nazionale; per entrambe i generi non si rilevano variazioni significative rispetto al 2018 né delle prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche, né di quelle sulle abitudini di consumo. La prevalenza dei consumatori di vino è superiore alla media nazionale sia per gli uomini che per le donne e per queste ultime anche la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici; come già rilevato lo scorso anno infine, è inferiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che la prevalenza dei consumatori a rischio ISS è superiore al dato medio italiano per entrambe i generi e per i soli uomini anche la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari.

Valle d'Aosta

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata dell'82,4% tra gli uomini e del 63,8% tra le donne, e per entrambi i generi i valori risultano superiori alla media nazionale. I consumi delle diverse bevande alcoliche non hanno subito variazioni di rilievo rispetto al 2017, tranne per le donne che bevono amari che sono nuovamente aumentate tornando ai valori registrati nel 2017. Le prevalenze dei consumatori di birra e aperitivi alcolici sono stati superiori alla media italiana sia per gli uomini che per le donne; per queste ultime valori superiori alla media si registrano anche per il vino e i super alcolici. Tra gli uomini si registra infine un dato di prevalenza dei consumatori di amari inferiore alla media nazionale (Tabella 1-2).

L'analisi dei diversi comportamenti a rischio mostra, per entrambe i generi, valori superiori alla media nazionale ma stabili rispetto al 2018; la prevalenza dei consumatori a rischio di sesso maschile (36,6%) è la più elevata di tutte le regioni considerate.

Lombardia

Nel 2019 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono rimasti pressoché stabili e pari al 78,0% tra gli uomini e il 58,7% tra le donne; per queste ultime il valore è superiore alla media. I consumatori delle diverse tipologie di bevande sono tutti in linea con la media nazionale tranne i consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi e le sole consumatrici di vino che risultano invece superiori.

La prevalenza dei consumatori fuori pasto è superiore alla media nazionale per entrambi i generi e si registra tra i soli uomini una diminuzione dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio.

Liguria

L'78,5% degli uomini e il 59,8% delle donne hanno consumato bevande alcoliche nel 2019 ed per le donne il dato è superiore alla media nazionale. Tra gli uomini la prevalenza dei consumatori di vino è superiore alla media nazionale mentre quella dei consumatori di amari è inferiore al dato medio. Per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari è superiore alla media nazionale così come la prevalenza delle consumatrici fuori pasto e delle consumatrici a rischio ISS di sesso femminile. Rispetto all'anno 2018 non si registrano variazioni significative delle prevalenze dei diversi tipologie di consumo a rischio ad eccezione del consumo abituale eccedentario tra le donne che è aumentato del 10,5%.

Italia nord-orientale

Le Regioni appartenenti alla ripartizione territoriale dell'Italia nord-orientale si mantengono anche nell'anno 2019, quelle che presentano le maggiori criticità sia in termini di tipologia di bevande consumate che in termini di comportamenti dannosi per la salute, in particolare per le donne.

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 79,2% tra gli uomini e al 62,2% tra le donne; per queste ultime, come già riscontrato negli anni precedenti, il valore risulta essere in assoluto il più elevato di tutte le altre ripartizioni considerate mentre per gli uomini, il valore pur rimanendo superiore alla media nazionale, è diminuito del 2,2%.

Le prevalenze dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e super alcolici di entrambi i generi risultano essere più elevate rispetto a quelle registrate a livello nazionale ed in particolare la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e delle consumatrici di vino di sesso femminile sono le più elevate di tutte ripartizioni considerate. Per le donne la prevalenza dei consumatori di birra è comunque superiore alla media nazionale mentre per gli uomini, per il quarto anno consecutivo, la prevalenza di consumatori di amari è inferiore al dato medio nazionale. Rispetto all'anno 2018 non si registrano variazioni significative dei consumatori delle diverse bevande alcoliche di ambo i generi. Nel corso dell'anno 2019, le prevalenze dei comportamenti a rischio analizzati sono stati tutti superiori al dato medio nazionale per entrambe i generi, ad eccezione della prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie che sono passate da 8,6% a 6,8% allineandosi quindi al dato medio italiano. Le prevalenze dei consumatori fuori pasto di entrambi i generi e dei consumatori a rischio ISS di sesso maschile sono le più elevate di tutte le ripartizioni considerate, ma rispetto alla precedente rilevazione si osserva una diminuzione dei valori registrato. La prevalenza dei consumatori *binge drinking* di sesso maschile infine è la più elevata rispetto alle altre ripartizioni territoriali considerate (**Tabella I.5-I.6**).

Provincia Autonoma di Bolzano

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata pari al 75,6% tra gli uomini e 64,2% tra le donne e per queste ultime il valore è superiore a quello rilevato a livello nazionale. Per le donne, la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici, amari e superalcolici è superiore alla media nazionale e, per le ultime due bevande considerate, il valore è il più elevato di tutte Regioni italiane; la prevalenza delle consumatrici di vino e birra è invece approssimabile al dato medio italiano e rispetto al 2018 si registra una diminuzione rispettivamente del 14,1% e del 18,1%. Per gli uomini la prevalenza dei consumatori di vino è inferiore alla media nazionale mentre la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici è superiore.

Le abitudini di consumo delle bevande alcoliche mostrano per entrambi i generi valori superiori alla media nazionale della prevalenza dei consumatori a rischio (criterio ISS), dei consumatori in modalità *binge drinking* e dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto. Per le donne il dato relativo alle ultime due abitudini di consumo considerate è il più elevato di tutte le Regioni sebbene per la modalità di consumo fuori pasto si è registrata una diminuzione del 15,7%.

Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata del 78,7% tra gli uomini e del 60,7% tra le donne e per queste ultime il dato è superiore alla media nazionale. Per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici è stata superiore alla media italiana così come la prevalenza delle consumatrici di super alcolici di sesso femminile; per gli uomini infine il dato relativo alla prevalenza dei consumatori di amari è inferiore alla media.

L'analisi delle modalità di consumo a rischio delle bevande evidenzia per entrambi i generi valori superiori alla media italiana, dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinkers* oltre ai consumatori a rischio ISS per i soli uomini.

Veneto

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata del 79,3% tra gli uomini e del 63,5% tra le donne e, per queste ultime, è aumentata del 6,6% rispetto al 2018 mantenendosi superiore alla media nazionale. Le prevalenze delle consumatrici di sesso femminile di tutte le bevande sono superiori alla media italiana ad eccezione delle consumatrici di amari; per gli uomini invece l'unico valore al di sopra della media italiana è quello relativo alla prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici mentre la prevalenza dei consumatori di amari è significativamente inferiore al dato medio.

Nel 2019 i valori degli indicatori riguardanti i consumatori fuori pasto ed i *binge drinkers* sono stati superiori alla media nazionale per entrambi i generi, oltre ai consumatori a rischio (ISS) per il solo genere maschile, per i quali si registra tuttavia una diminuzione del 17,7% rispetto al 2018.

Friuli-Venezia Giulia

Nel 2019 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 78,8% tra gli uomini e del 62,9% tra le donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Per entrambi i generi si registrano valori superiori al dato medio italiano della prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e super alcolici oltre a quelle di vino e birra per le sole consumatrici. Rispetto alla precedente rilevazione infine si registra una diminuzione delle donne che hanno consumato vino la cui prevalenza è passata da 50,5% a 49,9%.

L'analisi delle diverse tipologie di comportamenti a rischio evidenzia per gli uomini valori superiori alla media italiana di tutti gli indicatori considerati mentre per le donne solo quello relativo alla prevalenza delle consumatrici fuori pasto. Per entrambi i generi non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione degli indicatori di rischio considerati.

Emilia Romagna

I consumatori di tutte le bevande alcoliche nel 2019 sono stati il 79,8% degli uomini e il 60,5% delle donne. Per entrambi i generi si registrano valori superiori al dato medio nazionale della prevalenza dei consumatori di vino e valori invece inferiori al dato medio della prevalenza dei consumatori di amari; per i soli uomini anche la prevalenza dei consumatori di super alcolici è superiore alla media. Non si registrano tuttavia variazioni significative rispetto al 2018 delle prevalenze delle bevande considerate.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia per entrambi i generi valori superiori alla media nazionale dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio ISS; per il solo genere femminile, la prevalenza delle consumatrici fuori pasto è superiore alla media italiana sebbene l'indicatore sia diminuito del 16,1% rispetto allo scorso anno.

Italia centrale

Nel 2018 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche registrata nel centro Italia è stata pari al 58,2% tra le donne e al 78,3% tra gli uomini e per questi ultimi il dato è diminuito rispetto alla precedente del 3,1%. Le prevalenze dei consumatori di vino sono per entrambi i generi e dei super alcolici per il solo genere maschile sono superiori al dato medio italiano e per tutte le bevande considerate non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Per il genere maschile, come rilevato anche gli anni precedenti si registrano valori inferiori alla media italiana dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinkers* mentre per le donne i valori sono approssimabili a quelli medi nazionali (**Tabella I.5-I.6**).

Toscana

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata dell'80,3% per gli uomini e il 60,6% per le donne e per entrambi i generi il valore è superiore a quello medio nazionale. L'analisi delle diverse bevande alcoliche mostra che per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori di vino è superiore al dato medio italiano mentre la prevalenza dei consumatori di amari è inferiore. La prevalenza dei consumatori di super alcolici tra gli uomini è superiore al dato medio e rispetto al 2018 è aumentato del 13,3%.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che per il solo genere femminile le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio per il criterio ISS sono superiori alla media italiana.

Umbria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è pari a 80,8% tra gli uomini e a 57,2% tra le donne e per i primi il dato è superiore alla media italiana; per entrambi i generi non si registrano variazioni rispetto alla precedente rilevazione. L'analisi delle tipologie di bevande consumate evidenzia che l'unico dato di prevalenza superiore a quello medio nazionale è quello relativo ai consumatori di vino di sesso maschile.

Tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo a rischio sono in linea con il dato medio nazionale sia per gli uomini mentre che per le donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

Marche

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata del 76,8% tra gli uomini e del 56,7% e i dati registrati, in linea con quelli medi nazionali, sono approssimabili a quello medio italiano. Tra gli uomini la prevalenza dei consumatori di vino è diminuita rispetto al 2018 del 4,0% mentre per le altre bevande considerate, le prevalenze dei consumatori sono tutte inferiori a quello medio nazionale. Tra le donne le prevalenze delle consumatrici di tutte le bevande considerate sono approssimabili a quelle medie italiane ad eccezione della prevalenza delle consumatrici di vino che è invece superiore.

Per gli uomini la prevalenza dei consumatori fuori pasto e quella dei binge drinking sono inferiori alla media nazionale e l'ultimo indicatore è passato da 12,1 nel 2018 a 8,6% nel 2019; per le donne invece tutti gli indicatori che si riferiscono alle abitudini di consumo a rischio sono in linea con il dato medio nazionale e non si osservano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

Lazio

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata nel 2019 pari al 57,2% tra le donne e al 77,0% tra gli uomini e per questi ultimi si osserva una diminuzione rispetto al valore dello scorso anno (-5,7%) che ha permesso all'indicatore di tornare ai valori rilevati prima del 2018. Per entrambi i generi non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione delle prevalenze delle bevande alcoliche considerate e gli amari sono l'unica bevanda per la quale la prevalenza è superiore alla media nazionale.

L'analisi delle abitudini di consumo a rischio evidenzia che tra gli uomini la prevalenza dei consumatori fuori pasto è inferiore alla media nazionale così come la prevalenza delle consumatrici a rischio ISS per le donne.

Italia meridionale

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nell'Italia meridionale è stata nel 2019 inferiore al dato medio nazionale per entrambi i generi e pari al 76,2% tra gli uomini al 50,3% le donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. I valori di prevalenza dei consumatori di vino e aperitivi alcolici e super alcolici sono inferiori al dato medio nazionale per entrambi i generi così come per le sole donne la prevalenza delle consumatrici di birra. Il dato relativo alla prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile è il più alto delle ripartizioni territoriali analizzate (48,2%) mentre viceversa, il dato relativo alla prevalenza di consumatrici di aperitivi alcolici di sesso femminile è il più basso (21,9%).

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, i valori di tutti gli indicatori considerati (ad eccezione del consumo abituale eccedentario per i soli uomini) si continuano a mantenere inferiori al dato medio nazionale. La prevalenza dei consumatori a rischio e quella dei consumatori *binge drinkers* di sesso maschile è diminuita rispetto al 2018 rispettivamente del 9,3% e 15,0% rispettivamente mentre la prevalenza delle consumatrici di sesso femminile fuori pasto è aumentata del 17,7%. (**Tabella I.5-I.6**).

Abruzzo

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata 50,9% per le donne e 81,7% per gli uomini e per questi ultimi il dato è aumentato del 6,0%; per gli uomini il dato è quindi superiore alla media nazionale mentre per le donne, come lo scorso anno, la prevalenza si è mantenuta inferiore alla media. Per gli uomini la prevalenza dei consumatori di birra e quella dei consumatori di amari è superiore alla media nazionale mentre tra le donne la prevalenza delle consumatrici di vino e aperitivi alcolici è inferiore alla media.

Per le donne le prevalenze delle consumatrici abituali eccedentarie e delle consumatrici fuori pasto sono inferiori alla media nazionale; per gli uomini le prevalenze dei *binge drinkers* e dei consumatori fuori pasto sono invece superiori al dato medio e per quest'ultimo indicatore si registra anche un incremento rispetto al 2018 del 15,7%.

Molise

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata del 79,4% per gli uomini e 54,1% per le donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. La prevalenza dei consumatori di sesso maschile di amari si mantiene per il quarto anno consecutivo superiore alla media nazionale mentre per le donne le prevalenze delle consumatrici di vino e aperitivi alcolici sono inferiori alla media. Per nessuna bevanda considerata si rilevano variazioni rispetto al 2018.

Per gli uomini i valori di tutti gli indicatori che identificano i comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale mentre per le donne tutti gli indicatori sono in linea con il valore medio nazionale; per entrambi i generi non si registra variazioni rispetto all'anno precedente delle prevalenze delle abitudini di consumo a rischio.

Campania

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché invariata rispetto alla precedente rilevazione ed è stata nel 2019 inferiore alla media nazionale sia per gli uomini (72,8%) che per le donne (47,0%). Per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici sono stati inferiori alla media nazionale. Rispetto al 2018 non si rilevano variazioni significative dei consumatori delle bevande alcoliche considerate.

Per entrambi i generi, tutti gli indicatori relativi ai diversi comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media nazionale. La prevalenza degli uomini *binge drinkers* è diminuita rispetto al 2018 del 30,1% ed è la più bassa registrata in Italia; tra le donne risulta invece aumentata del 34,4% rispetto alla precedente rilevazione la prevalenza delle consumatrici fuori pasto.

Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata del 77,4% tra gli uomini e 53,2% tra le donne e i valori sono rimasti stabili rispetto al 2018. Per entrambi i generi, come già evidenziato lo scorso anno, la prevalenza dei consumatori di amari è superiore alla media nazionale mentre è inferiore alla media la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e, per le sole donne, di vino.

Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori lontano dai pasti è inferiore alla media nazionale sebbene per le donne si registra un incremento pari al 23,2% rispetto all'anno 2018. È inoltre inferiori al dato medio italiano la prevalenza dei consumatori *binge drinkers* di sesso maschile.

Basilicata

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è pari a 80,4% tra gli uomini e 53,9% e per entrambi i generi non si registrano variazioni significative rispetto al 2018; il dato relativo al genere maschile è superiore alla media nazionale mentre quello femminile è inferiore alla media. La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e super alcolici è inferiore alla media italiana per entrambi i generi così come la prevalenza delle consumatrici di vino per le sole donne. Rispetto alla rilevazione del 2018 si registra tra gli uomini una diminuzione della prevalenza dei consumatori di super alcolici del 22,1%.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia valori superiori alla media nazionale della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari e di quelli a rischio ISS per il solo genere maschile; sono invece inferiori alla media la prevalenza dei consumatori fuori pasto di entrambi i generi e delle consumatrici abituali eccedentarie di sesso femminile.

Calabria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è pari a 78,1% tra gli uomini e 51,7% tra le donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Tra gli uomini la prevalenza dei consumatori di birra e super alcolici è superiore alla media nazionale e si rileva una diminuzione del 14,2% dei consumatori di aperitivi alcolici. Tra le donne sono inferiori alla media le prevalenze delle consumatrici di vino, di super alcolici e di aperitivi alcolici.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra per le donne valori al di sotto della media nazionale di tutti gli indicatori considerati mentre per gli uomini risulta inferiore alla media solo la prevalenza dei consumatori fuori pasto.

Italia insulare

Nell'Italia insulare la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata nel 2019 pari al 76,3% tra gli uomini e al 49,6% tra le donne e per queste ultime il valore è inferiore a quello medio nazionale. Le prevalenze dei consumatori di vino, dei consumatori di aperitivi alcolici e dei consumatori di super alcolici sono più basse rispetto a quelle rilevate a livello medio nazionale per entrambi i generi; per le sole donne anche la prevalenza di consumatrici di birra è inferiore alla media. Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni significative dei consumatori delle diverse bevande alcoliche. L'analisi delle abitudini di consumo mostra che tutti gli indicatori di rischio (ad eccezione del *binge drinking* per i soli maschi) sono inferiori alla media nazionale per entrambi i generi e che per gli uomini la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari è la più bassa rispetto a quella delle altre realtà territoriali considerate; (**Tabella I.5-I.6**).

Sicilia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata pari al 76,1% tra gli uomini, 49,4% tra le donne e per queste ultime il valore è inferiore a quello medio italiano. I valori di prevalenza dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e di super alcolici sono inferiori alla media italiana per entrambi i generi, mentre la prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile è superiore alla media.

Tutti gli indicatori considerati per il monitoraggio dei comportamenti a rischio presentano valori inferiori alla media nazionale e per gli uomini le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari sono le più basse rispetto ai valori rilevati nelle altre realtà territoriali; rispetto all'anno 2018 si registra tuttavia un incremento delle donne che hanno consumato alcolici in maniera abituale eccedentaria che sono passate da 2,5% a 4,3% .

Sardegna

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 76,9% degli uomini e al 50,1% delle donne e per queste ultime il valore è più basso di quello registrato a livello medio nazionale. L'analisi delle bevande consumate mostra che, per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici è inferiore alla media italiana sebbene tra le donne si sia rilevato un incremento del 26,5% rispetto alla precedente rilevazione.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che per gli uomini si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei consumatori a rischio ISS e dei *binge drinkers*. la prevalenza delle consumatrici in modalità *binge drinkers* per le donne è passata da 2,9% al 5,2% nel 2019 risultando superiore alla media nazionale; si mantengono invece inferiori alla media i valori di prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie e fuori pasto.

1.2 LA MORBILITA' E LA MORTALITA' ALCOL CORRELATE

La Comunità Scientifica Internazionale ha dimostrato ampiamente che sia il consumo regolare e continuativo di alcol che quello occasionale in quantità eccessive (*binge drinking*) possono causare problemi di salute o aggravarli ed accrescere il rischio di danni per chi beve e per altre persone. L'uso continuativo di alcol in quantità eccessive produce inoltre effetti simili a quelli di altre sostanze psicotrope illegali, con induzione di dipendenza fisica e psichica, assuefazione, *craving*, compulsività ed altri disturbi del comportamento, provocando danni particolarmente rilevanti anche a livello sociale.

L'alcol è la causa principale di molte malattie considerate totalmente alcol correlate, fra cui in particolare la cirrosi epatica alcolica; ma anche causa concomitante di varie altre patologie vascolari, gastroenterologiche, neuropsichiatriche, immunologiche, di infertilità e problemi prenatali, di cancro, ivi compreso il cancro della mammella; nonché di altri gravi eventi quali incidenti stradali, omicidi, suicidi, incidenti vari.

L'uso dannoso di alcol e i relativi problemi di salute pubblica sono influenzati dai livelli e dai modelli di consumo alcolico. Si è constatato che l'aumento del consumo complessivo di alcol in una determinata popolazione si associa ad un aumento della prevalenza di disturbi da uso di alcol e di modelli di consumo dannosi; mentre, d'altra parte, la riduzione della prevalenza dei forti bevitori in una data popolazione si correla a una riduzione del consumo di alcol complessivo.

La Regione Europea dell'OMS continua a presentare la percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol, ciò non sorprende se consideriamo che è anche la Regione dell'OMS con i consumi di alcol più elevati. Tuttavia occorre specificare che i valori più elevati sia per i consumi di alcol che per i decessi attribuiti all'alcol si registrano soprattutto nei Paesi dell'Europa Orientale, mentre tra i Paesi della Regione europea aderenti all'OMS l'Italia occupa una delle posizioni più basse nella graduatoria delle percentuali di mortalità alcol correlata rispetto alla mortalità totale.

Le percentuali più elevate di morti attribuite all'alcol, nel mondo, sono causate da patologie cardiovascolari, seguite da infortuni, patologie gastrointestinali (soprattutto cirrosi epatica) e tumori.

Il Piano di azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili avviato dall'OMS per gli anni 2013-2020 conferma la necessità di ridurre l'impatto delle malattie alcol attribuibili, che costituiscono una priorità di sanità pubblica a livello globale.

1.2.1 ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO CON DIAGNOSI DI PATOLOGIE TOTALMENTE ATTRIBUIBILI ALL'ALCOL

Per la rilevazione ed il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza-urgenza da parte sia del Sistema 118 sia dei presidi ospedalieri con riferimento alle attività di Pronto Soccorso, è stato istituito, con decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 e s.m., il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (Sistema EMUR). La rilevazione attraverso il Sistema EMUR, secondo quanto previsto dal predetto decreto è a regime dal 1 gennaio 2012.

I dati EMUR PS che vengono presentati nella relazione sono riferiti all'anno 2019, disponibili nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute al mese di novembre 2020.

Relativamente alle attività del Pronto Soccorso, i principali contenuti informativi rilevati e trasmessi al NSIS sono i seguenti: struttura erogatrice, dati relativi all'accesso ed alla dimissione dell'assistito, codice anonimo dell'assistito, diagnosi principale e diagnosi secondarie nonché le prestazioni erogate.

Le predette informazioni rilevate al completamento dell'intervento di Emergenza-Urgenza vengono trasmesse al NSIS con cadenza mensile, entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi. La rilevazione attraverso il Sistema EMUR, secondo quanto previsto dal predetto decreto, è stata avviata nell'anno 2010.

Al fine di individuare gli accessi in Pronto Soccorso per patologie causate dall'uso di alcol, sono stati considerati tutti gli accessi in Pronto Soccorso con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol.

Diagnosi totalmente attribuibili all'alcol

Sindromi psicotiche indotte da alcool	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
291.0	Delirium da astinenza da alcool
291.1	Disturbo amnesico persistente indotto da alcool
291.2	Demenze persistenti indotte da alcool
291.3	Disturbo psicotico con allucinazioni indotto da alcool
291.4	Intossicazione alcolica idiosincrasica
291.5	Disturbo psicotico con deliri indotto da alcool
291.8	Altri disturbi mentali specificati indotti da alcool
291.81	Astinenza da alcool
291.82	Disturbi del sonno indotti da alcool
291.89	Altri
291.9	Disturbi mentali non specificati indotti dall'alcool

Sindromi di dipendenza da alcool	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
303.0	Intossicazione acuta da alcool
303.00	Intossicazione acuta da alcool, non specificata
303.01	Intossicazione acuta da alcool, continua
303.02	Intossicazione acuta da alcool, episodica
303.03	Intossicazione acuta da alcool, in remissione
303.9	Altra e non specificata dipendenza da alcool
303.90	Altra e non specificata dipendenza da alcool, non specificata
303.91	Altra e non specificata dipendenza da alcool, continua
303.92	Altra e non specificata dipendenza da alcool, episodica
303.93	Altra e non specificata dipendenza da alcool, in remissione

Abuso di alcool	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
305.00	Abuso di alcool, non specificato
305.01	Abuso di alcool, continuo
305.02	Abuso di alcool, episodico
305.03	Abuso di alcool, in remissione

Neuropatie infiammatorie e tossiche	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
357.5	Polineuropatia alcoolica

Cardiomiopatie	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
425.5	Cardiomiopatia alcoolica

Gastrite alcoolica	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
535.30	Gastrite alcoolica senza menzione di emorragia
535.31	Gastrite alcoolica con emorragia

Malattia epatica cronica e cirrosi	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
571.0	Steatosi epatica alcoolica
571.1	Epatite acuta alcoolica
571.2	Cirrosi epatica alcoolica
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato

Effetti tossici dell'alcool	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
980.0	Effetti tossici dell'alcool etilico
980.1	Effetti tossici dell'alcool metilico
980.2	Effetti tossici dell'alcool isopropilico
980.3	Effetti tossici del fuselolo
980.8	Effetti tossici di altri alcoli specificati
980.9	Effetti tossici di alcool non specificato

Avvelenamento da altri e non specificati farmaci e medicinali	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool

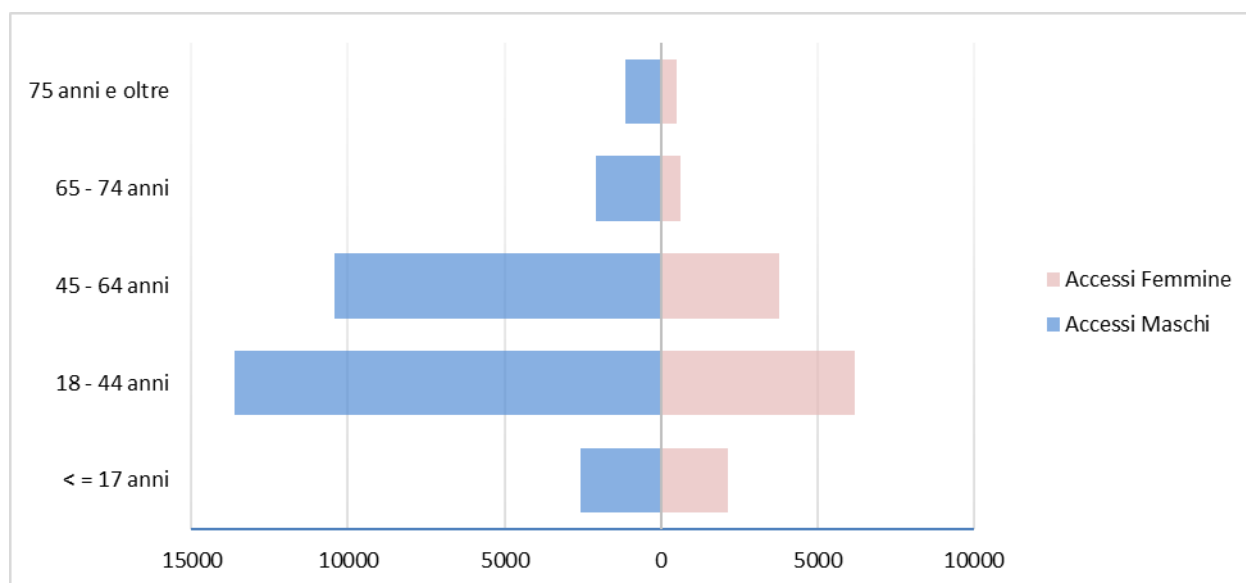
Nel corso del 2019 si sono verificati complessivamente 43.148 accessi in Pronto Soccorso caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 69% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 31% ad accessi di femmine (cfr. TAB.I.7).

TAB.I.7 - Accessi in pronto soccorso per età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2019

REGIONE	Maschi						Femmine						Totale
	<= 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale	<= 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale	
Piemonte	235	1.689	1.575	316	164	3.979	189	683	574	84	100	1.630	5.609
Valle d'Aosta	2	9	23	3	3	40	3	9	8	1	2	23	63
Lombardia	574	2.602	1.840	367	213	5.596	472	1.259	768	106	89	2.694	8.290
P.A. Bolzano	70	382	276	88	48	864	63	125	96	27	14	325	1.189
P.A. Trento	17	53	79	11	3	163	14	20	29	5	3	71	234
Veneto	125	757	653	202	115	1.852	96	355	231	65	49	796	2.648
Friuli V.G.	90	488	482	169	96	1.325	50	210	140	48	44	492	1.817
Liguria	95	583	445	72	46	1.241	81	240	151	27	12	511	1.752
Emilia Romagna	260	1.536	1.000	165	74	3.035	201	643	437	59	42	1.382	4.417
Toscana	261	1.198	688	79	38	2.264	201	557	321	33	22	1.134	3.398
Umbria	25	180	146	19	28	398	35	105	44	12	11	207	605
Marche	75	389	255	54	29	802	97	210	143	26	20	496	1.298
Lazio	189	1.357	1.177	161	79	2.963	155	669	416	69	54	1.363	4.326
Abruzzo	35	140	148	38	34	395	36	80	34	7	7	164	559
Molise	6	59	48	18	5	136	5	13	8	3	1	30	166
Campania	106	554	346	59	21	1.086	80	267	86	21	7	461	1.547
Puglia	132	517	345	47	29	1.070	168	204	90	10	6	478	1.548
Basilicata	13	78	67	15	4	177	15	21	15	5	2	58	235
Calabria	26	92	107	25	16	266	17	29	11	1	2	60	326
Sicilia	143	709	373	71	41	1.337	107	346	129	24	19	625	1.962
Sardegna	94	264	362	98	53	871	65	141	63	6	13	288	1.159
ITALIA	2.573	13.636	10.435	2.077	1.139	29.860	2.150	6.186	3.794	639	519	13.288	43.148

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso)
DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2019) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

GRAF.I.1 – Piramide per classi di età e per genere degli accessi in PS - ANNO 2019



La rappresentazione grafica a forma di piramide del **GRAF.I.1**, fornisce una immediata indicazione sulla prevalenza degli accessi dei maschi affetti da patologie alcol attribuibili rispetto alle femmine.

La **TAB.I.8** che segue mostra la distribuzione percentuale degli accessi in Pronto Soccorso per cittadinanza. L'analisi è stata condotta sul 90% degli accessi.

TAB.I.8- Accessi in pronto soccorso per cittadinanza con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2019

Cittadinanza	Percentuale accessi
Italia	79,44%
sconosciuta	3,43%
Romania	3,34%
Marocco	1,90%
Albania	1,02%
Polonia	0,98%

La **TAB.I.9** che segue riporta la distribuzione dei tassi specifici per regione, genere e classe d'età.

La distribuzione dei tassi di accesso, calcolati sulla popolazione residente, mostra una elevata variabilità tra regioni all'interno di ciascuna classe d'età considerata.

Con riferimento ai maschi della classe 65-74 anni, si evidenzia un tasso di accessi molto elevato nella P.A. di Bolzano e in Friuli Venezia Giulia rispetto al valore medio nazionale.

Inoltre il confronto per genere evidenzia tassi specifici più elevati per i maschi rispetto alle femmine, in tutte le regioni e per tutte le classi di età, con la sola eccezione della prima classe di età, ossia quella dei pazienti con età inferiore a 18 anni. Relativamente a questa classe di età infatti i tassi di accesso a livello nazionale si discostano lievemente tra loro.

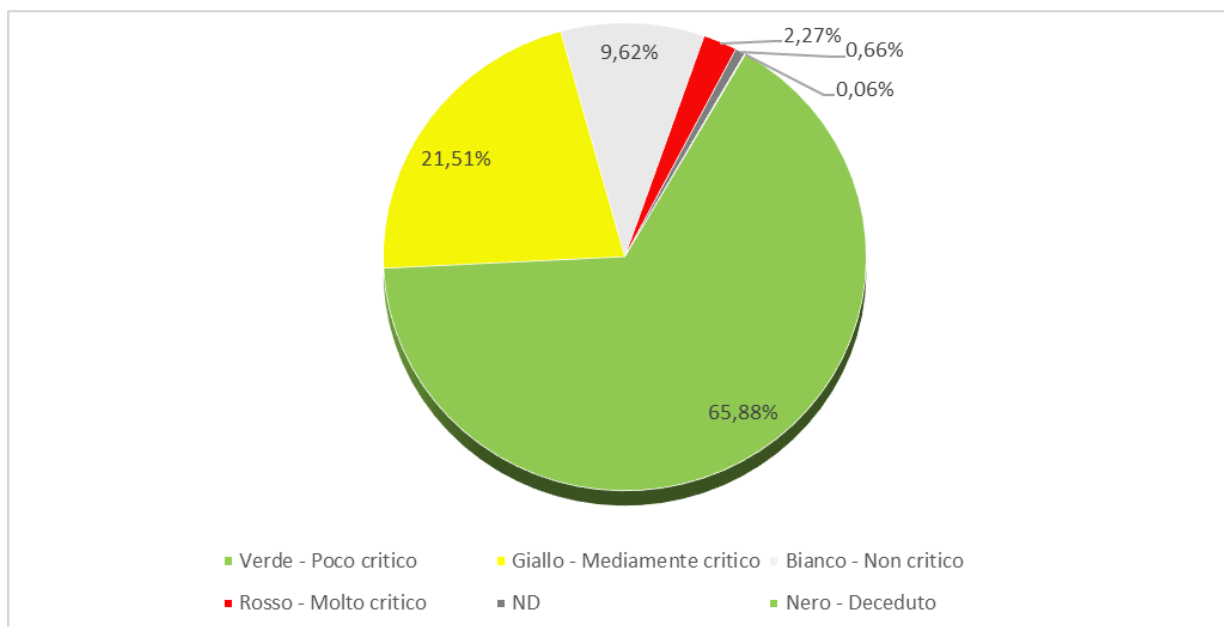
TAB.I.9 – Tassi di accesso in Pronto Soccorso (x 100.000 residenti) specifici per classi di età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2019

REGIONE	Maschi					Femmine				
	< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre
Piemonte	69,80	261,73	242,49	127,01	69,86	59,44	109,65	85,51	30,43	28,32
Valle d'Aosta	19,38	48,27	119,57	42,40	48,80	31,05	49,66	40,58	13,43	21,52
Lombardia	67,35	163,25	122,75	70,92	46,12	58,80	82,49	50,74	18,27	12,48
P.A. Bolzano	134,38	435,06	357,97	379,69	212,97	129,26	147,52	125,21	103,78	43,34
P.A. Trento	35,02	62,43	99,30	38,49	12,53	30,72	24,21	36,01	16,69	8,13
Veneto	30,75	100,41	87,03	77,60	50,27	25,00	48,51	30,50	22,80	14,09
Friuli V.G.	98,40	273,53	261,37	238,21	146,40	57,91	124,45	74,47	60,08	43,37
Liguria	87,54	274,32	190,09	78,61	48,42	79,05	117,07	61,32	25,54	8,03
Emilia Romagna	71,72	225,07	151,50	70,89	32,07	58,98	97,10	63,94	22,36	12,33
Toscana	90,34	216,38	125,64	37,75	18,88	73,99	102,67	55,51	13,98	7,32
Umbria	36,39	136,38	116,01	38,51	57,22	53,92	80,71	32,63	21,80	15,21
Marche	62,32	166,23	115,09	65,11	35,34	85,61	92,64	61,89	28,39	16,43
Lazio	38,89	144,17	136,37	55,64	30,54	33,76	72,62	44,61	20,51	13,79
Abruzzo	34,35	67,04	77,17	52,83	51,74	37,56	40,05	16,91	8,85	7,31
Molise	27,15	116,92	106,75	102,96	32,11	24,34	28,15	17,36	16,23	4,21
Campania	19,90	54,61	43,04	21,38	10,42	15,88	26,91	9,96	6,85	2,28
Puglia	39,36	77,44	61,09	21,92	16,31	52,93	31,35	14,91	4,16	2,33
Basilicata	30,23	83,18	81,05	50,00	14,68	37,20	23,93	17,45	15,35	5,05
Calabria	16,02	27,63	39,41	24,37	18,54	11,13	9,10	3,81	0,91	1,64
Sicilia	32,93	84,09	53,99	27,85	19,58	26,02	42,22	17,41	8,34	6,17
Sardegna	80,66	100,95	141,63	103,05	68,82	59,70	57,57	24,00	5,80	11,39
ITALIA	51,66	142,17	118,35	65,44	40,38	45,76	66,64	41,21	18,00	12,25

Fonte: Ministero della salute - NSIS Flusso per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR- Pronto Soccorso, DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2019) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Il **GRAF.I.2** mostra la distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per triage medico. Al 66% degli accessi viene attribuito il codice verde, al 22% il codice giallo, al 10% il codice bianco e al 2% il codice rosso.

GRAF.I.2 – Distribuzione degli accessi in PS per triage medico - ANNO 2019

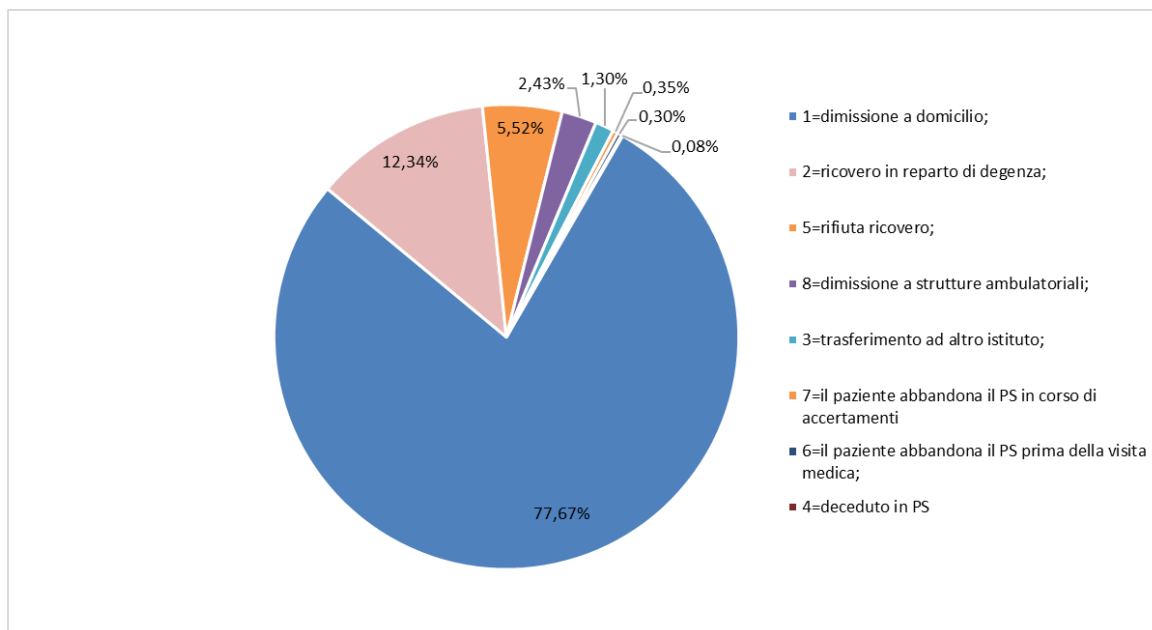


Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2019) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Nota: il dato mancante si riferisce ai casi in cui il paziente abbandona il PS prima della visita medica oppure abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica, pertanto non è stato possibile effettuare il triage medico.

Il GRAF.I.3 che segue mostra la distribuzione nazionale degli accessi in Pronto Soccorso per esito trattamento.

GRAF.I.3 – Distribuzione nazionale degli accessi in Pronto Soccorso per esito trattamento - ANNO 2019



Fonte: Ministero della salute - NSIS Flusso per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso, DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2019) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che il 78% degli accessi in pronto soccorso con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol esita a domicilio, mentre il 12% degli accessi viene ricoverato.

La **TAB.I.10** che segue mostra le diagnosi principali più frequenti attribuite in Pronto Soccorso per il 90% circa degli accessi.

TAB.I.10 – Diagnosi principali più frequenti - ANNO 2019

Codice Diagnosi principale	Descrizione diagnosi principale	Percentuale di accessi
305.00	ABUSO DI ALCOOL, NON SPECIFICATO	17,69%
305.02	ABUSO DI ALCOOL, EPISODICO	15,97%
980.0	EFFETTI TOSSICI DELL'ALCOOL ETILICO	12,54%
303.00	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, NON SPECIFICATA	9,90%
571.2	CIRROSI EPATICA ALCOLICA	9,56%
305.01	ABUSO DI ALCOOL, CONTINUO	8,40%
303.02	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, EPISODICA	6,60%
291.4	INTOSSICAZIONE ALCOLICA IDIOSINCRASICA	2,99%
303.01	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, CONTINUA	2,46%
303.0	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL	1,86%
291.81	SINDROME DA ASTINENZA DA ALCOOL	1,46%
291.89	ALTRI DISTURBI PSICHICI SPECIFICATI INDOTTI DA ALCOL	1,11%
980.9	EFFETTI TOSSICI DI ALCOOL NON SPECIFICATO	1,04%
571.0	STEATOSI EPATICA ALCOLICA	1,04%
535.30	GASTRITE ALCOLICA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA	0,87%
571.1	EPATITE ACUTA ALCOLICA	0,81%
303.03	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, IN REMISSIONE	0,81%
291.9	DISTURBI PSICHICI NON SPECIFICATI INDOTTI DALL'ALCOOL	0,81%
305.03	ABUSO DI ALCOOL, IN REMISSIONE	0,69%
291.0	DELIRIUM DA ASTINENZA DA ALCOOL	0,68%

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2019) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che al 18% degli accessi in pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcool, non specificato, al 16% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcool, episodico, mentre al 12 % una diagnosi di effetti tossici dell'alcool etilico.

La **TAB.I.11** che segue mostra la distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per modalità di arrivo.

TAB.I.11 – Distribuzione degli accessi in pronto soccorso per modalità di arrivo - ANNO 2019

Modalità di arrivo in Pronto soccorso	Percentuale di accessi
Ambulanza 118	61,26%
Autonomo (arrivato con mezzi propri)	29,23%
Altra Ambulanza	5,29%
Non rilevato	2,84%
Altro (in caso ambulanze di Esercito, Vigili del Fuoco, Polizia, ecc.)	0,99%
Elicottero 118	0,33%
Mezzo di soccorso 118 di altre regioni	0,03%
Altro Elicottero	0,03%

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2019) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che il 61,3% degli accessi arriva in Pronto Soccorso con il 118, mentre il 29% arriva al pronto soccorso con mezzi propri.

1.2.2 DIMISSIONI OSPEDALIERE CON DIAGNOSI DI PATOLOGIE TOTALMENTE ATTRIBUIBILI ALL'ALCOL

Come è noto la tossicità dell'alcol causa danni diretti a molte cellule dell'organismo, soprattutto quelle del fegato e del sistema nervoso centrale. Pertanto lo stato di intossicazione causato dall'abuso di alcol provoca patologie che spesso necessitano il ricorso alle cure ospedaliere. Il flusso informativo relativo alle dimissioni ospedaliere (SDO), rileva la diagnosi principale alla dimissione del paziente, ossia la principale responsabile delle cure erogate in regime di ricovero e diagnosi secondarie concomitanti. Per indicare tali diagnosi è attualmente in uso la versione 2007 della Classificazione internazionale delle malattie e dei traumatismi (ICD-9-CM).

Le diagnosi totalmente attribuibili all'uso dell'alcol sono le seguenti:

Diagnosi totalmente attribuibili all'alcol	
Disturbi mentali indotti da alcol	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
291.0	Delirium da astinenza da alcol
291.1	Disturbo amnesico persistente indotto da alcol
291.2	Demenze persistenti indotte da alcol
291.3	Disturbo psicotico con allucinazioni indotto da alcol
291.4	Intossicazione alcolica idiosincrasica
291.5	Disturbo psicotico con deliri indotto da alcol
291.8	Altri disturbi mentali specificati indotti da alcol
291.81	Astinenza da alcol
291.82	Disturbi del sonno indotti da alcol
291.89	Altri
291.9	Disturbi mentali non specificati indotti dall'alcol
Sindromi di dipendenza da alcol	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
303.0	Intossicazione acuta da alcol
303.00	Intossicazione acuta da alcol, non specificata
303.01	Intossicazione acuta da alcol, continua
303.02	Intossicazione acuta da alcol, episodica
303.03	Intossicazione acuta da alcol, in remissione
303.9	Altra e non specificata dipendenza da alcol
303.90	Altra e non specificata dipendenza da alcol, non specificata
303.91	Altra e non specificata dipendenza da alcol, continua
303.92	Altra e non specificata dipendenza da alcol, episodica
303.93	Altra e non specificata dipendenza da alcol, in remissione
Abuso di alcol	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
305.00	Abuso di alcol, non specificato
305.01	Abuso di alcol, continuo
305.02	Abuso di alcol, episodico
305.03	Abuso di alcol, in remissione
Neuropatie infiammatorie e tossiche	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
357.5	Polineuropatia alcoolica
Cardiomiopatie	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
425.5	Cardiomiopatia alcoolica
Gastrite alcoolica	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
535.30	Gastrite alcoolica senza menzione di emorragia
535.31	Gastrite alcoolica con emorragia
Malattia epatica cronica e cirrosi	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
571.0	Steatosi epatica alcoolica
571.1	Epatite acuta alcoolica
571.2	Cirrosi epatica alcoolica
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato
Effetti tossici dell'alcol	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
980.0	Effetti tossici dell'alcol etilico
980.1	Effetti tossici dell'alcol metilico
980.2	Effetti tossici dell'alcol isopropilico
980.3	Effetti tossici del fuselolo
980.8	Effetti tossici di altri alcoli specificati
980.9	Effetti tossici di alcol non specificato
Avvelenamento da altri e non specificati farmaci e medicinali	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol

Nel 2019 si rilevano complessivamente 54.001 dimissioni ospedaliere, caratterizzate dall'avere indicata almeno una patologia attribuibile all'alcol, o come diagnosi principale di dimissione, o come una delle diagnosi secondarie, che coesistono al momento del ricovero e che influenzano il trattamento terapeutico somministrato.

La distribuzione per categorie diagnostiche delle diagnosi rilevate (**TAB.I.12**) mostra la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (55,9% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriacatezza acuta in corso di alcolismo) e alcolismo cronico e dipsomania (21,8%).

I ricoveri per abuso di alcol, effetti postumi all'eccessiva assunzione più o meno occasionale di alcol, *hangover*, ebbrezza ed ubriachezza, si collocano al terzo posto (16,5%).

TAB.I.12 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2019

Diagnosi alla dimissione	Codici ICD-9-CM	Maschi		Femmine		Totale	
		Numero	%	Numero	%	Numero	%
Disturbi mentali indotti da alcol	291	1.657	4,0	432	3,5	2.089	3,9
Sindrome da dipendenza da alcol	303	8.333	20,0	3.422	27,8	11.755	21,8
Abuso di alcol	305.0	6.103	14,6	2.782	22,6	8.885	16,5
Polineuropatia alcolica	357.5	317	0,8	106	0,9	423	0,8
Cardiomiopatia alcolica	425.5	186	0,4	15	0,1	201	0,4
Gastrite alcolica	535.30 535.31	101	0,2	47	0,4	148	0,3
Malattia epatica cronica e cirrosi	571.0-571.3	24.755	59,4	5.444	44,2	30.199	55,9
Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	977.3	4	0,0	1	0,0	5	0,0
Effetti tossici dell'alcol	980	235	0,6	61	0,5	296	0,5
Totale		41.691	100	12.310	100	54.001	100

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibili all'alcol

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

La distribuzione delle dimissioni per genere evidenzia una netta prevalenza dei ricoveri di maschi (77,2%) rispetto alle femmine (22,8%).

Le patologie epatiche croniche sono state diagnosticate in termini percentuali più nei maschi che nelle femmine (59,4% vs 44,2%); mentre le sindromi da dipendenza da alcol e l'abuso di alcol presentano percentuali inferiori nei maschi rispetto alle femmine, rispettivamente (20,0% vs 27,8%) e (14,6% vs 22,6%).

Il tasso standardizzato di ricovero ospedaliero caratterizzato da diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, è di 82,6 ricoveri per 100.000 residenti (**TAB.I.13**).

Considerando la modalità di ricovero, si distinguono i ricoveri in regime ordinario (94,6%), con complessivi 612.990 giorni di degenza, dai ricoveri diurni (5,4%), con 24.310 accessi giornalieri per accertamenti diagnostici e terapie.

TAB.I.13 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) per regime e regione di ricovero - ANNO 2019

REGIONE	Dimissioni					
	Totale (ordinario + diurno)		Regime ordinario		Regime diurno	
	Numero	Tasso STD x 100.000 ab.	Numero	Degenza media	Numero	Numero medio accessi
Piemonte	5.019	104,6	4.702	17,0	317	6,1
Valle d'Aosta	300	217,2	262	11,3	38	5,2
Lombardia	7.611	70,7	7.518	12,7	93	5,9
P.A. Bolzano	1.174	218,9	1.156	9,0	18	6,3
P.A. Trento	617	103,9	595	12,1	22	2,9
Veneto	5.902	110,7	5.602	14,0	300	17,1
Friuli V.G.	2.032	139,3	1.792	11,2	240	9,4
Liguria	2.219	129,5	2.020	10,8	199	8,8
Emilia Romagna	6.129	129,5	5.986	11,4	143	7,7
Toscana	3.066	76,0	2.907	10,5	159	6,9
Umbria	632	64,5	614	9,1	18	4,7
Marche	2.084	131,4	2.052	16,1	32	3,7
Lazio	3.768	58,6	3.235	11,2	533	11,2
Abruzzo	1.033	72,2	967	9,4	66	6,6
Molise	303	86,5	284	9,8	19	3,1
Campania	3.128	51,5	2.901	9,4	227	5,3
Puglia	2.678	61,5	2.609	10,0	69	3,2
Basilicata	500	79,0	482	10,6	18	6,6
Calabria	1.306	62,0	1.148	9,7	158	5,2
Sicilia	2.256	43,1	2.123	10,6	133	3,5
Sardegna	2.244	117,9	2.142	8,7	102	6,1
ITALIA	54.001	82,6	51.097	12,0	2.904	8,4

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

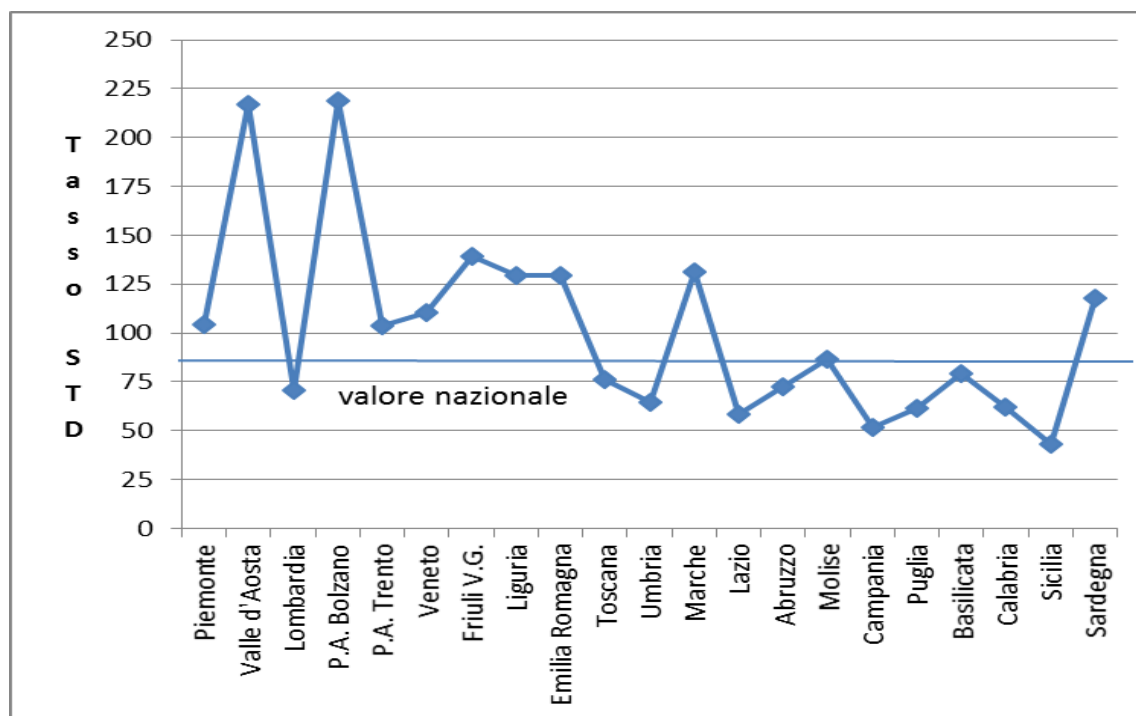
La **TAB.I.13** riporta anche la distribuzione regionale della degenza media per i ricoveri in regime ordinario (a livello nazionale la degenza media è di 12,0 giorni) ed il numero medio di accessi per i ricoveri diurni (a livello nazionale 8,4 accessi per prestazioni ospedaliere).

Inoltre analizzando la modalità di ricovero, si rileva che il 72,3% dei ricoveri in regime ordinario avvengono per urgenza, valore comprensivo dei ricoveri con TSO (trattamento sanitario obbligatorio, che ne costituiscono circa 1,3%), mentre il restante 27,7% sono ricoveri non urgenti programmati.

Il tasso standardizzato di ricovero (regime ordinario e diurno) per regione è rappresentato graficamente nel seguente grafico (**GRAF.I.4**).

Da questo si osserva che i valori del tasso standardizzato per regione presenta ampie oscillazioni attorno al valore medio nazionale (82,6 per 100.000 residenti).

GRAF.I.4 – Tasso di ricovero (*) standardizzato per regione e tasso di ricovero nazionale (x 100.000 ab.) - ANNO 2019



(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Le regioni che presentano tassi standardizzati di ricovero superiori a 180 per 100.000 residenti sono la P.A. di Bolzano (218,9) e la Valle d'Aosta (217,2).

La **Figura.I.14** rappresenta con differente colorazione le regioni, in base al valore assunto dal relativo tasso standardizzato di ricovero. Nella rappresentazione sono stati definiti 4 raggruppamenti dei tassi di ricovero regionali standardizzati per 100.000 residenti. La colorazione delle regioni varia, passando dal verde brillante per le regioni con valori più bassi del tasso di ricovero al rosso per le regioni il cui tasso di ricovero assume i valori più elevati.

A map of Italy showing the number of COVID-19 deaths per region. The regions are color-coded into four ranges: 40-70 (dark green), 71-100 (light green), 101-160 (orange), and 161-220 (red). The regions in the 161-220 range are Valle d'Aosta and Liguria. The regions in the 101-160 range are Piemonte, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche, Umbria, and Sicily. The regions in the 71-100 range are Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Umbria, and Sicily. The regions in the 40-70 range are Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Umbria, and Sicily.

Color	Range	Regions
Dark Green	40 – 70	Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Umbria, Sicily
Light Green	71 – 100	Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Umbria, Sicily
Orange	101 - 160	Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Umbria, Sicily
Red	161 - 220	Valle d'Aosta, Liguria

45

La **TAB.I.14** mostra come in presenza di patologie secondarie attribuibili all'alcol, la diagnosi principale dei soggetti ricoverati è prevalentemente da ricondurre a disturbi mentali (complessivamente, senza distinzione di genere, rappresentano il 25%), seguono le malattie dell'apparato digerente (15%), tumori e malattie del sistema circolatorio (10%).

TAB.I.14 - Distribuzione delle dimissioni per raggruppamenti diagnostici della diagnosi principale, in presenza di diagnosi secondaria totalmente attribuibile all'alcol (*) - ANNO 2019

RAGGRUPPAMENTI DIAGNOSTICI (DIAGNOSI PRINCIPALE)	2019			
	Maschi		Femmine	
	Numero	%	Numero	%
1 - Malattie infettive e parassitarie (001-139)	890	3,6	207	2,9
2 - Tumori (140-239)	2.952	11,9	415	5,7
3 - Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, disturbi immunitari (240-279)	555	2,2	170	2,3
4 - Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)	413	1,7	139	1,9
5 - Disturbi mentali (290-319)	5.185	20,8	2.923	40,3
6 - Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	1.111	4,5	258	3,6
7 - Malattie del sistema circolatorio (390-459)	2.724	10,9	461	6,4
8 - Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	2.181	8,8	484	6,7
9 - Malattie dell'apparato digerente (520-579)	4.039	16,2	916	12,6
10 - Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	543	2,2	121	1,7
11 - Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)	-	-	10	0,1
12 - Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)	134	0,5	33	0,5
13 - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	246	1,0	69	1,0
14 - Malformazioni congenite (740-759)	16	0,1	4	0,1
15 - Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)	1	0,0	-	-
16 - Sintomi, segni e stati morbosì maldefiniti (780-799)	1.363	5,5	272	3,8
17 - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)	1.626	6,5	505	7,0
Classificazione supplementare dei fattori che influenzano stato di salute e ricorso ai servizi san. (codici V)	898	3,6	260	3,6
Diagnosi principale non indicata	-	-	-	-
ITALIA	24.877	100	7.247	100

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

La distribuzione percentuale per genere riportata in tabella, rileva come la percentuale dei disturbi mentali e dei tumori varia notevolmente tra maschi e femmine (disturbi mentali 20,8% vs 40,3% e tumori 11,9% vs 5,7%).

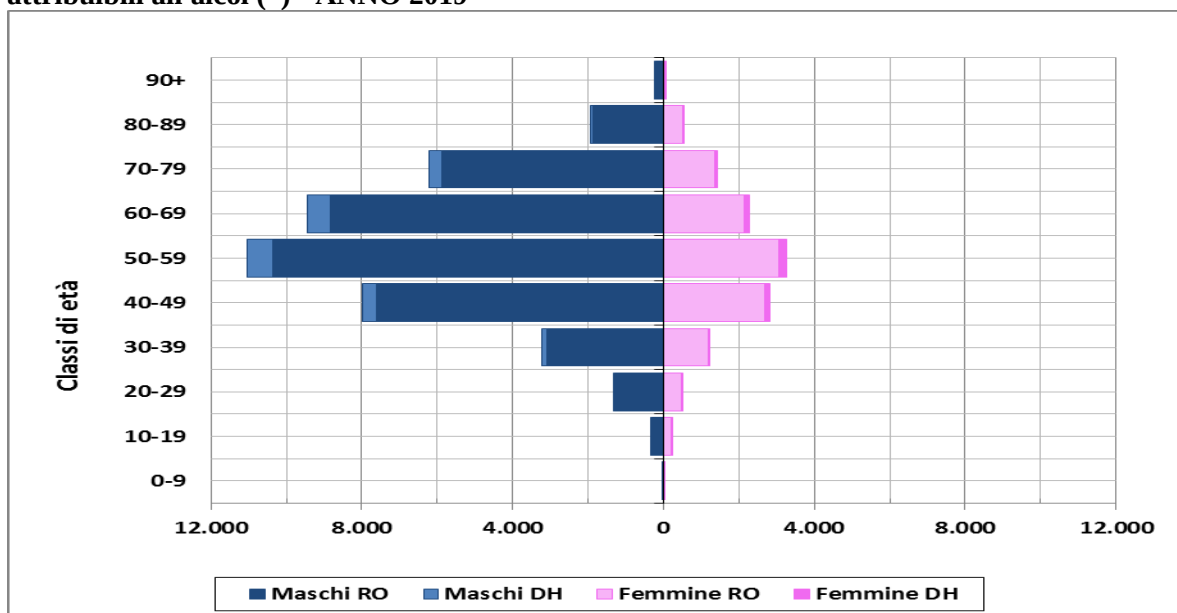
La rappresentazione grafica a forma di piramide (**GRAF.I.5**), fornisce una visione immediata sulla prevalenza dei ricoveri dei maschi rispetto alle femmine.

Il grafico rappresenta infatti la distribuzione del numero complessivo, a livello nazionale, delle dimissioni con diagnosi attribuibili all'alcol per genere e classi di età decennali.

Nella rappresentazione grafica viene anche visivamente evidenziata la composizione delle dimissioni ospedaliere secondo il regime di ricovero, ordinario (RO) e diurno (DH).

Inoltre il grafico evidenzia come la numerosità dei ricoveri, caratterizzati da patologie attribuibili all'alcol, cresce all'aumentare dell'età, con valore massimo nella classe di età 50-59 anni, sia per i maschi che per le femmine, per poi decrescere gradualmente.

GRAF.I.5 – Piramide per classi di età decennali e per genere delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2019



(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

TAB.I.15 - Distribuzione delle dimissioni, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*), per regione, genere e fasce d'età - ANNO 2019

REGIONE	Maschi						Femmine					
	< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale	< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale
Piemonte	4	663	1.954	694	389	3.704	5	324	725	172	89	1.315
Valle d'Aosta	-	33	87	54	54	228	1	17	39	10	5	72
Lombardia	35	1.243	2.794	1.074	670	5.816	42	474	887	246	146	1.795
P.A. Bolzano	9	184	389	182	120	884	4	61	129	63	33	290
P.A. Trento	2	58	221	144	81	506	-	7	57	29	18	111
Veneto	15	769	1.968	1.001	646	4.399	8	347	697	249	202	1.503
Friuli V.G.	2	131	656	476	315	1.580	6	41	179	128	98	452
Liguria	4	303	830	309	202	1.648	8	125	313	85	40	571
Emilia Romagna	8	1.088	2.236	748	441	4.521	7	471	805	215	110	1.608
Toscana	11	454	1.152	343	211	2.171	4	228	481	113	69	895
Umbria	4	74	241	107	71	497	2	33	69	22	9	135
Marche	2	444	819	205	89	1.559	2	171	275	58	19	525
Lazio	11	600	1.653	528	235	3.027	11	154	386	112	78	741
Abruzzo	10	126	417	171	95	819	11	64	87	20	32	214
Molise	-	29	135	62	33	259	-	5	24	10	5	44
Campania	21	429	1.317	443	283	2.493	15	122	312	119	67	635
Puglia	19	410	1.209	381	193	2.212	5	95	254	69	43	466
Basilicata	1	54	238	102	47	442	-	12	32	12	2	58
Calabria	8	142	570	251	149	1.120	10	39	90	26	21	186
Sicilia	5	403	1.025	287	160	1.880	7	116	192	36	25	376
Sardegna	20	231	1.006	437	232	1.926	9	54	167	40	48	318
ITALIA	191	7.868	20.917	7.999	4.716	41.691	157	2.960	6.200	1.834	1.159	12.310

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

La **TAB.I.15** fornisce indicazioni sul volume complessivo dei ricoveri per diagnosi attribuibili all'alcol, distinti per regione di ricovero, genere e cinque classi di età, non decennali. Il numero più elevato di ricoveri si rilevano in Lombardia, Emilia Romagna e Veneto. Per entrambi i generi la classe di età 45-64 anni è quella in cui si rileva la percentuale più elevata di ricoveri: 50,2% per i maschi vs 50,4% per le femmine.

La distribuzione dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera per sesso (**TAB.I.16**), mostra una elevata variabilità tra regioni e per entrambi i sessi.

Dalla tabella si rilevano per entrambi i sessi valori estremi nella Provincia Autonoma di Bolzano e Valle d'Aosta (valori massimi) ed in Sicilia (valori minimi).

TAB.I.16 - Tassi (STD) di dimissione (x 100.000 residenti) per regione e genere, con diagnosi attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2019

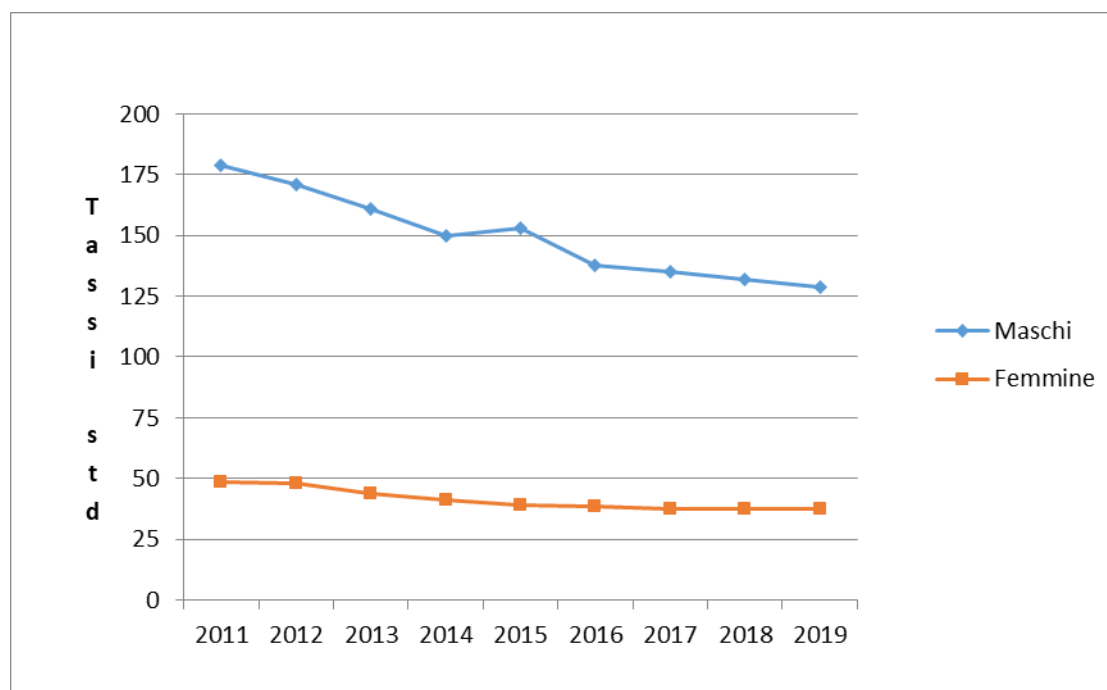
REGIONE	Maschi	Femmine
	Tasso STD x 100.000 ab.	Tasso STD x 100.000 ab.
Piemonte	154,8	55,0
Valle d'Aosta	321,0	107,4
Lombardia	108,0	33,4
P.A. Bolzano	329,7	106,5
P.A. Trento	168,9	37,0
Veneto	163,9	56,8
Friuli V.G.	215,5	62,1
Liguria	194,6	66,6
Emilia Romagna	192,7	67,7
Toscana	109,2	44,1
Umbria	101,5	28,2
Marche	199,1	66,0
Lazio	97,2	22,3
Abruzzo	113,7	31,2
Molise	147,1	24,6
Campania	83,5	20,6
Puglia	103,6	21,1
Basilicata	139,1	18,8
Calabria	106,2	17,6
Sicilia	73,2	14,3
Sardegna	201,9	33,5
ITALIA	128,6	37,5

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol. La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001.

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Dal 2011 al 2019 si osserva una progressiva riduzione dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera per entrambi i sessi, seppure con differente intensità (**GRAF.I.6**).

GRAF.I.6 – Trend tassi (STD) di dimissione (x100.000 residenti) con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNI 2011-2019



(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol. La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001.

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Nel periodo osservato il tasso standardizzato di ricovero dei maschi scende da 178,9 a 128,6 per 100.000 residenti; l'andamento temporale si delinea progressivamente decrescente, con una interruzione della decrescita nel 2015, per poi proseguire il trend decrescente.

Nel caso delle femmine il tasso standardizzato passa da 48,6 a 37,5 per 100.000 residenti, con una più lenta progressiva diminuzione, rispetto ai maschi. Gli ultimi due anni osservati mostrano un tasso di dimissione pressoché invariato.

L'identificazione seppure anonima di ciascun paziente ricoverato, consente di tracciare la successione dei ricoveri a cui il paziente è stato sottoposto nel tempo.

Limitatamente ai ricoveri in regime ordinario effettuati nel corso del 2019, il 86,3% delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol presenta un codice identificativo del paziente valido. Per questi pazienti è possibile pertanto conteggiare i ricoveri ospedalieri successivi al precedente.

In particolare la **TAB.I.17** presenta il numero delle riammissioni ospedaliere urgenti, rilevate nel corso del 2019, rispettivamente entro 30 giorni ed entro 7 giorni dalla data di dimissione del precedente ricovero. Relativamente alle riammissioni ospedaliere urgenti entro 30 giorni dal precedente ricovero, il valore nazionale è di 8,1% riammissioni, con notevole variabilità tra regioni: Valle d'Aosta e Liguria hanno valori più elevati di riammissioni urgenti (15,6% e 12,6%); percentuali minime di riammissioni si presentano nella regione Marche 4,9%.

TAB.I.17 - Distribuzione delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) e delle riammissioni non programmate entro 30 e 7 giorni dalla precedente dimissione - ANNO 2019

REGIONE	2019				
	Regime ordinario				
	Dimissioni con codici identificativi del paziente validi	Riammissioni entro 30 giorni	% riammissioni entro 30 giorni	Riammissioni entro 7 giorni	% riammissioni entro 7 giorni
Piemonte	4.655	353	7,6%	165	3,5%
Valle d'Aosta	262	41	15,6%	13	5,0%
Lombardia	6.790	525	7,7%	247	3,6%
P.A. Bolzano	1.121	62	5,5%	14	1,2%
P.A. Trento	585	36	6,2%	16	2,7%
Veneto	3.906	376	9,6%	163	4,2%
Friuli V.G.	1.791	131	7,3%	51	2,8%
Liguria	1.996	251	12,6%	111	5,6%
Emilia Romagna	5.016	321	6,4%	136	2,7%
Toscana	2.861	228	8,0%	109	3,8%
Umbria	529	47	8,9%	21	4,0%
Marche	1.921	95	4,9%	53	2,8%
Lazio	3.076	236	7,7%	112	3,6%
Abruzzo	957	64	6,7%	29	3,0%
Molise	284	15	5,3%	5	1,8%
Campania	2.484	150	6,0%	59	2,4%
Puglia	2.575	273	10,6%	108	4,2%
Basilicata	480	42	8,8%	17	3,5%
Calabria	1.137	86	7,6%	35	3,1%
Sicilia	2.088	156	7,5%	61	2,9%
Sardegna	2.096	281	13,4%	116	5,5%
ITALIA	46.610	3.769	8,1%	1.641	3,5%

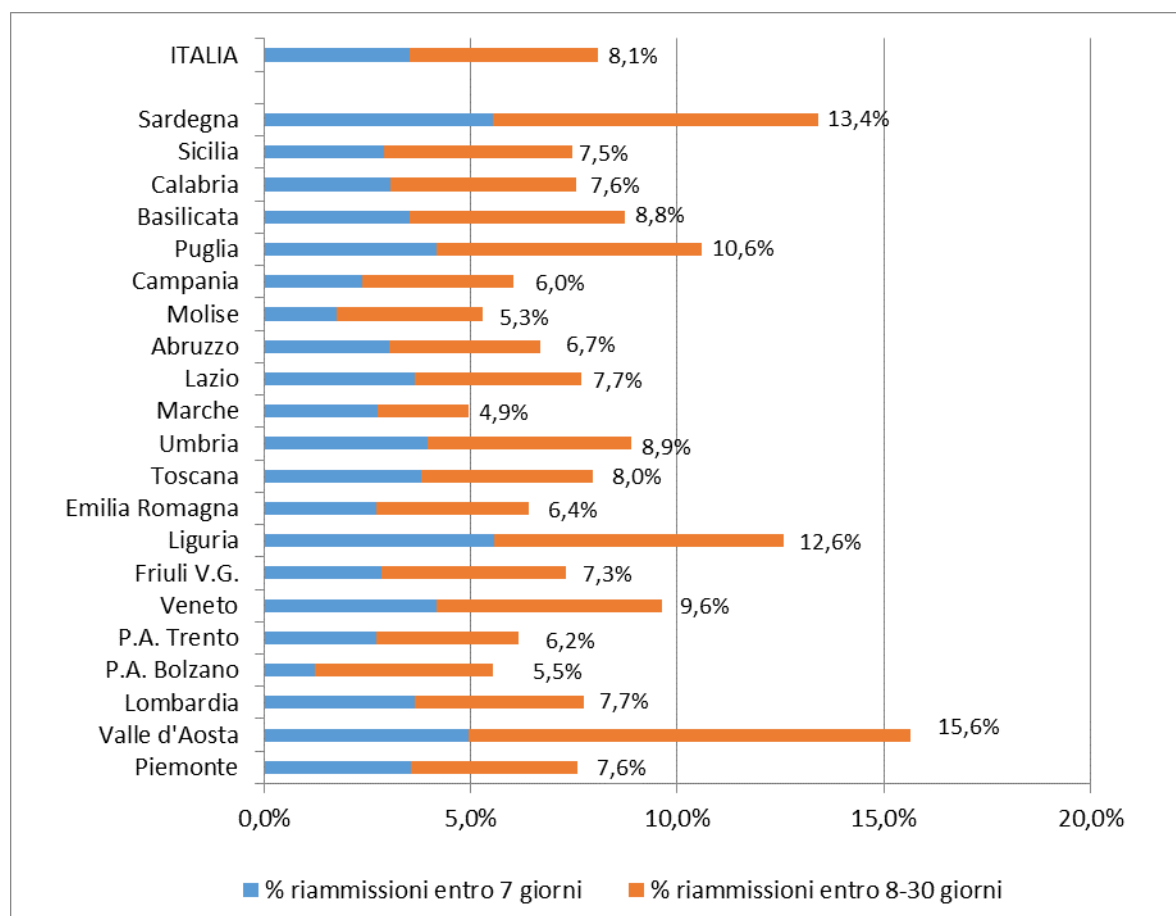
(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Le riammissioni urgenti entro 7 giorni presentano ovviamente percentuali più contenute, con un valore nazionale di 3,5% riammissioni. Le regioni con valori più elevati di riammissioni nell'arco di 7 giorni si rilevano in Liguria e Sardegna (valori superiori al 5%) mentre i valori minimi si rilevano in Molise (1,8%) e P.A. di Bolzano 1,2% di riammissioni.

Il **Graf.I.7** consente di visualizzare la distribuzione complessiva delle percentuali di riammissioni ospedaliere non programmate entro 30 giorni (lunghezza complessiva dell'istogramma), evidenziando la percentuale di quelle effettuate entro 7 giorni (tratto blu dell'istogramma) e la percentuale di quelle effettuate tra l'ottavo ed il trentesimo giorno dal precedente episodio di ricovero (tratto rosso dell'istogramma).

GRAF.I.7 – Riammissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) non programmate, entro 7 e 30 giorni dalla precedente dimissione - ANNO 2019



(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
 Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

1.2.3 ALCOLDIPENDENZA

Con il D.M. 4 settembre 1996 “Rilevazione di attività nel settore dell’alcoldipendenza” sono state definite le modalità per la rilevazione, in collaborazione con le Regioni e le Province Autonome, delle attività delle strutture pubbliche e private che si occupano del trattamento e recupero dei soggetti con problemi di alcolismo, in base a quanto previsto dal D.P.R. 309/90 e al D.M. 3 agosto 1993.

La stima puntuale del numero di alcolodipendenti presenti nel nostro Paese ha finora presentato difficoltà di vario tipo e non esistono ancora dati ufficiali in merito.

Per una valutazione del fenomeno è comunque utile tener conto, fra gli altri elementi, del numero di alcolodipendenti in trattamento nell’ambito dei servizi alcolologici pubblici nonché del numero dei soggetti e delle famiglie che frequentano a scopo riabilitativo i gruppi di auto-mutuo aiuto o le associazioni *no profit* che operano in collaborazione con gli stessi servizi pubblici o in maniera autonoma.

Gli alcolisti nei servizi pubblici (vedi Capitolo 3, pag. 98)

Nel 2019 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati (n=453) 65.387 soggetti.

Il 28,5% dell’utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell’anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.

Il rapporto M/F è pari a 3,3 per il totale degli utenti. A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati).

L’analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni (circa il 29% dei soggetti), sia per l’utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Il 74,6% dell’utenza ha un’età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,7% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 17,8%.

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2019 si osserva che il 12,7% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i più vecchi questa percentuale è pari al 5,7%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 37,7% per i nuovi utenti e il 50,3% per quelli già in carico. Analizzando distintamente i due sessi si nota che l’utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 25,1% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 20,1% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 45,4% nei maschi e al 51,0% nelle femmine.

La bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (46,4%), seguito dalla birra (28,5%), dai superalcolici (10,5%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,7%). La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: il vino è utilizzato in genere più frequentemente al nord mentre la birra e i superalcolici al sud.

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2019 il 30,2% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,7% al “*counseling*” rivolto all’utente o alla famiglia, il 3,8% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 17,4% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l’inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 3,0% degli alcolodipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 12,8% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 3,4% del totale degli utenti rilevati (2,2% in istituti pubblici, 1,2% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol.

1.2.4 MORTALITÀ PER DECESSI TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI LE STIME DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Si definiscono “morti totalmente alcol-attribuibili” quei decessi che, in accordo con la *International Classification of Disease* (ICD10), sono causati da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol: *Sindromi psicotiche indotte da alcol* (ICD10: F10), *Polineuropatia alcolica* (ICD10: G62.1), *Cardiomiopatia alcolica* (ICD10: I42.6), *Gastrite alcolica* (ICD10: K29.2), *Epatopatie alcoliche* (ICD10: K70), *Effetti tossici dell'alcol* (ICD10: T51.0, T51.1), *Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol* (ICD10: G31.2), *Pancreatite cronica indotta da alcol* (ICD10: K86.0). Nella lista delle *patologie totalmente alcol-attribuibili* sono incluse anche “*Miopia alcolica* (ICD10: G72.1)” e “*Eccessivo livello ematico di alcol* (ICD10: R78)”, ma queste due patologie non sono incluse nelle analisi di mortalità perché non sono causa di decesso.

Le informazioni qui presentate si basano su dati di fonte ISAT elaborati dall'ONA-ISS e dal Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell'ISS. Il dato più recente si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nel 2016; le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese. Al fine di consentire confronti spazio-temporali corretti e non influenzati dalla diversa struttura per età della popolazione, i tassi sono stati standardizzati utilizzando come riferimento la popolazione Italiana al Censimento 2011.

Poiché la mortalità totalmente alcol-attribuibile non riguarda le fasce di età infantili, le elaborazioni qui presentate si riferiscono alla popolazione di 15 anni e più.

Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere

Nell'anno 2017 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.200, di cui 958 (79,8%) uomini e 242 donne (19,2%) (**Tabella I.18**); queste proporzioni corrispondono a circa 38 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e circa 8 decessi per milione tra le donne.

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche (M=750; F=189) e sindromi psicotiche indotte da alcol (M=165; F=38) che, nel complesso, causano il 95,5% dei decessi alcol-attribuibili tra gli uomini e il 93,8% tra le donne.

Nel 2017, il tasso standardizzato di mortalità, nella popolazione di 15 anni e più, per le patologie totalmente causate dal consumo di alcol è stato pari a 3,75 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,83 per le donne; in riduzione rispetto all'anno precedente sia per il genere maschile che per il genere femminile (**Figura I.15**).

La mortalità alcol-attribuibile è più elevata nella popolazione di età più avanzata sia per gli uomini che per le donne. Il tasso di mortalità standardizzato tra la popolazione di 55 anni raggiunge il valore di 7,17 (per 100.000 abitanti) per gli uomini e di 1,21 per 100.000 per le donne (**Tabella I.19, Figura I.15 e Figura I.16**).

Tabella I.18 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2017.

Codici	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi %		Decessi %		Decessi %	
F10	Sindromi psicotiche indotte da alcol	165	17.2	38	15.7	203	16.9
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	18	1.9	4	1.7	22	1.8
G62.1	Polineuropatia alcolica	3	0.3	0	0.0	3	0.3
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	13	1.4	3	1.2	16	1.3
K29.2	Gastrite alcolica	2	0.2	0	0.0	2	0.2
K70	Epatopatie alcoliche	750	78.3	189	78.1	939	78.3
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	0	0.0	1	0.4	1	0.1
T51	Effetti tossici dell'alcol	7	0.7	7	2.9	14	1.2
Totale decessi		1.016	958	100.0	242	100.0	1,200

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”.

L'analisi dell'andamento temporale nell'ultimo decennio, mostra che dal 2007 al 2017, la mortalità per patologie alcol-attribuibili per gli uomini è diminuita fino al 2013 quando il tasso raggiunge un minimo di 3,79 per 100.000 abitanti, poi il tasso aumenta di nuovo negli anni seguenti fino a raggiungere un valore di 4,08 nel 2016 (comunque più basso di quello registrato nel 2007: 4,96 per 100.000), per poi ridursi di nuovo nel 2017 (3,75 per 100.000 abitanti) (**Figura I.15**).

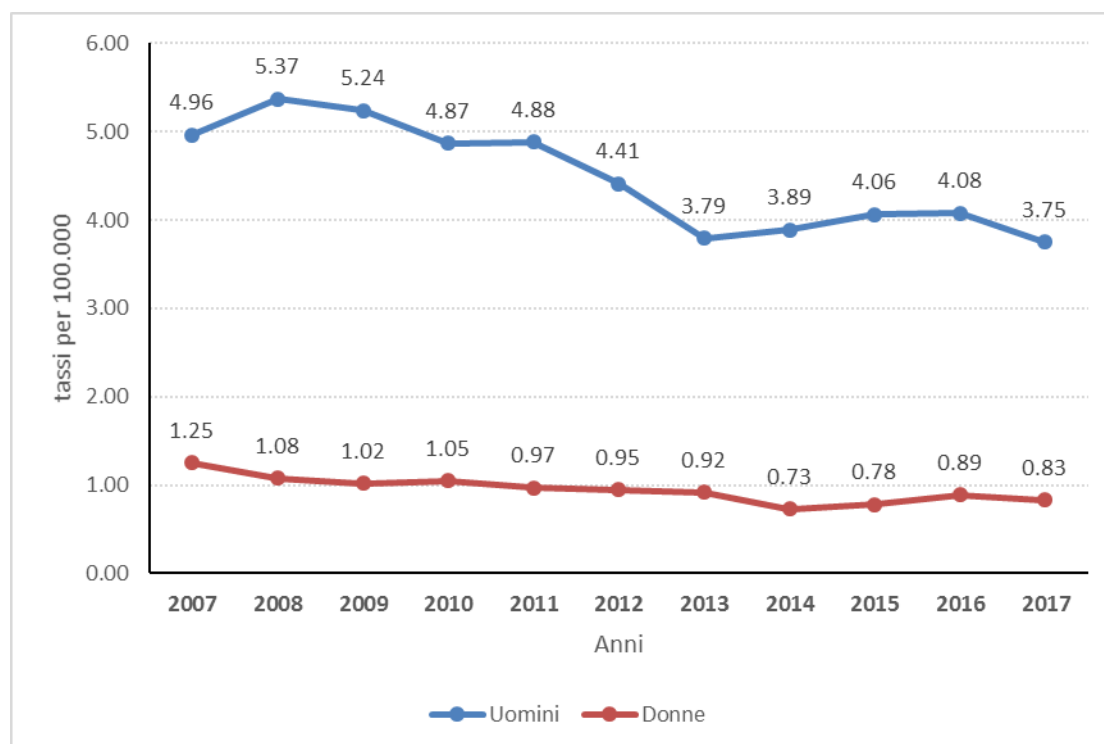
Per le donne si osserva una diminuzione del tasso fino al 2014: da 1,25 nel 2007 a 0,73 nel 2014; segue un lieve incremento negli anni 2015-2016 (0,89 per 100.000 abitanti nel 2016) e di nuovo una riduzione nel 2017 (0,83 per 100.000 abitanti) (**Figura I.15**).

Tabella I.19. Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati (per 100.000 abitanti). Italia, anno 2017.

età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34 anni	4	0.07	2	0.03	6	0.05
35-54 anni	255	2.65	74	0.76	329	1.70
55+ anni	699	7.17	166	1.21	865	4.03
15+ anni	958	3.75	242	0.83	1200	2.19

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”.

Figura I.15 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Uomini e donne. Italia, anni 2007- 2016



Analizzando nel dettaglio le diverse fasce di età si rileva che l'incremento registrato tra il 2013 e il 2016 tra gli uomini riguarda in particolare gli individui di età superiore a 55 anni per i quali il tasso passa da 6,82 per 100.000 nel 2003 a 7,92 nel 2016; un lieve incremento si registra nello stesso periodo anche tra i giovani (15-34 anni), mentre tra i 35-54enni seppur con qualche oscillazione il tasso mostra una tendenza alla diminuzione su tutto il periodo. La riduzione osservata nel 2017 riguarda i giovani e gli anziani, mentre il tasso rimane pressoché stabile tra i 35-54enni (2,64 nel 2016 e 2,65 nel 2017) (**Figura I.16**).

Tra le giovani donne (15-34 anni) la mortalità alcol attribuibile è estremamente bassa su tutto il periodo esaminato; per le altre fasce di età si osserva un andamento discordante del tasso nel periodo 2007-2010: per le donne di 35-54 anni il tasso aumenta mentre per le donne di 55 anni e più diminuisce. Dopo il 2010 il tasso di mortalità alcol-attribuibili per le donne diminuisce, raggiungendo un minimo di 0,57 per 100.000 nel 2014 tra le 35-54enni e di 1,32 nel 2015 tra le donne di 55 anni e più. Dopo il 2014, anche tra le donne, si osserva un nuovo aumento del tasso che raggiunge nel 2016 un valore di 0,85 per 100.000 tra le 35-54enni e di 1,50 per 100.000 tra le ultra55enni; aumento che tuttavia si arresta nel 2017 (0,76 e 1,21 rispettivamente) (**Figura I.17**).

Figura I.16 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Uomini. Italia, anni 2007- 2017

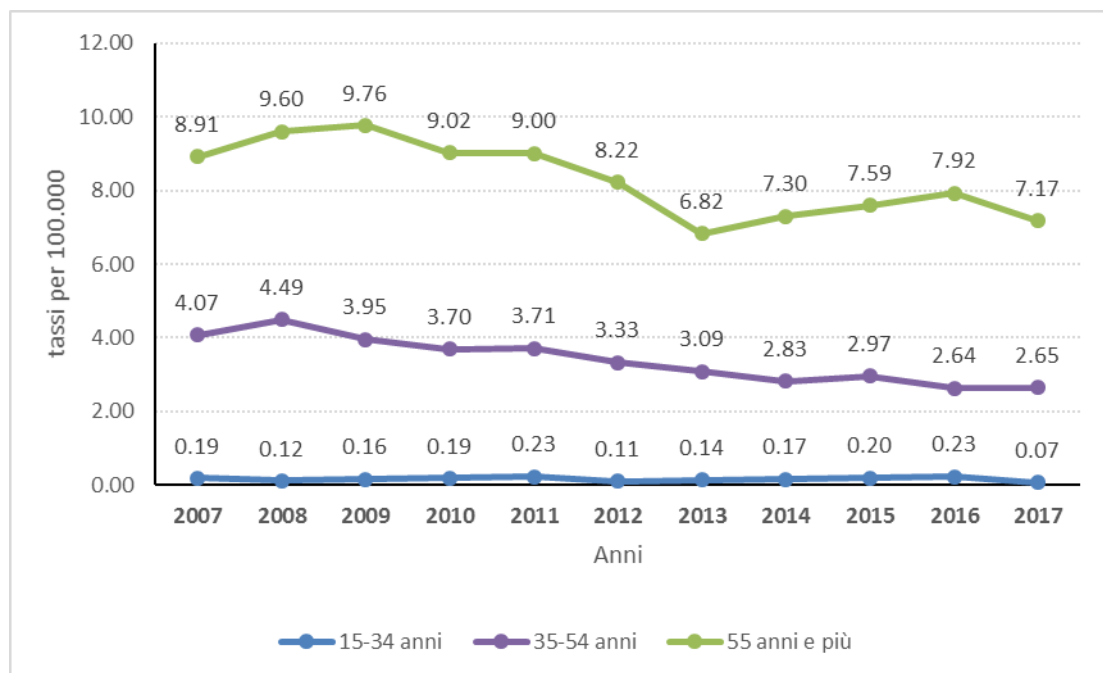
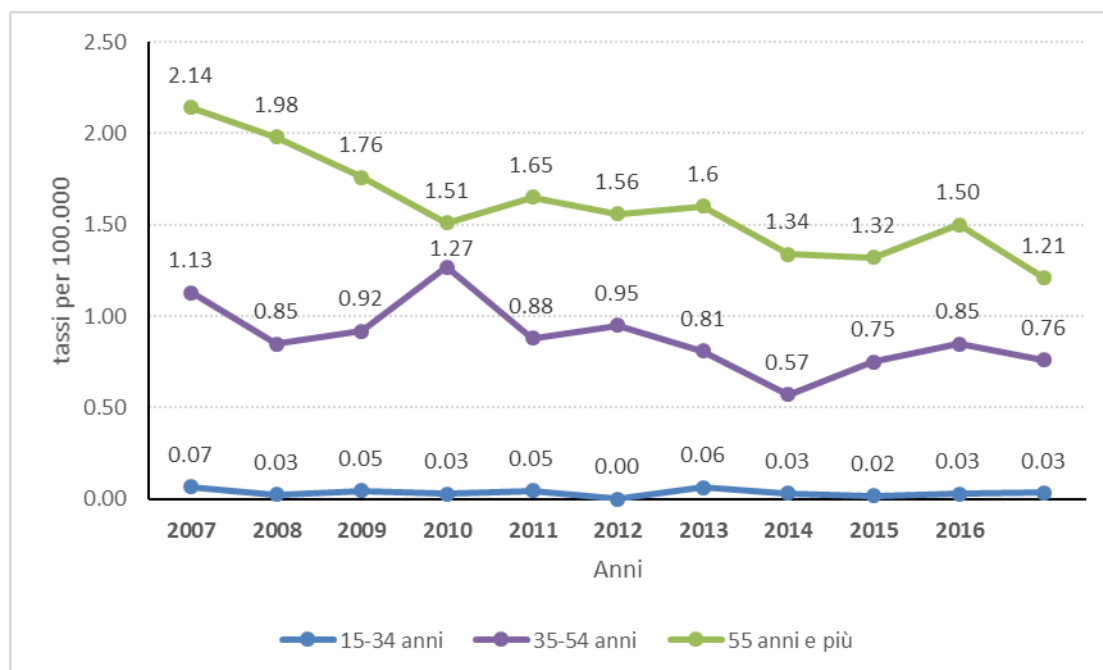


Figura I.17 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Donne. Italia, anni 2007- 2017



Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza

L'analisi della mortalità alcol attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità territoriale piuttosto elevata. Per gli uomini, le regioni che nel 2017 hanno fatto registrare i livelli statisticamente più elevati di mortalità (tassi standardizzati) sono state la Provincia Autonoma di Bolzano (12,91 per 100.000 abitanti) e la Valle D'Aosta (8,85) seguite da Basilicata (7,05) Calabria (6,57), Friuli Venezia Giulia (6,45) e Molise (6,44). (tabella I.20, figura I.18).

Tra le donne tassi superiori alla media nazionale si registrano in Molise (2,14), in Valle D'Aosta (1,77) e in Friuli Venezia Giulia (1,62). (tabella I.20, figura I.18).

Figura I.18 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Tassi standardizzati per 100.000 abitanti. Uomini e donne di 15 anni e più. Italia, anno 2017.

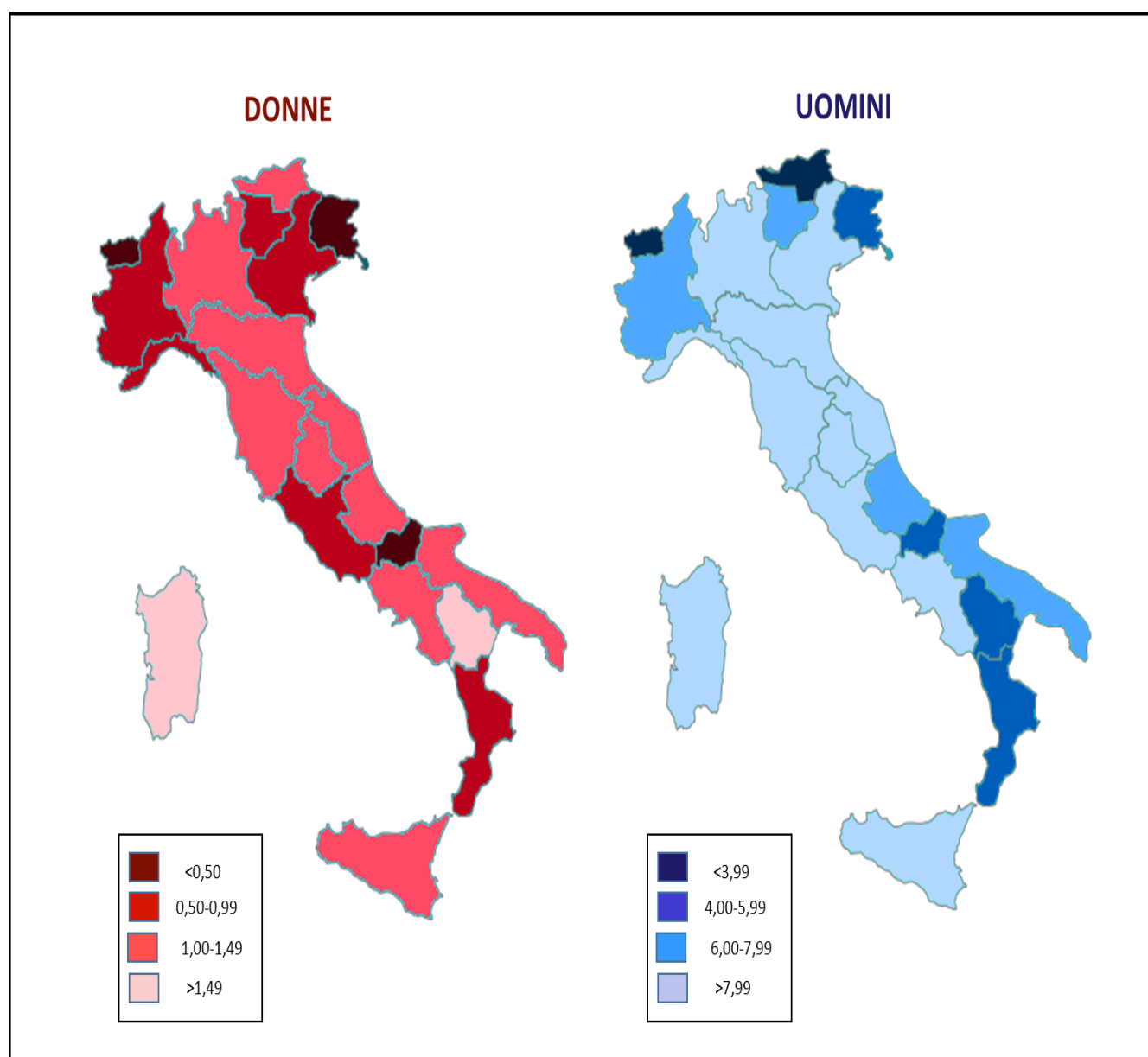


Tabella I.20 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Numero di decessi, tassi standardizzati per 100.000 abitanti e relativi Intervalli di Confidenza al 95%. Popolazione di 15 anni e più. Italia, anno 2017.

	Uomini			Donne		
	n,	Tasso std	IC95%	n,	Tasso std	IC95%
Piemonte	96	4,80	3,89-5,97	26	1,15	0,74-1,73
Valle d'Aosta	5	8,85	2,83-27,77	1	1,17	0,03-10,51
Lombardia	147	3,52	2,97-4,20	40	0,83	0,59-1,14
Bolzano	24	12,91	8,08-20,71	2	0,97	0,12-3,63
Trento	12	5,21	2,68-9,91	3	1,30	0,27-4,07
Veneto	54	2,58	1,94-3,48	23	0,98	0,62-1,50
Friuli-Venezia Giulia	35	6,45	4,48-9,22	9	1,37	0,62-2,81
Liguria	16	2,28	1,29-3,86	8	0,84	0,35-1,90
Emilia-Romagna	56	2,88	2,18-3,79	14	0,60	0,33-1,06
Toscana	35	2,12	1,47-3,01	14	0,78	0,42-1,35
Umbria	12	3,00	1,55-5,57	3	0,74	0,15-2,34
Marche	24	3,53	2,26-5,41	6	0,79	0,29-1,83
Lazio	87	3,51	2,81-4,40	27	0,95	0,62-1,39
Abruzzo	29	4,91	3,28-7,27	3	0,50	0,10-1,58
Molise	9	6,44	2,94-12,72	3	2,04	0,41-6,60
Campania	82	3,56	2,83-4,56	20	0,77	0,47-1,20
Puglia	74	4,47	3,50-5,71	15	0,77	0,43-1,30
Basilicata	18	7,05	4,17-11,73	1	0,35	0,01-2,46
Calabria	53	6,57	4,91-8,77	9	1,10	0,50-2,12
Sicilia	62	3,13	2,39-4,10	14	0,63	0,34-1,08
Sardegna	28	3,70	2,45-5,60	1	0,11	0,00-0,79
ITALIA	958	3,75	3,51-4,00	242	0,83	0,73-0,95

1.2.5 GLI INCIDENTI STRADALI E LE VIOLAZIONI DEL CODICE DELLA STRADA

Gli incidenti stradali in Italia nel 2019: l'analisi temporale, le circostanze di incidente e le violazioni al codice della strada

Nel 2019 gli incidenti stradali con lesioni a persone in Italia sono stati 172.183, le vittime 3.173 e i feriti 241.384. Ogni giorno, durante l'anno, si sono verificati in media 473 incidenti stradali con lesioni a persone, sono morte 9 persone e ne sono rimaste ferite 661.

Rispetto al 2018 il numero di vittime diminuisce del 4,8%, gli incidenti e i feriti rimangono pressoché stabili (-0,2% e -0,6% rispettivamente).

Tra il 2010 e il 2019 le vittime della strada diminuiscono del 22,9%.

Nel periodo 2001-2019, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono diminuiti del 34,6%, le vittime del 55,3% e i feriti del 35,3% (Fig.1). Il numero di morti per milione di abitanti (tasso di mortalità stradale) scende a 52,6 nel 2019 dai 124,5 del 2001.

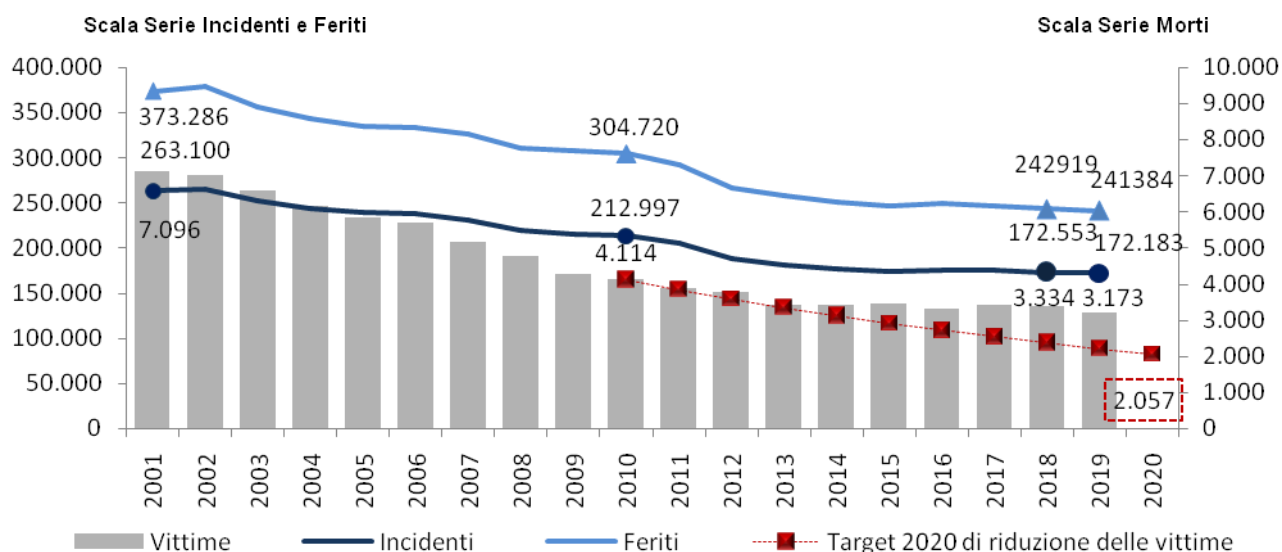
Anche per il 2019, è stato calcolato il numero dei feriti gravi in incidente stradale in Italia, secondo le indicazioni della Commissione europea. Sulla base dei dati di dimissione ospedaliera, nel 2019 i feriti gravi sono stati quasi 18 mila, il 2% in meno dell'anno precedente. Il numero di feriti gravi in incidente stradale per ogni decesso, invece, è pari a 5,8 (era 5,6 nel 2018).

Tra tutti i sistemi di trasporto, quello su strada è di gran lunga il più pericoloso e comporta il prezzo più alto in termini di vite umane. Per far fronte a questa emergenza, a partire dal 2011 è stata inaugurata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e dalla Commissione Europea una nuova decade di iniziative per la Sicurezza Stradale 2011-2020. L'obiettivo fissato per il 2020 consiste nell'ulteriore dimezzamento, rispetto al 2010, delle vittime sulle strade in Europa e nel mondo. Il decennio 2011-2020 è la prosecuzione delle azioni di miglioramento e sensibilizzazione promosse nella decade precedente 2001-2010, per la quale era stato fissato l'obiettivo di ridurre almeno del 50% la mortalità.

Fra il 2019 e il 2010 le vittime della strada diminuiscono del 22,9%. Tra il 2001 e il 2019 gli incidenti stradali con lesioni a persone sono passati da 263.100 a 172.183 (-34,6%), i morti da 7.096 a 3.173 (-55,3%) e i feriti da 373.286 a 241.384 (-35,3%) (**Figura I.19**).

Il numero di morti per milione di abitanti, calcolato come rapporto tra il numero di morti in incidenti stradali e la popolazione media residente (per 1.000.000), passa dal valore di 124,5 del 2001 a 52,6 del 2019.

FIGURA I.19. Incidenti stradali con lesioni a persone, morti e feriti. Anni 2001-2019 (valori assoluti)



Fonte: Rilevazione Istat degli incidenti stradali con lesioni a persone

Le cause degli incidenti stradali

La rilevazione degli incidenti stradali¹, condotta dall'Istat, con la compartecipazione dell'Automobile Club d'Italia (ACI) e delle Regioni aderenti a un Protocollo di intesa, rileva, anche l'informazione sulla circostanza presunta di incidente stradale, limitatamente ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti. Le circostanze di incidente sono elencate in una lista, predisposta dall'Istat e organizzate in tre diverse categorie: per inconvenienti di circolazione, riferibili a difetti e avarie dei veicoli e allo stato psico-fisico del conducente o del pedone, tra queste ultime stato di ebbrezza alcolica e assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Sebbene le informazioni sulle cause di incidente siano di estrema importanza per descrivere il fenomeno, occorre precisare che, a partire dai dati riferiti all'anno 2009, l'Istat ha deciso di sospendere la diffusione dei dati sugli incidenti stradali dettagliati per le circostanze legate allo stato psicofisico alterato (stato di ebbrezza e uso di sostanze stupefacenti e psicotrope). Ad oggi, la compilazione di tale informazione appare ancora non esaustiva e conduce a valori del dato sottostimati se comparati con studi internazionali. Si segnala, inoltre, che il Codice della Strada (D.L. 285/1992) prevede la possibilità di rifiuto, da parte dei conducenti coinvolti, di sottoporsi agli accertamenti sullo stato psico-fisico (stato di ebbrezza o uso di stupefacenti), in questo caso, salvo che il fatto costituisca più grave reato, vengono applicate le sanzioni di cui al comma 2 dell'art.186 del codice della strada, ma non inviata l'informazione all'Istat.

Per arricchire il set di dati sulle cause di incidente, sono rese disponibili le violazioni del Codice della strada, contestate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie Locali e diffusi i dati riferiti alle violazioni degli art. 186,186bis e 187 in occasione di incidente stradale.

Nell'ambito dei comportamenti errati di guida, nel 2019, le circostanze accertate o presunte dagli organi di rilevazione² alla base degli incidenti stradali con lesioni a persone, sono sostanzialmente invariate rispetto all'anno precedente. La distrazione, il mancato rispetto delle regole di precedenza o del semaforo e la velocità troppo elevata sono le prime tre cause di incidente (escludendo il gruppo residuale delle cause di natura imprecisata).

¹Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone Istat - <https://www.istat.it/it/archivio/4609>

²Sono esclusi i casi di incidente con circostanza imprecisata.

I tre gruppi costituiscono complessivamente il 48,2% dei casi³. Tra le altre cause più rilevanti, la mancanza della distanza di sicurezza (20.207 casi), la manovra irregolare (15.574) e non dare la precedenza al pedone (7.800) rappresentano rispettivamente il 9,2%, il 7,0% e il 3,5% delle cause di incidente. Con riferimento alla categoria della strada, la prima causa di incidente sulle strade urbane è il mancato rispetto delle regole di precedenza o semaforiche (16,6%), sulle strade extraurbane è la guida distratta o andamento indeciso (pari al 17,9%), seguita dalla guida con velocità troppo elevata (12,2%) e dalla mancata distanza di sicurezza (12,8%) (**Prospetto 1**).

PROSPETTO 1. Cause accertate o presunte di incidente stradale. Anno 2019 (valori assoluti e valori percentuali)

DESCRIZIONE CAUSE	Strade urbane		Strade extraurbane		Totale	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Procedeva con guida distratta o andamento indeciso	22.922	14,1	10.887	17,9	33.809	15,1
Procedeva senza rispettare la precedenza o il semaforo	27.047	16,6	3.835	6,3	30.882	13,8
- procedeva senza rispettare lo stop	9.198	5,7	1.697	2,8	10.895	4,9
- procedeva senza dare la precedenza al veicolo proveniente da	7.068	4,3	844	1,4	7.912	3,5
- procedeva senza rispettare il segnale di dare precedenza	9.108	5,6	1.178	1,9	10.286	4,6
- procedeva senza rispettare le segnalazioni semaforiche o	1.673	1,0	116	0,2	1.789	0,8
Procedeva con velocità troppo elevata	13.344	8,2	7.422	12,2	20.766	9,3
- procedeva con eccesso di velocità	12.892	7,9	7.146	11,8	20.038	9,0
- procedeva senza rispettare i limiti di velocità	452	0,3	276	0,5	728	0,3
Procedeva senza mantenere la distanza di sicurezza	12.444	7,7	7.763	12,8	20.207	9,0
Manovrava irregolarmente	12.184	7,5	3.390	5,6	15.574	7,0
Svoltava irregolarmente	4.099	2,5	536	0,9	4.635	2,1
Procedeva contromano	2.877	1,8	1.591	2,6	4.468	2,0
Sorpassava irregolarmente	2.695	1,7	1.184	1,9	3.879	1,7
Ostacolo accidentale	2.777	1,7	2.332	3,8	5.109	2,3
Veicolo fermo evitato	836	0,5	700	1,2	1.536	0,7
Non dava la precedenza al pedone sugli appositi attraversamenti	7.655	4,7	145	0,2	7.800	3,5
Buche, ecc. evitato	712	0,4	637	1,0	1.349	0,6
Circostanza imprecisata	30.900	19,0	11.172	18,4	42.072	18,8
Veicolo fermo in posizione irregolare urtato	1.928	1,2	417	0,7	2.345	1,0
Altre cause relative al comportamento nella circolazione	5.516	3,4	1.977	3,3	7.493	3,4
Comportamento scorretto del pedone	6.077	3,7	570	0,9	6.647	3,0
Totale comportamento scorretto del conducente e del pedone	154.013	94,7	54.558	89,8	208.571	93,4
Altre cause	8.648	5,3	6.181	10,2	14.829	6,6
Totale cause (b)	162.661	100,0	60.739	100,0	223.400	100,0

(a) Sono incluse nel prospetto tutte le circostanze registrate per i primi due veicoli coinvolti. Per ogni veicolo possono essere indicate fino a tre tipologie di circostanze.

(b) Il totale cause è riferito al numero complessivo delle cause accertate o presunte, corrispondenti ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti nell'incidente, comunicate dalle forze dell'ordine al momento del rilievo. Il dettaglio delle singole voci in tabella è riferito alle sole circostanze legate ad inconvenienti di circolazione.

Le violazioni al codice della strada

Al fine di fornire informazioni a corredo della rilevazione degli incidenti stradali e colmare alcune lacune informative, anche per il 2019 sono state rese disponibili le informazioni sulle violazioni agli articoli del Codice della strada contestate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie

³ Si precisa che la rilevazione condotta dall'Istat include solo le circostanze accertate o presunte per i conducenti dei primi due veicoli coinvolti nell'incidente. Gli incidenti stradali che coinvolgono tre o più veicoli rappresentano circa il 10% del totale.

municipali o locali⁴. Di particolare interesse per lo studio dell'incidentalità stradale, è l'analisi delle violazioni al Titolo V del Codice della strada (norme di comportamento), riportate nel prospetto 2 per tipologia di infrazione e organo di rilevazione. Nel 2019, tra le principali violazioni al codice della strada, al netto del mancato possesso di documenti validi per la circolazione e della disciplina di fermata e sosta, si confermano il superamento dei limiti di velocità (art.142), l'inosservanza del rispetto della segnaletica (art.146), il mancato uso di cinture di sicurezza e sistemi di ritenuta per bambini (art.172) e il mancato uso di lenti o l'uso improprio di telefoni cellulari o cuffie (art.173) (**Prospetto 2**).

PROSPETTO 2. Contravvenzioni elevate da Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Municipali per violazioni sulle norme di comportamento. Anno 2019 (valori assoluti)

CODICE DELLA STRADA ⁵	Descrizione della violazione TITOLO V – Norme di comportamento	Infrazioni rilevate (Valori assoluti)		
		Polizia stradale (a)	Carabinieri (b)	Polizia locale (c)
Art.141	Velocità non moderata (caratteristiche strada, meteorologiche e del traffico)	47.261	26.836	39.287
Art.142	Superamento dei limiti di velocità	577.238	804	1.947.241
Art.143-144	Posizione dei veicoli sulla carreggiata, uso delle corsie, marcia in file parallele	13.284	12.208	12.929
Art.145	Obblighi di precedenza	6.026	10.150	20.372
Art.146	Inosservanza della segnaletica orizzontale e semaforica	33.053	18.268	359.612
Art.148	Disciplina del sorpasso dei veicoli	12.579	18.612	3.233
Art.149	Rispetto della distanza di sicurezza	5.931	3.878	4.376
Art.152-153	Uso dei dispositivi di segnalazione visiva e di illuminazione	11.239	3.878	1.626
Art.154	Disciplina del cambio di direzione e di corsia	6.751	3.711	23.533
Art.155	Limitazione dei rumori de silenziatori e degli apparati radio	596	1.153	739
Art.157-158	Disciplina dell'arresto, della fermata e della sosta fuori e dentro i centri abitati	18.969	29.364	3.527.685
Art.161-162-165	Ingombro della carreggiata, segnalazione e traino dei veicoli in avaria	2.759	519	271
Art.164	Norme sulla sistemazione del carico sui veicoli	6.679	864	814
Art.167	Trasporto di cose e superamento limiti di peso del veicolo	41.775	240	1.164
Art.168	Norme sul trasporto di merci pericolose	9.979	32	72
Art.169	Trasporto di persone animali ed oggetti sui veicoli a motore	6.758	2.337	3.230
Art.170	Trasporto di persone e di oggetti sui veicoli a motore a due ruote	368	902	671
Art.171	Uso del casco	4.694	8.692	50.725
Art.172	Uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta dei bambini	113.150	101.325	42.759
Art.173	Mancato uso di lenti o uso di radiotelefoni o cuffie	56.816	37.557	67.990
Art.174-178	Rispetto dei tempi di guida e di riposo dei conducenti dei veicoli pesanti	39.796	215	2.881
Art.175-176	Circolazione e comportamento sulle autostrade e strade extraurbane princ.	171.276	286	85
Art.179	Installazione, alterazione, manomissione del cronotachigrafo	8.006	234	916
Art.180-181	Possesso dei documenti della circolazione	170.070	124.208	150.971
Art.182	Norme di comportamento dei ciclisti	143	253	777
Art.186	Guida in stato di ebbrezza alcolica	19.904	16.961	5.620
Art.187	Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti	1.804	2.699	837
Art.189	Comportamento dei conducenti in caso di incidente	2.053	2.746	4.821
Art.190	Comportamento dei pedoni	268	484	2.856
Art.191	Comportamento dei conducenti verso i pedoni	903	1.329	7.546
Art.193	Obbligo di assicurazione	55.747	66.801	54.481
Totale	Violazioni al codice della strada: Titolo V - Norme di comportamento	1.445.875	497.546	6.340.120

(a) Fonte: Ministero dell'Interno - Servizio di Polizia Stradale; (b) Fonte: Comando generale Arma dei carabinieri - Statistiche operative - Registro cronologico violazioni contestate c) Fonte: Rilevazione ACI presso i Comandi di Polizia municipale o locale dei SOLI Comuni capoluogo di provincia

⁴Rilevazione ACI presso i Comandi di Polizia locale dei Comuni capoluogo di provincia e informazioni da Archivio Polizia di Stato (<https://www.poliziadistato.it/pds/stradale/archivio/>)

⁵Codice della strada - Decreto Legislativo n. 285 del 30/04/1992 e Legge 29 luglio 2010, n. 120 Disposizioni in materia di sicurezza stradale.

Dall'esame delle contravvenzioni⁶ elevate da Polizia stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo di provincia⁷ nel 2019 i comportamenti scorretti sanzionati alla guida aumentano del 6,7%.

La velocità rimane il comportamento scorretto più frequente e più sanzionato sia dentro sia fuori i centri abitati, anche grazie all'uso di strumentazione automatica messa in campo, come autovelox e Tutor o Vergilius.

Aumentano le sanzioni per guida in stato di ebbrezza alcolica (Artt. 186 e 186 bis) e diminuiscono quelle per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (Art. 187). La Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo hanno contestato, nel 2019, rispettivamente 42.485 infrazioni per guida in stato di ebbrezza (+8,4%) e 5.340 violazioni per guida sotto effetto di stupefacenti (-1,2%). Per quanto riguarda le Polizie Municipali, nel 38% dei casi il conducente multato per stato psicofisico alterato era coinvolto in incidente stradale.

Aumentano anche le sanzioni per l'inosservanza del rispetto della segnaletica (art.146; +12,4%) e per il mancato uso di lenti o l'uso improprio di telefoni cellulari o cuffie (art.173; +18,6%). In aumento anche, su strade urbane extraurbane e autostrade, il mancato uso di cinture di sicurezza e sistemi di ritenuta per bambini (art.172; +26,75% in media). L'uso del casco sembra invece una abitudine piuttosto acquisita dalla popolazione; l'aumento del 5,3% registrato per le relative sanzioni potrebbe essere infatti concentrato solo in alcune aree del territorio nazionale.

Aumentano, seppure su quantità relativamente basse, le sanzioni elevate per comportamento dei conducenti in caso di incidente (art. 189; +6,35%) e per comportamento dei conducenti verso i pedoni (art.191; +9,57%).

Incidenti stradali alcol correlati

Il tema degli incidenti stradali alcol correlati rappresenta un argomento di estrema rilevanza per la sicurezza stradale e di forte impatto mediatico, ma per il quale sono ancora presenti alcune lacune informative.

Nonostante la rilevazione Istat degli incidenti stradali con lesioni a persone consenta di produrre un ricco set di informazioni, anche per quanto concerne gli eventi alcol correlati, presenta ancora alcuni *gap* di informazione e difficoltà nel reperimento di dati esaustivi a livello nazionale.

Per fornire elementi di valutazione alternativi sono state considerate anche altre fonti ufficiali di dati ed esaminati i contenuti e le potenzialità informative. In particolare, sono state considerate le informazioni sulle sanzioni elevate in occasione di incidente stradale, fornite da Carabinieri e Polizia Stradale. E' disponibile, infine, un dato aggregato fornito dalle Polizie Locali dei comuni capoluogo.

La violazione al Codice della Strada degli Artt. 186 e 186 bis, guida sotto l'influenza dell'alcol, comporta diverse pene a seconda della gravità:

- una sanzione amministrativa nel caso di tasso alcolemico tra 0,5 e 0,8 g/l (anche tra 0 e 0,5g/l per 186bis).
- l'inizio di un procedimento penale, oltre alla sanzione amministrativa, nel caso di tasso alcolemico rilevato tra 0,8g/l e 1,5 g/l e oltre 1,5g/l. Con tasso alcolemico superiore a 1,5g/l è sempre disposta la sospensione della patente fino all'esito della visita medica.

⁶Al netto del mancato possesso di documenti validi per la circolazione e della disciplina di fermata e sosta che può comunque costituire intralcio alla circolazione e causare incidenti.

⁷Rilevazione ACI presso i Comandi di Polizia locale dei Comuni capoluogo di provincia, informazioni da Archivio Polizia di Stato (<https://www.poliziadistato.it/pds/stradale/archivio/>), dati forniti a Istat dal Servizio di Polizia Stradale e dall'Arma dei Carabinieri

Grazie alla collaborazione con il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e del Servizio di Polizia Stradale, è stato possibile effettuare alcune elaborazioni aggiuntive, mirate al sottoinsieme di incidenti stradali alcolcorrelati. In particolare, sono stati resi disponibili dati sulle violazioni al codice della strada per guida sotto l'influenza di alcol, contestate nel 2019.

L'informazione sugli incidenti stradali alcol e droga correlati, non sempre esaustiva dai dati della rilevazione corrente, è stata dedotta da altre fonti informative, quali Il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e il Servizio della Polizia Stradale del Ministero dell'interno (i quali rilevano complessivamente circa un terzo degli incidenti stradali con lesioni) che hanno fornito i dati sulle sanzioni elevate in occasione di incidente stradale.

Da tali fonti risulta che su un totale di 58.872 incidenti con lesioni rilevati dai due Organi di rilevazione, sono stati 5.117 quelli con almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti in stato di ebbrezza e 1.996 quelli sotto l'effetto di stupefacenti. L'8,7% e il 3,4% degli incidenti rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale nel complesso, è correlato quindi, rispettivamente, ad alcol e droga, proporzioni pressoché stabili rispetto al 2018 (8,7% e 3,2%), ma in aumento rispetto al 2017, anno nel quale erano pari rispettivamente al 7,8% e 2,9%.

Anche le Polizie Locali di alcuni Comuni capoluogo (nei cui territori risiedono oltre 17 milioni di abitanti) hanno reso disponibile il numero di sanzioni elevate in caso di incidente - 2.013 per guida in stato di ebbrezza e 420 per uso di droghe - in leggero calo rispetto al 2018 (2.031 e 536) e che rappresentano il 36% e il 50% del totale delle sanzioni elevate per lo stesso motivo.

Con riferimento al numero di incidenti con lesioni rilevati dalle Polizie Locali nei Comuni considerati, le quote dei sinistri correlati ad alcol e droga risultano pari rispettivamente a 3,0% e 0,6% (3,9 e 1,0 % nel 2018). I controlli effettuati dalle Polizie Locali con etilometro o precursore hanno dato esito positivo nel 7,4% dei casi, quelli per alterazione da uso di droga, effettuati in misura di gran lunga minore a causa della complessità procedurale, nel 6,9%.

Focalizzando l'attenzione sui soli dati rilevati dai **Carabinieri**, più dettagliati nelle informazioni fornite, nel 2019 sono stati 3.438 gli incidenti stradali con lesioni a persone per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, pari al 9,9% del totale degli incidenti con lesioni verbalizzati dall'Arma dei Carabinieri (**Prospetto 3**).

Rispetto al 2018 e al 2017 si registra, un aumento della quota degli incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale, tale proporzione era, infatti, pari a 9,7 per cento nel 2018 e 9,0 nel 2017. Le vittime coinvolte in incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza, nel 2019, sono state 92 (7,5% sul totale) e i feriti 5.657 (10,5% sul totale). Tali percentuali erano rispettivamente 5,5% e 10,2% nel 2018.

PROSPETTO 3. Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dai Carabinieri e violazioni al codice della strada. Anno 2019
(valori assoluti e percentuali)

Violazioni al codice della strada (a)	Incidenti stradali con lesioni a persone	Incidenti stradali mortalì	Vittime	Feriti
Guida sotto l'influenza dell'alcol (Artt. 186 e 186 bis) (b)	3.438	71	92	5.657
Art. 186	3.045	54	72	4.952
Art. 186 bis	393	17	20	705
Totale incidenti stradali, vittime e feriti (a)	34.749	1.145	1.232	53.838
Incidenti, vittime e feriti alcol correlati sul totale (%)	9,9	6,2	7,5	10,5

(a) Totale incidenti stradali, morti e feriti rilevati dall'Arma dei Carabinieri nel 2019.

(b) Guida sotto l'influenza dell'alcol (Art. 186); Guida sotto l'influenza dell'alcol per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose (Art.186 bis).

Fonte: Elaborazione Istat su dati forniti dal Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri - Ufficio Operazioni - Sala Operativa 2ª Sezione "Statistica".

Passando ad esaminare gli incidenti stradali alcol correlati, disaggregati per tipo di strada e per periodo di accadimento, si rileva che le percentuali citate in precedenza salgono notevolmente di notte. Sono, infatti, il 22,5% gli incidenti stradali alcol correlati, avvenuti di notte, il 22,9% in ambito urbano, il 22% in ambito extraurbano, sul totale incidenti notturni. Anche le vittime raggiungono quote più elevate su strade urbane, pari al 20,2%, sono il 12,8% sulle strade extraurbane (**Prospetto 4**).

PROSPETTO 4. Incidenti stradali con lesioni a persone e vittime rilevati dai Carabinieri, per tipo strada e periodo del giorno o della notte. Anno 2019

5ª ed. notte: Anno 2015

Tipo di strada (a)	Periodo del giorno o della notte		
	Giorno	Notte (b)	Totale
Incidenti stradali con lesioni a persone alcol correlati (valori assoluti)			
Strada Urbana	799	1.128	1.927
Strada Extraurbana	748	763	1.511
Totale	1.547	1.891	3.438
Vittime in Incidenti stradali con lesioni alcol correlati (valori assoluti)			
Strada Urbana	12	26	39
Strada Extraurbana	19	35	53
Totale	31	61	92
Percentuale Incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale incidenti con lesioni			
Strada Urbana	5,7	22,9	10,2
Strada Extraurbana	6,1	22,0	9,6
Totale	5,9	22,5	9,9
Percentuale Vittime in incidenti stradali alcol correlati sul totale incidenti con lesioni			
Strada Urbana	4,4	20,2	9,7
Strada Extraurbana	3,4	12,8	6,4
Totale	3,7	15,1	7,5

Fonte: Elaborazione Istat su dati forniti dal Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri-Ufficio Operazioni – Sala Operativa 2^a Sezione "Statistica".

(a) Sono incluse nella categoria "Strada urbana" anche le Provinciali, Statali e Regionali entro l'abitato. Sono incluse nella categoria "Strada Extraurbana", le strade Statali, Regionali e Provinciali fuori dall'abitato, Comunali extraurbane e le autostrade e raccordi.

(b) Notte: dalle 22 alle 6 del mattino.

Con riferimento alle informazioni fornite dalla **Polizia Stradale**, dai dati elaborati emerge che il 15,5 % delle violazioni al codice della strada per guida sotto l'effetto dell'alcol è registrato in concomitanza di un incidente stradale, con o senza lesioni a persone.

Focalizzando l'attenzione sulle violazioni contestate in occasione di incidente stradale con lesioni a persone, si osserva che il 7% degli incidenti stradali nel 2019 è alcol correlato (era 7,3% nel 2018) (**Prospetto 5**).

La percentuale rappresenta in realtà un'approssimazione, ritenuta comunque plausibile. Nel calcolo, infatti, si ipotizza, che ciascuna violazione per guida in stato di ebbrezza, attribuita a un singolo conducente, rappresenti un incidente stradale alcol correlato. Del resto non sono molto frequenti i casi per i quali sono più di uno i conducenti coinvolti per i quali si verifica tasso alcolemico oltre il limite consentito.

**PROSPETTO 5. Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale e violazioni al codice della strada.
Anno 2019**

Totale violazioni Art. 186 o 186 bis del codice della strada (a)	
Art. 186 o 186 bis – Totale	19.904
<i>Di cui</i>	
<i>Art. 186 o 186 bis - In incidente stradale con o senza lesioni</i>	<i>3.091</i>
Violazioni Art.186 o 186 bis in incidente stradale con o senza lesioni sul totale violazioni rilevate (%)	15,5%
Violazioni Art. 186 o 186 bis in incidente stradale (a)	
Art. 186 o 186 bis in incidente stradale con lesione a persone	1.679
Totale incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale	24.048
Violazioni art.186 o 186 bis in incidente stradale con lesioni sul totale incidenti rilevati (%)	7,0%

(a) Art. 186 Guida sotto l'influenza dell'alcol; Art. 186 bis Guida sotto l'influenza dell'alcol per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose.

Fonte: Elaborazione Istat su dati forniti dal Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Servizio Polizia Stradale - Ministero dell'Interno

Alcune considerazioni conclusive

I dati sulle infrazioni al codice della strada in occasione di incidente stradale, forniti all'Istat dall'Arma dei Carabinieri, e Polizia Stradale rappresentano una base informativa esaustiva e accurata. Dall'analisi delle violazioni al Codice della Strada si desumono, infatti, risultati più completi rispetto ai dati sulle «circostanze di incidente» richieste con la rilevazione corrente.

All'origine della discrepanza potrebbero esserci diverse motivazioni. In particolare, l'informazione raccolta dall'Istat riguarda solo i primi due veicoli coinvolti (sono circa il 10% gli incidenti stradali con più di due veicoli), la tempistica di fornitura dei dati all'Istat potrebbe non consentire di fornire nell'immediato, da parte degli organi di rilevazione, le informazioni complete sullo stato psicofisico alterato dei conducenti, per i deceduti, inoltre, esistono vincoli giuridici per i quali non è immediatamente rilasciabile l'informazione derivante dai test tossicologici.

La percentuale delle vittime coinvolte in incidenti alcol correlati sul totale delle vittime, infine, è l'indicatore più diffuso per l'analisi, per la comparazione tra diversi approcci metodologici e tra gli indicatori proposti anche a livello internazionale occorre tenere conto di definizioni e metadati a corredo.

Riferimenti bibliografici:

- (1) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2019 <https://www.istat.it/it/archivio/245757>
- (2) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2018 <https://www.istat.it/it/archivio/232366>
- (3) ETSC (European Transport Safety Council). Annual PIN Report. Anno 2020. Disponibile sul sito:
<https://etsc.eu/14th-annual-road-safety-performance-index-pin-report/>
- (4) European Commission CARE (Community Data Base Road Accidents)
https://ec.europa.eu/transport/road_safety/specialist/statistics_en

2. LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE

1. Introduzione

Il presente documento è stato redatto ai sensi della “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati” (Legge n. 125 del 30 marzo 2001, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 2001) e ha l’obiettivo di analizzare i dati di consumo e di spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per i farmaci impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica nell’ambito dell’assistenza convenzionata (farmaci erogati dalle farmacie territoriali) e non convenzionata (acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche). Il documento, aggiornato con i dati relativi all’anno 2019, fornisce una descrizione dell’andamento degli indicatori di spesa e consumo nel tempo (sia a livello nazionale che a livello regionale).

Gli indicatori di consumo e spesa in regime di assistenza convenzionata e per gli acquisti diretti da parte delle strutture sanitarie pubbliche sono stati calcolati utilizzando i dati derivanti dai seguenti flussi informativi:

- **Assistenza farmaceutica convenzionata:** il flusso riguarda le prestazioni farmaceutiche erogate attraverso le farmacie pubbliche e private in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito ai sensi della L. 448/1998. Tale flusso rileva le ricette raccolte da Federfarma (Federazione nazionale delle farmacie private convenzionate con il SSN) e da Assofarm (Associazione Farmacie Comunali), che ricevono i dati delle proprie sedi provinciali e che successivamente aggregano a livello regionale. Il flusso OsMed presenta un grado di completezza variabile per area geografica e per mese, tuttavia la copertura nazionale è generalmente superiore al 95% della spesa. La quota di spesa e consumi mancanti è ottenuta attraverso una procedura di espansione che utilizza come valore di riferimento della spesa farmaceutica il dato proveniente dalle Distinte Contabili Riepilogative (DCR), comunicato periodicamente dalle Regioni all’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Al fine di garantire confronti omogenei tra le regioni, la procedura di espansione riporta al 100% la spesa regionale, nell’ipotesi che la distribuzione dei dati mancanti per specialità non sia significativamente differente da quella dei dati osservati e sia garantita l’invarianza del prezzo al pubblico della singola confezione medicinale. Per la presente analisi sono state utilizzate le DCR aggiornate al mese di marzo 2020.
- **Acquisti diretti da parte delle strutture sanitarie pubbliche:** il flusso della “tracciabilità del farmaco” è stato istituito con il Decreto del Ministro della Salute del 15 luglio 2004 e s.m.i.. Tale flusso, alimentato dalle aziende farmaceutiche, è finalizzato a tracciare le movimentazioni di medicinali con autorizzazione all’immissione in commercio (AIC) sul territorio nazionale lungo tutta la filiera distributiva, fino ai punti di erogazione finale: farmacie, ospedali, ambulatori, esercizi commerciali, ecc. I dati analizzati nel presente documento si riferiscono all’acquisto di medicinali, sia in termini di quantità, che di valore economico, da parte delle Strutture sanitarie pubbliche. Tali dati non sono aggiornati al mese di maggio 2020 e non tengono conto delle successive revisioni che le ditte hanno chiesto di inviare al sistema NSIS per l’anno 2019.
- **Acquisto privato a carico del cittadino:** l’analisi dei consumi farmaceutici a carico del cittadino è effettuata utilizzando, per i medicinali di classe C, i dati rilevati attraverso il flusso della Tracciabilità del Farmaco, istituito ai sensi del D.M. Salute 15 luglio 2004, inviati dai grossisti alla banca dati centrale del Ministero della Salute, relativamente ai farmaci consegnati presso le farmacie territoriali. L’acquisto privato dei medicinali di classe C è derivato per differenza tra ciò che viene acquistato dalle farmacie (*sell-in*), rispetto a ciò che viene erogato a carico del SSN (*sell-out*, i.e. il flusso OsMed) e vede come destinatario il cittadino. È opportuno precisare che quando si analizzano i consumi relativi ad un ampio intervallo temporale si minimizza l’eventuale disallineamento tra *sell-in* e *sell-out*, conseguente alla ricomposizione

delle scorte di magazzino della farmacia, il quale, al contrario, sul singolo mese potrebbe incidere in modo significativo.

- **Prescrizioni farmaceutiche in regime di convenzionata:** il flusso informativo per la trasmissione delle prescrizioni farmaceutiche (c.d. Tessera Sanitaria) è previsto dal comma 5 dell'art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n.269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n.326 e s.m.i.. Al fine del monitoraggio della spesa sanitaria, ai sensi della norma suddetta, è richiesta alle farmacie la trasmissione telematica dei dati delle ricette (e prescrizioni) conformi al comma 2, art 50, comunemente denominate “ricette rosse”, quale che sia il contenuto della prescrizione e la modalità di erogazione del farmaco. La trasmissione dei dati delle ricette da parte delle farmacie aperte al pubblico, avviene entro il giorno 10 del mese successivo a quello di utilizzazione della ricetta medica (o secondo la data presentata sul sito del MEF), anche per il tramite delle associazioni di categoria e di soggetti terzi a tal fine individuati dalle strutture. Sono stati utilizzati i dati utilizzati relativi a tutte le Regioni Italiane.

Il consumo dei farmaci è espresso in dosi giornaliere (o giornate di terapia), definite come DDD (*Defined Daily Dose*), al fine di consentire elaborazioni di confronto temporale. Le analisi di consumo e quelle di spesa sono espresse inoltre sulla base della popolazione residente, rispettivamente in “DDD per 1 milione abitanti die” e “euro per 100 abitanti”, al fine di consentire il confronto regionale. Infine, si rappresenta che le analisi sulle prescrizioni dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche sono comprensive sia dei consumi interni alla struttura ospedaliera, che all'eventuale distribuzione territoriale (distribuzione diretta e distribuzione per conto).

2. Medicinali per la terapia farmacologica della dipendenza alcolica

Il trattamento farmacologico della dipendenza alcolica prevede l'impiego di diverse classi di farmaci, alcune dirette al trattamento dell'astinenza, altre dirette a prevenire le ricadute nell'abuso alcolico. Attualmente in Italia sono approvati per il trattamento della dipendenza alcolica sei farmaci: disulfiram, acamprosato, naltrexone cloridrato, sodio oxibato, metadoxina e nalmefene (**Tabella I.21**). Tali molecole differiscono tra loro per il differente meccanismo d'azione, che si riflette poi sulle specifiche dell'indicazione terapeutica, oltre alla diversa modalità di erogazione e rimborsabilità. Infatti, su un totale di 35 confezioni autorizzate in Italia, 19 confezioni (54%) risultano in commercio nel 2019 e hanno contribuito alle analisi contenute nel presente documento. Di queste, 13 sono a totale carico del SSN: 2 confezioni a base di sodio oxibato classificate in fascia di rimborsabilità H e 11 confezioni (8 a base di naltrexone, 2 di acamprosato e 1 di disulfiram) classificate in fascia A; le restanti 7 confezioni risultano a totale a carico dei cittadini (fascia C): una a base di disulfiram e tutte quelle a base di metadoxina e nalmefene.

Il **disulfiram** (*Antabuse*®, *Etilox*®) è un medicinale che presenta una lunga storia d'uso. L'interferenza del farmaco con il metabolismo dell'alcol causa il manifestarsi di sintomi sgradevoli durante l'assunzione dell'alcol e pertanto tale medicinale viene utilizzato come coadiuvante nella disassuefazione da alcol.

L'**acamprosato** (*Campral*®), derivato sintetico della taurina e strutturalmente simile all'acido gamma-amino-butyrico (GABA), agisce riducendo la trasmissione glutaminergica e modulando l'ipereccitabilità neuronale durante l'astinenza alcolica. Per questo motivo il medicinale viene utilizzato nell'assistenza al paziente alcol-dipendente in associazione a un sostegno psicologico individuale o di gruppo.

La **metadoxina** (*Metadoxil*[®]), molecola che presenta un meccanismo d'azione *multitasking*, agisce riducendo i livelli di alcol nel circolo sanguigno, proteggendo i tessuti dall'azione lesiva dell'alcol, oltre ad esercitare un'azione centrale sul sistema GABA-ergico, riducendo il desiderio compulsivo e aggressivo e migliorando quindi le relazioni sociali del soggetto.

Il **sodio oxibato** (*Alcover*[®]), noto come il sale sodico dell'acido gamma-idrossi-butyrico (GHB), è impiegato come coadiuvante nel controllo della sindrome di astinenza da alcol etilico e nella fase iniziale e/o nel trattamento prolungato della dipendenza alcolica. L'Alcover è utilizzato esclusivamente dalle strutture sanitarie pubbliche.

Il **nalmefene** (*Selincro*[®]) è il primo antagonista oppioide derivato dal naltrexone, approvato per la disassuefazione dalla dipendenza da alcol congiuntamente alla terapia psicologico-comportamentale, con l'obiettivo dell'astinenza completa. I pazienti in trattamento con questo medicinale presentano livelli di consumo ad elevato rischio (*Drinking Risk Level – DRL*) e non mostrano sintomi fisici da sospensione, pertanto, non richiedono interventi immediati di disintossicazione. Il trattamento con questo medicinale deve essere iniziato solo in pazienti che continuano ad avere un livello di consumo ad elevato rischio (elevato DRL), anche dopo due settimane dopo la valutazione iniziale.

Il **naltrexone** (*Antaxone*[®], *Nalorex*[®], *Narcoral*[®]), antagonista oppioide orale a lunga durata d'azione, inibisce gli effetti di gratificazione indotti dall'alcol. Per la sua alta selettività recettoriale è autorizzato, oltre che per il trattamento della dipendenza alcolica, anche per il trattamento della dipendenza da oppiacei, che rappresenta la principale motivazione di consumo di questo medicinale. ***Per tale ragione, le analisi indicate nel presente documento rappresentano una sovrastima dell'utilizzo nell'indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica, poiché non è possibile disporre dei dati di consumo in funzione di una specifica indicazione terapeutica.***

Per il trattamento dell'astinenza da alcol e/o delle sintomatologie alcol correlate (allucinazioni, agitazione, convulsioni, depressione, irrequietezza, insonnia ecc.) vengono utilizzate anche altre classi di farmaci, come antipsicotici, antidepressivi e antiepilettici nonché le benzodiazepine; ma ai fini della valutazione dell'impatto economico a carico del SSN sono analizzati soltanto quei farmaci che presentano come indicazione terapeutica unicamente quella del trattamento per la dipendenza da alcol.

Tabella I.21 Medicinali per la terapia farmacologica della dipendenza alcolica

ATC	Principio attivo	Specialità	Ditta produttrice	Formulazione	AIC	Classe di rimborsabilità	Indicazione
N07BB01	Disulfiram	Antabuse Dispergettes	Aurobindo Pharma Italia srl	400 mg, 24 compresse effervescenti	004308019	C	Terapia di disassuefazione dall'etilismo.
		Etilttox	Molteni&C. F.Ili Alitti SpA	200 mg, 30 compresse	010681029	A	
N07BB03	Acamprosato	Campral	Bruno Farmaceutici SpA	333 mg, 84 compresse rivestite gastroresistenti	034208013	A	Mantenimento dell'astinenza nel paziente alcol-dipendente. Deve essere associato ad un sostegno psicologico.
				333 mg, 84 compresse rivestite gastroresistenti	041824018	A	
N07BB	Metadoxina	Metadoxil	Laboratori Baldacci srl	500 mg, 30 compresse	025316011	C	Etilismo acuto e cronico.
				300 mg/5 ml, sol. iniettabile (10 fiale da 5 ml)	025316023	C	
				500 mg/15 ml, sol. orale (10 flaconi da 15 ml)	025316035	C	
N07XX04	Sodio oxibato	Alcover	Laboratorio Farmaceutico C.T. srl	175 mg/ml, sol. orale (1 flacone da 140 ml)	027751066	H	Coadiuvante nelle seguenti terapie: • controllo della sindrome di astinenza da alcol etilico; • fase iniziale del trattamento multimodale della dipendenza alcolica; • trattamento prolungato della dipendenza alcolica resistente ad altri presidi terapeutici, in coesistenza di altre patologie aggravate dall'assunzione di alcol etilico.
				175 mg/ml, sol. orale (12 flaconi da 10 ml)	027751078	H	
N07BB05	Nalmefene	Selincro	Lundbeck Italia SpA	18 mg, 14 compresse rivestite	042683021	C	Riduzione del consumo di alcool in pazienti adulti con dipendenza da alcool che hanno livelli di consumo ad elevato rischio (<i>Drinking Risk Level – DRL</i>), senza sintomi fisici da sospensione e che non richiedono interventi immediati di disintossicazione. Deve essere prescritto solo congiuntamente ad un supporto psicosociale continuativo, mirato all'aderenza al trattamento ed alla riduzione del consumo di alcool. Il trattamento deve essere iniziato solo in pazienti che continuano ad avere un livello di consumo ad elevato rischio (elevato DRL) due settimane dopo la valutazione iniziale.
				18 mg, 7 compresse rivestite	042683019	C	
				18 mg, 28 compresse rivestite	042683033	Non in commercio	
				18 mg, 42 compresse rivestite	042683045	Non in commercio	
				18 mg, 98 compresse rivestite	042683058	Non in commercio	
				18 mg, 49 compresse rivestite	042683060	Non in commercio	
				18 mg, 14 compresse rivestite	042683072	Non in commercio	
				18 mg, 28 compresse rivestite	042683084	Non in commercio	
N07BB04	Naltrexone	Antaxone	Zambon Italia srl	50 mg/10 ml, sol. orale (10 fiale da 10 ml)	025855065	A	Consente di bloccare gli effetti farmacologici dagli oppiacei somministrati per via esogena, favorendo così il mantenimento della non dipendenza da oppiacei in individui disintossicati ex-tossicodipendenti.
				100 mg/20 ml, sol. orale (5 fiale da 20 ml)	025855040	A	
				50 mg, 14 capsule rigide	025855077	A	
		Narcoral	Sirton Medicare srl	50 mg, 10 compresse rivestite	028248021	A	
				10 mg, 10 compresse rivestite	028248019	A	
N07BB04	Naltrexone	Nalorex	Molteni&C. F.Ili Alitti SpA	50 mg, 14 compresse rivestite	025969039	A	Terapia integrativa di prevenzione, nel mantenimento della disintossicazione dagli oppiacei in pazienti ex-tossicodipendenti. È inoltre indicato nel programma di trattamento globale per la dipendenza da alcol, al fine di ridurre il rischio di recidiva, di favorire l'astinenza e di ridurre il bisogno di

							assumere bevande alcoliche durante le fasi iniziali della cura.
N07BB04	Naltrexone	Naltrexone Accord	Accord Healthcare Italia Limited	50 mg, 14 compresse rivestite	040955027	A	Per uso come terapia addizionale, come parte di un programma di trattamento completo che includa una consulenza psicologica, per favorire il mantenimento dell'astinenza in pazienti disintossicati con pregressa dipendenza da oppiacei e dipendenza da alcool.
				50 mg, 14 compresse rivestite	040955080	A	
				50 mg, 7 compresse rivestite	040955015	Non in commercio	
				50 mg, 28 compresse rivestite	040955039	Non in commercio	
				50 mg, 30 compresse rivestite	040955041	Non in commercio	
				50 mg, 50 compresse rivestite	040955054	Non in commercio	
				50 mg, 56 compresse rivestite	040955066	Non in commercio	
				50 mg, 7 compresse rivestite	040955078	Non in commercio	
				50 mg, 28 compresse rivestite	040955092	Non in commercio	
				50 mg, 30 compresse rivestite	040955104	Non in commercio	
				50 mg, 50 compresse rivestite	040955116	Non in commercio	
				50 mg, 56 compresse rivestite	040955128	Non in commercio	

3. Assistenza farmaceutica convenzionata (tramite il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico)

Nell'anno 2019 il consumo dei medicinali utilizzati per il trattamento della dipendenza alcolica, dispensati attraverso il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico, è stato pari a circa **75 DDD per 1 milione di abitanti die**, con una spesa di circa **1,5 euro per 100 abitanti (Tabella I.22)**. I prodotti medicinali a base di disulfiram detengono il primato dei consumi, con l'81,1% sul totale delle prescrizioni, seguiti dall'acamprosato e dal naltrexone, concorrenti rispettivamente con un consumo del 9,6% e del 9,3% del totale.

Tabella I.22 Consumo e spesa dei farmaci in regime di assistenza convenzionata per l'anno 2019

Principio attivo	DDD per 1 milione ab die 2019		Δ% 19-18	Spesa per 100 ab 2019		Δ% 19-18
	N.	%		€	%	
Disulfiram	60,96	81,14	-10,77	0,361	24,396	-10,75
Acamprosato	7,18	9,56	-15,32	0,633	42,805	-15,32
Naltrexone	6,96	9,27	4,82	0,483	32,654	3,87
Metadoxina	0,02	0,03	-19,08	0,001	0,059	-13,96
Nalmefene	0,01	0,01	-66,60	0,001	0,085	-66,60
Sodio oxiato	-	-	-	-	-	-
TOTALE	75,13	100,00	-10,00	1,478	100,000	-8,80

Rispetto all'anno precedente, è stato osservato una riduzione dei consumi (-10%), attribuibile principalmente alla riduzione dei consumi dei principi attivi più prescritti, disulfiram (-10,8%) e acamprosato (-15,3%). I medicinali a base del naltrexone, anche se impiegati prevalentemente nel trattamento della disassuefazione della dipendenza da oppiacei, continuano a registrare un incremento dei consumi (+4,8%) anche nel 2019. I consumi di metadoxina e nalmefene sono trascurabili (**Tabella I.22, Figura I.20**).

Per l'anno 2019 la spesa farmaceutica per i farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica in regime di assistenza convenzionata ammonta a un totale di 892 mila euro. Tale valore è dovuto *in primis* alla spesa per l'acamprosato (42,8%), seguito dal naltrexone (32,6%) e dal disulfiram (24,4%), mentre la spesa per le restanti molecole (nalmefene e metadoxina), così come osservato per il consumo, è trascurabile. Rispetto all'anno precedente, la spesa per questa categoria di farmaci si è ridotta di circa il 9%, soprattutto per acamprosato (-15,5%) e disulfiram (-10,9%); al contrario, la spesa per il naltrexone risulta essere invece aumentata (+3,7%) (**Figura I.21**).

Figura I.20 Consumo (DDD per 1 milione ab die) in regime di assistenza convenzionata: trend temporale nel periodo 2014-2019

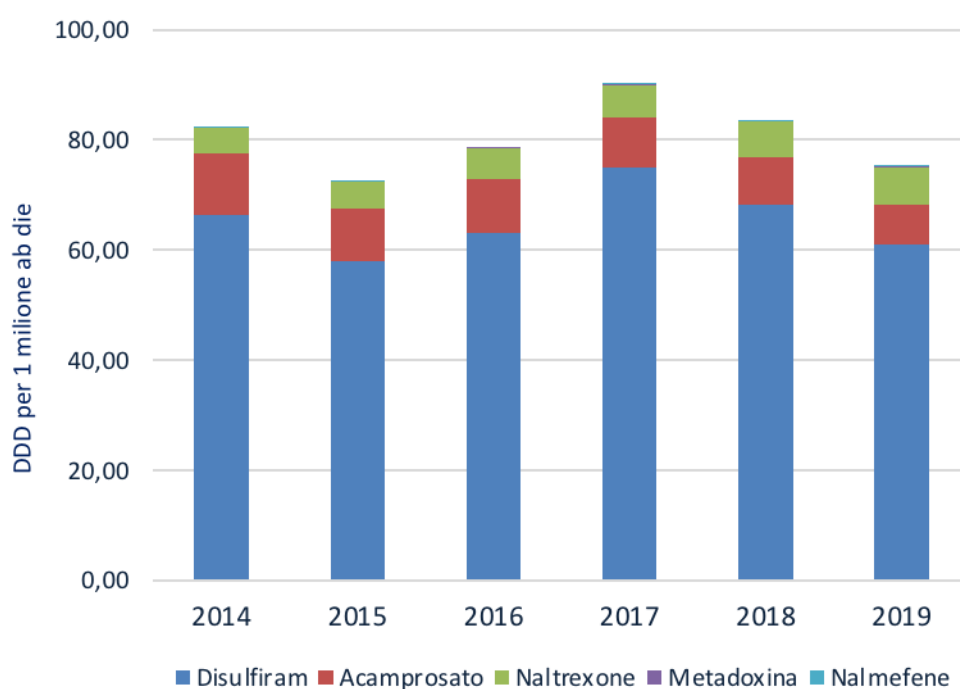
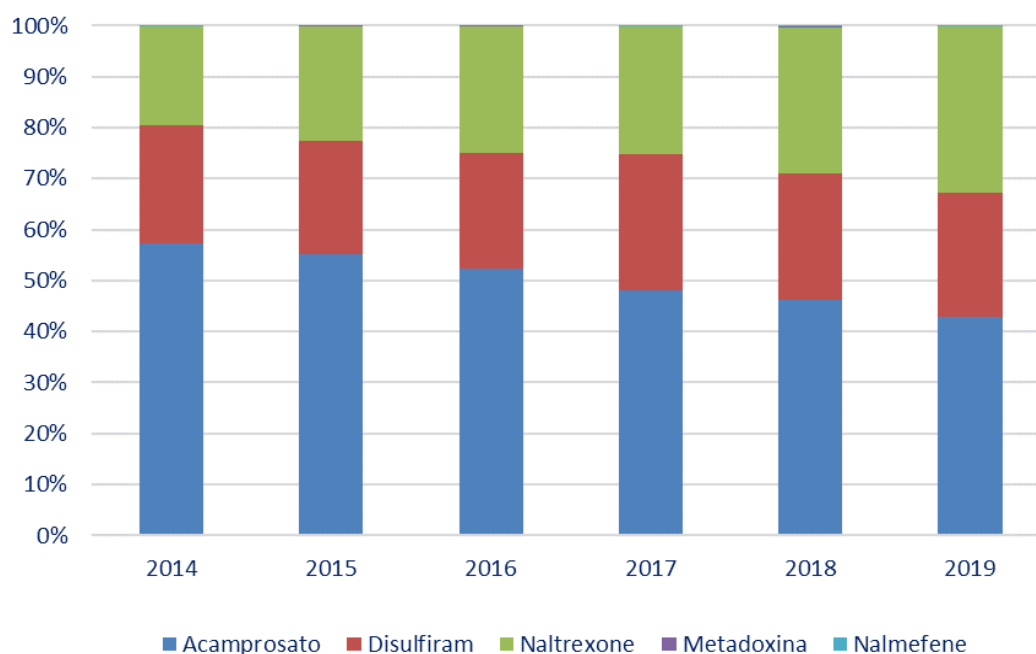


Figura I.21 Spesa in regime di assistenza convenzionata: andamento della distribuzione % nel periodo 2014-2019



Se si considera la distribuzione regionale dei consumi (**Tabella I.23**), la regione che registra i consumi più elevati nel 2019 è la P.A. di Trento con quasi 370 DDD per 1 milione di abitanti die, seguita dalla Sardegna con circa 165 DDD e dal Molise con quasi 150 DDD. Tutte le regioni registrano una riduzione dei consumi, ad eccezione della Calabria, dove si osserva un aumento (+3,2%). In generale, al Sud si osservano consumi inferiori (52,2 DDD per 1 milione di abitanti die) rispetto alle regioni del Nord (82 DDD) e del Centro (96,8 DDD).

Considerando la distribuzione dei consumi regionali per i diversi principi attivi, il disulfiram è il farmaco a più alto consumo in quasi tutte le regioni, ad eccezione del Lazio, dove si utilizza maggiormente il naltrexone; i consumi di metadoxina e nalmefene sono rilevati in un totale di 6 regioni.

Sul versante della spesa (**Tabella I.4**), il Lazio è la regione che spende di più, raggiungendo un valore di 6 euro per 100 abitanti, seguita dal Molise con una spesa pari a quasi 4 euro per 100 abitanti, mentre la Valle d'Aosta è la regione con la spesa più bassa (0,18 euro per 100 abitanti). Per 7 Regioni (Molise, PA Bolzano, Sardegna, Calabria, Liguria, Basilicata, Puglia) è stato osservato un aumento della spesa. In generale, le regioni del Centro spendono molto di più (3,5 euro per 100 abitanti) rispetto alle regioni del Nord (1,2 euro) e del Sud (0,6 euro).

Tabella I.23 Consumo (DDD per 1 milione ab die) regionale in regime di assistenza convenzionata nell'anno 2019 in ordine decrescente

Regione	N. DDD per 1 milione ab die 2019					Totale	Δ% 19-18
	Disulfiram	Acamprosato	Naltrexone	Metadoxina	Nalmefene		
PA Trento	368,14	0,94	0,85	-	-	369,92	-0,60
Sardegna	156,70	8,19	0,09	-	-	164,98	-8,41
Molise	101,17	1,58	47,11	-	-	149,86	-3,10
Lazio	33,99	33,33	42,65	0,02	-	109,99	-4,61
Friuli VG	99,51	0,06	4,42	-	-	103,99	-17,78
Lombardia	79,23	14,32	6,34	-	-	99,88	-13,57
Umbria	97,25	1,45	1,04	-	-	99,74	-22,17
Toscana	89,42	0,54	0,11	-	-	90,06	-6,74
Calabria	79,61	1,93	2,04	-	-	83,58	3,19
Veneto	71,01	0,02	0,32	0,01	-	71,36	-15,23
Marche	33,34	23,34	5,64	0,63	-	62,96	-18,10
PA Bolzano	40,97	20,10	1,85	-	-	62,93	-2,39
Liguria	50,11	0,36	6,06	-	-	56,52	-6,63
Piemonte	53,02	1,45	0,18	-	-	54,65	-16,68
E. Romagna	47,13	3,97	3,55	-	-	54,64	-9,45
Basilicata	48,04	1,90	4,01	-	-	53,95	-0,78
Abruzzo	45,54	0,23	7,41	-	-	53,18	-16,59
Sicilia	39,19	0,08	3,18	0,03	-	42,48	-0,01
Puglia	31,54	-	2,35	0,02	-	33,90	-2,78
Valle d'Aosta	30,60	-	-	-	-	30,60	-35,75
Campania	19,75	0,16	1,49	0,02	0,06	21,48	-17,97
ITALIA	60,96	7,18	6,96	0,02	0,01	75,13	-10,00
NORD	72,07	6,35	3,52	0,00	-	81,95	-12,63
CENTRO	56,46	19,12	21,08	0,09	-	96,75	-8,11
SUD E ISOLE	47,92	1,03	3,20	0,02	0,02	52,18	-5,91

Tabella I.24 Spesa regionale per 100 abitanti in regime di assistenza convenzionata nell'anno 2019 in ordine decrescente

Regione	Spesa per 100 abitanti 2019 (€)					Totale	Δ% 19-18
	Acamprosato	Naltrexone	Disulfiram	Metadoxina	Nalmefene		
Lazio	2,938	2,945	0,201	0,001	-	6,085	-4,482
Molise	0,139	3,262	0,598	-	-	3,999	10,161
Marche	2,057	0,391	0,197	0,022	-	2,668	-30,540
PA Trento	0,082	0,064	2,177	-	-	2,323	-7,652
Lombardia	1,262	0,437	0,469	-	-	2,169	-11,518
PA Bolzano	1,772	0,127	0,242	-	-	2,141	2,092
Sardegna	0,721	0,006	0,927	-	-	1,654	41,634
Friuli VG	0,005	0,306	0,589	-	-	0,900	-20,196
Emilia R	0,350	0,257	0,279	-	-	0,885	-2,953
Abruzzo	0,020	0,504	0,269	-	-	0,793	-16,844
Calabria	0,170	0,150	0,471	-	-	0,791	25,324
Umbria	0,128	0,070	0,575	-	-	0,773	-17,958
Liguria	0,031	0,427	0,296	-	-	0,754	9,206
Basilicata	0,167	0,273	0,284	-	-	0,725	14,788
Toscana	0,048	0,009	0,529	-	-	0,585	-7,697
Sicilia	0,007	0,218	0,232	0,001	-	0,458	-6,439
Piemonte	0,128	0,012	0,313	-	-	0,454	-36,620
Veneto	0,001	0,028	0,420	0,000	-	0,450	-16,001
Puglia	-	0,163	0,186	0,001	-	0,350	8,530
Campania	0,014	0,103	0,117	0,001	0,014	0,249	-42,896
Valle d'Aosta	-	-	0,181	-	-	0,181	-35,748
ITALIA	0,633	0,483	0,361	0,001	0,001	1,478	-8,796
NORD	0,560	0,247	0,426	0,000	-	1,233	-12,126
CENTRO	1,685	1,456	0,334	0,003	-	3,478	-8,247
SUD E ISOLE	0,091	0,221	0,283	0,001	0,004	0,600	0,258

4. Acquisti diretti da parte delle strutture sanitarie pubbliche

Nell'anno 2019 il consumo dei medicinali utilizzati per il trattamento della dipendenza alcolica erogati dalle strutture sanitarie pubbliche è stato pari a quasi **211 DDD per 1 milione di abitanti die**, con una spesa pari a **12 euro per 100 abitanti** (Tabella I.25). Il sodio oxibato copre quasi la metà dei consumi, con circa 102 DDD per 1 milione abitanti die, seguito dal disulfiram per il 36% con quasi 76 DDD e dall'acamprosato per quasi l'11% con circa 22 DDD.

Tabella I.25 Acquisti diretti e spesa da parte delle strutture sanitarie pubbliche per l'anno 2019

Principio attivo	DDD per 1 milione ab die 2019		Δ% 19-18	Spesa per 100 ab 2019		Δ% 19-18
	N.	%		€	%	
Sodio oxibato	102,38	48,55	-11,16	9,80	81,57	-11,12
Disulfiram	75,95	36,02	30,71	0,49	4,09	17,32
Acamprosato	22,36	10,61	-3,80	1,32	10,99	-4,83
Naltrexone	6,48	3,07	16,11	0,17	1,46	23,47
Metadoxina	2,71	1,29	-16,38	0,09	0,79	-29,12
Nalmefene	0,98	0,47	37,28	0,13	1,11	31,32
TOTALE	210,87	100,00	2,29	12,01	100,00	-9,05

Rispetto all'anno precedente, gli acquisti di farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica da parte delle strutture sanitarie pubbliche hanno registrato un aumento del 2,3%, dovuto principalmente a un aumento dei consumi di disulfiram (+30,7%) e naltrexone (+16%). Riduzioni sono state osservate invece nel numero di dosi di sodio oxibato (-11,2%), di acamprosato (-3,8%) e di metadoxina (-16,4%). Per il nalmefene si rilevano consumi trascurabili, sebbene in aumento del 37% rispetto all'anno precedente (Tabella I.25, Figura I.22).

Nel 2019 la spesa farmaceutica corrispondente è stata di quasi 7,3 milioni di euro, in riduzione del -9,2% rispetto all'anno precedente. Tale valore è dovuto *in primis* alla spesa per il sodio oxibato (81,6%), seguito dall'acamprosato (11%), nonostante per entrambi i principi attivi si osservi una riduzione della spesa, rispettivamente del -11,3% e del -5%, rispetto al 2018.

La spesa per il disulfiram, naltrexone e nalmefene è invece aumentata rispetto all'anno precedente (Tabella I.25, Figura I.23).

Figura I.22 Acquisti diretti da parte delle strutture sanitarie pubbliche: trend temporale nel periodo 2014-2019

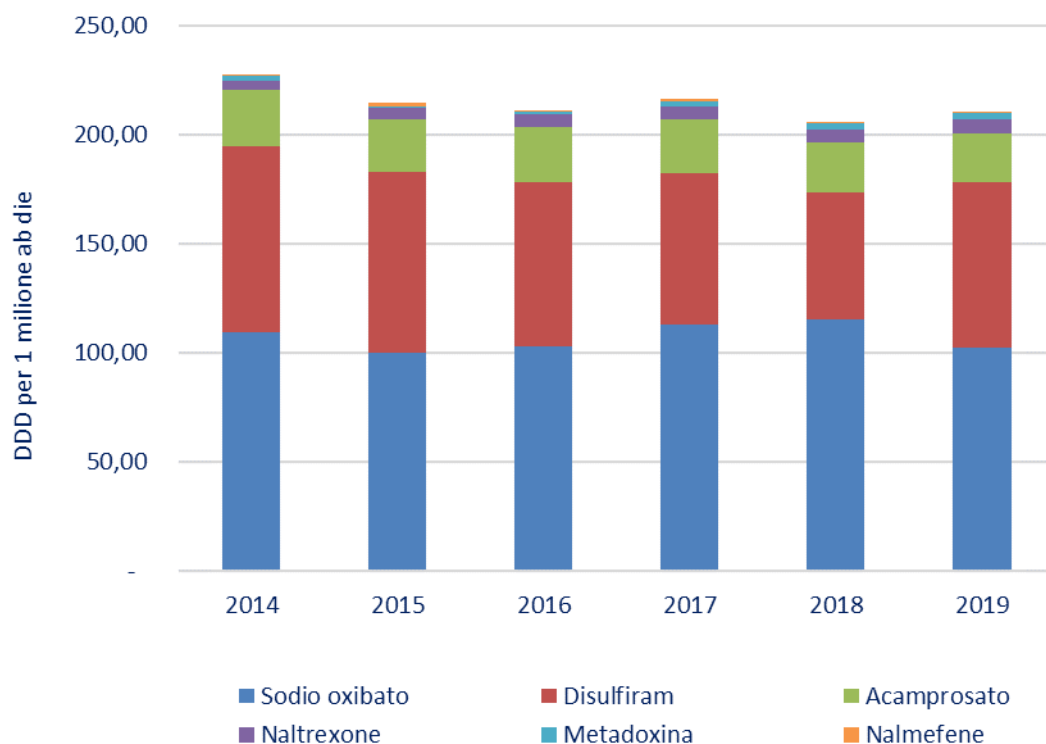
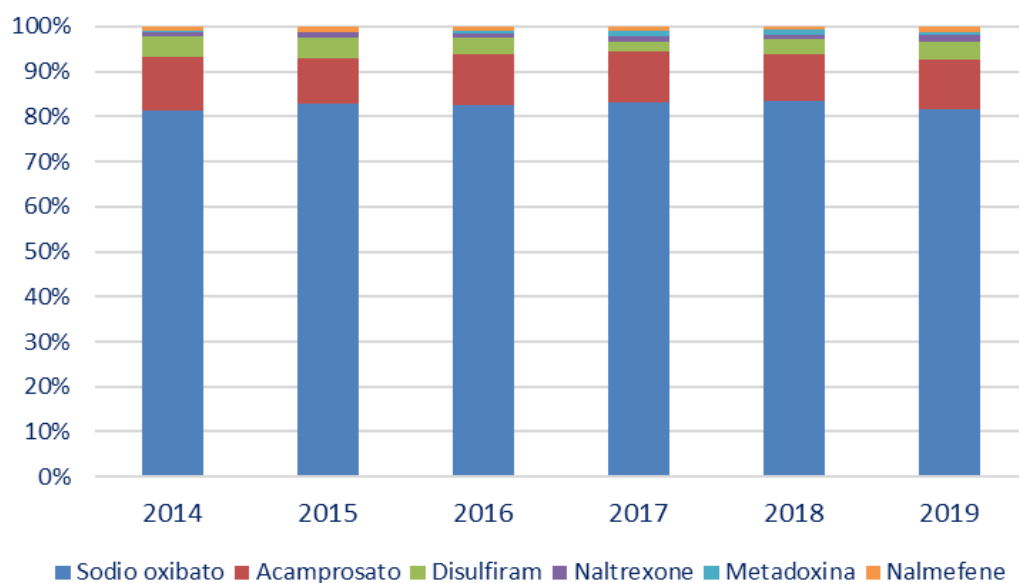


Figura I.23 Acquisti diretti da parte delle strutture sanitarie pubbliche: andamento della distribuzione % della spesa per principio attivo nel periodo 2014-2019



Se si considera la distribuzione regionale dei consumi (**Tabella I.26**), la regione che assorbe i consumi maggiori nell'anno 2019 è la Valle d'Aosta con quasi 821 DDD per 1 milione di abitanti die (+21,6% rispetto al 2018), seguita dal Piemonte con 435 DDD (+16,12% rispetto al 2018) e dall'Emilia Romagna con quasi 421 DDD (-5,75% rispetto al 2018). In generale, le regioni del Nord registrano dei consumi più elevati (210,87 DDD per 1 milione di abitanti die) rispetto alle regioni del Centro (136,82 DDD) e del Sud (187,26 DDD). Considerando la distribuzione dei consumi regionali per i diversi principi attivi, il sodio oxibato e il disulfiram sono i principi attivi a più alto consumo nella maggior parte delle regioni italiane, raggiungendo i valori più elevati nella Valle d'Aosta, rispettivamente con 558,91 DDD e 232,67 DDD per 1 milione di abitanti die. Il nalmefene è invece il principio attivo a più basso utilizzo nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, essendo utilizzato solo in 6 regioni (Valle d'Aosta, Lombardia, Toscana, Marche, Campania, Calabria), sebbene la Campania ne registri il più alto consumo (quasi 10 DDD per 1 milione di abitanti die). Se si considera la corrispondente spesa regionale per gli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche (**Tabella I.27**), la Valle d'Aosta è la regione che registra il valore più alto nel 2019, con una spesa pari a 58,2 euro per 100 abitanti, seguita dal Piemonte con una spesa pari a 26 euro, dalla Basilicata con 25,7 euro e infine dalla Campania con quasi 23,4 euro; nella P.A. Trento si osserva la spesa pro capite più bassa (0,1 euro per 100 abitanti).

In generale, le regioni del Sud spendono di più (15,3 euro per 100 abitanti) rispetto alle regioni del Nord (11,3%) e del Centro (8,5%).

Tabella I.26 Acquisti diretti da parte delle strutture sanitarie pubbliche per regione nell'anno 2019 in ordine decrescente

Regione	N. DDD per 1 milione ab die 2019						Totale	Δ% 19-18
	Sodio oxibato	Disulfiram	Acamprosato	Naltrexone	Metadoxina	Nalmefene		
Valle d'Aosta	558,91	232,67	25,56	-	-	3,57	820,71	21,62
Piemonte	224,94	148,07	42,21	17,93	1,62	-	434,77	16,12
E. Romagna	125,94	222,36	49,73	19,41	3,33	-	420,77	-5,75
Basilicata	229,59	23,67	48,26	0,34	3,41	-	305,26	-6,45
Veneto	58,71	178,96	12,66	10,49	1,69	-	262,51	18,07
Campania	218,92	-	15,96	2,52	4,38	9,81	251,59	-9,41
Umbria	62,79	122,71	12,24	13,87	0,63	-	212,23	25,35
Sardegna	116,00	11,24	64,25	15,36	3,84	-	210,70	-13,31
Molise	167,71	-	33,06	-	5,79	-	206,57	-22,89
Friuli VG	6,48	179,21	9,62	3,11	0,64	-	199,05	24,43
Toscana	65,28	92,42	17,22	7,44	-	0,04	182,40	3,74
Liguria	25,51	94,68	34,01	6,93	20,29	-	181,41	-18,32
Marche	127,57	36,91	1,34	1,35	2,97	0,10	170,24	8,08
Puglia	119,72	9,37	17,07	1,61	8,15	-	155,92	-0,21
Calabria	102,69	21,94	16,84	0,41	7,56	2,23	151,67	-31,72
Sicilia	62,63	21,41	57,50	5,10	0,15	-	146,79	8,95
Lombardia	51,11	78,36	5,64	2,82	0,51	0,19	138,64	15,62
Abruzzo	92,24	3,50	35,69	1,15	2,46	-	135,04	-7,11
PA Bolzano	23,85	89,21	-	9,02	-	-	122,08	46,29
Lazio	83,80	-	0,12	0,52	0,44	-	84,88	-8,48
PA Trento	-	3,67	0,94	-	0,14	-	4,74	>100
ITALIA	102,38	75,95	23,25	6,48	2,71	0,98	210,87	2,29
NORD	89,94	135,54	24,32	9,59	2,54	0,08	259,41	8,26
CENTRO	81,93	43,69	6,95	3,85	0,64	0,03	136,82	2,41
SUD E ISOLE	132,63	10,98	31,74	3,66	4,23	2,85	187,26	-7,80

Tabella I.27 Spesa regionale per 100 abitanti per gli acquisti diretti da parte delle strutture sanitarie pubbliche nell'anno 2019 in ordine decrescente

Regione	Spesa per 100 abitanti 2019 (€)						Totale	Δ% 19-18
	Sodio oxibato	Acamprosato	Disulfiram	Naltrexone	Nalmefene	Metadoxina		
Valle d'Aosta	55,20	1,50	0,92	-	0,54	-	58,16	12,09
Piemonte	22,09	2,48	0,91	0,47	-	0,05	26,00	-2,13
Basilicata	22,51	2,84	0,12	0,01	-	0,19	25,67	-7,96
Campania	20,90	0,94	-	0,06	1,31	0,16	23,37	-9,14
Emilia R	12,34	2,93	1,63	0,54	-	0,05	17,48	-18,36
Molise	14,93	1,94	-	-	-	0,22	17,10	-24,45
Sardegna	10,35	3,77	0,07	0,48	-	0,19	14,86	-6,11
Puglia	11,61	1,00	0,08	0,05	-	0,31	13,05	-4,51
Marche	11,78	0,08	0,31	0,05	0,02	0,07	12,30	-6,31
Calabria	9,62	1,00	0,15	0,01	0,34	0,31	11,43	-23,10
Abruzzo	8,88	2,10	0,02	0,04	-	0,09	11,12	-7,23
Sicilia	5,82	3,46	0,15	0,13	-	0,01	9,57	9,09
Lazio	8,01	0,01	-	0,01	-	0,02	8,05	-7,19
Toscana	6,10	1,01	0,49	0,19	0,01	-	7,80	-19,66
Veneto	5,58	0,74	1,16	0,25	-	0,06	7,79	3,12
Umbria	5,65	0,72	0,86	0,44	-	0,02	7,70	6,23
Liguria	2,47	2,00	0,62	0,16	-	0,68	5,93	-24,62
Lombardia	4,88	0,33	0,47	0,08	0,03	0,02	5,81	-19,89
PA Bolzano	2,25	-	0,35	0,23	-	-	2,83	9,74
Friuli VG	0,64	0,57	1,19	0,11	-	0,01	2,51	-3,78
PA Trento	-	0,06	0,02	-	-	0,01	0,09	-11,82
ITALIA	9,80	1,32	0,49	0,17	0,13	0,09	12,01	-9,05
NORD	8,75	1,28	0,88	0,25	0,01	0,08	11,25	-10,36
CENTRO	7,71	0,39	0,26	0,11	0,00	0,02	8,49	-10,37
SUD E ISOLE	12,58	1,96	0,08	0,10	0,38	0,17	15,27	-7,15

5. Consumo e spesa farmaceutica totale a carico del SSN (convenzionata e strutture sanitarie pubbliche)

Nel 2019 il consumo complessivo a carico del SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza da alcolica, dispensati sia dalle farmacie territoriali che acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, ammonta a quasi **286 DDD per 1 milione di abitanti die**, in riduzione del -1,25% rispetto al 2018, con una spesa pari a **13,5 euro per 100 abitanti**, in riduzione del -9% rispetto all'anno precedente (**Tabella I.28**). Il disulfiram assorbe quasi la metà dei consumi totali di questa categoria di farmaci prescritti a carico del SSN, con un totale di circa 137 DDD per 1 milione abitanti die (+8,3% rispetto al 2018), seguito per il 36% dal sodio oxibato, farmaco utilizzato solo nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche con un consumo di 102 DDD (-11,2% rispetto al 2018) e dall'acamprosato per l'10,3% con un consumo di quasi 30 DDD (-6,9% rispetto al 2018). Il sodio oxibato è il principio attivo con la spesa SSN complessiva più alta (72,6% della spesa nazionale per questa categoria di farmaci), in riduzione rispetto all'anno precedente (-11,3%), seguito dall'acamprosato (14,5% della spesa nazionale), sebbene con una spesa complessiva nettamente inferiore.

Tabella I.28 Consumo e spesa a carico del SSN per l'anno 2019

Principio attivo	DDD per 1 milione ab die 2019		Δ% 19-18	Spesa per 100 ab 2019		Δ% 19-18
	N.	%		€	%	
Disulfiram	136,91	47,87	8,30	0,85	6,31	3,54
Sodio oxibato	102,38	35,80	-11,16	9,80	72,63	-11,12
Acamprosato	29,54	10,33	-6,88	1,95	14,48	-8,50
Naltrexone	13,44	4,70	9,97	0,66	4,87	8,45
Metadoxina	2,74	0,96	-16,41	0,10	0,71	-29,01
Nalmefene	0,99	0,35	35,12	0,13	0,99	27,80
TOTALE	286,00	100,00	-1,25	13,49	100,00	-9,02

La riduzione dei consumi è attribuibile al decremento del consumo dei farmaci in regime di assistenza farmaceutica convenzionata (-10%) rispetto all'anno precedente. In totale, il 74% di tale consumo è attribuibile ai farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (comprendente anche la distribuzione diretta e la distribuzione per conto), mentre il restante 26% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico (**Tabella I.29, Figura I.24**).

Nel 2019 la spesa farmaceutica complessiva SSN (convenzionata e strutture sanitarie pubbliche) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta a circa **8,14 milioni di euro**. L'87,2% di tale valore è attribuibile agli acquisti effettuati dalle strutture sanitarie pubbliche (comprendente sia i consumi interni alla struttura che tramite la distribuzione diretta e la distribuzione per conto) e il restante 12,8% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico. Nel 2019 la spesa SSN per questa categoria di farmaci si è ridotta rispetto all'anno precedente (-9%), riduzione attribuibile alla riduzione sia della spesa da parte delle strutture sanitarie pubbliche (-9,1%) che della spesa farmaceutica convenzionata (-8,8%) (**Tabella I.30, Figura I.25**).

Tabella I.29 Consumo (DDD per 1 milione ab die) dei farmaci a carico del SSN nel periodo 2014-2019

Anno	Convenzionata	Strutture Sanitarie pubbliche	Totale SSN	% Convenzionata	% Strutture sanitarie pubbliche
2014	82,21	227,45	309,66	27	73
2015	72,50	214,98	287,48	25	75
2016	78,54	211,18	289,72	27	73
2017	90,06	216,39	306,45	29	71
2018	83,48	206,14	289,62	29	71
2019	75,13	210,87	286,00	26	74
var % 19-18	-10,00	2,29	-1,25		

Figura I.24 Trend dei consumi (DDD per 1 milione ab die) su base annuale a carico del SSN nel periodo 2014-2019

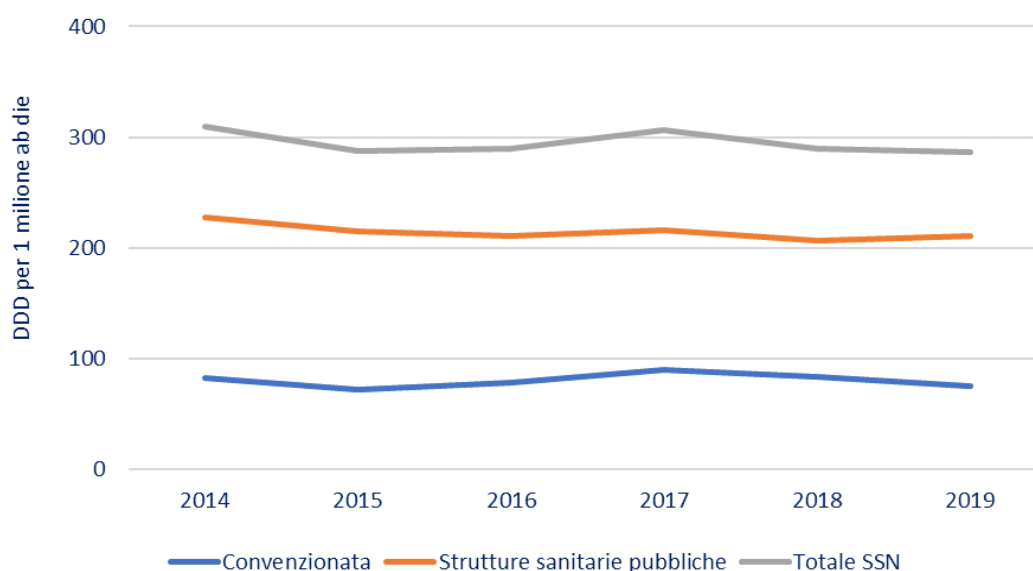
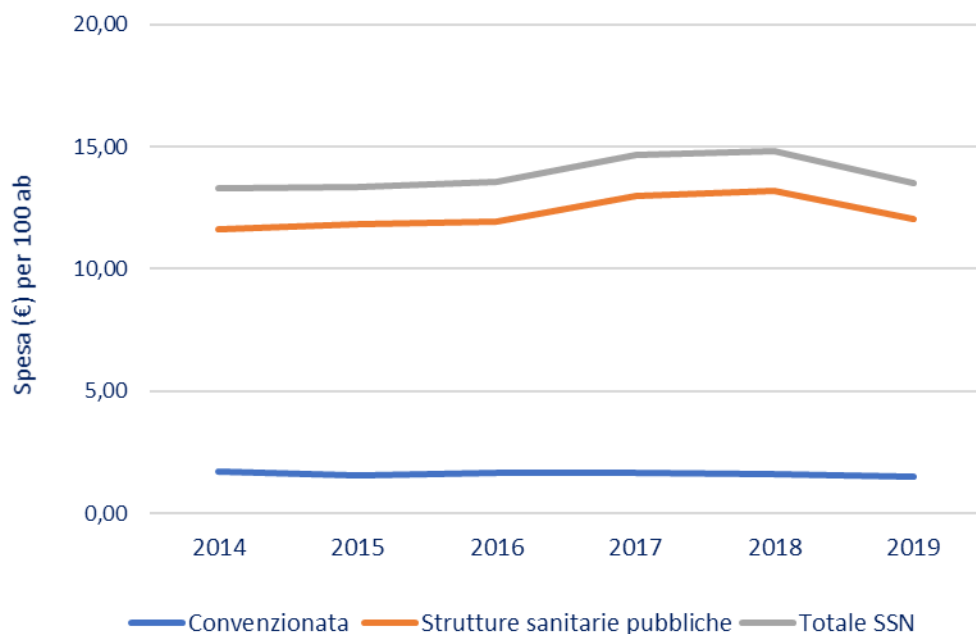


Tabella I.30 Spesa per 100 abitanti a carico del SSN nel periodo 2014-2019

Anno	Convenzionata	Strutture sanitarie pubbliche	Totale SSN	% Convenzionata	% Strutture sanitarie pubbliche
2014	1,70	11,59	13,30	12,81	87,19
2015	1,55	11,82	13,37	11,58	88,42
2016	1,64	11,92	13,56	12,09	87,91
2017	1,66	12,98	14,64	11,35	88,65
2018	1,62	13,21	14,83	10,93	89,07
2019	1,48	12,01	13,49	10,95	89,05
var % 19-18	-8,80	-9,05	-9,04		

Figura I.25 Andamento della spesa a carico del SSN nel periodo 2014-2019



Se si prende in considerazione la distribuzione regionale dei consumi (**Tabella I.31**), al Nord si consumano più dosi di farmaci rispetto al Centro e al Sud, rispettivamente 341,36 DDD per 1 milione di abitanti die vs 233,56 DDD e 239,44 DDD. In particolare, la Valle d'Aosta è la regione che registra il consumo più alto (851,31 DDD per 1 milione di abitanti die), seguita dal Piemonte (489,42 DDD) e l'Emilia Romagna (475,41 DDD).

Considerando la corrispondente spesa regionale per 100 abitanti (**Tabella I.32**), le regioni del Sud registrano valori di spesa più alti rispetto alle regioni del Nord e del Centro. La Valle d'Aosta è la regione con la spesa più alta (58,3 euro per 100 abitanti), in aumento dell'11,8% rispetto all'anno precedente, seguita dal Piemonte (26,5 euro per 100 abitanti) e dalla Basilicata (26,4 euro per 100 abitanti), entrambe con una spesa per 100 abitanti in riduzione rispetto al 2018.

Tabella I.31 Consumo (DDD per 1 milione di abitanti die) dei farmaci a carico del SSN per regione nell'anno 2019 in ordine decrescente

Regione	N. DDD per 1 milione di abitanti die						Totale	Δ% 19-18
	Disulfiram	Sodio Oxibato	Acamprosato	Naltrexone	Metadoxina	Nalmefene		
Valle d'Aosta	263,27	558,91	25,56	-	-	3,57	851,31	17,83
Piemonte	201,09	224,94	43,66	18,11	1,62	-	489,42	11,23
E. Romagna	269,48	125,94	53,70	22,96	3,33	-	475,41	-6,19
Sardegna	167,94	116,00	72,44	15,45	3,84	-	375,67	-11,23
PA Trento	371,81	<0,01	1,87	0,85	0,14	-	374,67	0,06
Basilicata	71,71	229,59	50,16	4,35	3,41	-	359,21	-5,64
Molise	101,17	167,71	34,64	47,11	5,79	-	356,42	-15,64
Veneto	249,97	58,71	12,68	10,82	1,69	-	333,86	8,93
Umbria	219,96	62,79	13,69	14,91	0,63	-	311,97	4,88
Friuli VG	278,72	6,48	9,68	7,52	0,64	-	303,04	5,79
Campania	19,75	218,92	16,12	4,00	4,40	9,87	273,07	-10,14
Toscana	181,84	65,28	17,76	7,54	0,00	0,04	272,46	0,02
Lombardia	157,59	51,11	19,97	9,15	0,51	0,19	238,52	1,29
Liguria	144,78	25,51	34,36	12,99	20,29	-	237,94	-15,81
Calabria	101,55	102,69	18,77	2,45	7,56	2,23	235,25	-22,39
Marche	70,25	127,57	24,68	7,00	3,60	0,10	233,19	-0,51
Lazio	33,99	83,80	33,45	43,16	0,46	-	194,87	-6,34
Puglia	40,90	119,72	17,07	3,96	8,17	-	189,82	-0,68
Sicilia	60,60	62,63	57,58	8,29	0,18	-	189,27	6,81
Abruzzo	49,04	92,24	35,92	8,56	2,46	-	188,22	-10,00
PA Bolzano	130,19	23,85	20,10	10,87	-	-	185,01	25,07
ITALIA	136,91	102,38	29,54	13,44	2,74	0,99	286,00	-1,25
NORD	207,61	89,94	28,06	13,11	2,54	0,08	341,36	2,38
CENTRO	100,15	81,93	25,79	24,93	0,73	0,03	233,56	-2,23
SUD E ISOLE	58,90	132,63	33,95	6,85	4,25	2,86	239,44	-7,39

Tabella I.32 Spesa regionale per 100 abitanti a carico del SSN per l'anno 2019 in ordine decrescente

Regione	Spesa per 100 abitanti SSN 2019 (€)						Totale	Δ% 18-19
	Acamprosato	Disulfiram	Metadoxina	Nalmefene	Naltrexone	Sodio Oxibato		
Valle d'Aosta	1,50	1,10	-	0,54	-	55,20	58,34	11,83
Piemonte	2,61	1,22	0,05	-	0,48	22,09	26,45	-3,04
Basilicata	3,00	0,41	0,19	-	0,28	22,51	26,39	-7,45
Campania	0,95	0,12	0,16	1,32	0,17	20,90	23,62	-9,71
Molise	2,08	0,60	0,22	-	3,26	14,93	21,09	-19,67
Emilia R	3,28	1,90	0,05	-	0,79	12,34	18,37	-17,73
Sardegna	4,50	1,00	0,19	-	0,49	10,35	16,52	-2,83
Marche	2,14	0,51	0,09	0,02	0,44	11,78	14,97	-11,80
Lazio	2,95	0,20	0,02	-	2,96	8,01	14,13	-6,05
Puglia	1,00	0,27	0,31	-	0,21	11,61	13,40	-4,21
Calabria	1,17	0,62	0,31	0,34	0,16	9,62	12,22	-21,12
Abruzzo	2,12	0,29	0,09	-	0,54	8,88	11,91	-7,94
Sicilia	3,47	0,38	0,01	-	0,35	5,82	10,03	8,27
Umbria	0,85	1,44	0,02	-	0,51	5,65	8,47	3,44
Toscana	1,06	1,02	-	0,01	0,20	6,10	8,39	-18,93
Veneto	0,74	1,58	0,06	-	0,28	5,58	8,24	1,85
Lombardia	1,59	0,94	0,02	0,03	0,52	4,88	7,98	-17,77
Liguria	2,03	0,91	0,68	-	0,59	2,47	6,68	-21,89
PA Bolzano	1,77	0,59	-	-	0,35	2,25	4,97	6,31
Friuli VG	0,57	1,78	0,01	-	0,42	0,64	3,41	-8,73
PA Trento	0,14	2,20	0,01	-	0,06	-	2,41	-7,81
ITALIA	1,95	0,85	0,10	0,13	0,66	9,80	13,49	-9,02
NORD	1,83	1,31	0,08	0,01	0,50	8,75	12,48	-10,54
CENTRO	2,08	0,60	0,02	0,00	1,56	7,71	11,97	-9,76
SUD E ISOLE	2,05	0,36	0,17	0,39	0,32	12,58	15,87	-6,89

6. Consumo e spesa SSN per principio attivo

Nell'anno 2019 il **disulfiram**, medicinale utilizzato come coadiuvante nella disassuefazione da alcol, figura come prima voce in termini di consumo rispetto ai medicinali appartenenti alla stessa categoria terapeutica (**Tabella I.28**), con la maggior parte delle dosi erogate in regime di assistenza convenzionata. Infatti, il consumo di disulfiram ammonta a circa 61 DDD per 1 milione di abitanti die in ambito territoriale e rappresenta la seconda voce, dopo il sodio oxibato, per consumo nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche con circa 176 DDD per 1 milione di abitanti die, sebbene rispetto all'anno precedente, si sia verificato una riduzione dei consumi in ambito territoriale e un aumento nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche (**Tabella I.22**, **Tabella I.25**).

L'**acamprosato** mostra nel 2019 un andamento in riduzione rispetto al 2018 sia in termini di consumi (-7%) che di spesa (-11%) a carico del SSN (**Tabella I.30**), sia per quanto riguarda l'assistenza convenzionata (**Tabella I.22**), che per gli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche (**Tabella I.25**).

La **metadoxina**, sebbene registri un consumo ridotto rispetto agli altri farmaci della stessa categoria, presenta nel 2019 una forte riduzione rispetto all'anno precedente sia in termini di consumi (-16%%) che di spesa a carico del SSN (-29%) (**Tabella I.28**).

Il **sodio oxibato**, medicinale utilizzato esclusivamente nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, si conferma anche nel 2019 al primo posto per consumo e spesa in ambito ospedaliero, sebbene entrambi i valori siano in riduzione rispetto all'anno precedente (-11%) (**Tabella I.28**).

Il **nalmefene**, sebbene registri già un consumo molto ridotto rispetto agli altri farmaci della stessa categoria, ha registrato nel 2019 una variazione positiva sia dei consumi (+35%) che della spesa (+28%) a carico del SSN (**Tabella I.28**).

Per quanto riguarda il **naltrexone**, anche i dati relativi all'anno 2019 confermano l'andamento in costante crescita per questo principio attivo, sia in termini di consumo (+10%) che di spesa (+8,5%) a carico del SSN (**Tabella I.28**), aumenti che hanno interessato sia gli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche (**Tabella I.25**) che l'assistenza convenzionata tramite il canale delle farmacie aperte al pubblico (**Tabella I.22**). Tuttavia, è necessario leggere con cautela questi dati, in quanto trattandosi di un medicinale autorizzato, oltre che per il trattamento della dipendenza alcolica, anche per il trattamento della dipendenza da oppiacei (principale motivazione di consumo di questo medicinale), le analisi indicate nel presente documento rappresentano una sovrastima dell'utilizzo nell'indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica, poiché non è possibile disporre dei dati di consumo in funzione di una specifica indicazione terapeutica.

7. Acquisto privato a carico del cittadino

Nel 2019 il consumo delle confezioni di farmaci di classe C acquistate privatamente da parte del cittadino per il trattamento della dipendenza alcolica è stato pari a quasi **30 DDD per 1 milione di abitanti die**, quota in aumento di circa il 2% rispetto all'anno precedente e con una incidenza pari al 9,5% sul consumo totale. La maggior parte del consumo privato è rappresentato dal disulfiram (75,2%) e per la restante parte dall'acamprosato (15,3%) e dal naltrexone (9,6%). La corrispondente spesa a carico del cittadino si è attestata su un valore di quasi a **0,75 euro per 100 abitanti**, in aumento del 44% rispetto all'anno precedente e con una incidenza pari al 5,2% sulla spesa totale rilevata per questa categoria di farmaci. Più della metà della spesa per l'acquisto privato (54%) era relativo all'acamprosato, mentre quasi il 28% e il 18% erano relativi rispettivamente al naltrexone e al disulfiram (**Tabella I.33**).

Tabella I.33 Consumo e spesa dei farmaci in acquisto privato (a carico del cittadino) per l'anno 2019

Principio attivo	DDD per 1 milione ab die 2019		Δ% 19-18	incidenza % sul totale molecola	Spesa per 100 ab 2019		Δ% 19-18	Incidenza % sul totale molecola
	N.	%			€	%		
Disulfiram	22,56	75,17	-9,74	14,15	0,13	17,90	-9,74	13,54
Acamprosato	4,58	15,28	63,52	13,43	0,40	54,21	63,52	17,14
Naltrexone	2,87	9,56	80,39	17,59	0,21	27,89	70,09	24,01
Metadoxina	-	-	-	-	-	-	-	-
Nalmefene	-	-	-	-	-	-	-	-
Sodio oxibato	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	30,01	100,00	2,12	9,50	0,75	100,00	44,13	5,23

Se si considera la distribuzione regionale dei consumi per i farmaci di fascia C per il trattamento della dipendenza alcolica acquistati privatamente dal cittadino (**Tabella I.34**) emerge che la Liguria registra il consumo più alto, con 45,49 DDD per 1 milione di abitanti die (il 16% del consumo totale nazionale), seguita dalla Lombardia con 44,6 DDD (il 15,8% del consumo nazionale) e dal Lazio con 41,8 DDD (il 17,7% del consumo nazionale); per tutte le regioni, ad eccezione del Lazio e delle Marche, il disulfiram è stato il farmaco maggiormente acquistato. In generale, le regioni del Sud registrano una quota di acquisto privato inferiore (8%) rispetto alle regioni del Centro (10,6%) e del Nord (9,9%).

Se si considera la spesa regionale per 100 abitanti (**Tabella I.35**) emerge che il Lazio è la regione con il valore di spesa più alto per i farmaci acquistati privatamente dal cittadino (2,15 euro), in forte aumento rispetto all'anno precedente (>100%) e con una incidenza del 13,2% rispetto alla spesa regionale totale per questa categoria di farmaci, segue il Piemonte con una spesa di 1,32 euro (incidenza del 4,8%) e le Marche con una spesa di 1,26 euro (incidenza del 7,8%).

Tabella I.34 Consumo (DDD per 1 milione ab die) regionale dei farmaci acquistati privatamente dal cittadino nel 2019 in ordine decrescente

Regione	N. DDD per 1 milione ab die			Totale	Δ% 19-18	Incidenza %
	Acamprosato	Disulfiram	Naltrexone			
Liguria	1,76	39,65	4,08	45,49	-32,65	16,05
Lombardia	1,94	38,73	3,92	44,59	17,44	15,75
Lazio	19,89	17,88	4,05	41,83	>100	17,67
Valle d'Aosta	0,59	39,52		40,12	-41,99	4,50
Piemonte	9,80	25,47	4,27	39,53	-28,52	7,47
PA Trento	-	31,94	1,88	33,82	3,79	8,28
Calabria	0,91	30,99	0,80	32,71	-17,58	12,21
Basilicata	1,02	28,97	2,25	32,24	20,47	8,24
Sardegna	2,73	27,12	2,03	31,87	3,93	7,82
Veneto	2,02	27,72	1,92	31,67	-23,20	8,66
PA Bolzano	-	29,57	0,54	30,11	-59,96	14,00
Molise	4,13	25,55	-	29,69	1,16	7,69
Friuli VG	1,89	25,53	1,33	28,75	-5,90	8,67
Emilia R	3,54	21,11	1,87	26,52	23,29	5,28
Campania	0,99	13,97	6,17	21,13	12,73	7,18
Abruzzo	1,52	16,19	2,12	19,82	-13,54	9,53
Toscana	1,72	14,32	2,18	18,21	-29,42	6,27
Puglia	2,01	13,88	2,01	17,91	3,20	8,62
Marche	13,60	-	0,78	14,39	>100	5,81
Sicilia	2,79	9,60	0,25	12,65	-22,57	6,26
Umbria	0,54	-	2,06	2,60	>100	0,83
ITALIA	4,58	22,56	2,87	30,01	2,12	9,50
NORD	3,40	30,99	3,07	37,45	-8,37	9,89
CENTRO	11,79	13,07	2,88	27,74	78,49	10,62
SUD E ISOLE	1,85	16,39	2,57	20,81	-3,47	8,00

Tabella I.35 Spesa regionale per 100 abitanti per i farmaci acquistati privatamente dal cittadino nel 2019 in ordine decrescente

Regione	Spesa per 100 abitanti 2019 (€)			Totale	Δ% 19-18	Incidenza %
	Acamprosato	Disulfiram	Naltrexone			
Lazio	1,75	0,11	0,29	2,15	>100	13,21
Piemonte	0,86	0,15	0,30	1,32	-34,22	4,75
Marche	1,20	-	0,06	1,26	>100	7,75
Liguria	0,16	0,23	0,33	0,72	-66,50	9,75
Lombardia	0,17	0,23	0,28	0,68	50,28	7,81
Campania	0,09	0,08	0,43	0,60	>100	2,48
Emilia R	0,31	0,12	0,14	0,58	54,34	3,05
Sardegna	0,24	0,16	0,15	0,55	31,17	3,22
Molise	0,36	0,15	-	0,52	>100	2,38
Veneto	0,18	0,16	0,14	0,48	-0,52	5,55
Friuli VG	0,17	0,15	0,10	0,42	-37,49	10,96
Basilicata	0,09	0,17	0,16	0,42	62,53	1,56
Puglia	0,18	0,08	0,15	0,41	22,84	2,94
Toscana	0,15	0,08	0,17	0,40	2,10	4,58
Abruzzo	0,13	0,10	0,15	0,38	-1,05	3,09
PA Trento	-	0,19	0,16	0,35	26,61	12,77
Sicilia	0,25	0,06	0,02	0,33	10,58	3,16
Calabria	0,08	0,18	0,06	0,32	-3,39	2,58
Valle d'Aosta	0,05	0,23	-	0,29	-75,91	0,49
PA Bolzano	-	0,17	0,04	0,21	-72,73	4,10
Umbria	0,05	-	0,16	0,21	>100	2,45
ITALIA	0,40	0,13	0,21	0,75	44,13	5,23
NORD	0,30	0,18	0,22	0,71	-13,67	5,35
CENTRO	1,04	0,08	0,21	1,33	>100	9,99
SUD E ISOLE	0,16	0,10	0,18	0,44	52,81	2,72

8. Caratteristiche della popolazione in trattamento per la dipendenza alcolica

L'obiettivo di questa sezione è quello di fornire, nell'ambito dell'assistenza convenzionata, una descrizione delle caratteristiche della popolazione di pazienti in trattamento con i farmaci per la terapia della dipendenza alcolica (distribuzione per età, sesso e regione); a questo scopo è stata analizzata l'eventuale co-prescrizione con uno o più farmaci appartenenti ad altre categorie farmaco-terapeutiche per i pazienti in trattamento con i farmaci per la dipendenza alcolica. Per condurre tale analisi sono stati presi in esame i dati relativi all'utilizzazione dei medicinali nel singolo paziente provenienti dal flusso delle prescrizioni farmaceutiche in regime di convenzionata (c.d. Tessera Sanitaria). I dati utilizzati sono relativi a tutte le Regioni italiane.

Complessivamente, nel 2019, è stata registrata una prevalenza d'uso dei farmaci per la terapia della dipendenza alcolica pari al **0,22 per 1000 abitanti**, con differenze per sesso e regione.

Se si considera la distribuzione regionale dei pazienti in terapia per la dipendenza alcolica (n=13.288) per fascia di età, il numero di pazienti aumenta all'aumentare dell'età, fino a raggiungere il valore massimo nella fascia 45-54 anni di età (32% degli utilizzatori totali); l'età media dei pazienti è di 51 anni, con un *range* va da un minimo di 47,7 anni della Sicilia a un massimo di 56,4 anni del Friuli V.G. (**Tabella I.36**). Per quanto riguarda la distribuzione regionale dei pazienti, la Lombardia è la regione in cui si concentra la maggior parte dei pazienti (20% del totale), la Valle d'Aosta registra il minor numero di pazienti in trattamento (0,1%). In generale, non sono state osservate differenze rilevanti per la distribuzione percentuale dei pazienti per fascia di età tra le diverse regioni (**Figura I.26**).

Per quanto riguarda la distribuzione dei pazienti in base al genere, il 72% erano maschi, mentre il 28% femmine; la regione che mostra il più ampio divario tra i due generi è la Campania (15% femmine vs 85% maschi), mentre la Valle d'Aosta è la regione che registra il divario minore (60% femmine vs 40% maschi); quest'ultima è anche la regione che fa registrare la proporzione maggiore di femmine, rispetto alle altre regioni (**Figura I.27**).

Tabella I.26 Distribuzione dei pazienti per regione e fascia di età nell'anno 2019

Regione <i>età media (aa)</i>	N. pazienti (%)							TOTALE
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>74	
Piemonte <i>50,67</i>	15 (1)	82 (7)	233 (20)	425 (37)	278 (24)	99 (9)	30 (3)	1.162 (8,8)
Valle d'Aosta <i>53,20</i>	.	.	2 (20)	3 (30)	4 (40)	1 (10)	.	10 (0,1)
Lombardia <i>49,78</i>	54 (2)	224 (9)	574 (22)	877 (34)	556 (21)	244 (9)	71 (3)	2.600 (20,0)
PA Bolzano <i>55,79</i>	.	3 (3)	10 (12)	27 (31)	25 (29)	18 (21)	3 (3)	86 (0,6)
PA Trento <i>54,34</i>	3 (1)	25 (5)	63 (13)	135 (29)	160 (34)	63 (13)	20 (4)	469 (3,5)
Veneto <i>52,98</i>	10 (1)	56 (7)	148 (17)	255 (30)	219 (26)	123 (14)	38 (4)	849 (6,4)
Friuli VG <i>56,39</i>	2 (1)	9 (3)	46 (14)	76 (23)	105 (32)	70 (21)	19 (6)	327 (2,5)
Liguria <i>52,89</i>	3 (1)	30 (6)	78 (16)	167 (35)	106 (22)	66 (14)	23 (5)	473 (3,6)
E- Romagna <i>52,40</i>	8 (1)	40 (6)	120 (18)	206 (31)	170 (26)	89 (14)	22 (3)	655 (4,9)
Toscana <i>52,77</i>	8 (1)	54 (6)	182 (19)	302 (32)	233 (25)	96 (10)	67 (7)	942 (7,1)
Umbria <i>49,34</i>	5 (2)	23 (8)	70 (25)	92 (33)	62 (22)	22 (8)	8 (3)	282 (2,1)
Marche <i>50,98</i>	4 (1)	26 (8)	62 (19)	106 (33)	76 (24)	32 (10)	13 (4)	319 (2,4)
Lazio <i>50,01</i>	48 (2)	168 (8)	473 (23)	631 (31)	446 (22)	193 (9)	78 (4)	2.037 (15)
Abruzzo <i>52,43</i>	1 (0)	22 (6)	64 (19)	111 (32)	90 (26)	45 (13)	11 (3)	344 (2,6)
Molise <i>52,68</i>	.	7 (6)	25 (20)	40 (31)	36 (28)	13 (10)	6 (5)	127 (1,0)
Campania <i>50,66</i>	4 (2)	25 (9)	62 (23)	73 (28)	59 (22)	25 (9)	16 (6)	264 (2,0)
Puglia <i>50,04</i>	3 (1)	30 (10)	76 (24)	107 (34)	50 (16)	30 (10)	17 (5)	313 (2,4)
Basilicata <i>51,61</i>	.	10 (8)	21 (17)	46 (38)	28 (23)	14 (11)	3 (2)	122 (0,9)
Calabria <i>51,96</i>	5 (1)	32 (7)	89 (20)	128 (29)	110 (25)	51 (12)	20 (5)	435 (3,3)
Sicilia <i>47,72</i>	17 (3)	64 (12)	156 (28)	159 (29)	94 (17)	42 (8)	18 (3)	550 (4,1)
Sardegna <i>51,34</i>	14 (2)	63 (7)	179 (20)	291 (32)	229 (25)	95 (11)	30 (3)	901 (6,8)
Italia <i>51,16</i>	204 (2)	993 (7)	2.733 (21)	4.257 (32)	3.136 (24)	1.431 (11)	513 (4)	13.267 (100)

Figura I.26 Distribuzione % dei pazienti per regione e fasce di età nell'anno 2019

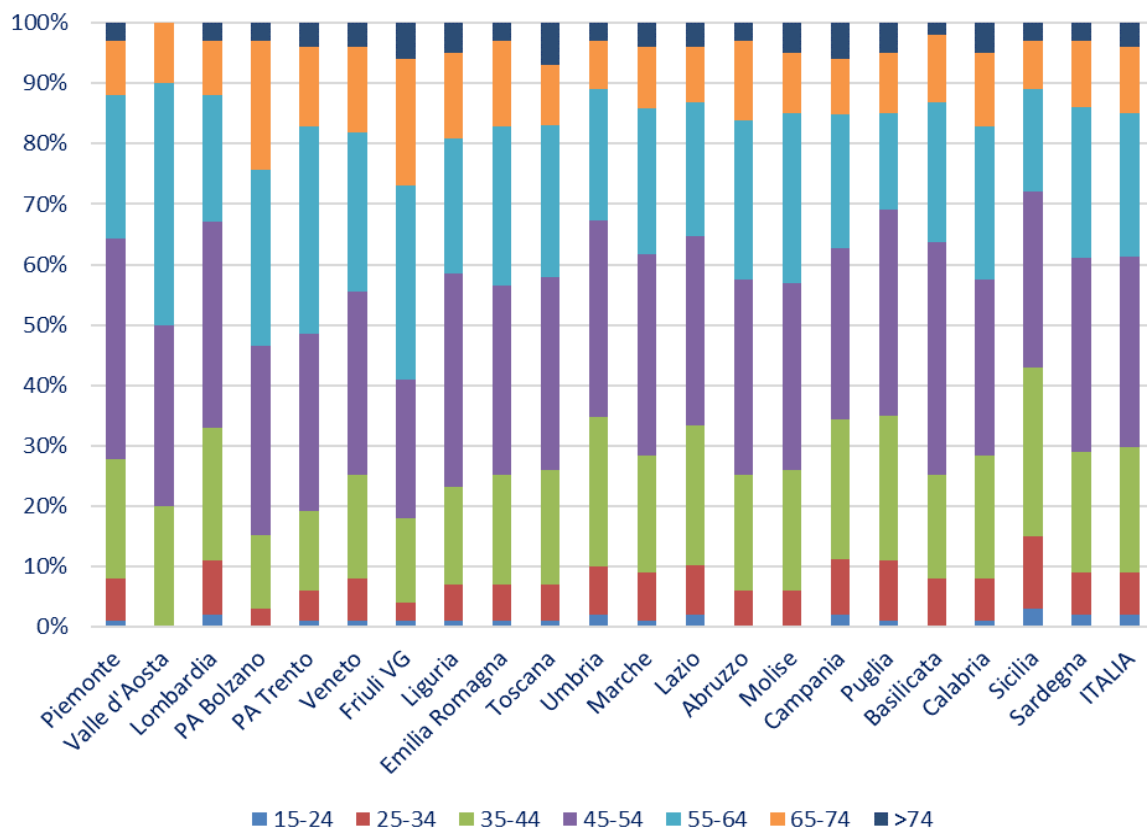
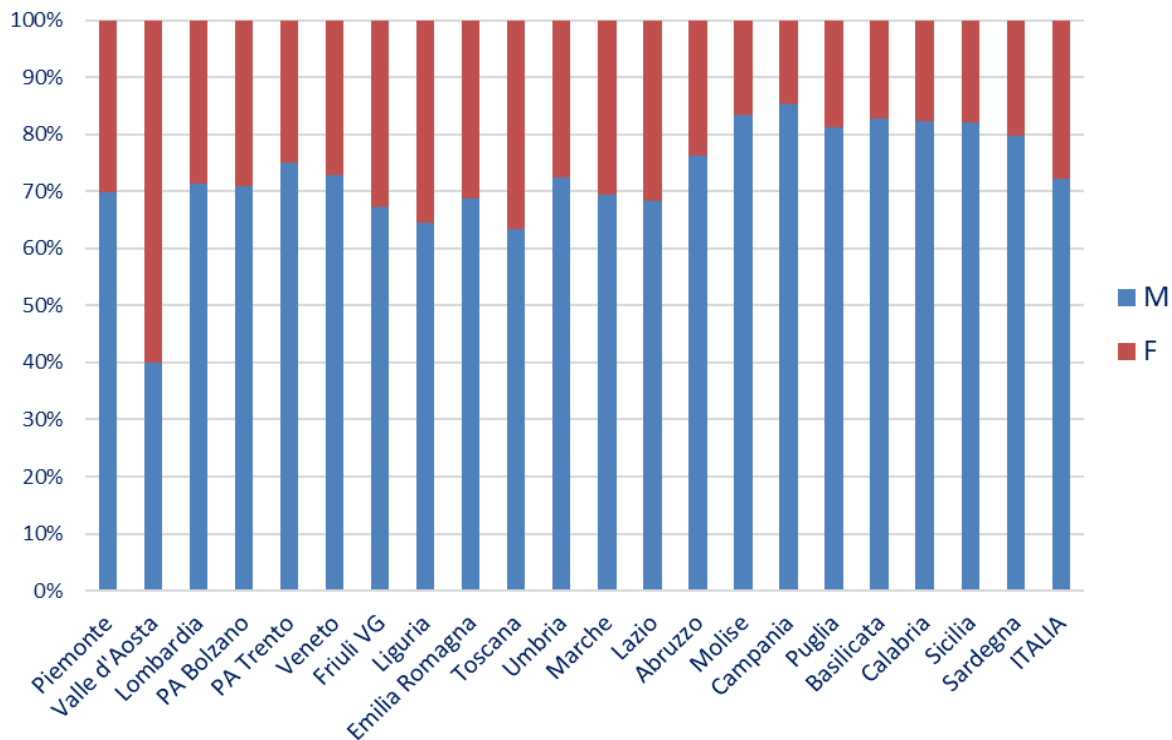
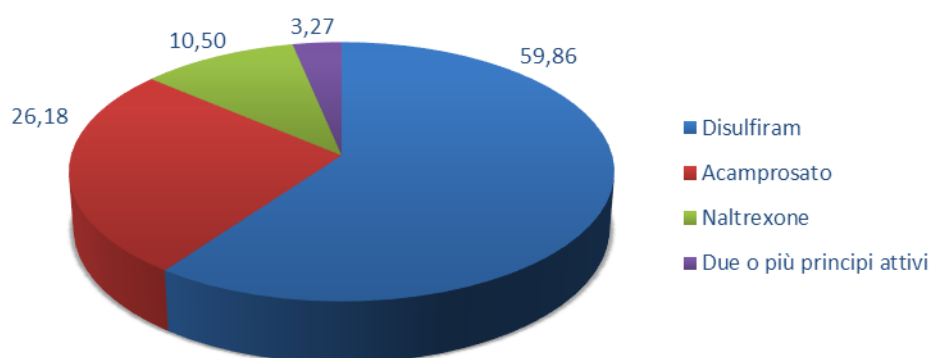


Figura I.27 Distribuzione % dei pazienti per regione e genere nell'anno 2019



Se si considera la distribuzione percentuale dei pazienti trattati per principio attivo, il farmaco più utilizzato in regime di assistenza convenzionata nel corso del 2019 è il disulfiram (60% del totale), seguito dall'acamprosato (26%) e dal naltrexone (11%); circa il 3% dei pazienti ha assunto nell'arco dell'anno più di un farmaco (**Figura I.28**).

Figura I.28 Distribuzione dei pazienti in trattamento per principio attivo nell'anno 2019



Nota: non sono riportati i principi attivi (metadossina, nalmifene) con una percentuale di pazienti trattati trascurabile (<0,2%)

Il numero medio di prescrizioni per i due farmaci più utilizzati è di 3,1 per il disulfiram e di 3,3 per l'acamprosato. Inoltre, la distribuzione del numero di prescrizioni nell'arco dell'anno mostra che il 25% dei pazienti riceve una sola prescrizione, la metà ne riceve fino a 2, il 75% dei pazienti fino a 4, e infine il 95% fino a 11 prescrizioni di farmaco in un anno (**Tabella I.37**).

Tabella I.37 Numero medio di prescrizioni, quartili e 95° percentile nel 2019 per pazienti in cura per dipendenza alcolica con i due principi attivi più prescritti

Principio attivo	n. medio prescrizioni	I quartile	mediana	III quartile	95°percentile
Acamprosato	3,3	1	2	4	11
Disulfiram	3,1	1	2	4	9

Nel corso del 2019 poco più di 12 mila pazienti (circa l'90,5% di tutti quelli che assumono farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica) hanno ricevuto almeno una prescrizione di un farmaco per il trattamento della dipendenza alcolica e almeno una prescrizione di un altro farmaco nell'arco dello stesso anno; la categoria farmaco-terapeutica più frequentemente co-prescritta è quella dei farmaci per il sistema nervoso (72% dei casi), seguita dalla prescrizione dei farmaci degli antimicrobici per uso sistemico (50%), dai farmaci per il sistema cardiovascolare (44%), dai farmaci del sistema muscolo-scheletrico (33%) (**Tabella I.38**).

Nell'ambito dei farmaci del sistema nervoso, gli antidepressivi rappresentano la prima categoria farmaco-terapeutica per frequenza di prescrizione (52% di tutte le co-prescrizioni di tutti i farmaci per il sistema nervoso). Seguono in ordine decrescente, i farmaci antiepilettici (37%), gli antipsicotici (28%) e gli analgesici oppioidi (10%).

Se si considera la distribuzione dei pazienti in trattamento con un farmaco per la terapia dell'alcolismo per fascia di età e numero di altre sostanze (ATC IV livello) prescritte durante l'anno, si osserva che all'aumentare dell'età aumenta il numero di categorie terapeutiche co-prescritte (**Figura I.29**), in accordo con quanto descritto in generale in merito all'uso dei farmaci nella popolazione italiana (L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2019); il 19,3% di tutti pazienti in trattamento assume anche più di 10 sostanze di classi terapeutiche diverse nell'arco dello stesso anno (**Figura I.30**).

Se si considera in particolare la co-prescrizione con i farmaci del sistema nervoso, non si osservano differenze rilevanti per le diverse fasce di età, ad eccezione dei soggetti più giovani (età <24 anni) che registrano una maggiore prevalenza, rispetto alle altre fasce di età, nelle categorie a maggiore co-prescrizione (5+ sostanze) (**Figura I.31**). In generale, nell'arco dell'anno circa l'12,4% dei pazienti assume almeno 5 sostanze appartenenti alla categoria dei farmaci del sistema nervoso (**Figura I.32**).

Tabella I.38 Distribuzione per categoria farmaco-terapeutica dei pazienti con una prescrizione di un farmaco per il trattamento della dipendenza alcolica e di almeno un altro farmaco nel corso del 2019 in ordine decrescente (N=12.022)

Categorie farmaco-terapeutiche		N. pazienti con una prescrizione di un farmaco per la terapia dell'alcolismo e almeno 1 altra prescrizione	% sul totale dei pazienti che hanno altre prescrizioni
N	Sistema nervoso di cui:	8.681	72,2
	<i>Antidepressivi</i>	6.259	52,1
	<i>Antiepilettici</i>	44.28	36,8
	<i>Antipsicotici</i>	3.332	27,7
	<i>Analgesici oppioidi</i>	1.211	10,1
	<i>Antiparkinsoniani</i>	363	3,0
	<i>Antiemeticici</i>	111	0,9
	<i>Anestetici locali</i>	68	0,6
	<i>Psicostimolanti</i>	37	0,3
	<i>Farmaci anti-demenza</i>	36	0,3
	<i>Altri analgesici ed antipiretici</i>	25	0,2
	<i>Ansiolitici</i>	14	0,1
	<i>Altri farmaci del sistema nervoso</i>	11	0,1
	<i>Ipnatici e sedativi</i>	8	0,1
	<i>Parasimpaticomimetici</i>	8	0,1
	<i>Farmaci usati nei disordini da assuefazione</i>	7	0,1
J	Antimicrobici per uso sistemico	6.064	50,4
C	Sistema cardiovascolare	5.280	43,9
M	Sistema muscolo-scheletrico	3.959	32,9
B	Sangue e organi emopoietici	3.158	26,3
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	2.571	21,4
R	Sistema respiratorio	2.275	18,9
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	814	6,8
D	Dermatologici	361	3
S	Organi di senso	275	2,3
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	223	1,9
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	140	1,2
V	Vari	70	0,6

Figura I.29 Distribuzione % dei pazienti con almeno una prescrizione di un farmaco per il trattamento della dipendenza alcolica per età e numero di altre sostanze (ATC IV livello) diverse da quelle per il trattamento della dipendenza nel corso del 2019 (N=12.022)

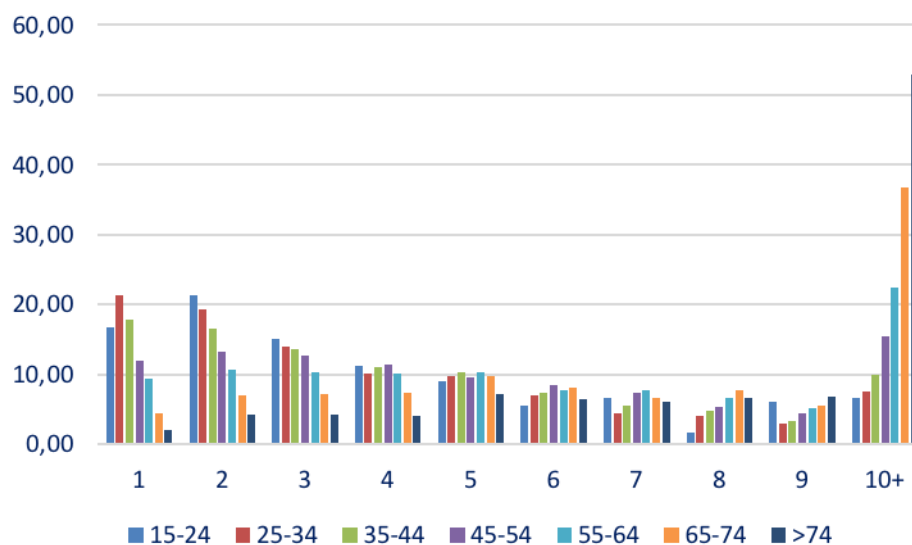


Figura I.30 Distribuzione % dei pazienti con almeno una prescrizione di un farmaco per il trattamento della dipendenza alcolica per numero di altre sostanze (ATC I livello) diverse da quelle per il trattamento della dipendenza alcolica nel corso del 2019 (N=12.022)

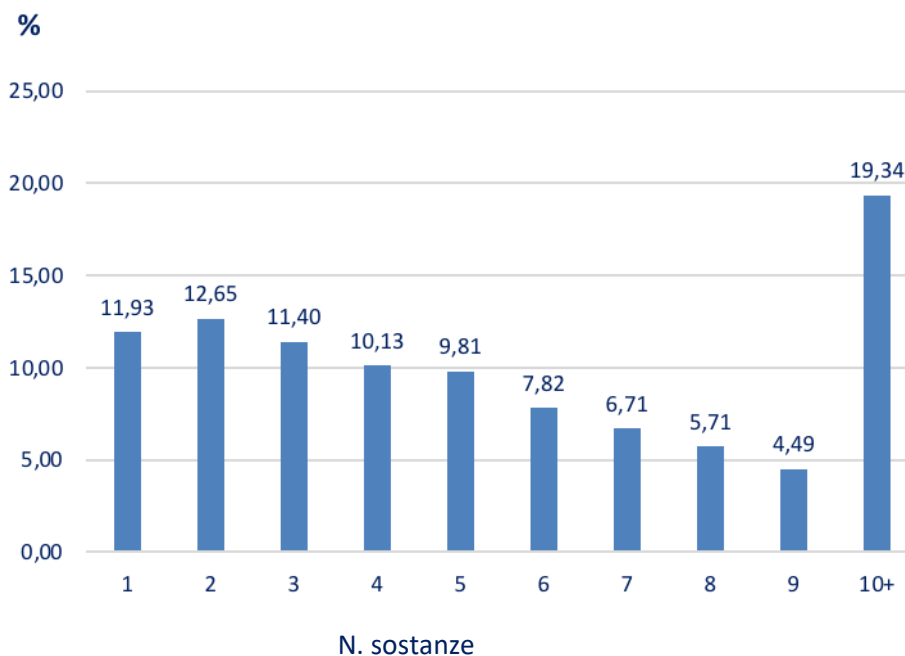


Figura I.31 Distribuzione % dei pazienti con almeno una prescrizione di un farmaco per il trattamento della dipendenza alcolica per età e numero di altre sostanze appartenenti alla categoria del Sistema Nervoso (ATC N) nel corso del 2019 (N=12.022)

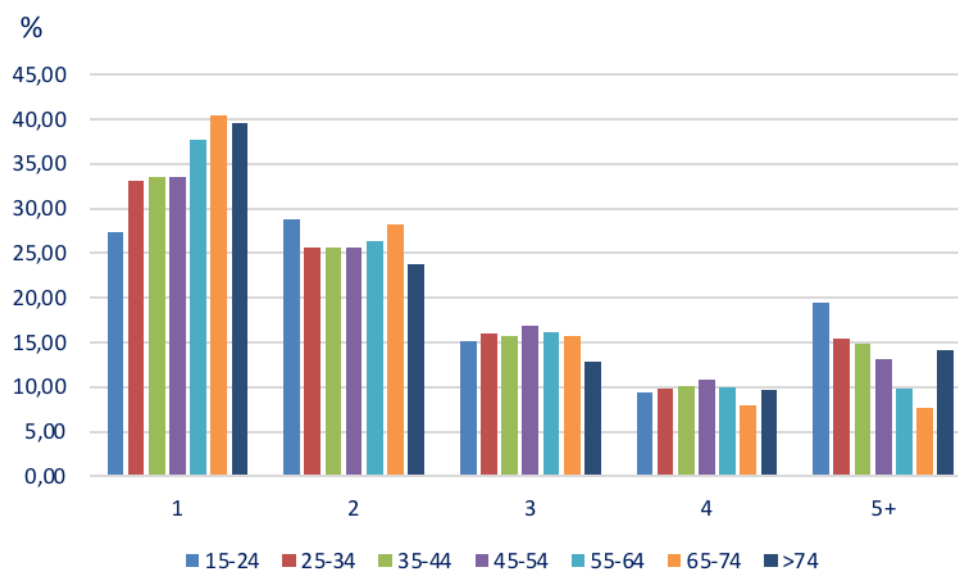
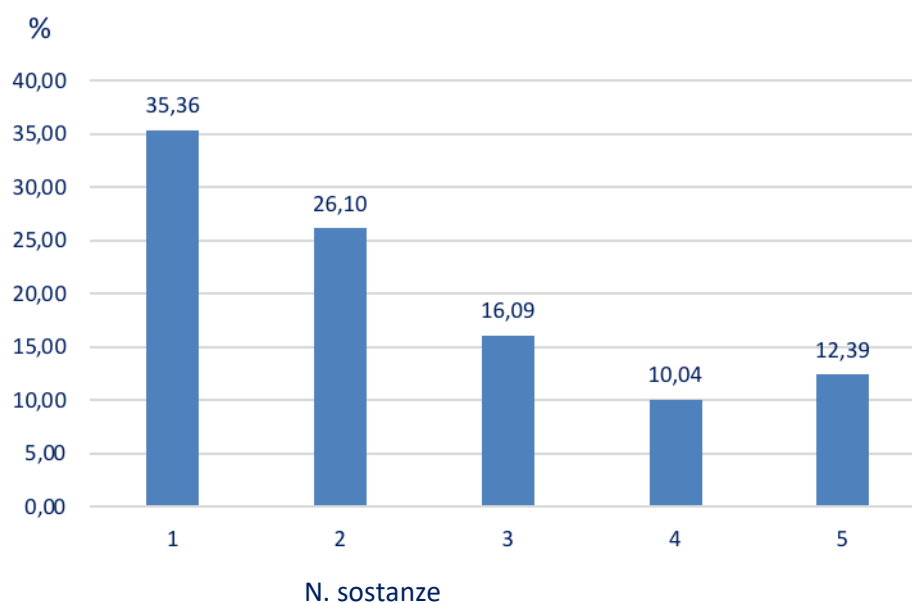


Figura I.32 Distribuzione % dei pazienti con almeno una prescrizione di un farmaco per il trattamento della dipendenza alcolica per numero di altre sostanze appartenenti alla categoria del Sistema Nervoso (ATC N) nel corso del 2019 (N=12.022)



9. Conclusioni

Come si evince dalle analisi, nel 2019 si registra, rispetto all'anno precedente, una lieve riduzione del consumo dei farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica (-1,25%), che si concentra in gran parte nell'ambito dell'assistenza convenzionata, a cui si associa una più marcata riduzione della spesa a carico del SSN (-9%).

Il sodio oxibato è il farmaco più utilizzato nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, mentre il disulfiram e l'acamprosato sono quelli più utilizzati nell'ambito dell'assistenza convenzionata.

I farmaci a base di disulfiram, acamprosato e naltrexone sono acquistati in parte anche privatamente dal cittadino, con una tendenza in aumento per quanto riguarda gli ultimi due principi attivi.

I pazienti in trattamento con i farmaci a base di disulfiram e acamprosato in regime di assistenza convenzionata sono per lo più maschi con un'età media di 51 anni.

I farmaci più frequentemente co-prescritti sono quelli del sistema nervoso, in particolare gli antidepressivi.

Questo dato è in linea con quanto è già noto, ovvero che la dipendenza alcolica si associa frequentemente a disturbi neuropsichiatrici, come depressione, disturbi bipolari e disturbi d'ansia.

Appare quindi evidente che l'utilizzo di farmaci per i disturbi alcol-correlati è indice di altre condizioni patologiche del sistema nervoso.

Pertanto andrebbe prevista una presa in carico complessiva per tali pazienti.

3. I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125

Introduzione

Con il D.M. 4 settembre 1996 “Rilevazione di attività nel settore dell'alcoldipendenza” sono state definite le modalità per la rilevazione, in collaborazione con le Regioni e le Province autonome, delle attività delle strutture pubbliche e private che si occupano del trattamento e recupero dei soggetti con problemi di alcolismo, in base a quanto previsto dal D.P.R. 309/90 e al D.M. 3 agosto 1993. Le finalità di tale rilevazione sono:

- istituire un'anagrafe dei servizi pubblici o dei gruppi di lavoro che erogano prestazioni socio-sanitarie in materia di alcoldipendenza, nonché degli enti del volontariato, del privato sociale o privati che collaborano, a vario titolo, con i servizi socio-sanitari in materia di alcoldipendenza.
- raccogliere i dati relativi agli utenti, ai trattamenti praticati e al personale operante in tali servizi.

Le informazioni contenute nei modelli di rilevazione, di cui al su indicato decreto, devono essere raccolte annualmente, ad opera delle Regioni, dalle aziende USL e dalle aziende ospedaliere, o per gli Enti convenzionati rilevate direttamente dalle Regioni, ed inviate, dopo le opportune verifiche, al Ministero della sanità il quale provvede ad elaborare e divulgare i dati raccolti.

Vengono rilevate le seguenti informazioni:

- dati anagrafici del servizio o gruppo di lavoro che eroga prestazioni socio-sanitarie in regime di assistenza diretta pubblica (modello ALC.01);
- caratteristiche del personale assegnato al servizio o gruppo di lavoro (situazione al 31 dicembre di ciascun anno) (modello ALC.02);
- utenti (nuovi, già in carico o rientrati) distribuiti per fasce di età e per sesso (modello ALC.03);
- utenti (nuovi, già in carico o rientrati) distribuiti per bevanda alcolica di uso prevalente e per sesso (modello ALC.04);
- tipologia di funzioni svolte dal servizio o gruppo di lavoro in relazione alle linee di indirizzo di cui al D.M. 3 agosto 1993 (modello ALC.05);
- utenti distribuiti per tipologia di trattamento (modello ALC.06);
- attività di collaborazione del servizio o gruppo di lavoro con enti del volontariato, del privato sociale o privati (modello ALC.07);
- dati strutturali e di attività relativi agli enti convenzionati che operano nel settore alcoldipendenza (a cura della Regione) (modello ALC.08).

Risultati della rilevazione statistica delle attività nel settore alcoldipendenza

ANNO 2019

Al 31.12.2019 sono stati rilevati circa 453 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza; **l'83,2% sono di tipo territoriale** (allegato: tab.1).

3.1 IL PERSONALE DEI SERVIZI

In totale nel 2019 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 4.288 unità di personale, la maggior parte delle quali **(84,0%) sono addette solo parzialmente** a tali attività (allegato: tab.2; graf.1).

Considerando la distribuzione del personale totale per ruolo professionale, limitando l'analisi ai profili direttamente coinvolti nel trattamento dell'alcoldipendenza, si osservano le proporzioni più alte, in ordine, per gli infermieri professionali (27,8%), per i medici (23,1%) e per gli psicologi (16,5%); la percentuale degli infermieri aumenta se si considerano solo gli addetti esclusivi (32,6%), mentre quella dei medici rimane all'incirca stabile, intorno al 23%, anche negli addetti parziali (allegato: graf. 2-3-4).

3.2 LE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELL'UTENZA

Nel 2019⁸ sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati **65.387 soggetti** (all. tab.3). Il **28,5%** dell'utenza complessiva è rappresentato da **utenti nuovi**; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.

La numerosità dell'utenza, tendenzialmente crescente nel tempo, negli anni più recenti si è stabilizzata sia nei nuovi utenti che in quelli già in carico e rientrati (all. graf.5).

Il rapporto M/F è pari a 3,3 per il totale degli utenti. A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati).

L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni (circa 29% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. **Il 74,6%** dell'utenza ha un'età compresa **tra i 30 e i 59 anni**, mentre i giovani al di **sotto dei 30 anni** rappresentano **il 7,7%** dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di **60 anni e oltre** pari al **17,8%** (all. tab.4).

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2019 si osserva che il 12,7% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale è pari al 5,7%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 37,7% per i nuovi utenti e il 50,3% per quelli già in carico.

Analizzando distintamente i due sessi si nota che l'utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 25,1% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 20,1% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 45,4% nei maschi e al 51,0% nelle femmine.

⁸E' importante sottolineare che le osservazioni seguenti, relative alle caratteristiche "demografiche" (sesso ed età) degli alcoldipendenti, riflettono presumibilmente le caratteristiche della popolazione generale da cui la sottopopolazione in esame (utenti dei servizi per l'alcoldipendenza) proviene e quindi andrebbero in qualche modo standardizzate rispetto ad un opportuno denominatore.

Nel tempo si è assistito ad un tendenziale invecchiamento dell'utenza, mentre negli anni più recenti si osserva una sostanziale stabilità dell'età media degli utenti (all. graf.6).

3.3 I CONSUMI ALCOLICI DELL'UTENZA

Nel 2019 la bevanda alcolica maggiormente consumata è il **vino (46,4%)**, seguito dalla birra (28,5%), dai superalcolici (10,5%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,7%) (all. tab.5; graf.7).

La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: il vino è utilizzato in genere più frequentemente al nord mentre la birra e i superalcolici al sud.

3.4 I MODELLI DI TRATTAMENTO

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2019 il **30,2%** degli utenti è stato sottoposto a **trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale**, il **25,7%** al **“counseling”** rivolto all'utente o alla famiglia, il **3,8%** è stato inserito in **gruppi di auto/mutuo aiuto**; per il **17,4%** si è scelto un **trattamento socio-riabilitativo**, mentre l'inserimento in **comunità** di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il **3,0%** degli alcolodipendenti; i **trattamenti psicoterapeutici** sono stati attivati per il **12,8%** degli utenti. Il **ricovero** ha riguardato il **3,4%** del totale degli utenti rilevati (2,2% in istituti pubblici, 1,2% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (all. tab.6-7; graf.8).

4 LE ASSOCIAZIONI DI AUTO MUTUO AIUTO

Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali (AICAT)

L'AICAT è un'associazione di volontariato che promuove e coordina le attività delle reti territoriali dei Club Alcolologici Territoriali (già Club degli Alcolisti in Trattamento). E' stata costituita nel 1990 per sostenere il processo di crescita e di diffusione dei Club, nati in Croazia nel 1964 e arrivati in Italia nel 1979, grazie al diretto impegno del Prof. Vladimir Hudolin, neuropsichiatra dell'Università di Zagabria. Il Metodo Hudolin, nel tempo si è evoluto nell'Approccio Ecologico Sociale ai problemi alcol correlati e complessi, pone le basi scientifiche e umanistiche nella psichiatria sociale, nella teoria generale dei sistemi e della complessità, nella cibernetica, nel lavoro di rete. Inoltre va in sintonia con tutti i documenti, risoluzioni, piani di azione emanati dall'OMS a partire dal 1978 con la Dichiarazione di Alma Ata che sanciva la centralità del lavoro nel territorio e del protagonismo dei cittadini nei programmi di promozione della salute.

I Club, definiti comunità multifamiliari, sono momenti di incontro settimanale tra persone e famiglie della comunità, nati e ampiamente sperimentati per affrontare i problemi di alcol, oggi capaci di accogliere tutte le difficoltà e le sofferenze, dirette e indirette, legate ad altri stili di vita a rischio (fumo, droghe, azzardo, internet addiction, etc...) e agli squilibri ecologico sociali delle comunità. Promuovono la partecipazione diretta e responsabile di tutti i membri della famiglia e della rete relazionale prossima, stimolando, in un clima di solidale empatia e di condivisione, ogni partecipante in un processo di cambiamento di stile di vita, di crescita e maturazione relazionale, emozionale, culturale, spirituale.

Le famiglie considerate prima in difficoltà, con il cambiamento del proprio stile di vita, diventano risorse per se stesse e per tutta la comunità nella quale sono inserite aumentandone il capitale sociale. Diventano, infatti, protagoniste di azioni di promozione e protezione della salute e del benessere sociale, migliorando la qualità delle relazioni e dei valori umani e sociali nella propria comunità.

Ogni Club prevede la presenza anche di una "servitore-insegnante" ovvero una persona specificatamente sensibilizzata, formata e aggiornata ai principi dell'approccio ecologico sociale che si mette a servizio del bene comune stimolando, insieme a tutto il Club, il processo di crescita individuale, familiare, comunitario.

I Club sono presenti su tutto il territorio nazionale, organizzati in circa 250 Associazioni territoriali (ACAT o APCAT), in 18 associazioni regionali (ARCAT) e in 2 associazioni provinciali (APCAT) quelle di Trento e a Bolzano.

Attività e Servizi promossi e sostenuti da AICAT e dalle ARCAT regionali socie

- **I Congressi:** AICAT promuove ogni anno il Congresso Nazionale delle famiglie e dei servitori insegnanti dei CAT ed il Congresso di Spiritualità antropologica e di Ecologia sociale ad Assisi.
- **Forum nazionali di EEC:** AICAT organizza ogni anno 2 Forum EEC (Educazione Ecologica Continua) uno a marzo e l'altro a novembre con l'obiettivo di promuovere il confronto e la formazione rispetto alla metodologia.
- Nelle varie regioni sono sviluppati n. 30 **Corsi di sensibilizzazione** (di 50 ore) **sull'approccio ecologico sociale ai problemi alcol correlati (Metodo Hudolin).**
- N. 10 **corsi monotematici e seminari di approfondimento di tematiche specifiche.**
- N. 50 **aggiornamenti territoriali per i servitori insegnanti.**
- N. 500 **scuole alcolologiche** di primo e secondo modulo rivolte alle famiglie e ai CAT.
- Numerose **scuole alcolologiche** di terzo modulo, eventi ed iniziative di informazione e sensibilizzazione della Comunità.
- N. 150 **interclub** provinciali e regionali rivolti alla Comunità.
- Numerosi **eventi di informazione e sensibilizzazione** realizzati in collaborazione con il mondo scolastico.

- La **Banca Dati**: dal 2004 al 2016 l'AICAT ha sviluppato, in collaborazione con le ARCAT, una periodica rilevazione per fotografare le attività svolte nelle diverse regioni d'Italia da Club, servitori insegnanti, ACAT, ARCAT.
- Il **Numero Verde**: **800 974 250**
- Il **Sito Web**: **www.aicat.net**

Collaborazioni

- Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Salute
- Istituto Superiore di Sanità – Osservatorio Nazionale sull'Alcol
- MIUR - Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
- SIA (Società Italiana di Alcolologia).
- Forum Nazionale 3° Settore
- CNV Centro Nazionale del Volontariato
- Rivista dei Club “Camminando Insieme”
- WACAT (Associazione Mondiale dei CAT)
- EURO CARE (network europeo per lo Studio e la Ricerca e l'Advocacy sull'alcol).
- La “Scuola Europea di Psichiatria ed Alcolologia Ecologica” per i programmi di formazione internazionale secondo il metodo di Hudolin.

L'organizzazione delle ARCAT

Le ARCAT sono le associazioni regionali dei Club con un compito organizzativo e di coordinamento dei Club e della ACAT della regione. Propongono eventi formativi e cercano di fare rete con le istituzioni locali.

Attività formativa per eccellenza, per la sensibilizzazione delle comunità e per la formazione dei Servitori Insegnanti, è il **Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi (Metodo Hudolin)**. Il Corso della durata di 50 ore si svolge all'interno di un'intera settimana. È rivolto ai membri di Club e alla Comunità in cui il Club è inserito. Ha l'obiettivo di sensibilizzare il territorio rispetto ai problemi alcolcorrelati, diffondere la conoscenza dei Club e formare nuovi Servitori Insegnanti (d'ora in poi SI) da inserire nei Club.

Ogni ARCAT è organizzata in APCAT o ACAT. Le APCAT fanno riferimento alle province, le ACAT a territori più piccoli.

Le ACAT e la diffusione dei Club in Italia

Considerata la varietà delle situazioni locali e le difficoltà organizzative di alcuni territori, non è facile avere un numero sempre preciso e aggiornato delle ACAT e dei Club. In generale su tutto il territorio nazionale si contano circa 250 ACAT e 2000 Club.

In generale negli anni le Associazioni hanno sviluppato e consolidato il lavoro di rete con le Organizzazioni, gli Enti locali e altre Associazioni del territorio. Più faticosa, discontinua e critica è risultata, invece, la collaborazione con i servizi sanitari e socio-sanitari, diventando nel tempo insufficiente in molte zone del territorio nazionale.

Questo elemento ha sicuramente influito sulla diminuzione del numero dei Club che si è osservata a partire dal 2001, passando da un Club ogni 25.000 abitanti circa nell'anno 2005, ad un Club ogni 30.000 abitanti nel 2015. Negli ultimi anni, grazie all'impegno delle ACAT e delle ARCAT, il numero dei Club sembra essersi stabilizzato nel Nord e Centro Italia. Si è lavorato molto, inoltre, per implementare i programmi nelle regioni del Sud e delle isole, grazie anche ad uno specifico e recente progetto finanziato dalla Fondazione con il Sud (“Sobrietà insieme nelle reti della salute”). Nelle regioni Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna e Sicilia si è osservato un aumento medio del numero di Club del 15-20%.

Criticità legate all'emergenza COVID

A partire dal marzo 2020 anche i programmi dei Club e delle reti associative hanno drasticamente subito le conseguenze del lockdown, dovendo necessariamente sospendere tutte le ordinarie attività, dagli incontri settimanali dei Club, a tutte le iniziative formative e di sensibilizzazione della comunità dove l'incontro in presenza, la vicinanza sociale e umana fatta di ascolto, scambio di emozioni e anche abbracci, costituiscono un valore portante.

Dopo un primo momento di disorientamento ed incertezza, per far fronte ai crescenti bisogni delle persone e delle famiglie partecipanti ai percorsi e programmi dei Club, i vari livelli associativi si sono impegnati per supplire alle carenze e alle difficoltà create da questa particolare situazione emergenziale, cercando di sviluppare quelle attività alternative possibili e consentite, nel rispetto delle normative. Sono state introdotte modalità digitali, stimolando una parte di popolazione non così regolarmente abituata ad utilizzarle, introducendo incontri online attraverso vari social e piattaforme, per poter permettere al sistema dei Club di stare in relazione e di continuare a sviluppare momenti di stimolo e riflessione individuale, familiare e comunitaria.

Una buona parte di Club ha risposto in maniera positiva, introducendo queste nuove modalità di incontro, ma c'è stata anche una percentuale (circa 15-20%) che non è riuscita a farlo e non si è più incontrata. Questo rappresenta un'importante criticità che l'AICAT e le varie associazioni dovranno affrontare nel momento della ripresa della piena vita sociale.

A partire dal mese di aprile 2020, dedicato alla prevenzione alcolologica, l'AICAT ha promosso anche iniziative nazionali a distanza, di sensibilizzazione ed educazione continua che sono tutt'oggi in corso: dalla giornata nazionale dei Club, al Congresso di Assisi, ad alcuni Interclub e seminari regionali, oltre a tutti quegli incontri di coordinamento dei vari livelli associativi.

Da giugno 2020, una parte significativa di Club (circa il 40%) ha ricominciato ad incontrarsi in presenza, laddove era possibile rispettare le norme di sicurezza e dove le sedi erano disponibili. Da novembre 2020, con le nuove restrizioni, i Club in presenza sono invece rimasti il 15-20%.

Progetto di ricerca MOCA in collaborazione con L'Istituto Superiore di Sanità

Dall'anno 2017 l'AICAT ha avviato un progetto pilota di ricerca qualitativa e quantitativa (*MOCA - MONitoraggio dei Club Alcolologici Territoriali*) con l'Istituto Superiore di Sanità, per valutare l'efficacia dell'intervento dei Club e dell'approccio ecologico sociale, nelle sue valenze di cambiamento comportamentale e culturale e nella sua capacità di sviluppare bene sociale e promuovere salute.

Tra la fine del 2019 e gli inizi del 2020, è terminato il lavoro di rilevazione ed inserimento dei dati raccolti attraverso specifici questionari creati ad hoc dall'AICAT, in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale Alcol (Prof. Emanuele Scafato e D.ssa Silvia Ghirini).

Malgrado i rallentamenti legati alla pandemia e al lockdown, il lavoro di ricerca è proseguito, riuscendo ad oggi ad avere una prima analisi preliminare.

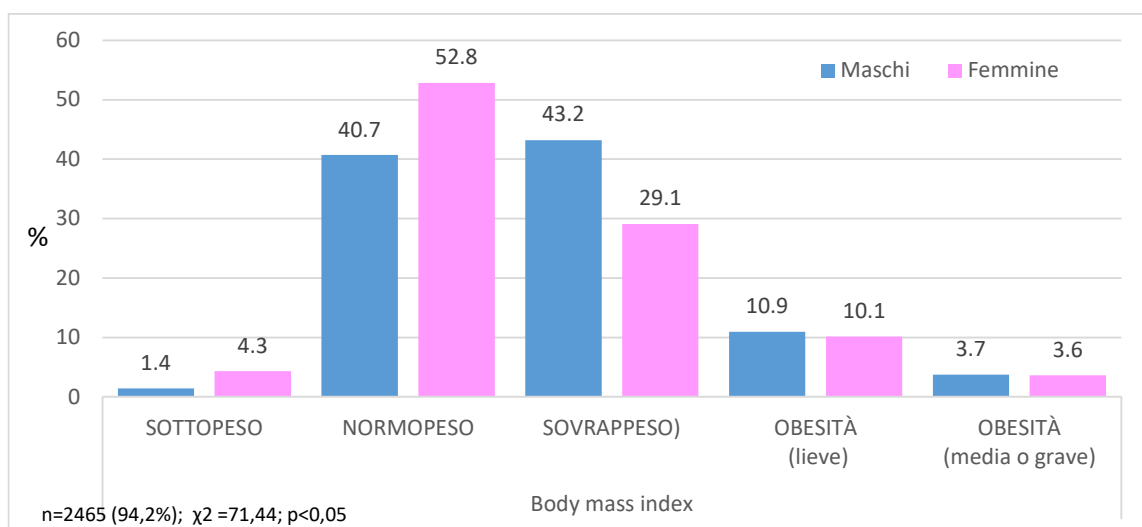
Sono state raccolte informazioni su 2.617 persone che hanno frequentato i Club tra il 1 maggio 2019 e l'8 novembre 2019. Tra questi gli uomini sono 1.341 (51,2%), le donne 1.226 (46,8%) mentre 50 persone (1,9%) non hanno risposto alla domanda sul genere. Tra i partecipanti alla ricerca l'inizio della frequenza al Club come famiglia va da maggio 1965 a ottobre del 2019 (non ha risposto il 9,8%) e come Servitori-Insegnanti da novembre 1983 a giugno del 2019 (non ha risposto il 88,9%).

L'età media dei partecipanti è di 58 anni ($M=58,8\pm11,9$; $F=57,8\pm12,4$; $p=0,75$). Nel 98% dei casi la cittadinanza è italiana.

Il peso medio degli uomini è di 79,0 kg ($\pm 13,87$) e delle donne di 65,3 kg ($\pm12,4$; $p<0,05$). L'altezza media degli uomini è di 173,5 cm ($\pm9,14$) e delle donne di 162,2 cm ($\pm7,45$; $p<0,05$).

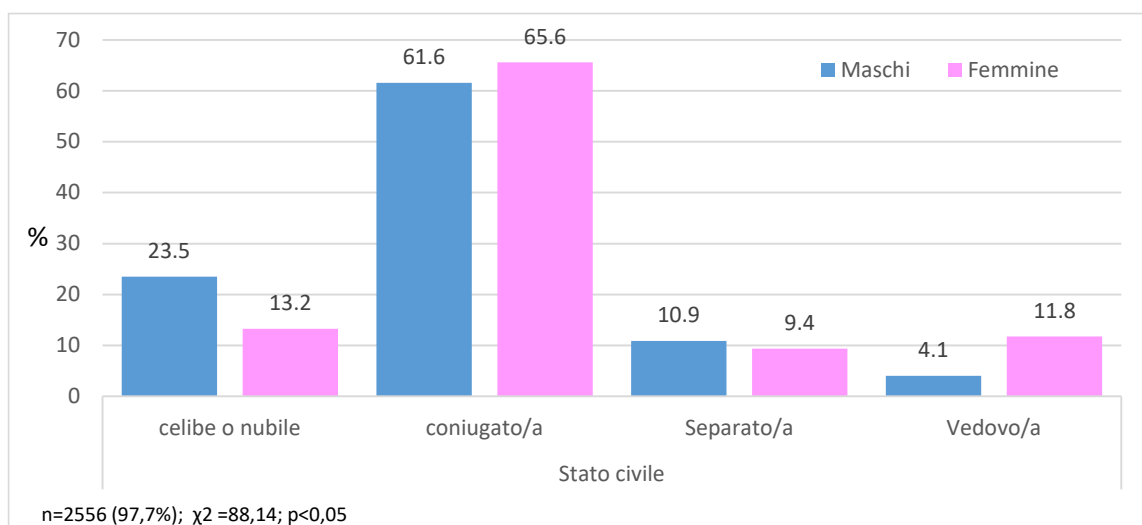
Il 57,8% degli uomini e il 42,8% delle donne sono in sovrappeso o obesi ($p<0,05$; Figura 1).

Figura I.33 Distribuzione del campione per categorie di indice di massa corporea (body mass index, BMI), per genere.



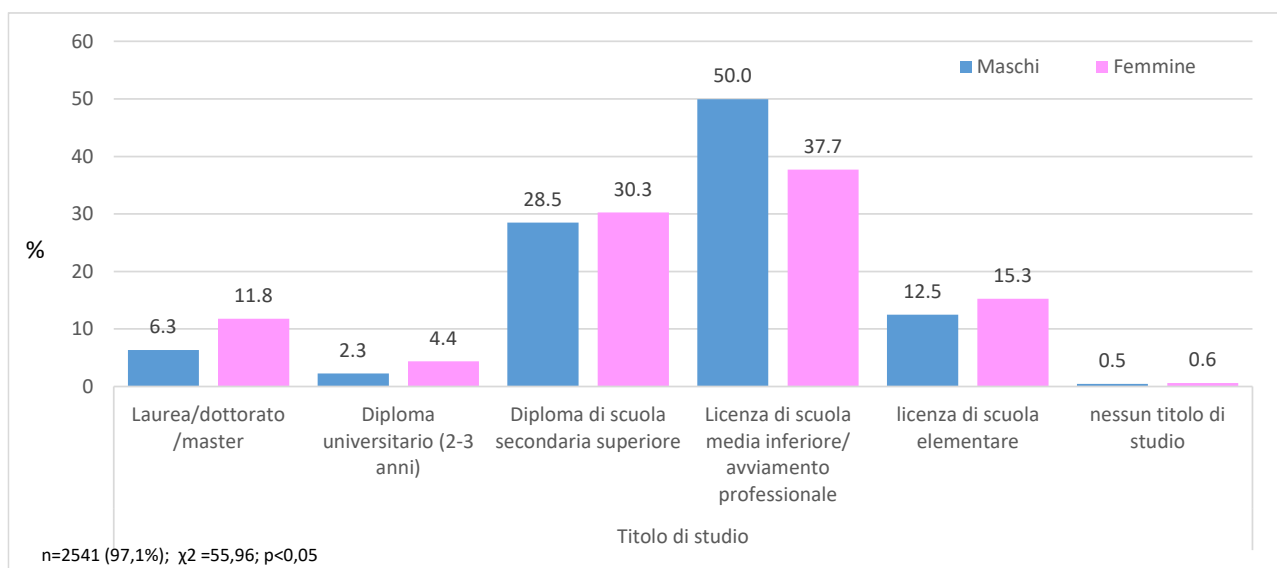
Rispetto allo stato civile il 61,1% degli uomini e il 65,6% delle donne al momento della rilevazione risulta coniugato. I liberi sono il 23,5% degli uomini e il 13,2% delle donne, mentre i vedovi sono il 4,1% degli uomini e l'11,8% delle donne (Figura I.34).

Figura I.34 Distribuzione del campione per stato civile per genere



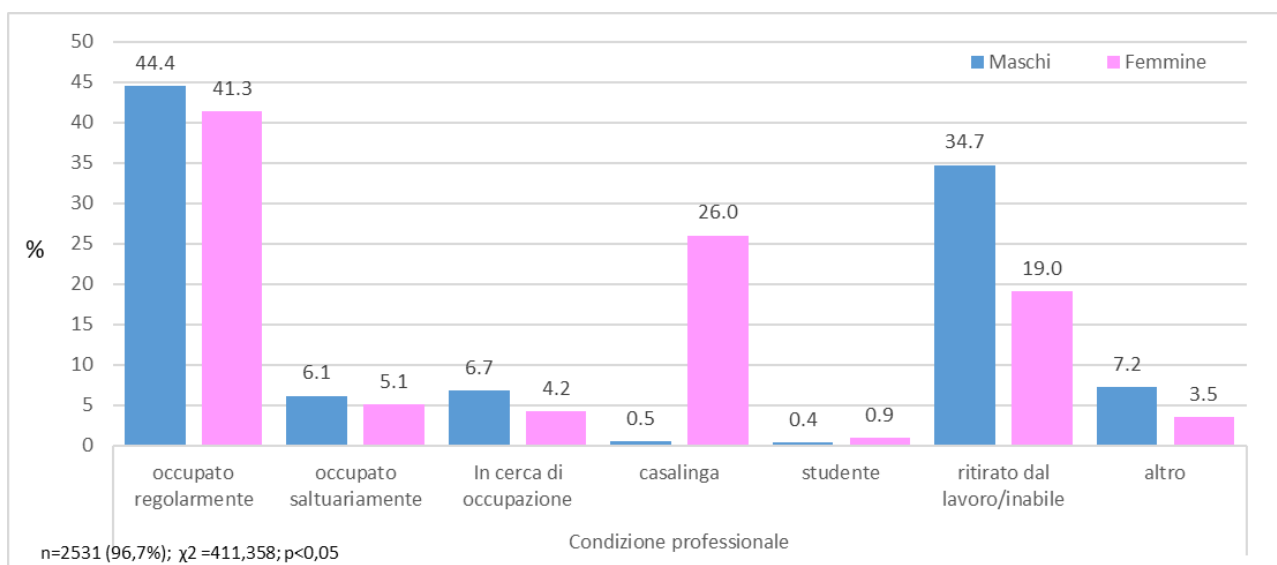
Per quanto riguarda il titolo di studio il 63% degli uomini e il 53,6% delle donne non ha conseguito il diploma di scuola secondaria superiore. I laureati (Laurea/dottorato/Master o diploma universitario) sono l'8,6% degli uomini e il 16,2% delle donne (Figura I.35).

Figura I.35 Distribuzione del campione per titolo di studio e per genere



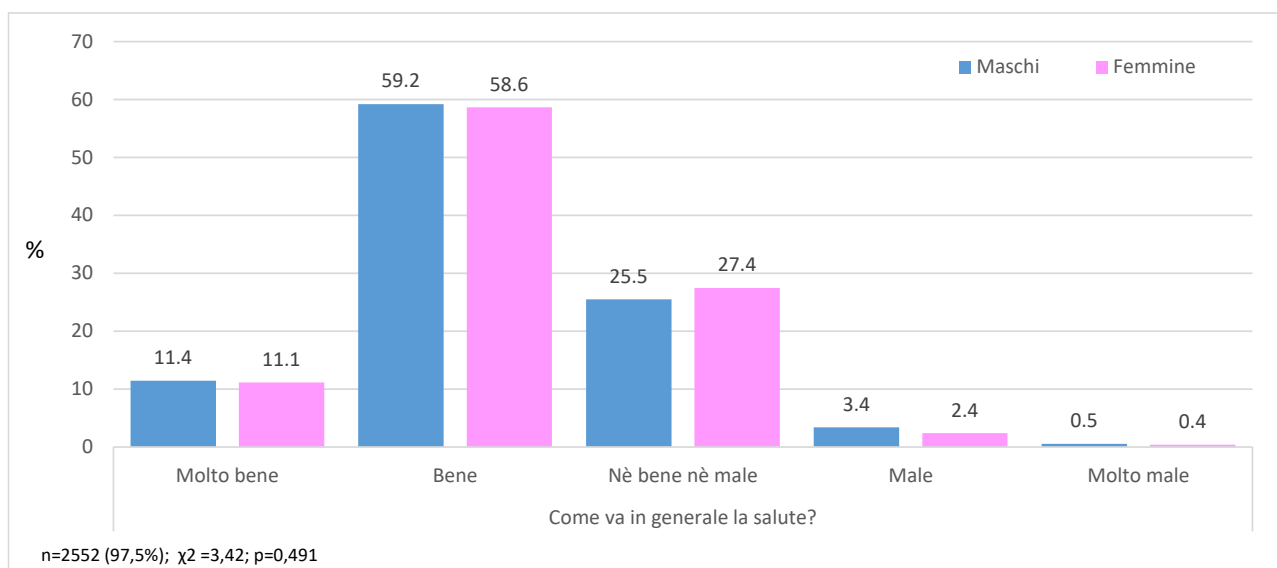
Quasi la metà dei partecipanti è occupata stabilmente (M=44,4%; F=41,3%). La percentuale di chi è in pensione o risulta inabile al lavoro è maggiore tra gli uomini (34,7%) rispetto alle donne (19,0%). Oltre una donna su quattro (26%) è casalinga (Figura I.36).

Figura I.36 Condizione professionale per genere



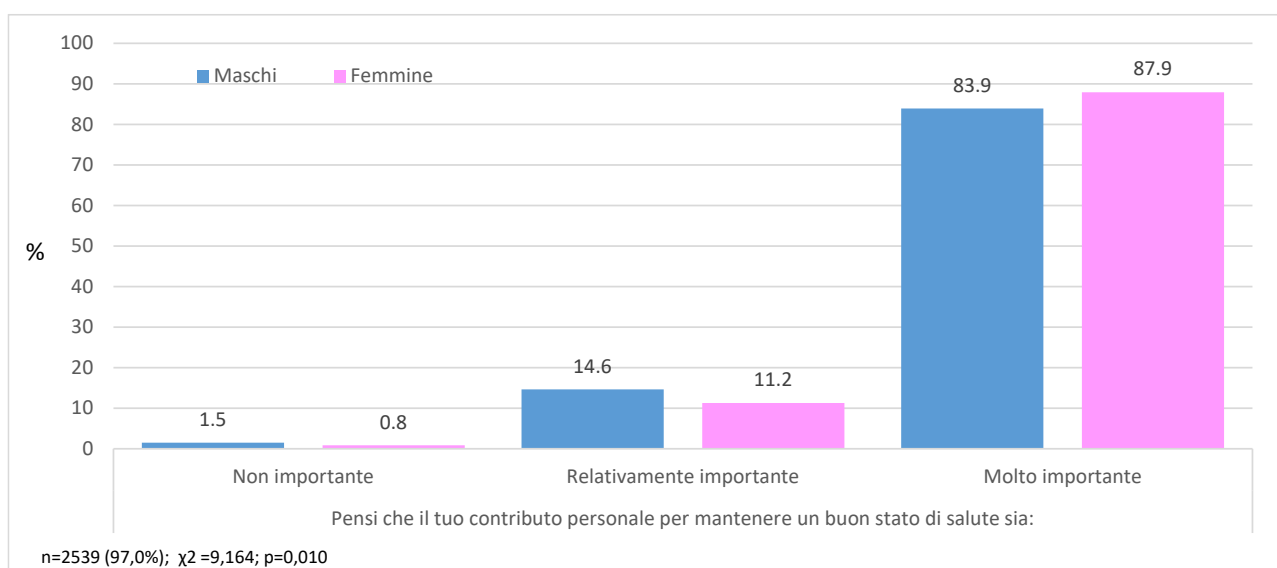
Non si rilevano differenze di genere statisticamente significative in relazione alla percezione del proprio stato di salute ($p=0,491$). Oltre la metà dei partecipanti ha dichiarato di sentirsi “bene” (M=59,2%; F=58,6%) e solo il 3,9% degli uomini e il 2,8% delle donne ha dichiarato di sentirsi “Male” o “Molto male” (Figura I.37).

Figura I.37 Distribuzione del campione della percezione della salute per genere



La maggior parte dei partecipanti ha dichiarato di considerare “Molto importante” il proprio contributo al mantenimento di un buono stato di salute, soprattutto tra le donne (87,9% vs 83,9%); solo l’1,5% degli uomini e lo 0,8% delle donne pensano che il contributo personale non sia importante (Figura I.38).

Figura I.38 Distribuzione del campione per contributo personale al mantenimento di un buon stato di salute per genere



I consumatori sono il 49,3% del totale dei partecipanti, il 70,7% degli uomini e il 26,8% delle donne. I familiari sono il 37,7%, il 19,7% degli uomini e il 58,2% delle donne. I servitori insegnanti sono il 9,6%, il 6,7% degli uomini e il 13,0% delle donne (Figura I.39 e Tabella).

Figura I.39 Motivazione della frequentazione del Club

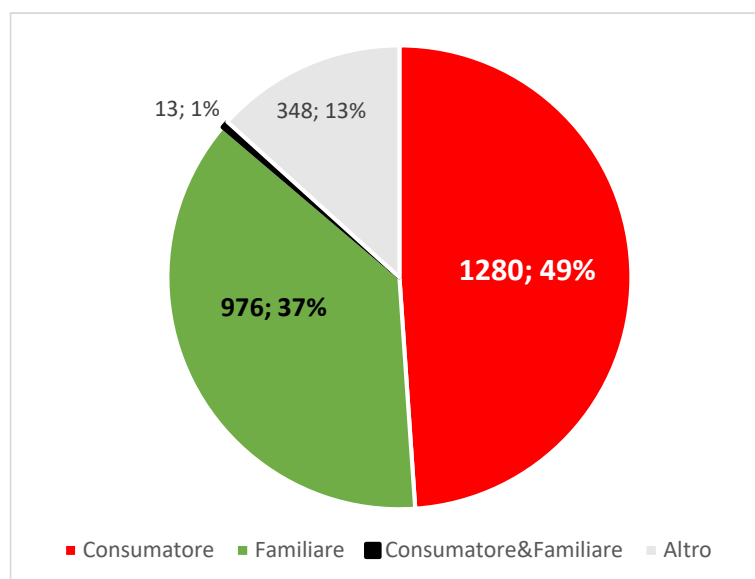


Tabella Motivazione della frequentazione del Club per genere

Frequenti il club come:	Totale		Maschi		Femmine	
	n.	%	n.	%	n.	%
Consumatore	1276	49,3	948	70,7	328	26,8
Familiare	975	37,7	262	19,5	713	58,2
Amico	29	1,1	18	1,3	11	0,9
Familiare solidale	48	1,9	18	1,3	30	2,4
servitore insegnante	249	9,6	90	6,7	159	13,0
Altro	10	0,7	10	0,7	2	0,2

La ricerca qualitativa e quantitativa nel suo complesso sarà presentata per la conferenza Nazionale Alcol, prevista per novembre-dicembre 2021.

Conclusioni

L'AICAT rappresenta la rete associativa nazionale più importante nell'ambito delle problematiche alcolcorrelate e tra le più organizzate in termini di sistema tra le associazioni del terzo settore. Ogni anno riesce a coinvolgere oltre 17.000 famiglie che si attivano per migliorare la propria salute e la salute della propria comunità.

Il movimento dei Club risulta molto diffuso e ben radicato nel nord e centro Italia dove basta fare pochi chilometri per trovare un Club, questo grazie anche alla collaborazione con il sistema socio sanitario e sociale e al lavoro di rete. Al Sud e nelle isole, dove la collaborazione con le Istituzioni è stata in generale più difficoltosa, i Club sono comunque in aumento grazie al crescente impegno delle reti associative.

Questo conferma la necessità continua di implementare il lavoro di rete, sia per quanto riguarda l'impegno associativo, sia per quanto riguarda l'investimento da parte delle istituzioni pubbliche (Governo, Ministeri, Enti regionali e locali, Servizi ed Istituzioni socio sanitarie) nella promozione del lavoro dei Club.

Grazie all'impegno volontario di cittadini responsabili e solidali, i servizi offerti sono gratuiti e spesso diventano la risposta esclusiva a bisogni della comunità altrimenti non intercettabili. In questo senso risultano un concreto servizio alla comunità che permette, inoltre, un notevole risparmio per i servizi sociali e sanitari pubblici.

Agli incontri settimanali dei Club, si accompagna un processo di formazione permanente, partecipato sia dalle famiglie che dai servitori-insegnanti. Questo permette all'approccio ecologico

sociale di risultare un intervento efficace nella promozione e protezione della salute, nel cambiamento della cultura sociale e nell'aumento del capitale sociale della comunità.

ALCOLISTI ANONIMI

Alcolisti Anonimi (AA) è una associazione di auto aiuto, iscritta in Italia nell' albo delle APS, in cui le persone con problemi di alcolismo si incontrano in forma anonima e mettono in comune la loro esperienza e capacità di aiuto, con il fine di risolvere il comune problema di alcolismo. L'unico requisito per divenire membri dell'associazione è desiderare di smettere di bere, l'associazione si sostiene in modo completamente autonomo con i contributi dei propri membri, non aderisce ad alcuna confessione, idea politica o altra organizzazione ed i suoi membri operano esclusivamente con lo scopo di rimanere sobri ed aiutare altri alcolisti a raggiungere la sobrietà. L'anonimato è uno degli elementi basilari del recupero, ma esso riguarda solo i singoli membri e non l'associazione che al contrario opera apertamente nella società tramite i suoi organi di servizio. L'anonimato ha avuto e continua ad avere una finalità difensiva rispetto ai pregiudizi e allo stigma sociale spesso riservato agli alcolisti; tuttavia la sua funzione principale è quella di garantire una completa uguaglianza fra tutti i membri del gruppo, al di là delle differenze sociali, culturali, economiche e di storia personale; attraverso l'anonimato è più facile accettare e considerare tutti i membri del gruppo allo stesso modo senza giudicare o escludere nessuno. Esso è ispirato dall'umiltà che dovrebbe caratterizzare il cambiamento dei membri dell'associazione e dal desiderio di non apparire come singole personalità ma di essere accomunati nel medesimo percorso di recupero senza distinzioni di stato sociale, di cultura, di età, di sesso, di credo religioso. Ecco perché i membri di A.A. hanno liberamente scelto di non rivelare la propria identità a livello pubblico, e cioè in radio, in televisione, nei filmati e negli articoli di stampa.

Il recupero è strettamente legato al servizio che gli alcolisti anonimi compiono volontariamente e gratuitamente e che ha un solo scopo: portare il messaggio agli alcolisti ancora nel problema. Ogni A.A. per mantenere la sua sobrietà cerca di raggiungere coloro che non riescono a smettere di bere; non si sente investito di alcuna autorità e non si ritiene un terapeuta: è un alcolista che parla a un altro alcolista mettendogli a disposizione la propria esperienza e quanto ha appreso attraverso il Programma.

In Italia l'associazione A.A è attiva dal 1972 e attualmente consta di circa 452 gruppi presenti su tutto il territorio nazionale soprattutto nel centro nord, in alcune città la presenza risulta abbastanza capillare. Ha rapporti e contatti con tutte le principali agenzie del territorio, offrendo la propria collaborazione a trasmettere il messaggio per il recupero dell'alcolista. Costituendo un riferimento consueto all'interno della rete alcologica nazionale. I giovani e le donne sono in costante aumento. Come è risaputo, gli scogli dell'alcolista sono da un canto quello di riuscire ad interrompere l'assunzione di alcolici e dall'altro quello di scongiurare le ricadute, che d'un sol colpo possono vanificare il lavoro fatto. Il passaggio da una precaria astinenza a una stabile sobrietà avviene se si accompagna alla rottura dei vecchi schemi comportamentali un radicale mutamento interiore. Ovviamente è difficile che ciò possa accadere in tempi brevi e senza aiuto, perciò occorre un intervento costante, una motivazione alimentata di continuo e un sostegno esterno efficace. E' soprattutto in questa fase che il Gruppo A.A. può rivelarsi uno strumento prezioso: partecipare regolarmente alle riunioni, praticando uno specifico Programma di recupero volto al cambiamento dello stile di vita, consente all'alcolista anonimo di rafforzare progressivamente la sua sobrietà trovando valori nuovi e stimoli propositivi da sostituire a quelli tipici dell'alcolista ancora nel problema.

Le riunioni di gruppo sono mediamente partecipate da circa 12 membri. Soltanto il 20% effettua riunioni con cadenza di tre giorni a settimana. La maggior parte dei Gruppi si riunisce con una cadenza compresa tra due a un giorno a settimana. Circa il 15% effettua delle riunioni aperte con

cadenza mensile. Alcolisti Anonimi si propone un unico scopo: la sobrietà e il recupero stabile dei propri membri attraverso il Programma e la trasmissione del Messaggio. L'Associazione ha stabilito di perseguire questo scopo nel Gruppo e attraverso il Gruppo ed ha individuato come modalità per farlo in concreto tramite le riunioni "aperte" e le riunioni "chiuse" del Gruppo. In una riunione aperta, come in una riunione chiusa, un Gruppo persegue la sobrietà e il recupero stabile dei propri membri attraverso il Programma, e al tempo stesso favorisce le relazioni con il mondo esterno. Un Gruppo pertanto tiene una riunione aperta perché è uno strumento di recupero (scopo di A.A. nel Gruppo) e perché contemporaneamente trasmette il Messaggio a persone non appartenenti all'Associazione (scopo di A.A. attraverso il Gruppo).

L'approccio con A.A. è stato mediato da una conoscenza attraverso familiari e amici, altri alcolisti, professionisti, servizi, operatori socio-sanitari o media. Nel complesso l'informazione è arrivata in grande maggioranza attraverso i primi tre canali su indicati. Interessante risulta la quota di persone che si sono affidate a internet negli ultimi anni, che ha portato alla frequenza un numero di persone crescenti.

Area di maggior miglioramento rimane sempre la famiglia, fulcro che focalizza sia aspetti negativi che positivi nelle storie di vita degli appartenenti ad A.A. Seguono a maggior distanza anche tutti gli altri settori della vita. Circa il 50% dei Gruppi di A.A. risulta non intrattenere rapporti con i Comuni e scarsa risulta la collaborazione con ACAT.

Le attività esterne svolte dai Gruppi riguardano principalmente le collaborazioni con Sert o servizi analoghi, con Ospedali, con Comunità di recupero, attività di informazione in ambito scolastico. Mentre risultano limitate o assenti le collaborazioni con Cliniche private, Istituti di pena, con giornalisti. Poca collaborazione nelle attività di formazione in ambito universitario, nella attività di informazione Radio – Televisiva e nei convegni Comunali e/o Regionali.

TABELLA RIEPILOGATIVA DELLE ATTIVITA' ESTERNE SVOLTE DAGLI ALCOLISTI ANONIMI

COLLABORAZIONE AREA/REGIONE: BUONA

TOTALE NUMERO GRUPPI: 452

- N 1 RIUNIONI/SETTIMANAI: 149
- N 2 RIUNIONI/SETTIMANA: 193
- N 3 RIUNIONI/SETTIMANA: 100
- N 4 RIUNIONI/SETTIMANA: 3
- PIU DI 4: 7
-

NUMERO MEDIO PARTECIPANTI PER RIUNIONE: N. 12

NUMERO GRUPPI IN LINGUA ESTERA: N. 7

GRUPPI CON RIUNIONI APERTE: N. 71

COLLABORAZIONE CON ALTRE ASSOCIAZIONI 12 PASSI: SI

QUALI? Al –anon; Alateen; NA Narcotici Anonimi; OA Mangiatori Compulsivi Anonimi; ACOA; CODA Codipendenti Anonimi; EA Emotivi Anonimi; GA Giocatori Anonimi; Gam-Anon; NicA Nicotina Anonimi

COLLABORAZIONE CON ACAT: SCARSA

COLLABORAZIONE CON ALTRE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO SI (CARITAS-CEIS - VARIE REALTA' LOCALI)

RAPPORTI COMUNI/GRUPPI:

- BUONI N. 170
- ASSENTI N. 196
- SOLO FORMALI N. 86

LE ATTIVITA' ESTERNE SVOLTE DAI GRUPPI RIGUARDANO PRINCIPALMENTE LE SEGUENTI SOTTO CATEGORIE:

- COLLABORAZIONI CON SERT O SERVIZI ANALOGHI
- COLLABORAZIONI CON OSPEDALI
- COLLABORAZIONI CON COMUNITA' DI RECUPERO
- COLLABORAZIONI CON PARROCCHIE E ALTRE ISTITUZIONI RELIGIOSE
- ATTIVITA' DI INFORMAZIONE SOCIO-SANITARIO
- ATTIVITA' DI INFORMAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO

MENTRE LIMITATE RISULTANO LE COLLABORAZIONI CON LE SEGUENTI SOTTO CATEGORIE:

- COLLABORAZIONI CON CLINICHE PRIVATE
- COLLABORAZIONI CON ISTITUTI DI PENA
- COLLABORAZIONI CON GIORNALISTI
- ATTIVITA' DI FORMAZIONE IN AMBITO UNIVERSITARIO
- ATTIVITA' DI FORMAZIONE IN ALTRI AMBITI ISTITUZIONALI
- ATTIVITA' DI INFORMAZIONE RADIO-TELEVISIVA
- INTERVENTI ORALI A CONVEGNI-RIUNIONI COMUNALI O REGIONALI

Al-anon e Alateen

Al-Anon è una associazione di auto-mutuo aiuto che opera con la finalità di **aiutare le famiglie di alcolisti** a recuperarsi dagli effetti negativi procurati dal problema di alcolismo di un familiare o di un amico. L'unica condizione richiesta per far parte della Associazione è di avere un parente o un amico che ha problemi con l'alcol. Chiunque si renda conto che la propria vita è stata condizionata dal rapporto con un alcolista può diventare membro di Al-Anon. Al-Anon opera in maniera indipendente e senza alcuna affiliazione con altre organizzazioni. Il programma di recupero è adattato da Alcolisti Anonimi e si basa sullo stesso percorso dei "Dodici Passi" che costituisce il nucleo fondamentale del programma di A.A.. L'anonimato ne è un aspetto fondamentale; nei gruppi i membri usano solamente il nome di battesimo e tutto quello che si dice nelle riunioni è considerato rigorosamente confidenziale. Le persone sono incoraggiate a darsi reciproco sostegno e a comunicare tra di loro anche al di fuori del funzionamento dei gruppi. Nelle riunioni i membri del gruppo a turno svolgono il ruolo di conduttori. Altro strumento di recupero utilizzato dalla associazione è la produzione, diffusione e lettura di letteratura specifica che riflette la filosofia del programma, anche scritta dagli stessi membri dei gruppi.

Alateen è lo specifico programma di **recupero per gli adolescenti di Al-Anon**, di cui costituisce parte integrante. Ogni gruppo Alateen fa riferimento a un membro adulto di Al-Anon, che funge da sponsor e guida attiva del gruppo verso la conoscenza dei dodici passi e delle altre regole previste dal programma. I giovani di Alateen possono anche scegliere uno sponsor personale tra i membri di un gruppo Al-Anon o Alateen. Al-Anon e Alateen tengono riunioni chiuse riservate esclusivamente

ai propri membri ma anche un certo numero di riunioni aperte a chiunque sia interessato ai problemi relativi all'alcol.

CONSIDERAZIONI E CRITICITA' rilevate da Alcolisti Anonimi

Rapporti di collaborazione coi servizi alcolologici

Dall'esame delle ultime due relazioni ministeriali del 2016 e 2017, esiste una evidente discrepanza tra i dati riguardanti i rapporti collaborativi con servizi sanitari pubblici e privati (354 gruppi su 450) e lo scarso numero di alcolisti che ha saputo dell'esistenza di A.A. da operatori sanitari (circa 30% compresi i MMG); analogamente nella relazione del 2016 i servizi di alcologia affermano che hanno istituito rapporti di collaborazione coi CAT (50%), con AA (38,7%) o con altri gruppi di aiuto (13,1), ma che solo il 5% degli utenti è stato inserito nei gruppi di auto-mutuo-aiuto.

Ciò farebbe ipotizzare che la collaborazione tra A.A. e servizi sanitari sia più formale che effettiva, anche se la letteratura medica, specie anglosassone, sottolinea ampiamente l'utilità di A.A. nel trattamento dell'alcolismo sia su pazienti ricoverati sia su quelli trattati ambulatorialmente, e questo sia nel caso di un'azione unicamente svolta presso gli A.A. sia in associazione con farmaci e psicoterapie. Anche nel "Libro italiano di alcologia" (a cura di Allamani A.) si sottolinea positivamente l'esperienza italiana di trattamenti integrati in cui A.A. gioca un ruolo importante sia nella fase "di disintossicazione" (con presenza di gruppi in reparti ospedalieri o in ambulatori) sia dopo la dimissione.

Cosa può impedire un maggiore utilizzo di A.A. da parte dei servizi sanitari?

Non certo la legislazione; infatti sia nella legge di Riforma Sanitaria (833/1978) sia quella sulle Politiche Sociali (383/2000), sia in numerose leggi regionali riguardanti l'integrazione tra servizi sanitari e sociali si incentiva la collaborazione tra servizi pubblici e privati e Terzo Settore. *Tuttavia la previsione legislativa non basta; è necessaria una integrazione organizzativa ed una integrazione professionale.*

- A) L'integrazione organizzativa è attualmente molto carente ed è affidata alla sensibilità ed alla conoscenza di singoli operatori che hanno approfondito lo studio della metodologia dei 12 passi per applicarla successivamente alla loro pratica professionale; sarebbe invece necessario che A.A. facesse parte integrante del Capitale Sociale di un territorio, di una comunità in una rete i cui nodi sono fatti sia da Enti del Terzo Settore sia da servizi pubblici e privati; in questo modo non solo si offre ai professionisti un appiglio più valido per utilizzare AA ma a quella comunità una ulteriore possibilità di intervenire per affrontare tutte quelle problematiche sociali, familiari, economiche, legislative legate all'alcolismo. L'utilità di queste reti è anche promossa dalla OMS che nel 2017, in occasione del suo congresso mondiale, ha sottolineato che questo tipo di organizzazione è valido per affrontare le malattie croniche in una ottica bio-psico-sociale. Naturalmente i Comuni svolgono un ruolo di primo piano nello sviluppo del Capitale Sociale di un territorio come è anche affermato da ANCI (2017).
- B) L'integrazione professionale è più difficile da realizzare dato che bisognerebbe conciliare le conoscenze tecniche dei professionisti con quelle esperienziali di A.A.; tuttavia alcune Aree di A.A. hanno avuto rapporti diretti o indiretti tramite gli uffici regionali con le Facoltà di Medicina o Psicologia; inoltre membri di A.A. sono sempre disponibili a collaborare ad iniziative di pubblica informazione in cui vengono illustrate le proprie esperienze di recupero; si sono così realizzate alcune occasioni di "best practice" ma si è ancora lontani da un impegno diffuso a costruire collaborazioni.

Tra i vari fattori che ostacolano una collaborazione tra servizi istituzionali e A.A. si possono citare i seguenti.

- 1) Timore che nei gruppi si possa interferire con gli indirizzi diagnostico-terapeutici dei servizi sanitari; questo è contrario alla 6° e 10° Tradizione: A.A. si occupa di alcolisti unicamente attraverso le testimonianze di chi ha smesso il *potus* o di chi tenta di interromperlo. In particolare si deve sottolineare che A.A. non esegue psicoterapie né svolge attività di assistenza sociale, economica, matrimoniale, legale, ecc.
- 2) Rigidità. L'unità operativa di A.A. è il gruppo che è autonomo ma non anarchico facendo assegnamento sulle 12 Tradizioni e sui 12 Concetti; inoltre i gruppi devono usare una letteratura approvata dai Servizi Generali Mondiali, della cui traduzione è garante il Consiglio dei Servizi generali di AA-Italia. Questo spiega una rigidità del comportamento dei gruppi, ma è garanzia per i professionisti della uniformità dell'intervento. Gli operatori sanitari vengono a contatto soprattutto coi gruppi, ma dovrebbero sapere che questi sono sostenuti da una organizzazione su scala mondiale. E' quindi necessario illustrare agli operatori sanitari non solo le modalità di recupero messe in opera dai gruppi, ma chiarire l'organizzazione di A.A. su scala nazionale e mondiale.
- 3) I protocolli di intesa o collaborazione sono uno strumento che molti professionisti desidererebbero utilizzare con maggior frequenza; alcuni protocolli stilati in sede regionale non pervengono ai servizi sanitari o sociali periferici. Inoltre alcuni SerD affermano di avere più facili rapporti coi gruppi locali. Sarebbe quindi auspicabile che le intese regionali impegnassero la Regione a comunicare meglio i contenuti del protocollo e favorissero la collaborazione dei servizi sanitari e sociali periferici nella creazione di quelle reti di sostegno comunali che permettono di aumentare l'efficienza ed efficacia dei progetti fatti a favore delle persone con problemi alcol-correlati.

5. CRITICITA' DEL SISTEMA

La Legge N. 125 del 30.3.2001 “Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati” ha un corpo normativo che, seppur non perfetto e ancora da attuare in molte parti, ha introdotto concetti e pratiche innovative nella gestione e nella prevenzione dei problemi alcol correlati. La modifica del Titolo V della Costituzione (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3) subentrata poco dopo la Legge 125/2001 ha rimodulato la competenza legislativa e amministrativa tra Stato e Regioni, in alcuni ambiti ciò ha comportato una situazione di *impasse*.

- 1) Tra le maggiori inadempienze nell'applicazione della predetta Legge Quadro resta ancora oggi **l'assenza di norme che regolino l'istituzione, l'organizzazione e la funzione dei Servizi per l'Alcolologia**. Ciò comporta una notevole frammentazione della risposta alle problematiche alcol correlate a livello nazionale e regionale. Negli ultimi anni la tendenza delle varie Regioni è stata prevalentemente quella di collocare i Servizi di alcolologia all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze, in alcune realtà regionali gli stessi Servizi sono collocati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Inoltre, i Servizi specifici sull'alcol o le Equipe Alcolologiche risultano essere inseriti nei Servizi per le dipendenze (Ser.D) nei quali avviene anche la presa incarico di altri disturbi legati al consumo di sostanze e delle new addiction (gioco d'azzardo, internet, etc. ecc) e nei quali, quindi, il personale non è esclusivamente dedicato e formato per i pazienti con problemi alcolologici. In pochi altri casi invece i Servizi di alcolologia si trovano collocati in Strutture Ospedaliere o Universitarie. Sarebbe auspicabile prevedere delle linee di indirizzo che definiscano ambiti e interventi specialistici per i Disturbi da Uso di Alcol visto che ad oggi ancora non esistono, come esistono per il Tabacco. Questa lacuna normativa, tra l'altro, porta alcune Regioni a unificare, nel Catalogo Regionale e Aziendale delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, sotto la definizione di Visita Tossicologia, anche quella Alcolologica.
- 2) **RETE TERRITORIALE**: come menzionato al punto precedente, in assenza di norme che regolino l'istituzione, l'organizzazione e la funzione dei Servizi per l'Alcolologia, si assiste ad una notevole frammentazione della risposta alle problematiche alcol correlate a livello nazionale e regionale. Pertanto sarebbe auspicabile prevedere delle linee di indirizzo che definiscano ambiti e interventi specialistici per i Disturbi da Uso di Alcol. In particolare, occorrerebbe delineare un approccio interistituzionale ed intersettoriale, come suggerito nei Piani Nazionali di Prevenzione, in modo da costituire Reti Territoriali che garantiscano la prevenzione, l'intercettazione precoce, la presa in carico e la riabilitazione dei soggetti con problematiche di alcoldipendenza. Tale Rete deve prevedere il coinvolgimento di tutti i Settori che possono essere coinvolti nel processo descritto, coinvolgendo e valorizzando le risorse del territorio. In tale ottica, sarebbe auspicabile una particolare attenzione focalizzata sui giovani in modo da riuscire a prevenire e contrastare, quindi contenere il fenomeno sempre più preoccupante del *Binge Drinking*.
- 3) Un altro aspetto critico riguarda la mancata attuazione dell'Art. 5 della Legge 125/2001 (“Modificazione agli ordinamenti didattici universitari) che prevede **l'inserimento dell'alcolologia negli ordinamenti didattici dei corsi universitari** relativi alle professioni sanitarie o a quelle ad indirizzo sociale e psicologico nonché del corso di laurea in medicina e chirurgia. Inoltre manca una regolamentazione univoca e condivisa dalle Regioni rispetto alla pianificazione di un curriculum formativo universitario e di educazione continua in alcolologia che garantisca livelli di formazione e di aggiornamento del personale che si occupa di problemi e patologie alcolcorrelate.
- 4) La Legge 125/2001 aveva anche previsto all'art. 4 l'istituzione della **Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati** che, fino alla sua abolizione nel 2011, ha lavorato in sinergia con le diverse Istituzioni coinvolte, gli Esperti del settore e vari Stakeholders, producendo documenti di notevole interesse come il Piano Nazionale Alcol e Salute 2007-2009. La consulta è stata uno strumento fondamentale in quanto è l'organismo in cui la

società civile, la comunità scientifica, i rappresentanti dell'industria e dei produttori, i decisori politico amministrativi (regioni e governo), hanno potuto confrontarsi, lavorare insieme e produrre linee guida importanti che hanno ispirato alcuni provvedimenti governativi in tema di protezione e promozione della salute in campo alcolico. La sospensione delle attività della Consulta, non prevista tra gli organismi collegiali prorogati ai sensi della Direttiva del presidente del consiglio dei Ministri (4/8/2010), ha lasciato una lacuna che di fatto impedisce l'opportunità di coordinare gli interventi sul territorio nazionale in modo tale da fornire risposte e soluzioni sempre più specialistiche, oltre che la possibilità di confrontarsi con le iniziative in ambito internazionale. Risulta pertanto fondamentale prevedere il ripristino di questo organismo.

Inoltre, occorre tenere in debita considerazione le seguenti altre criticità che andrebbero affrontate con strumenti idonei per ogni specifico ambito, nonché le eventuali proposte riportate di seguito:

- **RIVISITAZIONE DEI FLUSSI:** la rilevazione dei dati inerenti i Servizi e l'Utenza afferente ad essi, a tutt'oggi non tiene conto delle attività specialistiche alcol correlate ospedaliere e delle strutture convenzionate. Sfuggono così tutti i costi inerenti le richieste specialistiche ambulatoriali alcol correlate.
- **GESTIONE DEGLI ACCERTAMENTI PREVISTI DAGLI ARTT. 186, 186-bis E 187 DEL CODICE DELLA STRADA:** La sostenibilità del risultato in ambito giudiziario è fortemente condizionata dalla correttezza della fase pre-analitica (presa in carico della richiesta formale, modalità di informazione ed acquisizione del consenso, idoneità della matrice organica, modalità di esecuzione e verbalizzazione delle operazioni di prelievo e produzione dei campioni a garanzia dell'appartenenza, catena di custodia, conservazione dei campioni per le eventuali controanalisi), della fase analitica (identificazione e quantificazione delle sostanze) e della fase post-analitica (comunicazione dei risultati agli UPG). Sarebbe opportuno verificare quante realtà locali ospedaliere e sanitarie si sono messe in regola ed eventualmente sottolinearne l'importanza.
- **COMMISSIONI MEDICHE LOCALI:** Sarebbe utile che tutte le commissioni locali avessero un programma di inserimento dati, provenienti dalle idoneità inerenti l'articolo 186 e inerenti le invalidità, unico su tutto il territorio nazionale.
- **ASSICURAZIONI:** Le Compagnie Assicurative potrebbero fornire segnalazioni di incidenti, ricorsi o quanto altro correlati alla positività all'alcol. Infatti, va ricordato che, oltre alle sanzioni previste dal Codice Penale in caso di sinistro sotto effetto di alcol, una delle punizioni pecuniarie più onerose può arrivare direttamente dalla compagnia assicurativa. Potrebbe essere in qualche modo incentivata la scelta di un'assicurazione auto, la cui polizza preveda la clausola inerente la rivalsa da parte dell'assicurazione in caso di incidente dovuto a guida in stato di ebbrezza.
- **LAVORI DI PUBBLICA UTILITA' - Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE):** sarebbe interessante reperire i dati inerenti l'applicazione dei lavori di pubblica utilità da parte dei tribunali. Il Nuovo codice della strada, in caso di guida in stato di ebbrezza o in stato di alterazione da sostanze stupefacenti come prevedono gli articoli 186 comma 9-bis e 187 comma 8-bis del d.lgs.285/1992, prevede che la pena detentiva e pecuniaria possa essere sostituita, se non vi è opposizione da parte dell'imputato, con quella del lavoro di pubblica utilità, consistente nella prestazione di un'attività non retribuita a favore della collettività. Tale attività potrà essere svolta, in via prioritaria, nel campo della sicurezza e dell'educazione stradale presso lo Stato, le

Regioni, le Province, i Comuni o presso Enti o organizzazioni di assistenza sociale e di volontariato, o presso i Centri specializzati di lotta alle dipendenze.

- **MEDICINA DEL LAVORO:** in questi anni sulla gestione della questione alcol negli ambienti di lavoro si è assistito ad una mancata integrazione tra la legge 125/2001 (Art. 15 - *“Disposizioni per la sicurezza sul lavoro”*), l’Intesa Stato-Regioni del 2006 e i DD.Lgss 81/2008 e 106/2009. La scelta del legislatore è stata quella di non disciplinare la normativa sull’alcol in maniera dettagliata come quella relativa alle sostanze psicotrope (*Intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza*. Provvedimento del 18 settembre 2008) lasciando quindi ampi margini soggettivi nel comportamento dei diversi soggetti della prevenzione. La confusione non ha facilitato l’applicazione delle norme e molte Regioni hanno deliberato delle disposizioni e regolamenti in forma autonoma. Ancora oggi risulta quindi necessario un documento nazionale univoco che elimini le varie incongruenze e chiarisca gli interventi da fare.
- **SANZIONI PER TRASGRESSIONE DIVIETO DI CONSUMO DI ALCOL:** se la cosiddetta legge antifumo e successive circolari (n.3 del 16 gennaio 2003) e l’accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2004 prevedono delle precise sanzioni pecuniarie per quanto riguarda la trasgressione del divieto di fumare, ciò non avviene per le trasgressioni dei divieti inerenti il consumo di bevande alcoliche. Sono previste solo sanzioni inerenti la vendita illegale ai minori di 18 anni.
- **ANCI:** sarebbe auspicabile avere il monitoraggio dei controlli e delle sanzioni sull’alcol inerenti sia la guida che la vendita ai minori di 18 anni da parte degli esercenti che i singoli comuni effettuano tramite la polizia municipale.

PARTE SECONDA

6. GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125

6.1. Gli interventi di indirizzo

IL PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 marzo 2007 e pubblicato nella G.U. s. g. n. 88 del 16 aprile 2007, costituisce un documento programmatico di indirizzi concordati tra Ministero e Regioni, secondo le previsioni della legge 125/2001, con la finalità di promuovere l'implementazione di un insieme di strategie e azioni finalizzate a rafforzare le attività di prevenzione e a ridurre la mortalità e morbilità alcol correlate nel nostro Paese. In esso la riduzione dei danni causati dall'alcol, secondo gli orientamenti adottati nei più recenti Piani Sanitari Nazionali, viene riconosciuta come un importante obiettivo di salute pubblica e viene ribadita la necessità di politiche e azioni finalizzate ad attivare una corretta informazione e prevenzione, in grado di evidenziare gli aspetti di rischio legati all'abuso di alcol. Il PNAS contiene ed estende i principi e gli obiettivi indicati negli atti di indirizzo predisposti ed approvati in ambito comunitario e nella strategia europea dell'OMS.

Il PNAS aveva durata triennale (1 gennaio 2007-31 dicembre 2009) ma le indicazioni in esso contenute sono tutt'ora valide ed inserite tra gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione come punto di riferimento per le azioni di prevenzione di livello nazionale e regionale.

Il PNAS ha individuato otto aree strategiche di intervento prioritario ed indicato per ciascuna di esse le azioni da realizzare e i risultati attesi, secondo lo schema sotto indicato.

1. Informazione /educazione

Risultati attesi: nella popolazione generale, maggiore conoscenza e consapevolezza del danno; nei giovani, sviluppo delle abilità necessarie a resistere alle pressioni al bere.

Azioni: campagne tramite mass media; collaborazione con la scuola fin dalla materna, con programmi di prevenzione di ampia portata.

2. Bere e guida

Risultati attesi: riduzione numero incidenti, morti e feriti, specie tra i giovani.

Azioni: collaborazione per i controlli dell'aria espirata nei luoghi del divertimento giovanile e azioni preventive di comunità.

3. Ambienti e luoghi di lavoro

Risultati attesi: riduzione di incidenti e violenze sui luoghi di lavoro, soprattutto in quelli a rischio per la sicurezza di terzi.

Azioni: collaborazione con imprese e organizzazioni sindacali per educazione alla salute e tempestiva identificazione e trattamento dei soggetti a rischio.

4. Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza

Risultati attesi: disponibilità di trattamenti accessibili ed efficaci per i singoli e per le famiglie.

Azioni: formazione degli operatori della medicina di base per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio e per l'attuazione di interventi brevi di trattamento; approccio integrato ai problemi, che coinvolga, oltre ai servizi sociosanitari, i medici di medicina generale, i servizi sociali, i gruppi di auto aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate.

5. Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione

Risultati attesi: maggiore responsabilizzazione e disponibilità alla collaborazione da parte del mondo della produzione e distribuzione, soprattutto per il rispetto dei limiti di età legali per la somministrazione e per il contrasto dell'accesso dei giovani alle bevande alcoliche; riduzione degli incidenti alcol correlati all'uscita degli ambienti dove si beve.

Azioni: monitoraggio permanente per la stima dell'impatto dell'alcol sulla salute e per la valutazione dei costi relativi, nonché per valutare l'affidabilità delle politiche sociali ed economiche relative all'industria degli alcolici; programmi

di formazione per accrescere il senso di responsabilità personale, etica e legale degli addetti alla vendita e somministrazione.

6. Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol

Risultati attesi: incremento delle azioni di comunità finalizzate alla riduzione dei diversi problemi alcolcorrelati; maggiore sensibilità ai problemi da parte delle diverse istituzioni locali.

Azioni: assicurare agli operatori del settore non sanitario, quale quello educativo, sociale e giudiziario, un training professionale in campo alcologico, che favorisca un effettivo approccio multisettoriale ai problemi; promozione di programmi socio-sanitari che rafforzino la mobilitazione della comunità, lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi alcol correlati.

7. Potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto

Risultati attesi: incremento del sostegno alle organizzazioni che promuovono iniziative di prevenzione o riduzione del danno alcol correlato.

Azioni: supporto alle organizzazioni che operano non solo a livello professionale ma anche a livello di azione civile e che possono collaborare a migliorare l'informazione e a sostenere lo sviluppo di politiche efficaci.

8. Monitoraggio del danno alcol correlato e delle relative politiche di contrasto

Risultati attesi: implementazione di un sistema informativo e di monitoraggio/sorveglianza sul consumo di alcol e sui modelli comportamentali connessi, sui danni alcol correlati e sulle politiche alcologiche realizzate a livello regionale e locale.

Azioni: creazione, in collaborazione con tutte le Regioni, di una rete che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, del danno alcol correlato e dell'efficacia degli interventi adottati.

L'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute

Per l'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute il Ministero ha finanziato 5 progetti, tutti già conclusi, finalizzati a rafforzare l'azione di coordinamento delle Regioni, a migliorare il monitoraggio dei più importanti indicatori di rischio e problemi alcol correlati a livello nazionale e regionale, a promuovere l'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcol correlati nei contesti lavorativi e nella assistenza sanitaria di base.

Il PNAS ha poi trovato collocazione dapprima nel Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2013 e successivamente nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018; entrambi i PNP ne hanno previsto il recepimento tra gli obiettivi dell'area della prevenzione universale, riguardante la prevenzione di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari. Le linee strategiche del PNAS restano un valido punto di riferimento per gli interventi di livello centrale e regionale.

II PROGRAMMA “GUADAGNARE SALUTE”

Il programma “Guadagnare Salute - rendere più facili le scelte salutari” è un programma-quadro governativo di iniziative, azioni, alleanze e comunicazione, finalizzato a promuovere gli stili di vita salutari che possono contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche e far guadagnare ai cittadini anni di vita in salute.

Obiettivo specifico del programma è quello di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia.

“Guadagnare Salute” punta su un approccio intersettoriale e sull’avvio di una “politica delle locali, organizzazioni, enti, associazioni, istituzioni, ecc) secondo i principi della “*Health in all policies*”, poiché buona parte degli interventi di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari va oltre gli ambiti di competenza del Servizio Sanitario Nazionale.

Il programma, promosso dal Ministro della Salute, è frutto del confronto con ben altri nove Ministeri ed è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007 e dalla Conferenza Stato-Regioni il 29 marzo 2007. Con il Decreto del Ministero della Salute del 16 ottobre 2017 la Piattaforma Nazionale di Guadagnare Salute era stata rinnovata per i successivi tre anni.

La Piattaforma Nazionale G.S. ha quindi rivestito il compito di rafforzare l’attuazione dei macro-obiettivi della pianificazione nazionale previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione.

Si riporta di seguito il paragrafo del Programma Guadagnare Salute relativo al consumo dannoso di alcol, dal titolo “*Guadagnare salute rendendo più facile evitare l’abuso di alcol*”.

“Guadagnare salute rendendo più facile evitare l’abuso di alcol”

Strategie e ipotesi di intervento

1 Ridurre la disponibilità di bevande alcoliche nell’ambiente di vita e di lavoro e lungo le principali arterie stradali

- Favorire la limitazione del consumo di bevande alcoliche in tutti i luoghi di lavoro e controllare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro a rischio, individuati ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125.
- Definire categorie di ambienti e locali obbligatoriamente “alcol free” (strutture sanitarie, uffici pubblici, stadi, scuole).

2 Favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche

- Incoraggiare e incentivare i produttori di bevande alcoliche a incrementare la ricerca finalizzata alla produzione di bevande a minore gradazione alcolica, nel rispetto della qualità, e assicurando su questi prodotti una corretta informazione.

3 Informare correttamente i consumatori

- Combattere l’abuso di bevande alcoliche non solo attraverso la veicolazione di messaggi di tipo sanitario e sociale, ma anche attraverso adeguate campagne di educazione sul “saper bere”, diffondendo una profonda, solida e motivata consapevolezza su consumo responsabile del vino e salute. Infatti il vino non solo rappresenta un elemento importante del nostro patrimonio agroalimentare e contribuisce alla tutela e alla valorizzazione del territorio, ma è anche un elemento caratterizzante della dieta mediterranea.
- Adeguare l’etichettatura delle bevande alcoliche alle esigenze di protezione del consumatore, studiando e proponendo misure per inserire nella etichettatura delle bevande almeno una avvertenza semplice, in particolare per alcune categorie a rischio quali donne in gravidanza, persone alla guida, assuntori di particolari farmaci e giovani.
- Monitorare e controllare il rispetto della legge 125/2001 art. 13 in materia di pubblicità delle bevande alcoliche, con particolare riferimento al disposto in materia di protezione dei minori; studiare, al riguardo, divieti di pubblicità diretta e indiretta in occasione di eventi sportivi.

4 Evitare gli incidenti stradali alcol correlati

- Aumentare su tutto il territorio nazionale il numero e la frequenza dei controlli sul tasso alcolemico condotti su base casuale, preliminari agli opportuni accertamenti di valenza medico-legale, in modo che ogni conducente abbia la probabilità statistica di essere testato secondo le migliori pratiche almeno una volta ogni tre anni.
- Monitorare la frequenza e i risultati dei controlli e analizzare i relativi dati, per acquisire e diffondere conoscenze utili ai fini di una puntuale azione preventiva o per valutare l’opportunità di ulteriori misure normative (quali ad

esempio l'abbassamento del tasso alcolemico per i conducenti principianti o per chi guida veicoli particolarmente a rischio).

- Accrescere la visibilità dei controlli sul tasso alcolemico, per amplificarne le finalità preventive. Questo obiettivo potrebbe essere raggiunto anche rendendo note le eventualità di controlli in alcuni luoghi e ambienti strategici, quali quelli del divertimento giovanile a rischio di abuso alcolico; o attivando una collaborazione fra istituzioni interessate per organizzare ad hoc specifiche azioni di comunità.*
- Introdurre l'obbligatorietà di corsi di informazione/educazione a pagamento, preliminari alla restituzione della patente a soggetti individuati con tasso di alcolemia illegale.*
- Favorire la disponibilità e/o gratuità di dispositivi per l'automisurazione del tasso alcolemico.*
- Diminuire le occasioni di consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani e degli utenti della strada, estendendo alle 24 ore il divieto di somministrazione di superalcolici attualmente vigente nelle stazioni di servizio autostradali (ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125 art. 14).*
- Introdurre l'obbligo di una adeguata trattazione del rischio alcol-correlato nei programmi di informazione/formazione delle Scuole Guida.*
- Sollecitare ed esortare i medici di famiglia ad una maggiore informazione nei confronti degli assistiti circa i rischi della guida in stato di ebbrezza alcolica ed i rischi di interazione e sinergia dell'alcol con i farmaci.*

5 Rafforzare gli interventi di prevenzione primaria e secondaria nella medicina di base

- Provvedere alla sensibilizzazione e formazione degli operatori della medicina di base, e in particolare dei Medici di Medicina Generale, per consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counseling nei confronti del consumo alcolico nocivo.*
- Favorire un approccio integrato che coinvolga nella individuazione precoce dei casi di abuso, oltre ai servizi e agli operatori sanitari, anche i servizi sociali, i gruppi di auto-aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate.*

6 Trovare alleanze con il mondo del lavoro

- Utilizzare i luoghi di lavoro quale ambiente particolarmente adeguato, data l'alta e stabile concentrazione di persone di varia identità sociodemografica, per la realizzazione di azioni di prevenzione fondate sull'informazione, l'educazione e la tempestiva identificazione o autoidentificazione dei soggetti a rischio, anche in collaborazione, date le implicazioni dell'abuso di alcol sulla produttività lavorativa, col mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali.*
- Implementare azioni di prevenzione ad hoc nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e la sicurezza di terzi individuati ai sensi della legge 125/2001 art. 15, per supportare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche sancito dalla stessa legge. Sarebbe opportuno attivare in merito la collaborazione del mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le amministrazioni regionali del Lavoro e nell'ambito di quanto previsto anche dalle normative sulla sicurezza.*
- Favorire l'ingresso dei lavoratori con problemi alcolcorrelati che ne facciano richiesta, nel pieno rispetto della privacy, in programmi di trattamento per la disassuefazione resi disponibili presso le strutture sanitarie pubbliche o, in alternativa, in specifici programmi privati di trattamento attivati con il contributo economico dei datori di lavoro, prevedendo agevolazioni fiscali o di altro tipo per questi ultimi.*

7 Proteggere i minori dal danno alcol correlato

- Realizzare interventi finalizzati a ritardare l'età del primo approccio con le bevande alcoliche, ridurre il livello dei consumi giovanili, contenere i comportamenti a rischio quali il binge drinking e le ubriacature:*
 - a. campagne educazionali rivolte alla popolazione adulta, genitori ed educatori, focalizzate sulla necessità di informare sugli specifici danni che l'alcol causa ai minori e trasmettere ad essi un corretto orientamento nei confronti delle bevande alcoliche;*
 - b. interventi educativi nelle scuole, secondo programmi validati sul piano dell'efficacia, per lo sviluppo nei bambini e nei ragazzi delle abilità necessarie a fare scelte a favore della salute e resistere alle pressioni al bere;*
 - c. sensibilizzazione e formazione ad hoc per le categorie di lavoratori addetti alla distribuzione e vendita delle bevande alcoliche, per accrescere l'impegno al rispetto della vigente normativa sul divieto di somministrazione ai minori di 16 anni e il senso di responsabilità nei confronti del bere giovanile.*
- Adottare il divieto di somministrazione di bevande alcoliche ai minori.*

8 Formare gli operatori

- Assicurare che i corsi di studio di qualsiasi livello destinati alla formazione del personale sanitario e sociosanitario contemplino un insegnamento relativo alla prevenzione delle patologie correlate a fattori di rischio comportamentali, con specifica trattazione anche dei problemi alcol correlati.*
- Favorire la modifica degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni mediche, sanitarie, sociali e psicologiche, ai fini di diffondere e migliorare la preparazione professionale in campo alcologico, secondo le previsioni della legge 125/2001 art. 5.*

IL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2020-2025

Come previsto dall'Intesa 21 dicembre 2017, a settembre 2018 sono stati avviati i lavori per definire il nuovo PNP (2020-2025), attraverso un percorso partecipato con le Regioni. Operativamente, il percorso prevedeva la condivisione di tutte le fasi del processo elaborativo nell'ambito di un Gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero salute (Direzione generale della prevenzione sanitaria, Direzione generale per l'Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione) e delle Regioni, queste ultime formalmente designate dal Coordinamento interregionale della prevenzione. Il gruppo di lavoro è coordinato dall'Ufficio 8 della DG Prevenzione Sanitaria, ed è supportato, per gli aspetti più prettamente scientifici e metodologici, dai referenti dei Progetti CCM a supporto del Piano.

Con Intesa Stato Regioni del 6 agosto 2020 è stato adottato il PNP 2020-2025, successivamente è stata apportata una integrazione al citato Piano che è stata recepita con Intesa Stato Regioni del 17 dicembre 2020.

Sulla base delle suddette Intese, le Regioni e PPAA sono tenute a recepire con apposito Atto il Piano Nazionale entro il 31 dicembre 2020, individuare, con atto formale, il coordinatore del Piano Regionale di Prevenzione e completare la pianificazione dei PRP entro il 31 maggio 2021, infine adottare, con apposito Atto, il Piano Regionale di Prevenzione entro il 30 settembre 2021.

Vision e Principi

Il nuovo PNP si è avvalso delle precedenti esperienze, pertanto ha adottato metodi, strumenti, buone pratiche validati e consolidati negli anni, rafforzato la connessione con i Livelli Essenziali di assistenza (DPCM 12 gennaio 2017) e con i relativi sistemi di monitoraggio (verifica adempimenti LEA e Nuovo sistema di garanzia) nell'affrontare le diverse macro aree.

Il PNP 2020-2025 rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (***One Health***) che promuove l'applicazione di un **approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato**.

L'elemento strategico di innovazione del PNP 2020-2025 sta nella scelta di sostenere il **riorientamento di tutto il sistema della prevenzione** verso un "approccio" di Promozione della Salute, rendendo quindi trasversale a tutti i Macro Obiettivi lo sviluppo di strategie di *empowerment* e *capacity building* raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS, coerentemente con lo sviluppo dei principi enunciati dalla Carta di Ottawa.

Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute sono necessarie **alleanze e sinergie intersettoriali** tra forze diverse, secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche" (*Health in all Policies*).

Il PNP intende consolidare l'attenzione alla **centralità della persona** e rafforza l'**approccio life course, per setting e di genere**.

Il nuovo PNP prevede anche alcune **azioni trasversali** che sono azioni di sistema che contribuiscono "trasversalmente" al raggiungimento degli obiettivi di salute e di equità del PNP. Esse includono le azioni volte a rafforzare l'approccio intersettoriale e a perseguire **l'equità, la formazione e la comunicazione**.

Macro Obiettivo 2 : Dipendenze e Problemi correlati

7 Obiettivi strategici

14 Linee strategiche di intervento

1 Programma Predefinito: PP4 “Dipendenze”

1 Linea di supporto centrale: N.11 “Definizione di un Piano Nazionale/Linee di indirizzo per le dipendenze”

Obiettivi strategici:

1. Sviluppare le competenze di tutti gli attori della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e potenziare la collaborazione con la comunità locale
2. Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui
3. Sviluppare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti
4. Migliorare la qualità dei programmi di prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope
5. Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizione di rischio aumentato
6. Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno
7. Sensibilizzare sui rischi, i problemi e le patologie correlate all'uso/abuso di sostanze psicotrope e a comportamenti additivi

Linee Strategiche di intervento:

- Sviluppo di programmi di promozione della salute lungo tutto il percorso scolastico (Ob.S1)
- Sviluppo di programmi intersettoriali nei contesti di vita e di lavoro per accrescere le capacità personali (autostima, auto efficacia e resilienza) con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili (Ob.S2)
- Iniziative da attivare nei luoghi di vita frequentati dai giovani, in particolare dai minorenni, al fine di accrescere la consapevolezza sui rischi correlati a sostanze psicoattive e a comportamenti additivi (Ob.S2)
- Miglioramento dell'integrazione e del coordinamento intersettoriale per ottimizzare le azioni programmate per la riduzione della domanda e dell'offerta di sostanze psicotrope (Ob.S3)
- Potenziamento del coordinamento intersettoriale ed interistituzionale per attivare interventi volti a garantire il rispetto della normativa vigente (S3)
- Offerta di programmi finalizzati alla formazione del personale addetto alla vendita e somministrazione degli alcolici (Ob.S3)
- Sviluppo di collaborazioni con i gestori dei locali e gli organizzatori degli eventi finalizzate alla riduzione dei rischi legati all'abuso di alcol e altre sostanze psicoattive e al miglioramento ambientale (es. regolazione del rumore, disponibilità di acqua ed informazioni) (Ob.S3)
- Adozione di Standard minimi di qualità (prevenzione, riduzione del rischio, trattamento, riabilitazione e integrazione sociale) (Ob.S4)
- Diffusione tra i professionisti degli strumenti per applicare interventi di prevenzione efficaci (Ob.S4)
- Sviluppo di programmi volti al coordinamento tra servizi sanitari, servizi sociali, scuola e associazioni al fine di attivare percorsi di identificazione precoce dei soggetti in condizione di rischio aumentato
- Sviluppo di protocolli operativi di prevenzione indicata con orientamento ai servizi e coinvolgimento del territorio per soggetti all'esordio di problemi di abuso e dipendenza (OB.S5)

- Potenziamento dell'offerta di interventi di prevenzione selettiva e di riduzione dei rischi e del danno da parte dei Servizi per le Dipendenze Patologiche supportati da altri Servizi Sanitari, Enti locali e Terzo Settore (Ob.S6)
- Offerta di interventi di Counseling Breve nella medicina di base e in altri contesti (lavorativi ecc) (Ob.S6)
- Attuare Programmi integrati ed intersettoriali volti a rafforzare la collaborazione tra i Servizi per le Dipendenze, gli altri Servizi Sanitari, i Servizi Sociali, il Terzo Settore, le Associazioni di Auto Mutuo Aiuto (Ob.S7)

Programma Predefinito: PP4 “Dipendenze”:

1) Obiettivi relativi alle Azioni Trasversali del PNP:

INTERSETTORIALITA’: Sviluppare collaborazioni intersettoriali tra tutti gli attori del territorio

FORMAZIONE: - Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale

- Formazione basata su EUCP Curriculum
- Attività di formazione sul *Counseling breve*
- Favorire la programmazione partecipata di interventi formativi multidisciplinari ed intersettoriali

COMUNICAZIONE: *Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative per rendere adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute*

EQUITA’ : Orientare gli interventi a criteri di equità – aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto delle azioni programmate - in termini di disuguaglianza

INDICATORI Obiettivi Trasversali

- **INTERSETTORIALITA’ – Accordo intersettoriale** con soggetti esterni al sistema sanitario che possono contribuire alle azioni del Programma (Scuola, ANCI, Prefetture, Forze dell’Ordine, Associazioni ecc.) – **ogni anno**
- **FORMAZIONE – Definizione di uno o più Percorsi Formativi** che includono il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali, destinati alla formazione congiunta degli operatori sanitari, socio-sanitari e di tutti gli attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal PP4 – **ogni anno**
 - **Percorso formativo su EUPC Curriculum – ogni anno**
 - **Percorso formativo sul *counseling breve* - ogni anno**
- **COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE – realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (2021/2022/2023)** mirati a target e contesti specifici (es. scuole, genitori, educatori, associazioni, opinion leader, ecc)
- **EQUITA’ – Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell’HEA** ogni anno

2) Obiettivi Specifici del Programma

- **Attivare un Sistema di Monitoraggio** (trend e modelli di intervento di successo) a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative
- Diffondere **Modelli di Intervento** (intersectoriali ed interdisciplinari) centrati su metodologie *evidence based* (*life skills education e peer education*) e **Azioni Raccomandate e Sostenibili** con approccio *life course* differenziato per genere e per *setting*
- Progettare e attivare **Programmi di Prevenzione Universale e Selettiva** rivolti agli adolescenti e giovani **in contesti extrascolastici**
- Progettare e attivare **Programmi di Prevenzione Indicata** – anche finalizzati all'intervento precoce - declinati per specifici gruppi vulnerabili o a rischio aumentato
- Offrire **Programmi finalizzati alla riduzione del danno** sia nell'ambito dei servizi per le dipendenze sia nell'ambito di servizi specifici – *Unità di Strada/Presidi Mobili/Drop in* - in coerenza con i nuovi LEA
- attuare **Programmi di Sensibilizzazione** in materia di **prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive** a gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari

INDICATORI per il Monitoraggio degli Obiettivi Specifici

- Progettazione (2021) e Attivazione (2022) di un **Sistema di Monitoraggio** con raccolta ed elaborazione dei dati relativi a trend di consumo e modelli di intervento sperimentati con esiti positivi
- Aziende Socio Sanitarie (2022 almeno il 50%; 2023 almeno l'80%) che adottano **Programmi di Prevenzione Universale e/o Selettiva** rivolti ad adolescenti e giovani in *setting* extra scolastici con lo scopo di sviluppare empowerment
- Aziende Socio Sanitarie (2022 almeno il 50%; 2023 almeno l'80%) che adottano **Programmi di Prevenzione Indicata** – anche finalizzati all'intervento precoce – declinati per specifici gruppi vulnerabili (adolescenti e le loro famiglie, donne in gravidanza, gli over 65, stranieri) o a rischio aumentato
- Aziende Socio Sanitarie (2022 almeno il 50%; 2024 almeno l'80%) che attuano **Programmi di Riduzione dei Rischi e del Danno** rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi
- Aziende Socio Sanitarie (2022 almeno il 50%; 2024 almeno l'80%) che attuano **Programmi di Prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive** rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio

Linea di supporto centrale: N.11 “Definizione di un Piano Nazionale/Linee di indirizzo per le dipendenze”

Le Linee di supporto centrali, dette anche **Azioni centrali** (AC) del PNP, pertinenti al livello di governo centrale, sono finalizzate a migliorare la capacità del sistema sanitario di promuovere e governare la prevenzione e a rendere più efficiente ed efficace l'insieme delle relazioni tra attori istituzionali (e tra questi e gli *stakeholder*) e, in generale, a facilitare il raggiungimento degli obiettivi del PNP.

Tavolo di lavoro interistituzionale da attivare, avente come obiettivo:

“Definire percorsi integrati, uniformi sul territorio nazionale, per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze, per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali”.

DPCM 03.03.2017

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 istituisce **“Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, in attuazione dell’art. 12, comma 11, del decreto-legge n. 179 del 2012”**.

I sistemi di sorveglianza e i registri, sono istituiti per finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, programmazione sanitaria, verifica della qualità delle cure, valutazione dell’assistenza sanitaria e di ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico allo scopo di garantire un sistema attivo di raccolta sistematica di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici per registrare e caratterizzare tutti i casi di rischio per la salute, di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita.

Nell’elenco dell’Allegato A1) Sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale e regionale, è ricompreso il **Sistema di Monitoraggio Alcol (SISMA)** al punto A1.30

Il SISMA è finalizzato all’analisi dell’impatto alcol correlato in Italia come strumento di supporto alla verifica e valutazione del conseguimento degli obiettivi di prevenzione e delle azioni nazionali ed europee di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione.

La stessa logica istituzionale che ha dichiarato le sorveglianze fonti informative fondamentali per la programmazione e la ricerca in ogni ambito sanitario, dalla prevenzione alla cura, ha portato ad inserire la “Sorveglianza dei fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili e degli stili di vita nella popolazione” all’interno del **DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA (livelli essenziali di assistenza)** - relativamente all’area Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, quale “prestazione” cui i cittadini hanno diritto, per le finalità di elaborazione e diffusione dei profili di salute di comunità, di promozione dell’*empowerment*, di costruzione di reti e alleanze con altri soggetti, di contributo scientifico alla promozione della salute.

Si ricorda, altresì, che nell’allegato 1 **“Prevenzione collettiva e sanità pubblica”** dei “nuovi” LEA (D.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante **“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”**), sono riportate, alla **lettera F** “Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale”, una serie di prestazioni finalizzate alla promozione di stili di vita salutari e alla prevenzione delle MCNT, relative ad attività di cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l’attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale “Guadagnare salute”, alla sorveglianza dei principali fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita

nella popolazione, nonché agli screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal PNP 2014-2018.

E' prevista, inoltre, l'offerta di **counseling individuale**, quale prestazione individuale da erogare per la promozione dell'attività fisica, della sana alimentazione, della prevenzione e contrasto del tabagismo e del **consumo rischioso di alcol**, nonché per la promozione, la protezione e il sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare. E' di fondamentale importanza l'inserimento di tali prestazioni individuali finalizzate alla promozione della salute in una area che aveva sinora escluso tale tipologia di interventi.

Centro Nazionale di Prevenzione e Controllo delle Malattie - CCM

Con i Fondi per l'Anno Finanziario 2018 è stato finanziato il progetto **“SISTIMAL. Sistema di Indicatori per il Monitoraggio dell'impatto alcol correlato”** affidato all'Istituto Superiore di Sanità, con una durata di dodici mesi ai quali sono stati aggiunti ulteriori dodici mesi di proroga (sei mesi di proroga ordinaria debitamente motivata ed ulteriori sei mesi di proroga straordinaria dovuta alla pandemia da Covid.19). Il progetto termina a gennaio 2021.

L' Obiettivo principale del monitoraggio è quello di ottenere la disponibilità della base di dati indispensabili alla valutazione della parte di popolazione esposta al rischio (consumatori di alcol, utenti dei servizi ecc) al fine di esplorare e far emergere la fenomenologia del rischio e del danno alcol-correlato e di ottenere utili indicazioni per la pianificazione delle politiche sanitarie e la valutazione degli interventi necessari (prevenzione, prestazioni erogabili, caratteristiche dei sistemi d'identificazione precoce, diagnosi, cura e riabilitazione).

Il CCM 2019 ha approvato il progetto biennale (2020-2021) **“Prevenzione, diagnosi precoce e trattamento mirato dello spettro dei disturbi feto alcolici (Fetal Alcohol Spectrum Disorder, FASD) e della sindrome feto alcolica (Fetal Alcohol Syndrome, FAS)”**. Il progetto ha come Obiettivo Generale: Promuovere la conoscenza sui rischi del consumo dell'alcol in gravidanza, sullo spettro dei disturbi feto alcolici (FASD) e della sindrome feto alcolica (FAS). Come Obiettivo Specifico 1. “Monitorare il reale consumo dell'alcol in gravidanza e della reale esposizione prenatale all'alcol materno”; Obiettivo Specifico 2: “Produrre e diffondere materiali informativi e operativi sul territorio nazionale per promuovere la prevenzione di FAS e FASD”; Obiettivo Specifico 3: “Formare i professionisti sociosanitari sui del consumo dell'alcol in gravidanza”. Il progetto è stato affidato all'Istituto Superiore di Sanità che rappresenta l'Unità Operativa 1 (Centro Nazionale Dipendenze e Doping - Unità di farmacotossicologia analitica), concorrono l'Unità Operativa 2 con il Centro di riferimento Alcolologico della Regione Lazio (Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I di Roma), l'Unità Operativa 3 è rappresentata dall'IRCCS Materno Infantile Burlo Garofalo della Regione Friuli Venezia Giulia; l'Unità Operativa 4 è il reparto di Ostetricia e Ginecologia di Catania, Policlinico Vittorio Emanuele; Unità Operativa 5 è la Clinica Ostetrica del Policlinico di Modena; Unità Operativa 6 è l'Agenzia Regionale Sanitaria-Commissione Percorso Nascita della Regione Marche. Il progetto biennale prevede di giungere ai risultati conclusivi entro l'anno 2021.

6.2. L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001

La legge 125/2001, all'art. 3 comma 4, prevede che il Ministero della Salute predisponga l'assegnazione alle Regioni e Province Autonome delle risorse disponibili finalizzate al monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcol correlati.

Le risorse finanziarie dell'anno 2018 sono state assegnate dalla Commissione Salute alla Regione Piemonte per il coordinamento del progetto nazionale alcol avente per tematica ***“Valutazione e monitoraggio delle politiche e delle azioni sanitarie e sociali in tema di: 1) Prevenzione in ambito scolastico e 2) Alcol e guida”***. La Regione Piemonte, in previsione della seconda Conferenza Nazionale Alcol aveva chiesto ed ottenuto una proroga di sei mesi in modo da giungere alla elaborazione di un documento di consenso sulla tematica predetta. Con il sopraggiungere della pandemia Covid.19, a causa delle opportune limitazioni decise dal Governo per fronteggiare il rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti dal virus Sars.CoV.2, le attività progettuali sono state prorogate di ulteriori sei mesi giungendo in tal modo fino all'anno 2021, anno nel quale si prevede lo svolgimento della Conferenza.

Le risorse finanziarie dell'anno 2019 sono state assegnate dalla Commissione Salute a due Regioni per due progettualità che avranno come finalità l'elaborazione di documenti di consenso sui temi individuati, anche questi saranno poi portati in apposite aree tematiche nel contesto della Conferenza del 2021. Le Regioni individuate sono il Piemonte con il progetto: ***“Giovani e alcol. Modalità di ingaggio e di intervento sui giovani con modalità di consumo problematiche”*** e l'Emilia-Romagna con il progetto: ***“Le reti curanti: lo stato dell'arte, dall'applicazione della Legge 125/2001 alle innovazioni normative e progettuali, gli attori coinvolti, le condizioni complesse, le necessità formative”***.

Le risorse finanziarie dell'anno 2020 sono state assegnate a due Regioni. La Regione Emilia-Romagna per il progetto ***“Pandemia Covid.19 e Servizi Territoriali per le Dipendenze. Criticità riscontrate e soluzioni adottate, al fine di individuare buone pratiche ed elementi innovativi da condividere su tutto il territorio nazionale”***. Tale progetto va ad integrare quello già assegnato l'anno precedente all'Emilia-Romagna ***“Le Reti curanti ...”*** al fine di promuovere un percorso di indagine, individuazione e sistematizzazione che promuova la conoscenza e il confronto sulle soluzioni adottate in fase emergenziale, che possano trasformarsi in pratiche migliorative per una nuova attività ordinaria. La Regione Sardegna è assegnataria del progetto ***“La medicina di genere nel disturbo da uso di alcol”*** i cui risultati sono previsti per febbraio/marzo 2022.

La seconda Conferenza Nazionale Alcol si svolgerà nel mese di **Dicembre 2021** e prevederà due giornate articolate in sessioni consecutive per area tematica. Le aree tematiche riporteranno i risultati dei progetti e rappresenteranno l'occasione per favorire la condivisione ed il consenso dei rappresentanti delle Istituzioni coinvolte, i rappresentanti dei Servizi per l'alcolologia/Servizi per le Dipendenze Patologiche, le Società scientifiche, le Associazioni ed altri stakeholders, in comuni denominatori. Dagli esiti della Conferenza si potranno quindi prevedere percorsi di recepimento e formalizzazione dei documenti prodotti.

La Conferenza Nazionale Alcol sarà organizzata dal Ministero della Salute con la collaborazione delle Regioni tramite il Gruppo Interregionale Dipendenze della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni. Per l'organizzazione della Conferenza sarà impegnata parte della somma stanziata secondo le previsioni della Legge 125/2001, art. 3 comma 4, che prevede uno stanziamento annuale di fondi per le azioni di informazioni e comunicazione in ambito alcologico. La Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero, cui è assegnata la competenza per la relativa spesa, curerà gli aspetti organizzativi della Conferenza.

6.3. La partecipazione alle politiche internazionali

Nel quadro della legge 125/2001, il Ministero della Salute coordina l'attuazione delle politiche sull'alcol anche in linea con gli orientamenti approvati **in ambito internazionale**, sia a livello di Unione Europea (UE) che di Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

A tale proposito, la cornice nella quale si inquadra l'attività del nostro Paese è costituita dai seguenti Piani e Programmi di settore:

- **“Global Strategy on alcohol” (OMS 2010)**
- **“Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases 2013-2020” (OMS): obiettivo 2 almeno 10% di riduzione di abuso di alcol, tenuto conto del contest nazionale**
- **“European Alcohol Action Plan 2012-2020” (OMS)**
- **Quadro politico e strategia europea per il 21mo secolo “HEALTH 2020” (OMS)**
- **“European Alcohol Action Plan 2006-2012” (UE)**
- **“European Action Plan on Youth and on binge drinking 2014-2016” prorogato al 2020 (UE)**
- **Obiettivi di sviluppo sostenibile al 2030 (SDG ONU 3.5 rafforzamento della prevenzione e del trattamento di abuso di sostanze, comprese droghe ed alcol)**
- **Piano di Azione Europeo sull'Alcol 2014-2020 (EAAP) approvato dalla risoluzione EUR/RC61/R4**

Il Ministero della Salute partecipa annualmente ad attività europee e internazionali connesse alla prevenzione e alle politiche sull'alcol e i problemi alcol correlati. Le principali attività sono ascrivibili alla partecipazione formale ai gruppi di lavoro, consultivi e di condivisione e aggiornamento periodico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e della Commissione Europea. In tali ambiti, lo svolgimento delle numerose attività inserite nel piano di lavoro quadriennale 2017-2021 del **WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems (WHO CC-ITA79)** concordato dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con l'OMS di Ginevra a seguito della ridesignazione dell'**“Osservatorio Nazionale Alcol (ONA)** dell'ISS in qualità di **WHO Collaborating Centre**, ha consentito la qualificata partecipazione formale governativa negli ambiti di consulenza e supporto tecnico-scientifico in qualità di apprezzato e riconosciuto servizio di valore aggiunto europeo ed internazionale delle competenze italiane alle priorità di *Public Health* globali.

Il 2020, in funzione della pandemia da COVID-19, ha richiesto un impegno maggiore nello svolgimento di attività consultive con e tra gli organismi internazionali e gli Stati membri a partire dalle indicazioni poste *dall'Executive Board* dell'OMS, condivise nel corso della settantatreesima Assemblea Mondiale della Sanità svolto da remoto a Ginevra relative alle risultanze delle consultazioni specifiche sulla *Global Strategy on Alcohol* al fine di ridurre l'uso dannoso di alcol e della dichiarazione dell'Assemblea delle Nazioni Unite nel merito della prevenzione e del controllo delle malattie cronico-degenerative

(https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_7Add1-en.pdf)

puntualizzante la sostanziale carenza di risorse sinora adottate per raggiungere l'obiettivo di riduzione dell'impatto dell'alcol a livello globale e nelle singole realtà nazionali.

L'Executive Board OMS ha esaminato il **rapporto sulla dichiarazione politica della terza riunione ad alto livello dell'Assemblea generale sulla prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili**, in particolare l'Allegato 3, intitolato **“Attuazione della strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol”** e la **“Relazione sui risultati del processo consultivo sull'attuazione della strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol e la via da seguire”** e nella sua decisione **EB146 (14)**, ha richiesto al Direttore Generale dell'OMS, tra l'altro, **“di sviluppare un piano d'azione (2022-2030) per attuare efficacemente la strategia globale per**

ridurre il consumo dannoso di alcol come priorità di salute pubblica, in consultazione con gli Stati membri e le parti interessate pertinenti, per l'esame della 75a Assemblea mondiale della sanità attraverso la 150a sessione del Comitato esecutivo dell'OMS nel 2022 ", e" per sviluppare un rapporto tecnico sull'uso dannoso di alcol correlato al marketing transfrontaliero di alcol, pubblicità e attività promozionali, compreso il *targeting* di giovani e adolescenti, prima della 150a sessione del Comitato esecutivo dell'OMS, che potrebbe contribuire allo sviluppo del piano d'azione ", nonché" per fornire risorse adeguate al lavoro sull'uso dannoso di alcol.

In risposta alla decisione EB146, il Segretariato dell'OMS ha definito l'implementazione di una serie di attività sintetizzabili come segue:

- **Marzo - aprile 2020:** Messa in servizio della **revisione dell'ambito** sull'uso dannoso di alcol correlato al marketing transfrontaliero di alcol, alla pubblicità e alle attività promozionali, compreso il targeting di giovani e adolescenti. Messa in servizio di documenti di base per lo sviluppo del rapporto.
- **Aprile - maggio 2020:** produzione della bozza zero del documento di lavoro per lo sviluppo di un piano d'azione (2022-2030) per attuare efficacemente la strategia globale per ridurre l'uso dannoso con elementi e componenti essenziali proposti.
- **Giugno 2020: riunioni di esperti tecnici** organizzate dalla sede dell'OMS per discutere la bozza zero del documento di lavoro per lo sviluppo del piano d'azione e il contenuto della relazione tecnica sul consumo dannoso di alcol correlato al marketing transfrontaliero di alcol, pubblicità e attività promozionali.
- **Luglio - ottobre 2020:** finalizzazione del **documento di lavoro** per il successivo processo di consultazione.
- **16 novembre - 13 dicembre 2020: consultazione** via **web** sul documento di lavoro per lo sviluppo del piano d'azione aperto agli Stati membri, alle organizzazioni delle Nazioni Unite e ad altre organizzazioni internazionali e agli attori non statali. Tutti i feedback pertinenti ricevuti saranno pubblicati sul sito web dell'OMS. (Si è trattato di un periodo piuttosto esteso)
- **Gennaio - marzo 2021:** consultazioni tecniche regionali con gli Stati membri sul documento di lavoro per lo sviluppo del piano d'azione (2022-2030).
- **Marzo - aprile 2021:** Sviluppo della prima bozza del piano d'azione sulla base dei contributi ricevuti sul documento di lavoro in corso di consultazione regionale.
- **Aprile - giugno 2021:** la consultazione via web sulla prima bozza del piano d'azione aperta agli Stati membri, alle organizzazioni delle Nazioni Unite e ad altre organizzazioni internazionali e agli attori non statali. Tutti i feedback pertinenti ricevuti saranno pubblicati sul sito web dell'OMS. Discussione della prima bozza al Terzo Forum dell'OMS su alcol, droghe e comportamenti di dipendenza cui hanno partecipato punti focali tecnici degli Stati membri, rappresentanti di entità delle Nazioni Unite, organizzazioni della società civile, centri di collaborazione dell'OMS e università. Consultazione con gli operatori economici della produzione e del commercio di alcol sul loro contributo alla riduzione del consumo dannoso di alcol nell'ambito dei loro ruoli principali. Una consultazione informale con gli Stati membri sulla prima bozza del piano d'azione.
- **Luglio - agosto 2021:** sviluppo della seconda bozza del piano d'azione sulla base del feedback ricevuto sulla prima bozza durante le fasi precedenti del processo di consultazione.
- **Agosto - novembre 2021:** Briefing sulla seconda bozza del piano d'azione organizzato alle riunioni del Comitato Regionale. Pubblicazione della relazione tecnica sul consumo dannoso di alcol correlato al marketing, alla pubblicità e alle attività promozionali transfrontaliere di

alcol, compreso il *targeting* di giovani e adolescenti, con una sintesi dei principali risultati e conclusioni disponibili in sei lingue. Una riunione formale degli Stati membri per l'esame della seconda bozza del piano d'azione. Completamento del progetto di piano d'azione preso in considerazione i feedback e gli input ricevuti dagli Stati membri e da altre parti interessate durante il processo di consultazione nell'aprile-ottobre 2021. Sviluppo e presentazione della relazione da parte del Segretariato alla 150a sessione del Comitato esecutivo.

- **Gennaio - febbraio 2022:** la 150a sessione del Comitato esecutivo dell'OMS prenderà in considerazione il rapporto del Direttore generale dell'OMS contenente la bozza del piano d'azione (2022-2030) per attuare efficacemente la strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol.

Il **WHO CC ITA-79** ha già avviato, in coordinamento con la Direzione Generale per la Prevenzione, Dipendenze, Doping e salute mentale del Ministero della Salute quanto richiesto dall'articolato piano di attività anche attraverso la formalizzazione nazionale di consulenza tecnico-scientifica per le competenze **dell'Osservatorio Nazionale Alcol** prevista dall'accordo di collaborazione SIAS-SISTIMAL, Sistema e Azione di Supporto a SISTIMAL (Sistema di indicatori per il monitoraggio dell'impatto alcool-correlato in relazione alla partecipazione al monitoraggio in ambito internazionale).

Nel corso del 2020, l'Executive Board OMS, nella sua decisione **EB146 (14)**, ha richiesto al Direttore Generale dell'OMS, tra l'altro, "di sviluppare un piano d'azione (2022-2030) per attuare efficacemente la **strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol** come priorità di salute pubblica, in consultazione con gli Stati membri e le parti interessate pertinenti, per l'esame della 75a Assemblea mondiale della sanità attraverso la 150a sessione del Comitato esecutivo dell'OMS nel 2022" e "per sviluppare un rapporto tecnico sull'uso dannoso di alcol correlato al marketing transfrontaliero di alcol, pubblicità e attività promozionali, compreso il *targeting* di giovani e adolescenti, prima della 150a sessione del Comitato esecutivo dell'OMS, che potrebbe contribuire allo sviluppo del piano d'azione per fornire risorse adeguate al lavoro su l'uso dannoso di alcol".

Come parte della sua risposta alla decisione EB146, il Segretariato dell'OMS ha deliberato una serie di consultazioni pubbliche con i principali interlocutori sul documento preliminare di lavoro per lo sviluppo del piano d'azione.

L'Osservatorio Nazionale Alcol, in coordinamento con il Ministero della Salute, ha concluso la prima consultazione, aperta agli Stati membri, alle organizzazioni delle Nazioni Unite, ad altre organizzazioni internazionali e agli attori non statali, svolta sul web dal 16 novembre al 6 dicembre 2020 sul documento di lavoro <https://www.who.int/publications/i/item/action-plan-to-strengthen-implementation-of-the-global-strategy-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol>. La consultazione ha previsto da parte del Segretariato OMS la richiesta di commenti e suggerimenti agli interlocutori coinvolti sul documento di lavoro per lo sviluppo del richiesto piano d'azione globale sull'alcol per rafforzare l'attuazione della strategia globale. Tutti i contributi pertinenti saranno pubblicati sul sito dell'OMS di Ginevra a metà febbraio 2021.

In funzione della situazione pandemica e dell'impossibilità di svolgere meeting e gruppi di lavoro in presenza, in ottemperanza ai termini di riferimento stabiliti dall'OMS con il Ministero della Salute nel piano di lavoro 2020 per il Centro OMS – ITA79 è stata comunque garantita la collaborazione e la partecipazione attiva ai webinar organizzati dall'Ufficio Regionale OMS-EURO.

A gennaio 2020 sono state svolte riunioni inerenti lo sviluppo della WHO/Europe NCD Training Platform dedicata alla formazione nel settore delle dipendenze attraverso workshop e corsi dedicati alla sorveglianza epidemiologica, all'implementazione e alla valutazione in cui l'Italia, attraverso il Centro OMS –ITA79 è impegnata per le competenze specifiche del monitoraggio formale alcol di cui al DPCM 3/2017, per la valutazione della policy, attraverso l'esperienza maturata attraverso l'incarico di svolgimento delle Azioni Centrali del Ministero della Salute SISTIMAL e SIAS SISTIMAL.

A marzo 2020, in collaborazione con il WHO European Office for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (NCD Office) di Mosca il centro OMS-ITA79 ha garantito la predisposizione di materiali originali e la traduzione e adattamento dei materiali sviluppati in collaborazione con l'Ufficio EURO dell'OMS per il contrasto della disinformazione diffusa sui social da settori dell'industria e in supporto della disseminazione ai consumatori di alcolici di informazioni valide e oggettive sui rischi intercorrenti tra alcol e COVID-19.

Frequently asked questions (FAQ) about alcohol and COVID-19

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2020/frequently-asked-questions-faq-about-alcohol-and-covid-19>

Infographic - Alcohol and COVID-19: what you need to know

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics/infographic-alcohol-and-covid-19-what-you-need-to-know>

Factsheet - Alcohol and COVID-19: what you need to know (2020)

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf

Tutti i materiali per la prevenzione specifica sono stati oggetto di pubblicazione sul sito dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS e hanno garantito la realizzazione della campagna del Ministero della salute contro le *fakenews* e l'infodemia che ha connotato il periodo del lockdown in Italia, in Europa e nel mondo.

I materiali sviluppati sono stati resi di dominio pubblico, anche in lingua inglese, sul sito del Ministero della Salute e dell'ISS.

Coronavirus: too much alcohol increases infection risk

(<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4430>)

Le nuove bufale confutate dal Ministero

<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4576>

Alcol e COVID-19: l'infografica OMS

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-stili-vita-alcol-infografica-oms>

Domande frequenti su alcol e COVID-19

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-stili-vita-alcol-faq-who-europe>

In coincidenza con la Settimana europea di prevenzione sui danni alcol-correlati 2020 (European Awareness Week on Alcohol Related Harm, AWAHR) sono state prodotte nel mese di novembre, tradotte e adattate in italiano dall'ONA-ISS tre nuove infografiche:

- Alcol e COVID: cosa devi sapere
(https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/infografica_alcol_covid.pdf)
- Alcol e COVID: tra mito e realtà
(https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/infografica_alcol_covid_mito_realta.pdf)
- Alcol e cancro
(https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/infografica_Alcol_e_cancro.pdf)

Il Centro OMS ITA-79 è stato richiesto di produrre proposte operative nel merito delle politiche di prevenzione sull'alcol, peraltro oggetto di audizione in Senato, nell'ambito dei webinar della settimana europea sul tema "Alcohol and post-COVID-19 era: preparedness and readiness for a renewed prevention" (<https://www.youtube.com/watch?v=uef27-RzjJM&feature=youtu.be>).

A conclusione della settimana europea e nel corso dello svolgimento del simposio virtuale dell'Alcohol Policy network for Europe – APN un'ulteriore presentazione è stata richiesta e svolta dal Centro OMS ITA-79 dell'ISS in coordinamento con l'Ufficio Regionale OMS sul tema "Covid-19 and alcohol in Italy" (https://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/projectes_internacionals/apn-site/contents/symposium/2020/Emanuele-Scafato_final.pdf).

Come contributo alle politiche di prevenzione europea del rischio alcol in corso di epidemia Covid-19 numerosi visuali originali finalizzati dall'Ufficio Regionale OMS-EURO con la consulenza e in collaborazione con il Centro OMS ITA-79 sono stati acquisiti dall'ISS e dal Ministero e disseminati dai siti web istituzionali:

- L'alcol non ti protegge da COVID-19
(versione uno : <https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/Diapositiva1.jpg>)
- L'alcol non ti protegge da COVID-19
(versione due: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/Diapositiva2.jpg>)
- Sii forte senza alcol (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/Diapositiva3.jpg>)
- Rimani sereno senza alcol (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/Diapositiva4.jpg>)
- Resisti senza alcol (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/Diapositiva5.jpg>)
- Sii d'esempio senza alcol (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/Diapositiva6.jpg>)

In ottemperanza al piano di lavoro concordato con l'OMS (<https://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?KprGsKPAc3+M5v6vQ9KRYQ>), il Ministero della Salute ha contribuito nel corso del 2020 attraverso il WHO Collaborating Center for Research & Health Promotion on Alcohol & Alcohol-related Health Problems ITA-79 , Osservatorio Nazionale Alcol, in ISS a:

- a) Fornire consulenza e assistenza esperta ai programmi e alle attività dell'OMS sulla prevenzione dell'alcol, sulle politiche sull'alcol e su altre dipendenze e sulle strategie di promozione della salute;
- b) Partecipare ai progetti di ricerca, raccolta dati, monitoraggio e implementazione dell'OMS e fornire assistenza al sistema europeo di informazione sull'alcol;
- c) In coordinamento con l'OMS, a rafforzare le attività per una diagnosi precoce del consumo dannoso di alcol, attività di formazione, trattamento e intervento e strategie per ridurre il danno e il rischio da alcol nella popolazione generale;

- d) Assistere l'OMS nel fornire supporto tecnico agli stati membri nei settori dell'abuso di alcol, sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali;
- e) Assistere l'OMS nella pianificazione e organizzazione di riunioni e conferenze nei settori dell'abuso di alcol ,sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali

In tale ottica, l'8 giugno il WHO CC ITA-79 è stato richiesto dall'OMS di partecipare al panel di esperti per il webinar dell'OMS relativo a **"What's in the bottle: alcohol labelling in the WHO European Region": results from the "WHO health evidence network synthesis report"** presentando una relazione in risposta alla domanda dell'OMS **"Perspective from Italy: has Italy lower levels of alcohol labelling legislation? Barriers and facilitators for improvements"**.

Il 30 giugno il WHO CC ITA-79 ha partecipato al webinar dell'OMS relativo a **OMS Alcohol pricing in the WHO European Region e Webinar on gaming behaviour during COVID-19**.

Il 7 luglio il WHO CC ITA-79 ha partecipato al **webinar Alcohol marketing in the European Region**.

Dal 10 al 12 giugno l'OMS di Ginevra ha convocato il **Technical Expert Meeting on the working document for Alcohol Action Plan (2022-2030) and on the harmful use of alcohol related cross border alcohol marketing, advertising and promotional activities**.

Nel corso dell'incontro sono stati affrontati e discussi :

- gli elementi del documento di lavoro per lo sviluppo del piano d'azione da rafforzare
- l'attuazione della strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol;
- le criticità relative a marketing, pubblicità e attività promozionali transfrontaliere di alcol e fornire consulenza sulla portata e sul contenuto di una relazione tecnica; e
- i risultati preliminari dell'indagine globale dell'OMS sui progressi con l'obiettivo di salute degli SDG 3.5
- gli orientamenti da intraprendere nel merito della presentazione delle informazioni relative all'alcol nel rapporto globale pianificato.

A tale riguardo sono state garantite dal Centro OMS ITA-79 la partecipazione e la collaborazione alle attività specifiche di supporto editoriale, raccolta, fornitura e confronto d'informazioni e basi di dati , standardizzazione della terminologia sono state garantite per una serie di documentazioni OMS di cui si riassumono gli elementi di sintesi che hanno ricadute immediate e implicazioni di salute pubblica a livello nazionale.

Factsheet on the SDGs: Alcoholconsumption and sustainabledevelopment (2020)

(https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf)

Questa scheda informativa è stata lanciata nell'ambito della Settimana europea di sensibilizzazione sui danni correlati all'alcol 2020. La scheda informativa mostra come il consumo di alcol mini gli impegni a raggiungere 13 dei 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) delle Nazioni Unite, influenzando una serie di indicatori relativi alla salute, come la salute dei bambini, le malattie infettive e gli infortuni stradali, nonché una gamma molto più ampia di indicatori relativi a sviluppo economico e sociale, ambiente e uguaglianza. L'inclusione di un obiettivo specifico sull'uso dannoso di alcol (SDG 3.5: rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e l'uso dannoso di alcol) dimostra il ruolo chiave dell'alcol nell'agenda di sviluppo globale. La scheda informativa evidenzia esempi positivi di esperienze degli Stati membri. Fornisce una breve panoramica delle raccomandazioni politiche più convenienti e fattibili per ridurre il consumo di alcol e il carico attribuibile all'alcol nella regione europea dell'OMS, in linea con il piano d'azione europeo per ridurre l'uso dannoso di alcol. Suggerisce inoltre alcune risorse importanti per gli Stati membri.

La nuova scheda informativa preparata dall'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa, richiama l'attenzione sulle barriere che il consumo di alcol presenta in tutta la Regione al raggiungimento di 13 dei 17 Obiettivi di sviluppo sostenibile (OSS) delle Nazioni Unite.

Secondo la scheda informativa dell'OMS, gli attuali livelli di consumo di alcol nella regione e nel mondo hanno un impatto negativo su 13 SDG e un totale di 52 obiettivi in tutte e tre le dimensioni dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite (economica, sociale e ambientale). Gli impatti influenzano una serie di indicatori relativi alla salute, come la salute dei bambini, le malattie infettive e gli incidenti stradali, nonché indicatori più ampi relativi allo sviluppo economico e sociale, all'ambiente e all'uguaglianza. La regione europea dell'OMS ha il più alto livello globale di consumo di alcol: 9,8 litri di alcol puro per adulto (dai 15 anni in su) all'anno sullo sfondo di una media globale di 6,4 litri. Il consumo di alcol ha un impatto causale su oltre 200 condizioni di salute (malattie e lesioni) e nella sola regione europea dell'OMS, l'uso di alcol porta a quasi un milione di morti ogni anno o circa 2500 morti ogni giorno. Oltre ad avere impatti devastanti sulle comunità, gli impatti sulla società includono maggiori costi per l'assistenza sanitaria e per la comunità, una capacità dei servizi sanitari tesa e perdite di produttività.

Per spezzare questa tendenza, l'OMS propone un pacchetto di misure per il controllo dell'alcol che sono ancora sottoutilizzate nella regione e mette in evidenza esempi positivi di esperienza degli Stati membri.

Oltre alla nuova scheda informativa, l'OMS / Europa ha anche contribuito con una serie di pubblicazioni scientifiche al numero speciale dell'International Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH) "Alcohol Control Policy and Health in Europe" (a cura di: Drs. Antoni Gual, Hospital Clinic Barcelona e Jürgen Rehm, Centre of Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto). Questi includono revisioni più ampie dell'attuale stato di attuazione della politica sull'alcol nella regione europea dell'OMS e un'analisi più approfondita di come la regione sta raggiungendo l'obiettivo globale di riduzione relativa del 10% del consumo dannoso di alcol grazie al contributo di alcuni paesi, dove l'assunzione di alcol è diminuita notevolmente negli ultimi anni.

Supportare gli Stati membri nello sviluppo, nell'attuazione e nel monitoraggio delle politiche di controllo dell'alcol, come parte della prevenzione globale delle malattie non trasmissibili (NCD) è parte integrante del Programma europeo di lavoro (EPW) 2020-2025 dell'OMS. Affrontare uno dei maggiori fattori di rischio per la regione e il suo sviluppo è fondamentale. L'agenda per lo sviluppo sostenibile non ha solo un indicatore specifico sulla riduzione della mortalità prematura per malattie non trasmissibili (SDG target 3.4), ma anche un indicatore specifico sull'uso di alcol e droghe (SDG target 3.5). Ciò evidenzia l'impatto trasversale dell'alcol sulla vita e sul benessere. Sono consolidate le evidenze e le prove che misure politiche concrete possono ridurre i livelli di consumo di alcol pur rimanendo convenienti. Ad esempio, i "best buys" raccomandati dall'OMS per aumentare le tasse

sull'alcol e limitare la disponibilità e la commercializzazione di alcolici sono strumenti potenti ed economici, ma il tasso di attuazione regionale di queste politiche è molto basso, soprattutto per i prezzi. “L'alcol non è una merce ordinaria. I responsabili politici dell'intera Regione Europea dell'OMS devono unirsi per regolamentare l'alcol in modo più efficace, in modo da ridurre sofferenze e morti inutili, oltre a creare società più sane e più felici ”.

Alcohol and cancer in the WHO EuropeanRegion: An appeal for betterprevention (2020)
(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336595/WHO-EURO-2020-1435-41185-56004-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)

La scheda informativa è stata lanciata nell'ambito della Settimana europea di sensibilizzazione sui danni correlati all'alcol, 2020. Questa scheda informativa fornisce informazioni e linee guida aggiornate sui collegamenti tra alcol e una serie di tumori, inclusi alcuni dei tipi più comuni, come il cancro al seno femminile e il cancro del colon-retto, per coloro che sono coinvolti nella progettazione e nell'attuazione delle politiche che influenzano salute pubblica. Definisce le opzioni politiche per ridurre il carico di cancro attribuibile all'alcol all'interno della regione europea dell'OMS, chiarendo che vi sono forti prove che l'implementazione di politiche di controllo dell'alcol efficaci in termini di costi, comprese le politiche sui prezzi (o politiche che aumentano il prezzo raggiungere questo obiettivo. La nuova scheda informativa OMS / Europa, "Alcol e cancro nella regione europea dell'OMS: un appello per una migliore prevenzione", sottolinea i legami causali tra l'uso di alcol e una serie di tumori, inclusi alcuni dei tipi più comuni, come il cancro al seno femminile e cancro coloretale. Rende inoltre chiaro che i tumori e i decessi attribuibili all'alcol possono essere ridotti attraverso l'attuazione di politiche efficaci in termini di costi, come l'aumento delle tasse sulle bevande alcoliche e la limitazione del marketing e della disponibilità di alcol.

I consumatori hanno il diritto di basare le proprie scelte su informazioni valide che indicano che anche a bassi livelli il consumo di alcol può provocare il cancro. Il consumo di alcol provoca alcuni tipi di cancro ed è anche associato a dozzine di altre malattie non trasmissibili (NCD). A livello globale, l'alcol è responsabile di quasi 3 milioni di decessi ogni anno e nella regione europea ne sono responsabili circa 2545 ogni giorno. Solo nel 2018, circa 180.000 casi di cancro e 92.000 decessi per cancro sono stati causati dall'alcol nella Regione.

Nel 2018 nella Regione Europea dell'OMS, il consumo di alcol ha causato circa 45.500 casi di cancro al seno nelle donne, con 12.100 decessi conseguenti, e circa 59.200 casi di cancro del colon-retto in donne e uomini, con 28.200 decessi conseguenti.

La nuova scheda informativa, preparata dall'Ufficio europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili (NCD Office) dell'OMS, evidenzia i legami causali tra consumo di alcol e tumori del cavo orale, dell'orofaringe, dell'esofago, del fegato, della laringe, del colon-retto e del seno femminile. I tumori alcol-correlati della laringe e dell'orofaringe hanno proporzioni relativamente più elevate di esiti fatali, rispetto ad altri tumori alcol-correlati. Non esiste un livello sicuro di consumo di alcol per il cancro, indipendentemente dal tipo di bevanda, dalla qualità o dal prezzo. Quasi l'11% di tutti i casi di cancro causati dall'alcol in tutta la regione nel 2018 erano dovuti al fatto di non bere più di 1 bottiglia grande di birra (500 ml), 2 bicchieri di vino (200 ml) o 60 ml di alcolici al giorno. I rischi per la salute aumentano notevolmente con la quantità che le persone bevono e fumare insieme al bere moltiplica i rischi di cancro. Secondo la scheda informativa, le persone che usano sia alcol che tabacco hanno un rischio 30 volte maggiore di sviluppare tumori del cavo orale, dell'orofaringe, della laringe e dell'esofago, rispetto alle persone che usano solo alcol o tabacco.

Ridurre il peso delle malattie non trasmissibili riducendo i rischi legati al consumo di alcol è una delle priorità fondamentali delineate nel Programma di lavoro europeo dell'OMS, 2020-2025. Nessuno dovrebbe essere lasciato indietro a causa di tumori causati dal consumo di alcol.

I "migliori acquisti" dell'OMS sono opzioni politiche convenienti e facili da implementare che possono ridurre le malattie non trasmissibili correlate all'alcol, compreso il cancro. Le 3 misure di base sono le seguenti:

- aumentare le accise sulle bevande alcoliche;
- emanare e applicare divieti o limitazioni globali all'esposizione alla pubblicità di alcolici (su più tipi di media);
- implementare restrizioni sulla disponibilità fisica di alcol al dettaglio (riducendo le ore di vendita).

È necessaria una serie di misure interconnesse, comprese le seguenti:

- messaggio chiaro che non esiste un livello sicuro di consumo di alcol;
- azione concertata a livello nazionale e internazionale;
- aumento dei livelli di impegno politico;
- coordinamento efficace dell'azione multisettoriale, salvaguardando dall'influenza di interessi acquisiti che si oppongono a politiche efficaci di controllo dell'alcol;
- coinvolgimento appropriato e diffuso di organizzazioni non governative orientate alla salute pubblica, associazioni professionali e gruppi della società civile.

Alcohol marketing in the WHO European Region: update report on the evidence and recommended policy actions (2020)

(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336178/WHO-EURO-2020-1266-41016-55678-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)

La ricerca ha dimostrato una correlazione tra l'esposizione alla pubblicità di alcol e le abitudini di consumo di alcol, in particolare tra l'esposizione dei giovani al marketing di alcol e l'inizio del consumo di alcol, e chiare associazioni tra l'esposizione e il successivo consumo eccessivo o pericoloso. Questo rapporto analizza lo stato attuale della regolamentazione relativa alla commercializzazione delle bevande alcoliche in Europa. Mostra che, sebbene la maggior parte dei paesi nella regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) disponga di una qualche forma di regolamentazione del marketing, pochissimi hanno divieti legali per limitare la commercializzazione di bevande alcoliche. Inoltre, il rapporto evidenzia esempi di attuali restrizioni europee efficaci sul marketing di alcol finalizzate a proteggere i giovani che sono state adottate in alcuni paesi della regione. Negli ultimi anni, le piattaforme online hanno svolto un ruolo sempre più importante nella pubblicità e nel marketing degli alcolici e molti paesi hanno aggiornato la propria legislazione per rispecchiare la situazione attuale. Il rapporto fornisce un resoconto dei formati online utilizzati per il marketing di alcol e dei modi in cui pongono sfide per la regolamentazione, il controllo e il monitoraggio. Discute inoltre la necessità di sviluppare protocolli per distinguere la pubblicità nativa, i contenuti generati dagli utenti e altri messaggi commerciali che possono essere difficili da identificare come messaggi commerciali. I veri mittenti di tale materiale sono i consumatori, a volte adolescenti e bambini. Il rapporto conclude che la natura globale del marketing di alcol e la facilità con cui trascende i confini nazionali, richiedono risposte regionali e globali, oltre a quelle nazionali, e che esistono opportunità per implementare regolamenti completi e legali che limitano o vietano il marketing di alcol per proteggere bambini e adolescenti. Inoltre, in tutta

Europa sono necessari una maggiore consapevolezza delle vaste sfide poste dal marketing online e un impegno politico per affrontarle.

Alcoholpricing in the WHO EuropeanRegion: update report on the evidence and recommended policy actions (2020)

(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336159/WHO-EURO-2020-1239-40989-55614-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)

Questo rapporto riassume l'attuale base di prove per le politiche sui prezzi degli alcolici e considera il confronto con le attuali politiche in atto nella regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Destinato come risorsa per i governi e gli attuatori, il rapporto evidenzia le sfide per politiche di prezzo efficaci e fornisce raccomandazioni per le azioni politiche sui prezzi degli alcolici nella regione europea dell'OMS.

What is the current alcohol labelling practice in the WHO European Region and what are barriers and facilitators to development and implementation of alcohol labelling policy? (2020)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332129/9789289054898-eng.pdf>

Questo rapporto sintetizza le prove sulle pratiche di etichettatura degli alcolici nella Regione e mira a descrivere i fattori che influenzano l'attuazione. Ad oggi, l'introduzione della politica sull'etichettatura degli alcolici come parte di un più ampio pacchetto di misure politiche sull'alcol create con un forte sostegno politico e la pressione dei consumatori si è dimostrata efficace nel fornire informazioni ai consumatori, sebbene le pratiche siano state ostacolate da procedure lente in alcune parti della Regione, l'opposizione delle istituzioni internazionali e dell'industria degli alcolici e la mancanza di specifiche di etichettatura stabilite e attività di monitoraggio.

Il rapporto sintetizza le principali evidenze e le buone pratiche esistenti sull'etichettatura delle bevande alcoliche, le normative e le autoregolamentazioni, l'attuale implementazione della pratica dell'etichettatura in Europa, e descrive i principali ostacoli e facilitatori allo sviluppo e alla implementazione delle politiche di etichettatura.

Dal rapporto emerge che solo il 17% degli Stati Membri ha leggi che impongono ai produttori di alcolici di includere sulle etichette contemporaneamente ingredienti, valori nutrizionali e informazioni sulla salute (il 40% ha leggi relative all'elenco degli ingredienti, il 28% leggi riguardanti le informazioni di salute rispetto a donne in gravidanza, alcol e guida, alcol e minori o avvertenze generali).

Rispetto ad altri settori, come il tabacco o i prodotti alimentari, la presenza di etichettatura sui prodotti alcolici è molto limitata e la maggior parte della legislazione esistente non è in linea con le raccomandazioni del documento dell'OMS "Alcohol labelling: a discussion document on policy options" (8), pubblicato nel 2017.

Gli argomenti principali da considerare, emersi dal recente rapporto OMS, sottolineano i seguenti punti:

- un'etichettatura che includa sia i valori nutrizionali che gli ingredienti
- un'etichettatura che includa i danni alcol-correlati in generale e per gruppi/situazioni specifiche (alcol e gravidanza, alcol e minori, alcol e guida) nonché raccomandazioni sulle linee guida per un consumo a basso rischio (nei Paesi in cui queste raccomandazioni sono disponibili)
- fornitura di regolamentazioni specifiche su come presentare le informazioni in etichetta (per esempio: dimensioni e caratteri appropriati, fronte confezione, messaggi rotanti, informazioni di facile comprensione) seguendo le raccomandazioni dell'OMS
- sostegno all'implementazione di normative e all'autoregolamentazione per un migliore controllo del contenuto e della presentazione del messaggio
- presa di posizione chiara, da parte degli organismi di sanità pubblica, sulla possibilità o meno che i messaggi siano autoregolamentati dall'industria e garantire sulla diffusione di messaggi efficaci

- prevedere l'opposizione dell'industria dell'alcol o i ritardi nei processi degli organismi internazionali, e preparare in anticipo argomentazioni a sostegno della legislazione proposta
- garantire l'esistenza di meccanismi di controllo, un monitoraggio indipendente e la valutazione dell'impatto delle politiche di etichettatura, indipendentemente dal fatto che l'etichettatura sia su base volontaria o obbligatoria
- investire nella ricerca sull'etichettatura degli alcolici per identificare la forma e il contenuto più efficaci della comunicazione sull'etichettatura (fotografie, pittogrammi, messaggi scritti, compresa la formulazione più efficace).

Questo nuovo report recepisce la sollecitazione da parte degli Stati Membri ad accelerare i tempi per la messa in atto di iniziative più efficaci, e spinge a promuovere nuove politiche capaci di prevalere sulla logica delle convenienze del mondo della produzione, quello del vino, che non giustificano la mancata adesione all'esigenza di regolamentare l'etichettatura per garantire scelte informate dei consumatori

Regional consultation on the implementation of the WHO European Action Plan to reduce the harmful use of alcohol (2012 – 2020). Final report (2020)

(https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/458010/consultation-report-harmful-use-alcohol.pdf)

L'Europa è stata la prima regione a presentare un piano d'azione europeo nel 1992 in risposta alla situazione, 8 anni prima che la strategia globale del 2010 per ridurre il consumo dannoso di alcol fosse adottata dall'Assemblea mondiale della sanità, a seguito del consenso delle delegazioni di tutti 193 Stati membri dell'OMS. Spinta da questo impulso all'azione, la Regione Europea dell'OMS ha lanciato un rinviato piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020. Otto anni dopo la sua approvazione, la Regione Europea ha ancora il più alto consumo di alcol pro capite, con conseguenti gravi danni per gli individui e le società. Il rapporto riassume i risultati della consultazione regionale con gli Stati membri della Regione europea sull'attuazione del piano d'azione europeo e la bozza zero della tabella di marcia delle azioni per rafforzare l'attuazione del piano d'azione, coinvolgendo rappresentanti di 33 Stati membri, che è stata svolta a Praga, Repubblica Ceca, dal 30 settembre al 1 ottobre 2019 confermando che la *Zero Draft roadmap* di azioni per rafforzare l'attuazione del Piano d'azione europeo dell'OMS per la riduzione del consumo dannoso di alcol è molto utile per promuovere l'attuazione nelle aree prioritarie chiave da presentarsi al Comitato Regionale del 2021. I contributi forniti alla discussione hanno evidenziato le molte sfide comuni le difficoltà, sia di lunga data che recenti incontrate in tutta la Regione e hanno suggerito la necessità di una cooperazione internazionale più ampia e più forte che consenta a tali sfide di essere affrontate, comprese quelle legate a questioni transfrontaliere e all'interferenza del settore. La consultazione ha convalidato l'importanza delle quattro aree di attuazione prioritarie: prezzi, disponibilità, informazioni di marketing e salute - evidenziate nella tabella di marcia. Altre due aree prioritarie sono state suggerite per una possibile inclusione : la risposta del servizio sanitario, l'azione comunitaria rivolta alla collettività. La denominazione di "tabella di marcia" , *road map* è stata cambiata in "Framework for action" , cornice d'azione, finalizzata a rafforzare l'attuazione del Piano d'Azione Europeo dell'OMS per ridurre il consumo dannoso di alcol 2020-2025 , ulteriormente sviluppato al fine di sostenere gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre il consumo dannoso di alcol e proteggere le società dai danni causati dall'alcol, in particolare tra i bambini e i giovani. La consultazione ha evidenziato la diversità nella regione, con i paesi che differiscono notevolmente nella fase di attuazione delle politiche per ridurre il consumo di alcol e ha identificato molte sfide e difficoltà comuni rinnovando l'individuazione dei "best buys" sulla politica dei prezzi, di regolamentazione del marketing (specie rivolto ai giovani), sulla riduzione della disponibilità fisica ed economica degli alcolici in particolare ai minori e rilanciando la

necessità di focalizzare nuovi obiettivi di salute attraverso l'iniziativa SAFER dell'OMS e target specifici per una nuova area dedicata al trattamento.

Il Centro OMS ITA-79 ha partecipato il 16 dicembre 2020 al **seminario per i Direttori dei centri di collaborazione dell'OMS** condotto dal Direttore generale dell'OMS e dal Dipartimento per l'assicurazione della qualità, le norme e gli standard al fine di rafforzare le attività della rete dei centri nello sforzo congiunto di contrasto all'epidemia COVID-19 nei settori specifici di competenza e come espressione tanto nazionale quanto trans-nazionale delle competenze e della consulenza da porgere ai *policy makers* per garantire servizi e prestazioni sanitarie adeguate alle sfide comuni da affrontare .

Tutte le attività svolte sono state oggetto di sintesi e regolarmente pubblicate sul sito web dell'Osservatorio nazionale Alcol dell'ISS al link <https://www.epicentro.iss.it/alcol/aggiornamenti> a cui si rimanda per ulteriori dettagli.

Come per il 2019, un'attività sostanziale è stata dedicata all'impiego dello strumento finalizzato alla produzione del report europeo per la misurazione dell'implementazione delle politiche sull'alcol come richiesto dalla risoluzione EUR/RC61/R4 (EAAP, Piano di Azione Europeo sull'Alcol 2014-2020) e di cui l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS, in collaborazione con il gruppo consultivo di esperti europei, ha curato la revisione delle analisi pubblicate dall'OMS e che hanno incorporato i flussi informativi forniti dai sistemi di monitoraggio nazionali SISMA (<http://www.epicentro.iss.it/alcol/SismaMonitoraggio>) e delle azioni centrali SISTIMAL, alimentando e aggiornando in tempo reale le esigenze di allineamento dei sistemi a quelli europei ed internazionali e partecipando attivamente alla realizzazione dello standard condiviso a livello mondiale.

Il Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa ha raccomandato anche per il 2020 agli Stati membri della regione europea di utilizzare l'EAAP per formulare o, se del caso, riformulare politiche nazionali in materia di alcol e piani d'azione, richiedendo al WHO il controllo dei progressi compiuti negli Stati Membri, l'impatto e l'attuazione nazionale del piano d'azione europeo. Il WHO CC dell'ISS ha avviato in tale ottica, in funzione dell'esigenze specifiche nazionali e tecniche del Ministero della Salute, l'integrazione e l'aggiornamento degli strumenti di rilevazione e monitoraggio adeguati ad elaborare in Italia la base di informazioni e gli indicatori che sono stati utilizzati per fornire la valutazione e il controllo periodico dei progressi delle singole azioni e degli obiettivi previsti dalle politiche nazionali e dai piani di prevenzione nazionali e regionali in materia di alcol.

Il Ministero della Salute ha proseguito le attività di collaborazione relative all'acquisizione dei dati per il formato standard internazionale costituito da 34 indicatori di riepilogo elaborati dal Centro OMS ITA-79 e dall'Osservatorio Nazionale Alcol che rilevano i risultati conseguiti nelle 10 aree di azione del EAAP; il nuovo standard, è stato integrato già nel 2019 nei sistemi SISMA e SISTIMAL, azione centrale del Ministro della Salute affidata all'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS, garantendo piena attuazione a quanto disposto dal quadro normativo sul trasferimento di Registri e sorveglianze specifiche all'ISS assicurando la regolarità del monitoraggio previsto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 3 marzo 2017, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 12 maggio "Sistema di monitoraggio alcol (SISMA)" e dal Piano Statistico Nazionale (PSN) 2018-2021 "Monitoraggio dell'Impatto del consumo di Alcol sulla salute in Italia in supporto all'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute (Statistica Derivata ISS-00034)" abilitante la *membership* italiana del gruppo collaborativo Ministero della Salute-ISS in qualità di organismo esperto e Country Investigator/Coordinator nello Scientific Board dell' "**European Alcohol Information System**" WHO-EURO oltre che organismo referente esperto e coordinatore per i Country Reports derivati dal GISAH "**Global Information System on Alcohol and Health**

(GISAH)” WHO-EURO / Global Health Observatory Data
<https://www.who.int/gho/countries/ita/en/>.

A tale riguardo sono stati analizzati e forniti all’OMS dal gruppo congiunto dell’ONA, del WHO-CC e della Direzione Generale per la Prevenzione, Dipendenze, Doping e salute mentale del Ministero della Salute i dati relativi alla mortalità alcolcorrelata e quelli sui consumi a rischio pubblicati nei report europei ed internazionali dell’OMS presentati nei “Country profiles” periodici del *Global status report on alcohol and health* (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>) del report europeo *Alcoholconsumption, harm and policy responsefactsheets for 30 European countries* (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/393107/achp-fs-eng.pdf?ua=1) e del contributo richiesto per il Piano di lotta alle malattie cronico-degenerative attraverso il Country Profile specifico italiano “**Noncommunicablediseases country profiles**” (https://www.who.int/nmh/countries/2018/ita_en.pdf?ua=1) favorito dalla collaborazione dell’**ItalianCollaborating Network on Alcohol**, ICONA coordinato dall’ISS in qualità di **WHO Focal Point point** per il “**Dialogue on NoncommunicableDiseases (NCDs) and International Cooperation**”, World Health Organization, Global CoordinationMechanism on NoncommunicableDiseases (WHO GCM/NCD). A tale ultimo riguardol’italia, attraversoil WHO CC dell’ISS, è statarichiesta quale membro del **Network of Collaborating Centers to strengthen capacity to tackle NCD risk factors and to improve surveillance in the WHO European Region**, WHO European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases (NCD Office), Division of Noncommunicable Diseases and Promoting Health through the Life-course, Moscow, Russian Federation (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/411482/NCD-meeting-web.pdf?ua=1 Anno 2019).

In virtù della collaborazioneattivata tra OMS e Commissione Europea e del ruolo attribuito su nomina della DG SANTE e dell’Ufficio Regionale WHOEURO, è proseguitaattraverso l’Osservatorio Nazionale Alcol-WHO CC in ISS la collaborazione alla valutazione europea dell’ “**Action Plan on Youth Drinking and on HeavyEpisodic Drinking (Binge Drinking) (2014–2016). Progress evaluation report (2019) extended to 2020**” (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/405371/Report-on-the-evaluation-of-CNAPA-Action-Plan-Final-May-2019-rev.pdf?ua=1 nomina OMS Steering Group expert, reviewer, editor :Prof. Emanuele Scafato).

Il Ministero della salute ha proseguito anche nel 2020 la partecipazione governativa Italiana per consulenza esperta tecnico – scientifica nello “**Standing Committee on National AlcoholPolicies and Action - CNAPA**” della Commissione Europea – Direzione Generale V, DG SANCO/DGSANTE ,Luxembourgattraverso l’Osservatorio Nazionale Alcol dell’ISS che , in qualità di organismo esperto di nomina in DG SANTE, ha garantitopartecipato alla *joint initiativeFYFA. Focus on Youth, Football &Alcohol* <https://www.fyfaproject.eu/> finalizzata alla riduzione del bere e del *binge-drinking* tra i giovani e gli adolescenti attraverso la promozione della salute nei contesti sportivi e del football in particolare.A tale riguardo è stata organizzata la Conferenza Europea finale **Giovani, sport e alcol, il webinar del progetto FYFA** di cui l’ISS ha curato l’organizzazione e che ha visto l’adesione di oltre 150 partecipanti in 30 Paesi per evidenziare i risultati principali del progetto FYFA, cofinanziato dalla Commissione Europea. L’ISS ha presentato in tale circostanza una “**Overview of nationalpolicies and practice in sixMemberStatesrelated to alcohol, youngpeople, marketing and sport**”e le raccomandazioni finali del progetto (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/alcol-fyfa-documenti-2020>) che sono state oggetto di pubblicazione a cura del WHO Collaborating Centre for Health Promotion and Research on Alcohol and Alcohol-relatedproblems ITA-79, anche su riviste scientifiche (**Alcohol, youth and sport: recommendation and goodpracticeexamples from the FYFA Europeanproject**. The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness 2021 Feb 02, DOI: 10.23736/S0022-4707.21.11317-9)

Il Centro OMS Ita-79 e l'ONASonoimpegnati in tre service contracts con la CommissioneEuropea e la CHAFEA che anno seguitoalla EU Joint Action RARHA (Reducing Alcohol Related Harm):

- **DEEP SEAS (Developing and Extending Evidence and Practice from the Standard European Alcohol Survey)**
- **FAR SEAS(Fetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after SEAS (Standard European Alcohol Survey))**
- **ALAHMBRA (Alcohol Harm - Measuring and Building Capacity)**

I contract servicesgestiti e svolti per l'italia, in coordinamentooperativoe partnership consortiletra le principaliistituzionieuropee, dall'OsservatorioNazionaleAlcol dell'ISShanno immediate ricadute e implicazioni di salute pubblica a livellonazionaleanche per la valenzaeuropeadellacollaborazione in atto.

Per tutti i contratti di servizio l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS è stato richiesto di porgere consulenza per la produzione di uno standard operativo d'identificazione precoce e Intervento Breve - IPIB basato sulle esperienze già finanziate all'ISS dal Ministero della salute e inserite nel Piano Nazionale di Prevenzione oltre che per la valutazione e supervisione dei protocolli , dei manuali operativi, della formazione specifica e delle linee guida relative agli studi pilota attuati a livello regionale in Portogallo e in Polonia).

Nel corso del 2020 è stata attuata l'organizzazione ed è stato assicurato lo svolgimento della prima e seconda serie di workshop tematici DEEP SEAS - FAR SEAS resi di pubblico dominio con le registrazioni integrali al link <https://ds-fs-thematic-workshop1-alcohol-advertising.siteonsite.es/documents.php#!> :

DEEP SEAS Online Workshop #1

Alcohol Advertising and Sponsorship in Traditionaland Digital Media

(<https://www.deep-seas.eu/capacity-building/thematic-workshop-1-alcohol-advertising-and-sponsorship/>)

9Dicembre - Regulatingtraditional media – television, print, sponsorship

(ISS: <https://ds-fs-thematic-workshop1-alcohol-advertising.siteonsite.es/documents.php>)

14 Dicembre - Warningmessages and consumer information to counterharm

16 Dicembre - Tackling online media promotion of alcohol

21 Dicembre - Regulatinglow-strengthalcoholproduct marketing – closingloopholes.

DEEP SEAS Online Workshop #2

Alcohol and its relation to Socioeconomicinequalities, Nutrition&Obesity and Cancer

(<https://ds-fs-thematic-workshop1-alcohol-advertising.siteonsite.es/documents.php>)

9 Marzo- Alcohol and cancer (and relationships with obesity and inequalities)

12 Marzo - Socioeconomicinequalities in healthrelated to alcohol use

16 Marzo - Alcohol, nutritional impact and obesity

Ulteriore impegno nella partecipazione alle politiche e alle iniziative di prevenzione internazionali è l'attività svolta nell'expertgroup per il coordinamento del**WHO Collaborative Project on the Development of New International Screening and Diagnostic Instruments for Gaming Disorder and Gambling Disorder** (Protocol for the Development and Testing of New International Screening and Diagnostic Instruments for Gaming Disorder and Gambling Disorder) che, a partire dall'esperienza ventennale di sviluppo dell'AUDIT (Alcohol Use Identification Test) sta sviluppando il test di popolazione utile per l'identificazione precoce nella popolazione giovanile della dipendenza da giochi e da azzardo) anche sulla base della consolidata collaborazione nel

Network Mondiale “Global Information System on Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders” https://www.who.int/substance_abuse/activities/sources_hed.pdf.

Attraverso le collaborazioni instaurate dal WHO CC in ISS con Centri di riferimento europei e internazionali per la definizione, realizzazione e applicazione degli **standard** e delle **metodologie d’indagine e di rilevazione precoce dei fattori di rischio** alcol-, droga- e dipendenze-correlati il Ministero della Salute contribuisce e si avvantaggia di **strumenti e tecniche standard di valenza sovranazionale per la formazione** degli operatori sanitari dei Medici di Medicina Generale, dei Dipartimenti di Prevenzione, della Medicina del Lavoro e prevenzione delle NCDS e per **l’assessment, valutazione formale, preparazione, attuazione, coordinamento e supervisione** piani, azioni e strategie di prevenzione nazionali e europee, consulenza tecnico-scientifica, produzione e validazione linee guida internazionali, europee e nazionali connesse alle buone prassi, **alla salute globale e alla medicina di genere, alla prevenzione delle malattie e alla promozione della salute**, alle **linee guida cliniche, epidemiologiche** e connesse alle attività previste dai **consortium agreement e grant** di progetti di ricerca e di azioni congiunte comunitarie e internazionali.

Nell’ambito della valutazione d’impatto dei costi sociali e sanitari dell’alcol il gruppo collaborativo ISS-Ministero della Salute ha avviato le attività richieste dal **“WHO project on modelling Best Buys investment cases for alcohol, tobacco and sugar-sweetened beverages (SSBs) in three WHO/Europe countries”** al fine di sviluppare un tool user-friendly per la formazione e il sostegno alla building capacity per gli Stati Membri europei basato sull’esperienza già condotta (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3936801/>) dall’Osservatorio Nazionale Alcol dell’ISS con gli economisti della Università di Sheffield “Cost-effectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy”

ALLEGATO

TABELLE E GRAFICI

Tab.1- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2019

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	TOTALE
PIEMONTE	62	-	-	1	63
VALLE D'AOSTA	-	1	-	-	1
LOMBARDIA	49	-	-	12	61
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	-	-	6
PROV.AUTON.TRENTO	1	-	-	-	1
VENETO	7	1	-	4	12
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	-	-	-	5
LIGURIA	5	-	-	-	5
EMILIA ROMAGNA	16	-	-	30	46
TOSCANA	39	-	1	-	40
UMBRIA	11	-	-	-	11
MARCHE	14	-	-	-	14
LAZIO	14	-	-	13	27
ABRUZZO	9	-	-	-	9
MOLISE	4	-	-	1	5
CAMPANIA	40	-	-	-	40
PUGLIA	43	-	-	5	48
BASILICATA	5	-	-	1	6
CALABRIA	6	-	-	4	10
SICILIA	35	-	-	-	35
SARDEGNA	7	-	-	1	8
ITALIA	377	3	1	72	453

Tab. 2 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2019

REGIONE	MEDICI			PSICOLOGI			ASSISTENTI SOCIALI			EDUCATORI PROFESSIONALI		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	8	106	114	4	93	97	3	69	72	7	98	105
VALLE D'AOSTA	0	4	4	0	5	5	0	2	2	0	6	6
LOMBARDIA	26	105	131	18	95	113	20	83	103	11	56	67
PROV.AUTON.BOLZANO	2	6	8	2	25	27	2	6	8	2	1	3
PROV.AUTON.TRENTO	1	9	10	0	1	1	1	4	5	3	3	6
VENETO	2	30	32	1	20	21	3	20	23	3	26	29
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	10	16	5	10	15	4	10	14	2	8	10
LIGURIA	3	32	35	2	24	26	1	27	28	1	12	13
EMILIA ROMAGNA	2	53	55	2	22	24	1	31	32	5	35	40
TOSCANA	8	67	75	1	51	52	2	51	53	5	34	39
UMBRIA	2	16	18	4	12	16	1	9	10	0	3	3
MARCHE	1	35	36	1	21	22	1	20	21	0	2	2
LAZIO	11	87	98	10	51	61	10	33	43	0	4	4
ABRUZZO	6	19	25	3	13	16	3	12	15	1	7	8
MOLISE	4	5	9	3	1	4	10	2	12	0	0	0
CAMPANIA	39	77	116	18	55	73	19	44	63	3	19	22
PUGLIA	3	65	68	3	51	54	3	48	51	1	17	18
BASILICATA	4	7	11	5	3	8	2	3	5	4	2	6
CALABRIA	8	19	27	5	7	12	8	11	19	1	1	2
SICILIA	2	75	77	3	40	43	2	48	50	0	7	7
SARDEGNA	17	9	26	7	10	17	8	3	11	6	3	9
ITALIA	155	836	991	97	610	707	104	536	640	55	344	399

Segue tab.2

REGIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI			AMMINISTRATIVI			ALTRO			TOTALE		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	3	124	127	1	28	29	6	29	35	32	547	579
VALLE D'AOSTA	0	5	5	0	2	2	0	1	1	0	25	25
LOMBARDIA	21	130	151	3	33	36	3	7	10	102	509	611
PROV.AUTON.BOLZANO	1	19	20	1	6	7	0	1	1	10	64	74
PROV.AUTON.TRENTO	1	4	5	1	0	1	1	0	1	8	21	29
VENETO	2	46	48	0	7	7	1	2	3	12	151	163
FRIULI VENEZIA GIULIA	24	14	38	0	4	4	5	1	6	46	57	103
LIGURIA	2	62	64	0	7	7	0	3	3	9	167	176
EMILIA ROMAGNA	3	67	70	0	3	3	0	3	3	13	214	227
TOSCANA	14	93	107	0	9	9	2	7	9	32	312	344
UMBRIA	7	8	15	0	1	1	1	1	2	15	50	65
MARCHE	0	33	33	0	6	6	0	24	24	3	141	144
LAZIO	23	75	98	0	7	7	0	16	16	54	273	327
ABRUZZO	11	17	28	0	4	4	4	0	4	28	72	100
MOLISE	8	3	11	1	0	1	4	0	4	30	11	41
CAMPANIA	50	70	120	3	7	10	4	17	21	136	289	425
PUGLIA	9	85	94	1	3	4	0	17	17	20	286	306
BASILICATA	8	10	18	1	2	3	1	3	4	25	30	55
CALABRIA	11	19	30	4	2	6	2	3	5	39	62	101
SICILIA	3	68	71	0	12	12	1	22	23	11	272	283
SARDEGNA	23	14	37	1	1	2	0	8	8	62	48	110
ITALIA	224	966	1.190	17	144	161	35	165	200	687	3.601	4.288

Tab.3 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

UTENTI TOTALI

REGIONE	2014				2015				2016				2017				2018				2019			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	5.111	1.654	6.765	3,1	4.874	1.635	6.509	3,0	4.755	1.516	6.271	3,1	5.948	1.774	7.722	3,4	2.752	1.108	3.860	2,5	4.931	1.706	6.637	2,9
VALLE D'AOSTA	257	73	330	3,5	255	79	334	3,2	256	76	332	3,4	239	82	321	2,9	216	68	284	3,2	228	82	310	2,8
LOMBARDIA	11.136	2.656	13.792	4,2	10.255	2.721	12.976	3,8	9.198	2.519	11.717	3,7	8.586	2.406	10.992	3,6	8.391	2.375	10.766	3,5	8.862	2.699	11.561	3,3
PROV.AUTON.BOLZANO	2.531	602	3.133	4,2	2.239	569	2.808	3,9	2.139	556	2.695	3,8	2.179	545	2.724	4,0	2.169	574	2.743	3,8	2.226	581	2.807	3,8
PROV.AUTON.TRENTO	2.414	705	3.119	3,4	1.949	391	2.340	5,0	2.941	586	3.527	5,0	2.070	344	2.414	6,0	1.944	350	2.294	5,6	1.850	352	2.202	5,3
VENETO	7.575	2.084	9.659	3,6	7.392	1.978	9.370	3,7	7.174	2.008	9.182	3,6	5.471	1.753	7.224	3,1	7.327	2.709	10.036	2,7	3.011	813	3.824	3,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	3.545	924	4.469	3,8	3.328	922	4.250	3,6	3.256	929	4.185	3,5	2.629	772	3.401	3,4	2.716	873	3.589	3,1	2.556	798	3.354	3,2
LIGURIA	1.230	534	1.764	2,3	1.338	538	1.876	2,5	1.132	470	1.602	2,4	825	373	1.198	2,2	1.399	522	1.921	2,7	1.412	545	1.957	2,6
EMILIA ROMAGNA	4.120	1.623	5.743	2,5	4.146	1.660	5.806	2,5	4.244	1.719	5.963	2,5	4.051	1.645	5.696	2,5	3.765	1.520	5.285	2,5	4.208	1.722	5.930	2,4
TOSCANA	3.750	1.597	5.347	2,3	3.993	1.956	5.949	2,0	3.577	1.445	5.022	2,5	3.994	1.518	5.512	2,6	3.956	1.471	5.427	2,7	4.024	1.539	5.563	2,6
UMBRIA	1.791	446	2.237	4,0	863	303	1.166	2,8	2.381	670	3.051	3,6	2.046	561	2.607	3,6	2.404	612	3.016	3,9	2.195	567	2.762	3,9
MARCHE	1.185	479	1.664	2,5	1.187	453	1.640	2,6	1.202	513	1.715	2,3	1.228	501	1.729	2,5	1.300	524	1.824	2,5	1.562	565	2.127	2,8
LAZIO	1.743	559	2.302	3,1	2.624	886	3.510	3,0	1.771	653	2.424	2,7	1.403	447	1.850	3,1	627	235	862	2,7	1.921	659	2.580	2,9
ABRUZZO	839	227	1.066	3,7	537	115	652	4,7	620	171	791	3,6	340	58	398	5,9	1.008	227	1.235	4,4	882	220	1.102	4,0
MOLISE	400	64	464	6,3	394	77	471	5,1	341	86	427	4,0	295	62	357	4,8	276	54	330	5,1	282	56	338	5,0
CAMPANIA	2.400	477	2.877	5,0	2.663	497	3.160	5,4	2.709	457	3.166	5,9	2.714	505	3.219	5,4	2.665	532	3.197	5,0	2.967	582	3.549	5,1
PUGLIA	1.012	272	1.284	3,7	1.503	379	1.882	4,0	1.403	309	1.712	4,5	2.039	465	2.504	4,4	2.034	456	2.490	4,5	1.325	320	1.645	4,1
BASILICATA	358	77	435	4,6	399	81	480	4,9	261	67	328	3,9	304	74	378	4,1	384	70	454	5,5	526	114	640	4,6
CALABRIA	985	183	1.168	5,4	1.246	210	1.456	5,9	1.008	167	1.175	6,0	1.163	207	1.370	5,6	988	149	1.137	6,6	1.009	155	1.164	6,5
SICILIA	2.641	523	3.164	5,0	2.870	565	3.435	5,1	2.956	634	3.590	4,7	2.999	633	3.632	4,7	1.499	309	1.808	4,9	2.751	579	3.330	4,8
SARDEGNA	1.541	461	2.002	3,3	1.855	452	2.307	4,1	1.910	434	2.344	4,4	2.213	514	2.727	4,3	2.131	530	2.661	4,0	1.625	380	2.005	4,3
ITALIA	56.564	16.220	72.784	3,5	55.910	16.467	72.377	3,4	55.234	15.985	71.219	3,5	52.736	15.239	67.975	3,5	49.951	15.268	65.219	3,3	50.353	15.034	65.387	3,3

Segue Tab.3

UTENTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI

REGIONE	2014				2015				2016				2017				2018				2019			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	3.974	1.310	5.284	3,0	3.739	1.305	5.044	2,9	3.472	1.222	4.694	2,8	4.518	1.423	5.941	3,2	1.798	656	2.454	2,7	3.626	1.300	4.926	2,8
VALLE D'AOSTA	223	50	273	4,5	210	57	267	3,7	229	60	289	3,8	218	67	285	3,3	208	59	267	3,5	220	76	296	2,9
LOMBARDIA	7.463	1.838	9.301	4,1	7.221	1.896	9.117	3,8	6.239	1.675	7.914	3,7	6.113	1.686	7.799	3,6	5.871	1.596	7.467	3,7	6.337	1.935	8.272	3,3
PROV.AUTON.BOLZANO	1.945	467	2.412	4,2	1.765	451	2.216	3,9	1.705	462	2.167	3,7	1.683	434	2.117	3,9	1.699	444	2.143	3,8	1.775	444	2.219	4,0
PROV.AUTON.TRENTO	1.888	599	2.487	3,2	1.554	320	1.874	4,9	2.385	488	2.873	4,9	1.458	239	1.697	6,1	1.391	244	1.635	5,7	1.218	246	1.464	5,0
VENETO	5.728	1.586	7.314	3,6	5.594	1.487	7.081	3,8	5.453	1.491	6.944	3,7	4.198	1.321	5.519	3,2	5.747	2.192	7.939	2,6	2.178	579	2.757	3,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.409	603	3.012	4,0	2.197	576	2.773	3,8	2.303	630	2.933	3,7	1.913	566	2.479	3,4	2.020	655	2.675	3,1	1.815	589	2.404	3,1
LIGURIA	952	426	1.378	2,2	1.040	441	1.481	2,4	907	390	1.297	2,3	663	296	959	2,2	1.066	407	1.473	2,6	1.092	430	1.522	2,5
EMILIA ROMAGNA	3.177	1.281	4.458	2,5	3.232	1.325	4.557	2,4	3.323	1.347	4.670	2,5	3.171	1.322	4.493	2,4	2.950	1.217	4.167	2,4	3.264	1.359	4.623	2,4
TOSCANA	2.848	1.247	4.095	2,3	2.913	1.535	4.448	1,9	2.648	1.122	3.770	2,4	3.055	1.174	4.229	2,6	2.986	1.145	4.131	2,6	2.980	1.160	4.140	2,6
UMBRIA	1.027	239	1.266	4,3	648	224	872	2,9	1.161	366	1.527	3,2	853	254	1.107	3,4	979	232	1.211	4,2	739	199	938	3,7
MARCHE	819	353	1.172	2,3	893	357	1.250	2,5	879	388	1.267	2,3	825	360	1.185	2,3	915	388	1.303	2,4	1.143	423	1.566	2,7
LAZIO	1.210	389	1.599	3,1	1.728	623	2.351	2,8	1.225	431	1.656	2,8	904	299	1.203	3,0	432	177	609	2,4	1.065	372	1.437	2,9
ABRUZZO	500	132	632	3,8	369	75	444	4,9	416	109	525	3,8	178	31	209	5,7	699	164	863	4,3	627	156	783	4,0
MOLISE	296	53	349	5,6	304	58	362	5,2	269	67	336	4,0	220	51	271	4,3	211	42	253	5,0	200	42	242	4,8
CAMPANIA	1.732	340	2.072	5,1	1.883	353	2.236	5,3	2.115	340	2.455	6,2	2.070	360	2.430	5,8	2.100	413	2.513	5,1	2.276	452	2.728	5,0
PUGLIA	740	196	936	3,8	1.162	282	1.444	4,1	1.065	231	1.296	4,6	1.552	363	1.915	4,3	1.516	326	1.842	4,7	1.030	222	1.252	4,6
BASILICATA	279	57	336	4,9	334	67	401	5,0	187	53	240	3,5	230	62	292	3,7	293	56	349	5,2	428	95	523	4,5
CALABRIA	650	97	747	6,7	734	128	862	5,7	668	104	772	6,4	705	133	838	5,3	582	84	666	6,9	535	89	624	6,0
SICILIA	1.857	359	2.216	5,2	2.114	416	2.530	5,1	2.212	482	2.694	4,6	2.220	467	2.687	4,8	1.160	230	1.390	5,0	2.090	436	2.526	4,8
SARDEGNA	942	303	1.245	3,1	1.219	321	1.540	3,8	1.318	320	1.638	4,1	1.519	361	1.880	4,2	1.561	406	1.967	3,8	1.229	299	1.528	4,1
ITALIA	40.659	11.925	52.584	3,4	40.853	12.297	53.150	3,3	40.179	11.778	51.957	3,4	38.266	11.269	49.535	3,4	36.184	11.133	47.317	3,3	35.867	10.903	46.770	3,3

Segue Tab.3

UTENTI NUOVI

REGIONE	2014				2015				2016				2017				2018				2019			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	1.137	344	1.481	3,3	1.135	330	1.465	3,4	1.283	294	1.577	4,4	1.430	351	1.781	4,1	954	452	1.406	2,1	1.305	406	1.711	3,2
VALLE D'AOSTA	34	23	57	1,5	45	22	67	2,0	27	16	43	1,7	21	15	36	1,4	8	9	17	0,9	8	6	14	1,3
LOMBARDIA	3.673	818	4.491	4,5	3.034	825	3.859	3,7	2.959	844	3.803	3,5	2.473	720	3.193	3,4	2.520	779	3.299	3,2	2.525	764	3.289	3,3
PROV.AUTON.BOLZANO	586	135	721	4,3	474	118	592	4,0	434	94	528	4,6	496	111	607	4,5	470	130	600	3,6	451	137	588	3,3
PROV.AUTON.TRENTO	526	106	632	5,0	395	71	466	5,6	556	98	654	5,7	612	105	717	5,8	553	106	659	5,2	632	106	738	6,0
VENETO	1.847	498	2.345	3,7	1.798	491	2.289	3,7	1.721	517	2.238	3,3	1.273	432	1.705	2,9	1.580	517	2.097	3,1	833	234	1.067	3,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.136	321	1.457	3,5	1.131	346	1.477	3,3	953	299	1.252	3,2	716	206	922	3,5	696	218	914	3,2	741	209	950	3,5
LIGURIA	278	108	386	2,6	298	97	395	3,1	225	80	305	2,8	162	77	239	2,1	333	115	448	2,9	320	115	435	2,8
EMILIA ROMAGNA	943	342	1.285	2,8	914	335	1.249	2,7	921	372	1.293	2,5	880	323	1.203	2,7	815	303	1.118	2,7	944	363	1.307	2,6
TOSCANA	902	350	1.252	2,6	1.080	421	1.501	2,6	929	323	1.252	2,9	939	344	1.283	2,7	970	326	1.296	3,0	1.044	379	1.423	2,8
UMBRIA	764	207	971	3,7	215	79	294	2,7	1.220	304	1.524	4,0	1.193	307	1.500	3,9	1.425	380	1.805	3,8	1.456	368	1.824	4,0
MARCHE	366	126	492	2,9	294	96	390	3,1	323	125	448	2,6	403	141	544	2,9	385	136	521	2,8	419	142	561	3,0
LAZIO	533	170	703	3,1	896	263	1.159	3,4	546	222	768	2,5	499	148	647	3,4	195	58	253	3,4	856	287	1.143	3,0
ABRUZZO	339	95	434	3,6	168	40	208	4,2	204	62	266	3,3	162	27	189	6,0	309	63	372	4,9	255	64	319	4,0
MOLISE	104	11	115	9,5	90	19	109	4,7	72	19	91	3,8	75	11	86	6,8	65	12	77	5,4	82	14	96	5,9
CAMPANIA	668	137	805	4,9	780	144	924	5,4	594	117	711	5,1	644	145	789	4,4	565	119	684	4,7	691	130	821	5,3
PUGLIA	272	76	348	3,6	341	97	438	3,5	338	78	416	4,3	487	102	589	4,8	518	130	648	4,0	295	98	393	3,0
BASILICATA	79	20	99	4,0	65	14	79	4,6	74	14	88	5,3	74	12	86	6,2	91	14	105	6,5	98	19	117	5,2
CALABRIA	335	86	421	3,9	512	82	594	6,2	340	63	403	5,4	458	74	532	6,2	406	65	471	6,2	474	66	540	7,2
SICILIA	784	164	948	4,8	756	149	905	5,1	744	152	896	4,9	779	166	945	4,7	339	79	418	4,3	661	143	804	4,6
SARDEGNA	599	158	757	3,8	636	131	767	4,9	592	114	706	5,2	694	153	847	4,5	570	124	694	4,6	396	81	477	4,9
ITALIA	15.905	4.295	20.200	3,7	15.057	4.170	19.227	3,6	15.055	4.207	19.262	3,6	14.470	3.970	18.440	3,6	13.767	4.135	17.902	3,3	14.486	4.131	18.617	3,5

Tab.4- DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2019

CLASSI DI ETA'	Nuovi utenti						Utenti già in carico o rientrati						Totale utenti					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<20	114	0,8	52	1,3	166	0,9	124	0,3	29	0,3	153	0,3	238	0,5	81	0,5	319	0,5
20-29	1.781	12,3	408	9,9	2.189	11,8	2.077	5,8	440	4,0	2.517	5,4	3.858	7,7	848	5,6	4.706	7,2
30-39	3.042	21,0	798	19,3	3.840	20,6	5.481	15,3	1.313	12,0	6.794	14,5	8.523	16,9	2.111	14,0	10.634	16,3
40-49	4.225	29,2	1.174	28,4	5.399	29,0	10.635	29,7	3.158	29,0	13.793	29,5	14.860	29,5	4.332	28,8	19.192	29,4
50-59	3.360	23,2	1.073	26,0	4.433	23,8	10.845	30,2	3.603	33,0	14.448	30,9	14.205	28,2	4.676	31,1	18.881	28,9
>=60	1.964	13,6	626	15,2	2.590	13,9	6.705	18,7	2.360	21,6	9.065	19,4	8.669	17,2	2.986	19,9	11.655	17,8
TOTALE	14.486	100,0	4.131	100,0	18.617	100,0	35.867	100,0	10.903	100,0	46.770	100,0	50.353	100,0	15.034	100,0	65.387	100,0

Tab.5 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%) - ANNO 2019

REGIONE	SUPERALCOLICI			APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI			VINI			BIRRA			ALTRO		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	11,0	10,0	10,7	4,1	5,0	4,3	42,1	46,4	43,2	21,9	17,6	20,8	21,0	21,0	21,0
VALLE D'AOSTA	4,0	3,3	3,8	0,8	1,1	0,9	30,6	30,0	30,5	14,1	16,7	14,8	50,4	48,9	50,0
LOMBARDIA	9,6	8,3	9,3	4,4	4,4	4,4	44,9	55,3	47,3	37,1	27,4	34,9	4,0	4,6	4,1
PROV.AUTON.BOLZANO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PROV.AUTON.TRENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	5,7	5,9	5,8	4,0	6,7	4,6	55,2	61,7	56,5	34,2	23,8	32,0	0,9	1,9	1,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	4,3	4,8	4,4	2,9	6,8	3,8	56,2	52,3	55,3	27,0	20,6	25,4	9,6	15,5	11,0
LIGURIA	11,8	8,9	10,9	15,8	17,7	16,4	42,1	49,3	44,5	29,2	23,5	27,4	1,1	0,6	0,9
EMILIA ROMAGNA	10,9	9,6	10,6	2,8	3,8	3,1	54,1	63,6	56,9	31,3	22,4	28,7	0,9	0,6	0,8
TOSCANA	9,0	6,6	8,4	5,3	4,8	5,1	45,7	50,9	47,1	26,0	23,4	25,3	14,0	14,2	14,1
UMBRIA	9,8	4,8	8,8	8,4	9,9	8,7	41,9	45,0	42,6	38,9	37,2	38,6	1,0	3,2	1,4
MARCHE	7,2	6,4	7,0	4,0	2,5	3,6	37,9	46,4	40,2	16,0	11,2	14,7	34,9	33,6	34,6
LAZIO	12,9	9,8	12,1	7,2	6,2	6,9	26,7	31,9	28,1	23,9	23,7	23,8	29,4	28,4	29,1
ABRUZZO	16,2	16,7	16,3	6,3	7,8	6,6	50,6	45,1	49,6	26,8	30,4	27,5	0,0	0,0	0,0
MOLISE	6,6	6,9	6,6	5,6	22,4	8,3	35,1	22,4	33,1	26,6	15,5	24,8	26,2	32,8	27,3
CAMPANIA	19,0	14,5	18,2	9,7	8,8	9,5	48,4	56,4	49,7	22,7	20,4	22,3	0,3	0,0	0,2
PUGLIA	22,4	15,1	21,0	7,3	8,8	7,6	36,8	53,5	40,1	31,0	21,1	29,1	2,4	1,6	2,2
BASILICATA	11,0	12,4	11,2	3,3	8,2	4,1	51,2	58,8	52,5	31,4	19,6	29,5	3,1	1,0	2,7
CALABRIA	13,1	10,2	12,6	8,6	10,8	8,9	45,6	45,7	45,6	32,3	33,3	32,5	0,4	0,0	0,3
SICILIA	18,5	15,4	18,0	9,3	8,3	9,1	36,8	45,3	38,3	35,0	29,8	34,1	0,5	1,2	0,6
SARDEGNA	5,7	8,5	6,2	2,8	14,6	5,1	37,9	37,1	37,7	36,5	22,3	33,8	17,1	17,5	17,2
ITALIA	11,0	9,0	10,5	5,5	6,4	5,7	44,9	51,4	46,4	30,0	23,5	28,5	8,5	9,8	8,8

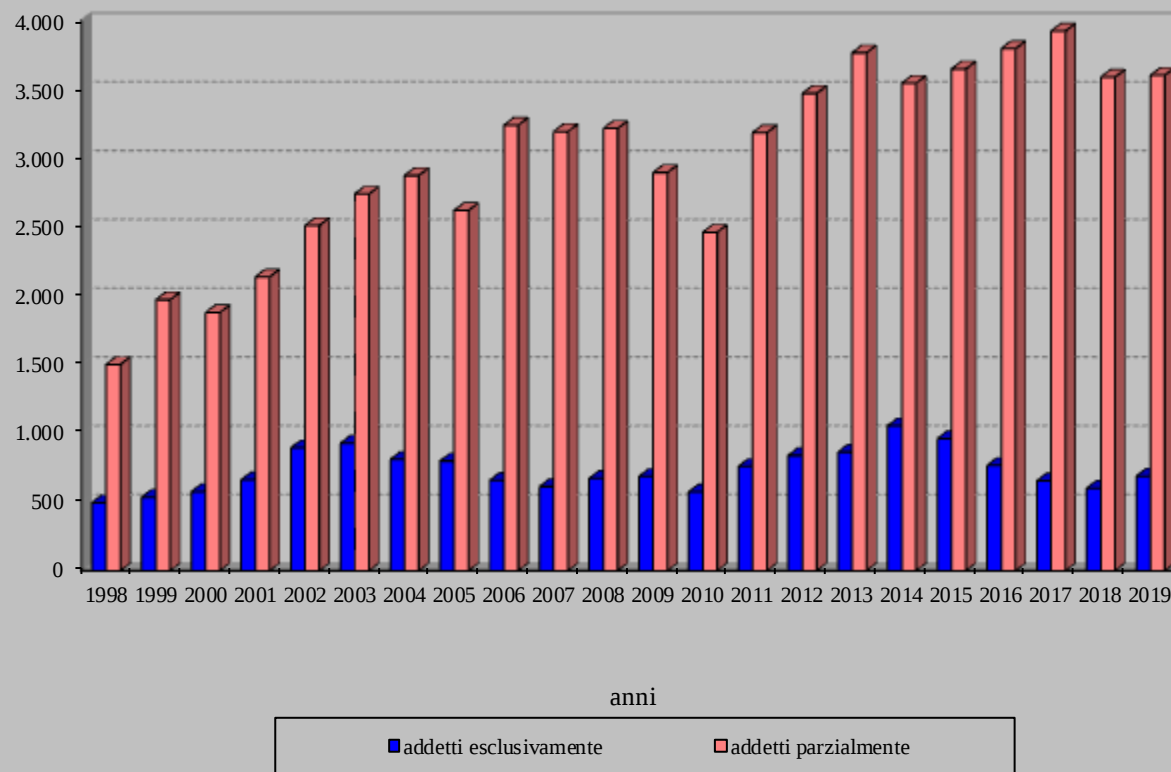
Tab.6 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2019

REGIONE	Medico farmacologico ambulatoriale	Psicoterapeutico		Counseling all'utente o alla famiglia	Inserimento nei gruppi di auto/muto aiuto	Trattamento socio- riabilitativo	Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.	Ricovero ospedaliero o day hospital per:			Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:			Altro
		individuale	di gruppo o familiare					sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	
PIEMONTE	26,6	6,2	0,6	25,5	2,2	23,3	4,5	1,2	0,4	0,0	2,0	0,1	0,7	6,7
VALLE D'AOSTA	29,7	13,6	0,0	22,2	1,2	13,5	4,0	3,6	11,2	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	26,3	12,4	4,0	25,9	2,1	18,9	2,6	1,1	0,5	0,2	0,7	0,0	0,0	5,3
PROV.AUTON.BOLZANO	31,0	33,0	0,0	15,2	0,0	14,8	2,7	1,3	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0
PROV.AUTON.TRENTO	46,2	0,0	0,0	38,3	8,5	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0
VENETO	25,5	5,4	4,3	30,3	9,5	12,5	2,5	3,5	1,6	0,0	0,3	0,0	0,2	4,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	27,6	3,2	16,5	20,5	5,9	13,0	4,4	1,7	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	6,5
LIGURIA	21,5	7,2	7,1	19,1	1,9	33,2	1,1	0,8	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	7,6
EMILIA ROMAGNA	49,2	3,7	1,3	8,1	1,3	24,1	5,0	0,4	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	6,1
TOSCANA	30,2	3,9	2,3	26,9	8,5	21,3	2,1	0,8	0,9	0,3	0,6	0,7	0,1	1,3
UMBRIA	20,9	6,9	3,8	50,1	4,0	10,4	1,2	0,9	0,5	0,0	1,1	0,2	0,0	0,0
MARCHE	31,2	7,7	3,2	28,7	2,2	18,1	2,1	2,2	0,3	0,0	3,2	0,0	0,0	1,1
LAZIO	32,4	13,1	2,4	28,5	5,3	11,5	2,5	1,4	0,7	0,0	2,1	0,1	0,0	0,0
ABRUZZO	20,2	8,7	1,6	19,5	6,5	21,2	5,4	1,1	0,7	0,0	1,8	0,3	0,2	12,6
MOLISE	40,2	2,8	1,5	27,3	4,7	13,4	5,8	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	4,0
CAMPANIA	37,6	10,7	3,3	30,7	2,5	7,4	3,1	2,0	1,5	0,0	0,9	0,2	0,0	0,0
PUGLIA	32,9	11,7	3,2	21,4	3,0	18,2	3,8	0,7	0,6	0,0	0,3	0,1	0,3	3,9
BASILICATA	33,8	11,8	2,4	28,2	10,8	5,6	6,0	0,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CALABRIA	29,5	8,7	6,0	23,9	5,1	21,3	4,4	0,5	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SICILIA	28,0	9,7	3,7	30,8	1,8	20,2	2,3	1,1	1,3	0,0	0,7	0,2	0,0	0,1
SARDEGNA	37,3	6,3	7,5	22,8	5,3	13,3	2,3	3,2	0,5	0,1	0,7	0,0	0,0	0,8
ITALIA	30,2	9,0	3,8	25,7	3,8	17,4	3,0	1,4	0,7	0,1	1,0	0,1	0,1	3,7

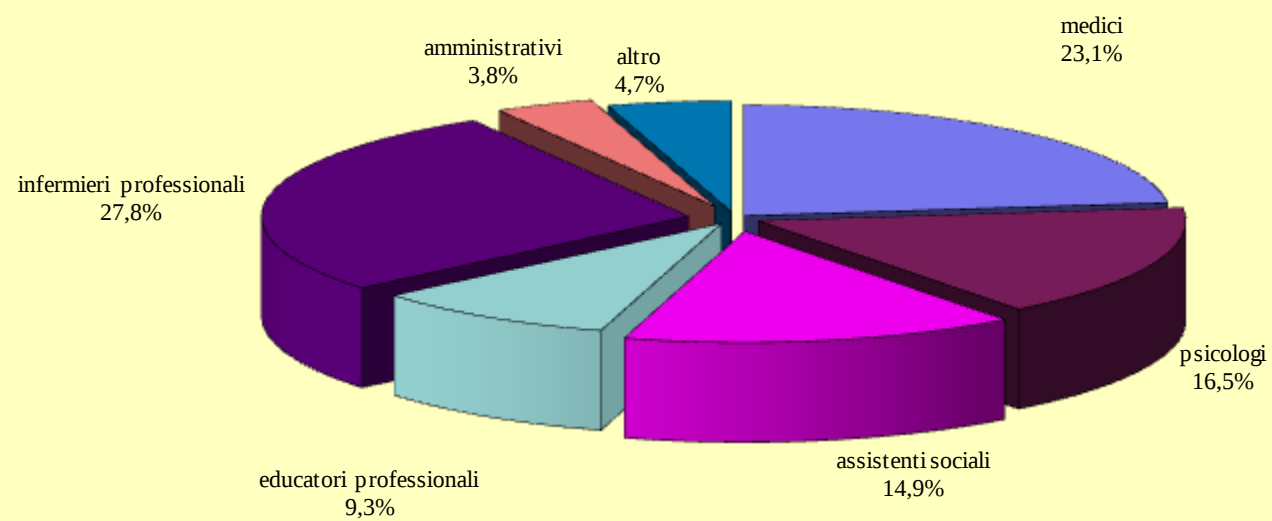
Tab.7 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO
percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Medico farmacologico ambulatoriale		28,2	30,3	29,4	30,0	28,9	27,0	26,8	27,3	27,1	25,7	27,3	28,1	30,1	29,3	30,2
Psicoterapeutico	individuale	7,0	7,1	6,6	6,7	6,9	8,1	7,9	7,5	8,3	8,2	9,1	8,7	9,2	8,8	9,0
	di gruppo o familiare	4,6	4,1	3,0	3,6	3,3	4,6	3,4	3,5	3,5	2,9	2,9	3,4	3,6	3,8	3,8
Counseling all'utente o alla famiglia		26,1	26,4	28,3	26,5	26,5	27,2	29,0	26,5	28,3	24,8	25,3	25,5	24,7	26,2	25,7
Inserimento nei gruppi di auto/mutuo aiuto		9,8	8,8	8,5	7,8	7,0	7,0	7,4	6,3	5,6	5,5	4,5	5,0	4,8	4,7	3,8
Trattamento socio-riabilitativo		12,1	13,0	13,7	14,0	14,5	14,6	13,3	13,5	12,1	15,8	16,0	15,3	16,3	16,6	17,4
Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.		2,5	2,5	2,9	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	2,5	2,5	2,9	2,9	2,9	3,0	3,0
Ricovero ospedaliero o day hospital per:	sindrome di dipendenza da alcool	2,7	2,8	2,3	2,3	2,1	2,3	1,7	1,9	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,7	1,4
	altre patologie alcoolcorrelate	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,3	1,0	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,7
	altro	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,1
Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:	sindrome di dipendenza da alcool	1,6	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	0,7	0,8	1,0	0,9	1,0
	altre patologie alcoolcorrelate	0,4	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
	altro	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4	0,4	0,0	0,2	0,5	0,5	0,9	0,3	0,5	0,0	0,1
Altro		2,8	1,8	2,1	3,5	5,2	3,1	5,3	8,8	8,5	10,4	7,6	7,1	4,2	3,7	3,7

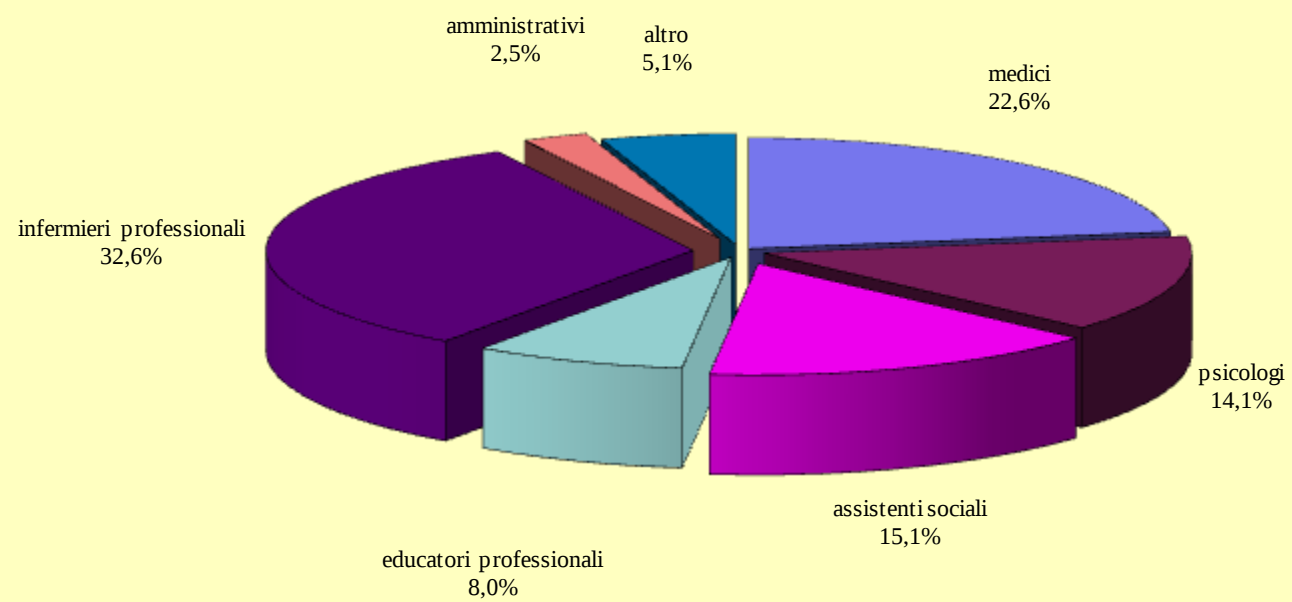
**Graf. 1 - PERSONALE ADDETTO ALLE ATTIVITA' RELATIVE
ALLAALCOOLDIPENDENZA**



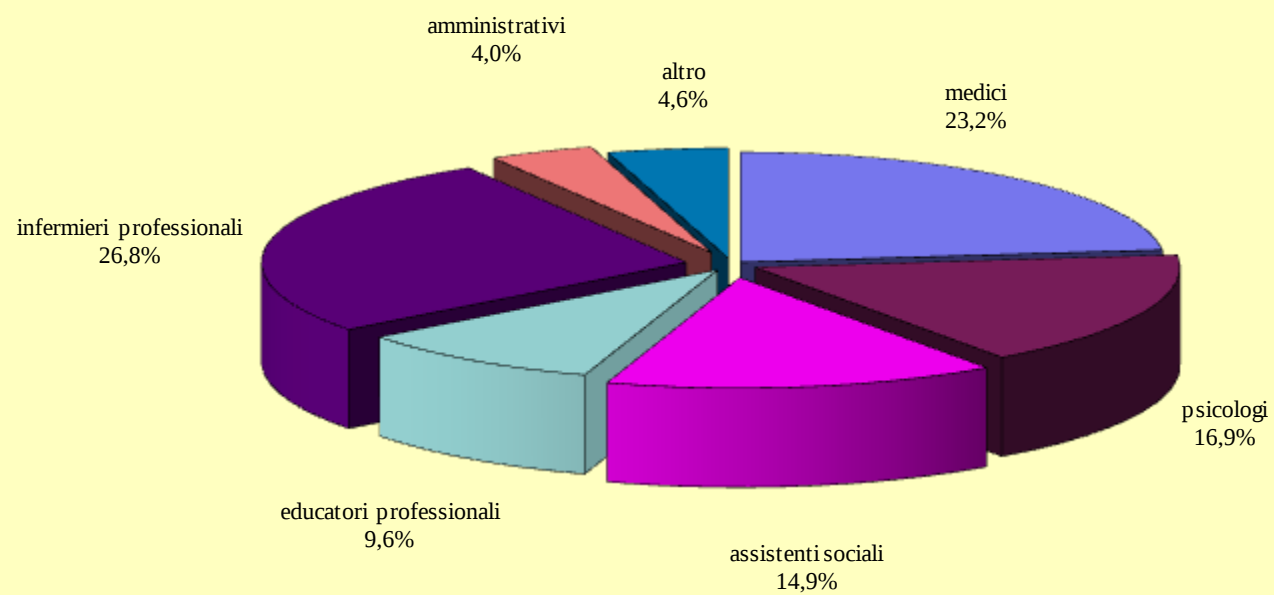
**Graf.2 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE (TOTALE) PER QUALIFICA
ANNO 2019**

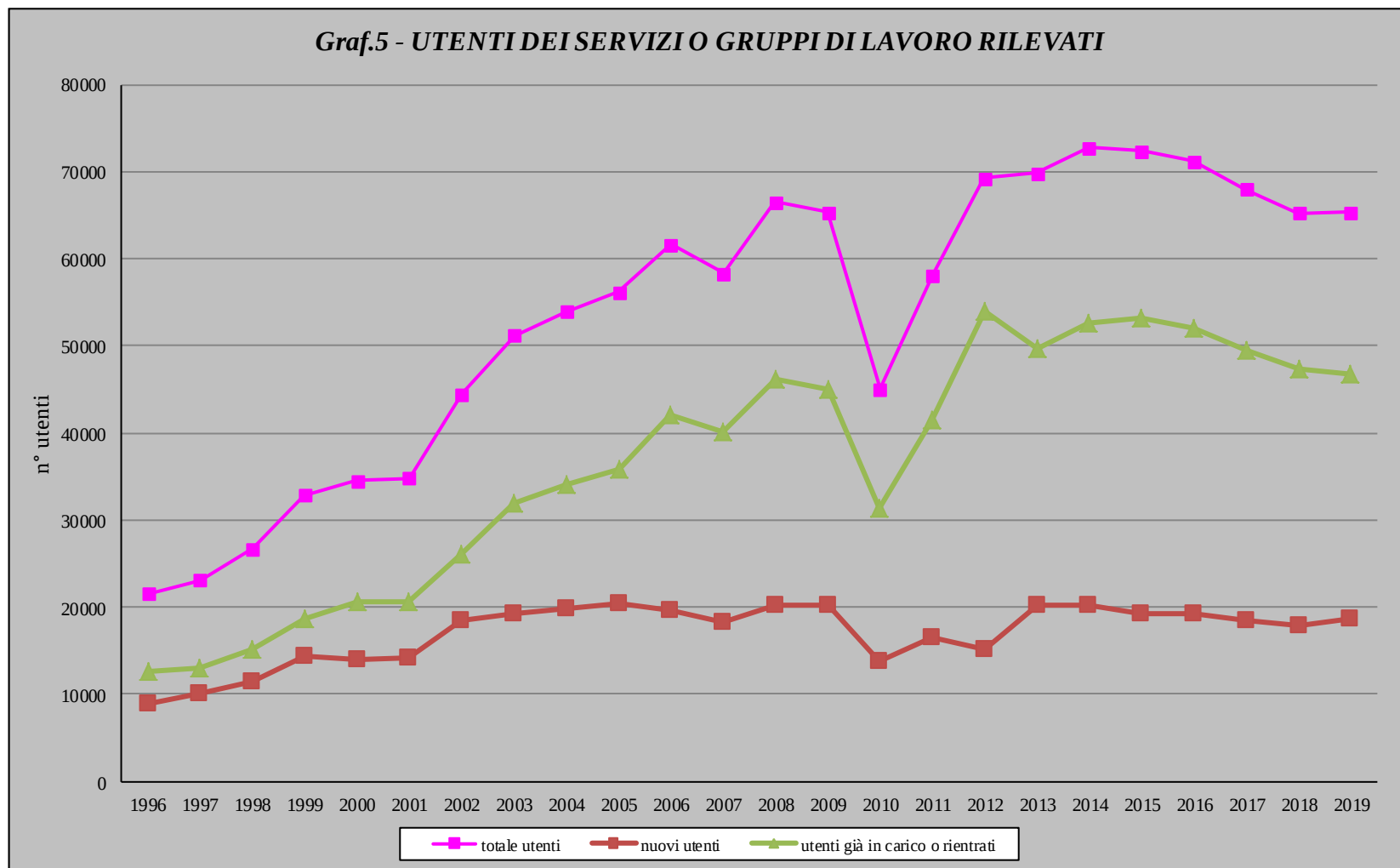


**Graf.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO
ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2019**

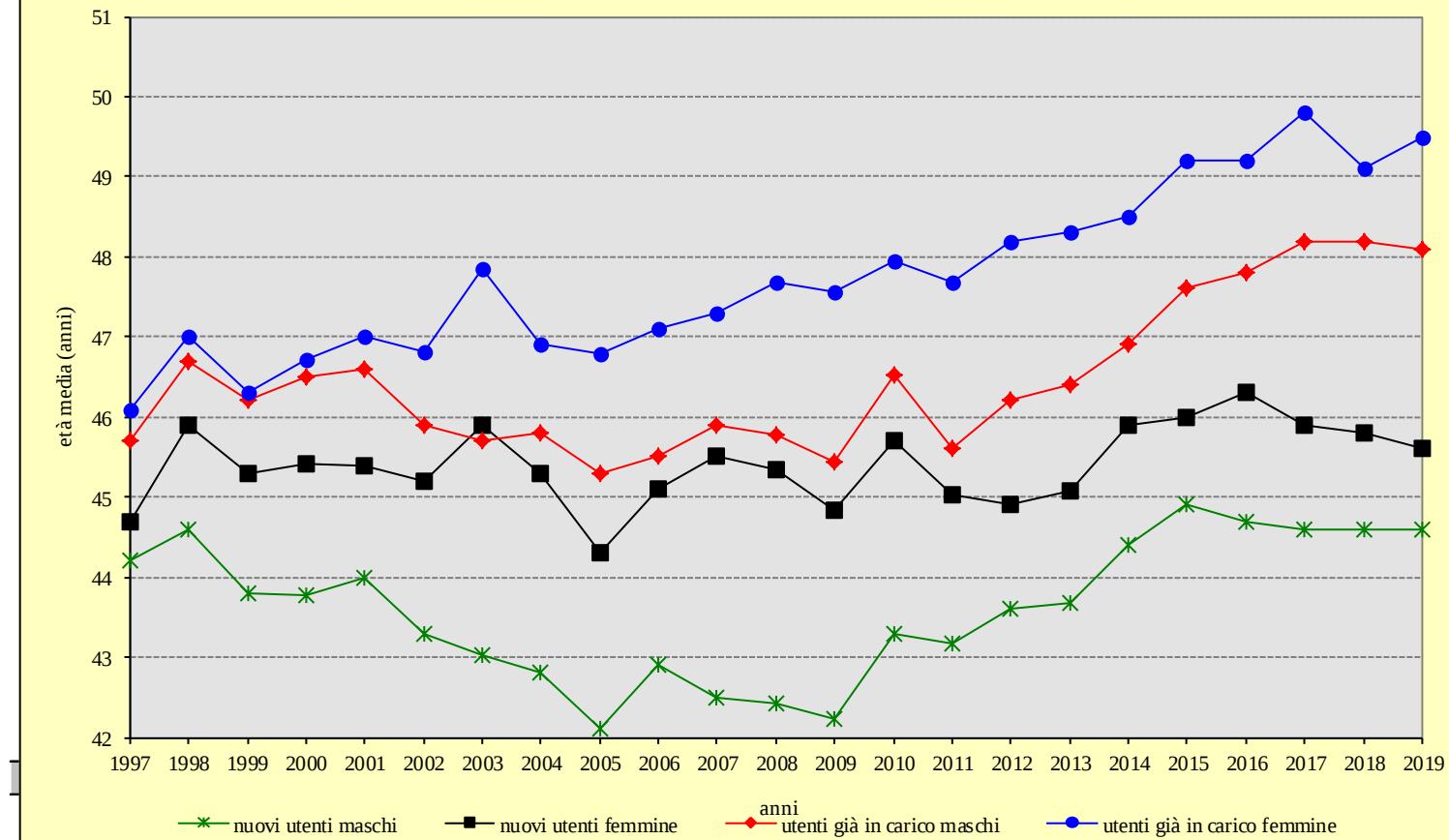


**Graf.4 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO
PARZIALMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2019**



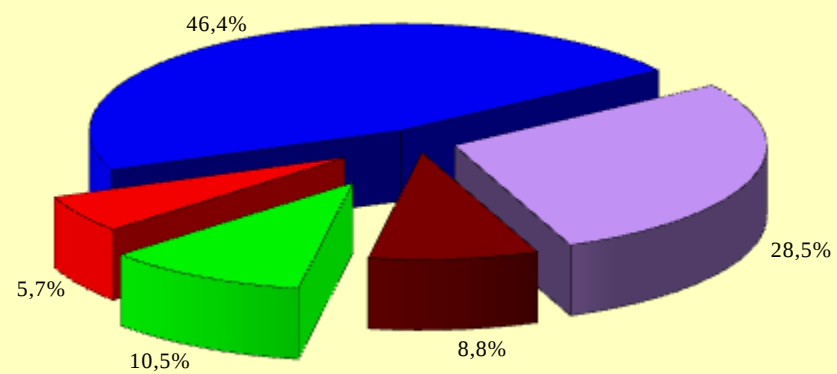


Graf. 6 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI



**Graf.7 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDAALCOLICA
DI USO PREVALENTE - ANNO 2019**

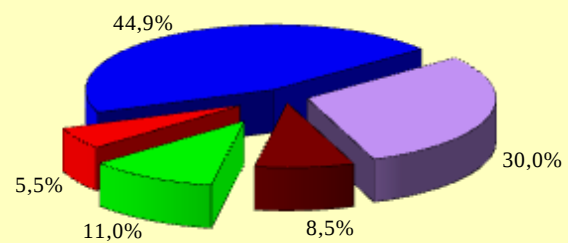
a) Totale utenti



■ SUPERALCOLICI ■ APERTIVI, AMARI, DIGESTIVI ■ VINI ■ BIRRA ■ ALTRO

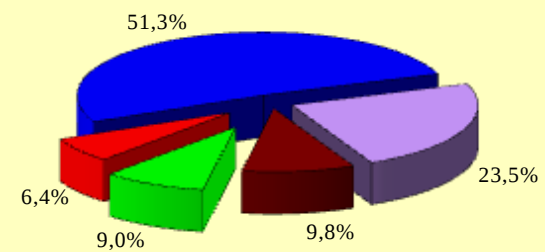
Segue graf.7

b) Totale utenti maschi



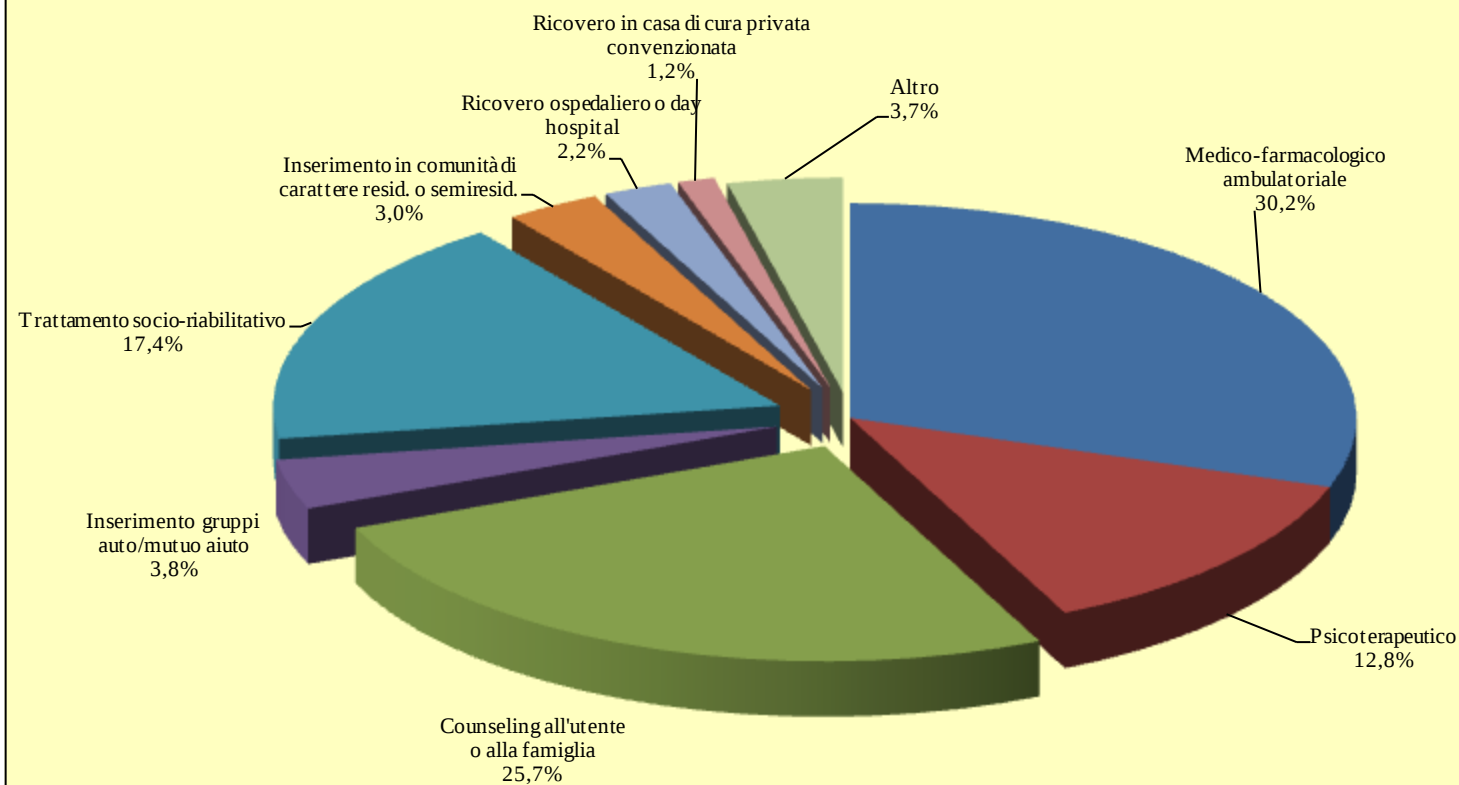
■ SUPERALCOLICI ■ APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI ■ VINI ■ BIRRA ■ ALTRO

c) Totale utenti femmine



■ SUPERALCOLICI ■ APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI ■ VINI ■ BIRRA ■ ALTRO

**Graf.8 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO
PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (*)
ANNO 2019**



(*)=percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati