

ATTI PARLAMENTARI

XVIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **CXXV**

n. **2**

R E L A Z I O N E

SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PRO- BLEMI ALCOLCORRELATI

(Anno 2019)

(Articolo 8 della legge 30 marzo 2001, n. 125)

Presentata dal Ministro della salute

(SPERANZA)

Trasmessa alla Presidenza il 1° dicembre 2020

PAGINA BIANCA

INDICE

PREMESSA

PRESENTAZIONE

PARTE I

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>	11
1.1.3	<i>L'alcol nelle Linee Guida</i>	17
1.1.4	<i>Consumatori a rischio</i>	19
1.1.5	<i>Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni</i>	26
1.2	<i>La morbilità e la mortalità alcol correlate</i>	36
1.2.1	<i>Accessi in Pronto Soccorso con diagnosi di patologie totalmente alcol attribuibili</i>	37
1.2.2	<i>Dimissioni ospedaliere con diagnosi di patologie totalmente attribuibili all'alcol</i>	45
1.2.3	<i>Alcoldipendenza</i>	56
1.2.4	<i>Le stime di mortalità dell'Istituto Superiore di Sanità</i>	57
1.2.5	<i>Gli incidenti stradali e le violazioni del Codice della Strada</i>	63
2.	LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE	72
3.	LE ASSOCIAZIONI DI AUTO MUTUO AIUTO	88
4.	CRITICITA' DEL SISTEMA	97

PARTE II

5.	GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125	100
5.1	Gli interventi di indirizzo	100
5.2	Gli interventi in materia di informazione e comunicazione	109
5.3	L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001	111
5.4	La partecipazione alle politiche internazionali	112

PARTE III

6.	PROGETTO NAZIONALE ALCOL: "Valutazione e monitoraggio delle politiche e delle azioni sanitarie e sociali in tema di alcol e problemi alcol correlati"	116
----	---	-----

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 2018, i modelli di trattamento per l'alcoldipendenza e la capacità di assistenza dei Servizi alcolologici con le eventuali criticità emerse, ed inoltre illustra gli interventi e le iniziative intraprese dal Ministero della Salute nell'anno 2019.

Infine, la Relazione di quest'anno prevede, come concordato con la Commissione Salute, la presentazione dei risultati conseguiti dal Progetto Nazionale finanziato con i fondi previsti dalle Legge 125/2001 (art. 3, comma 4) per l'Anno Finanziario 2018.

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 e dott. Lucio Vitale); 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 *partner* 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.ssa Laura Rossi e Dott. Andrea Ghiselli - Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione - 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
- *Dott. Gaetano Manna e dott. Roberto Diecidue, coordinamento progetto nazionale-Regione Piemonte

PRESENTAZIONE

Il consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana, soprattutto se riferite al vino, è comunemente accettato in quanto appartiene alla cultura e alla tradizione italiana. Ciò non di meno il consumo di alcol rappresenta un importante problema di salute pubblica in quanto responsabile in Europa del 4% della mortalità e di oltre quattro milioni di anni di vita persi (Disability Adjusted Life Years, DALYs) rispetto a quelli attesi nella popolazione a causa di morbilità, mortalità prematura o di disabilità attribuiti all'uso di alcol, il cui costo sociale e sanitario annuale è stimato per l'Italia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in 25 miliardi di euro, con un impatto completamente evitabile a fronte dell'adozione di comportamenti, stili e modelli di consumo alcolico più salutari. In considerazione di quanto sopra, molti Paesi hanno adottato 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 vendita e 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 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 consumata 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 a 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.



L'ISTAT, anche per i dati del 2018, conferma la tendenza degli ultimi anni che mostra un aumento del consumo occasionale (dal 44% al 46%) e del consumo fuori pasto (dal 29% al 30%) e di contro una diminuzione del consumo giornaliero (da 21,4% a 20,6%).

I cambiamenti nelle abitudini degli ultimi anni sono diffusi in tutte le fasce d'età, ma in maniera differenziata. Tra i giovani fino ai 24 anni e tra gli adulti 25-44enni c'è un maggior calo di consumo alcolico 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. Il consumo di bevande alcoliche tra i giovani permane una criticità che suggerisce di mantenere alta l'attenzione su questa fascia di popolazione. 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. 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 la *binge drinking* rappresenta l'abitudine più diffusa e consolidata. Infatti, lo studio sui modelli di consumo tra i giovani mostra che nel 2018 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il 17,2% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 22,6% maschi e l'11,1% femmine, dati 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 birra ed aumenta l'abitudine a consumare altri alcolici insieme al vino e birra, specialmente tra le donne di 45 anni e più.

Il consumo di alcol è più forte 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 crescere al diminuire del titolo di studio, soprattutto per gli uomini.

Al fine di individuare interventi di Sanità Pubblica mirati al contenimento di **comportamenti di consumo a rischio**, che comportano non solo rischi per la salute del singolo bevitore ma anche rischi per la comunità e per la sicurezza sociale, soprattutto in relazione agli incidenti stradali, agli incidenti sul lavoro e alle violenze di vario genere, si è ritenuto necessario individuare strumenti idonei a monitorare attentamente il fenomeno. L'Istituto Superiore di Sanità (Osservatorio Nazionale Alcol), tenendo conto anche delle indicazioni dell'OMS, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), e dei nuovi livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN), ha 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 hanno stabilito di considerare il livello di consumo zero come livello di riferimento per la popolazione non a rischio di età inferiore ai 18 anni di entrambi i sessi: di conseguenza è opportuno considerare a rischio gli individui al di sotto della maggiore età (18 anni) che hanno consumato una qualsiasi bevanda alcolica; sono invece da considerare a maggior 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 e 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 attraverso l'indicatore di sintesi, mostra che nel 2018 il 23,4% degli uomini e l'8,9% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.700.000 individui (M=6.200.000,



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=48,3%, F=40,7%), seguita dagli anziani ultra 65enni. Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 800.000 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 a sensibilizzare 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 ragazzi.

L'**alcoldipendenza** è a tutt'oggi un ambito che continua a necessitare di grande attenzione per le implicazioni sanitarie e sociali che ne derivano. La stima puntuale del numero di alcol dipendenti presenti nel nostro Paese ha finora presentato difficoltà di vario tipo e non esistono ancora dati ufficiali in merito. Nel 2018 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati (n=408) 65.520 soggetti. I nuovi utenti sono stati 17.887 (13.754 maschi e 4.133 femmine), gli utenti già in carico sono stati 47.633 (36.440 maschi e 11.193 femmine). L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni con 19.390 utenti sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Ad essa seguono in ordine decrescente: 18.716 utenti totali di età compresa tra 50-59 anni; 11.541 utenti totali di età >60 anni; 10.770 utenti totali di età compresa tra 30-39 anni; 4.485 utenti totali di età compresa tra i 20-29 anni; 230 utenti totali di età < 19 anni. 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 2018 si registra, rispetto all'anno precedente, una riduzione generale del consumo dei farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica (-6%), associato a un lieve incremento della spesa a carico del SSN (+1%), la quale si concentra per la maggior parte nell'ambito dell'assistenza non convenzionata. 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.

Nel corso del 2018 si sono verificati complessivamente 40.083 **accessi in Pronto Soccorso** caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 70% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 30% 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 15,8% degli accessi in Pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcol, non specificato, a seguire in ordine di frequenza, al 15,29% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcol, episodico, mentre al 12,8% una diagnosi di effetti tossici dell'alcol etilico. Il 59,8% degli accessi arriva in PS con il 118, mentre il 28% arriva al PS con mezzi propri.

Dai dati ricavati dalle **Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)** nel 2018 si rilevano complessivamente 55.032 dimissioni ospedaliere, caratterizzate dall'aver 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. Delle 55.032 dimissioni ospedaliere con almeno una diagnosi attribuibile all'alcol, il 59% presenta tale diagnosi come principale motivo del ricovero, mentre per il restante 41% tale diagnosi è indicata come secondaria. La distribuzione per classi diagnostiche rilevate mostra la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (56,2% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriacatezza acuta in corso di alcolismo) e alcolismo cronico e dipsomania (22,4%). 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 (15,6%).

I dati relativi ai **decessi totalmente alcol-attribuibili** sono forniti dall'ISTAT ed elaborati dall'ISS (ONA e Ufficio di Statistica) i dati più recenti attualmente disponibili si riferiscono ai decessi avvenuti in Italia nel 2016 e le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri). Nell'anno 2016 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.290, di cui 1.032 (80,0%) uomini e 258 donne (20,0%); queste proporzioni corrispondono a circa 41 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e circa 9 decessi per milione tra le donne. Questi dati sono in leggero aumento rispetto all'anno precedente. Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le **epatopatie alcoliche** (M=759; F=203) e **sindromi psicotiche indotte da alcol** (M=201; F=42) che, nel complesso, causano il 93,0% dei decessi alcol-attribuibili tra gli uomini e il 95,0% tra le donne. La mortalità alcol-attribuibile è più elevata nella popolazione di età più avanzata sia per gli uomini che per le donne; infatti, tra la popolazione di 55 anni e più il tasso di mortalità standardizzato assume il valore di 7,92 per 100.000 abitanti e di 1,50 per 100.000 rispettivamente per i due generi. L'analisi della mortalità alcol attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità territoriale piuttosto elevata. Le regioni che nel 2016 hanno fatto registrare i livelli statisticamente più elevati di mortalità sono state la Valle D'Aosta, la Provincia Autonoma di Bolzano, il Friuli Venezia Giulia, il Molise. Le regioni che viceversa hanno fatto registrare valori inferiori alla media nazionale in maniera statisticamente significativa sono state la Sicilia, la Toscana, l'Umbria e l'Emilia Romagna.

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 2018 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 **5.097 gli incidenti stradali** per i quali almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era in stato di ebbrezza su un totale di 58.686 incidenti. Nel complesso l'8,7% degli incidenti rilevati dai Carabinieri e dalla Polizia Stradale risulta essere alcol-correlato, in aumento rispetto al 2017, quando tale percentuale era pari al 7,8%. Tra i conducenti sottoposti a controllo con etilometro nel 2018 il 5,1% è risultato positivo.

Anche le **Polizie Locali** di alcuni Comuni capoluogo hanno reso disponibile il numero di sanzioni rilevate in caso di incidente per guida in stato di ebbrezza pari a 2.031 nel 2018 mentre sono state 2.126 nel 2017. Con riferimento al numero degli incidenti con lesioni rilevati dalle Polizie Locali nei Comuni considerati, le quote dei sinistri correlati ad alcol risultano pari a 3,9% (3,8% nel 2017).



Focalizzando l'attenzione sui soli dati rilevati dai **Carabinieri**, più dettagliati nelle informazioni fornite, nel 2018 sono stati 3.282 gli incidenti stradali con lesioni a persone per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, pari al 9,7% del totale degli incidenti con lesioni verbalizzati dall'Arma dei Carabinieri. Rispetto al 2017 si registra, un aumento della quota degli incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale, tale proporzione era, infatti, pari a 9,0 nel 2017. Con riferimento alle informazioni fornite dalla **Polizia Stradale**, dai dati 2018 elaborati emerge che il 12,9 % 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.

Nello spirito della legge 125/2001, il Ministero della Salute ha continuato a sostenere politiche sull'alcol in linea con gli orientamenti approvati **in ambito internazionale**, sia a livello di Unione Europea che di Organizzazione Mondiale della Sanità. Le principali attività sono ascrivibili alla partecipazione formale al Comitato per le Politiche Nazionali e Azioni sull'Alcol (CNAPA) della Commissione Europea e ai gruppi di lavoro, consultivi, di condivisione e aggiornamento periodico, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (*WHO Global e WHO European Region*). Tutte le attività sono state svolte anche con il supporto tecnico-scientifico dell'ISS - Osservatorio Nazionale Alcol (ONA), che è anche *WHO Collaborating Centre* in tema di alcol e problemi alcol correlati. In relazione all'Organizzazione Mondiale della Sanità, un'attività sostanziale è stata la partecipazione al gruppo consultivo di esperti sullo strumento per la misurazione dell'implementazione delle politiche sull'alcol, come richiesto dalla risoluzione EUR/RC61/R4 che ha approvato il Piano di Azione Europeo sull'Alcol 2014-2020 (EAAP). Il Comitato regionale dell'OMS per l'Europa ha raccomandato agli Stati membri della regione europea di utilizzare l'EAAP per formulare politiche nazionali in materia di alcol e piani d'azione, in modo tale da permettere di monitorare i progressi compiuti dagli Stati Membri, l'impatto e l'attuazione nazionale del piano d'azione europeo. L'ISS-ONA ha contribuito, anche in funzione dell'esigenze specifiche nazionali e tecniche del Ministero della Salute, ad elaborare un elenco di indicatori, da utilizzare come strumento per la valutazione dei progressi delle singole azioni e degli obiettivi previsti dal Piano d'azione europeo e dalle politiche nazionali e dai piani di prevenzione nazionali e regionali in materia di alcol. Il Ministero della Salute, tramite ISS - ONA, ha inoltre contribuito al monitoraggio annuale europeo ed internazionale sull'alcol, in particolare per lo "**EU Status Report on Alcohol**" e per il "**Global Status Report on alcohol**".

In ambito nazionale la programmazione di interventi e piani di azione nel settore della prevenzione in Sanità Pubblica è oramai da anni orientata a recepire le indicazioni incluse nelle Strategie Comunitarie. Il **Piano Nazionale di Prevenzione** (PNP) per il quinquennio 2014-2018, prorogato fino a dicembre 2019, con Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 21 dicembre 2017 (Rep. Atti n. 247/CSR), ha previsto anche una rimodulazione dei Piani Regionali discendenti. Il PNP costituisce il documento programmatico sulla base del quale le Regioni, in modo coordinato e nel rispetto di un metodo di lavoro improntato ai principi della progettazione in sanità pubblica, hanno predisposto i Piani Regionali di Prevenzione (PRP) per il quinquennio di interesse, indicando le azioni da realizzare nei loro territori, i tempi e gli indicatori per la valutazione. I PRP nel 2019 hanno previsto la fase di "*Valutazione di Processo*" (2016-2017-2018), che misura il livello di avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici regionali, attraverso lo scostamento tra valori osservati e standard degli indicatori "sentinella". Tale valutazione avviene annualmente sulla base dei cronoprogrammi regionali, a far data dall'avvio dei PRP. Tutte le Regioni, nell'ambito dei propri Piani, hanno attivato programmi volti a ridurre il consumo a rischio di alcol, privilegiando in particolare interventi specifici nel *setting* scuola e nei luoghi di lavoro. Il PNP ha

fatto proprio l'approccio strategico del Programma nazionale "Guadagnare Salute" che, secondo i principi della "Salute in tutte le politiche", mira a contrastare l'epidemia di malattie cronico degenerative, intervenendo principalmente attraverso strategie di popolazione finalizzate a diffondere e facilitare la scelta di stili di vita corretti, sviluppando interventi "intersettoriali" e "trasversali", volti sia a modificare i comportamenti individuali non salutari (alimentazione non corretta, sedentarietà, tabagismo, abuso/uso scorretto di alcol), sia a creare condizioni ambientali atte a favorire l'adozione di corretti stili di vita. La collaborazione intersettoriale permette lo sviluppo di azioni sui determinanti di salute secondo modalità più efficaci, efficienti o sostenibili rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario, da attivare nei luoghi o nei contesti sociali in cui le persone vivono, lavorano o interagiscono tra loro, in linea con gli obiettivi del "**WHO - Global Action Plan for the prevention and control of non communicable diseases 2014–2020**". Il PNP individua, principalmente in due macro obiettivi, le strategie di prevenzione del consumo dannoso e rischioso di alcol da attuare per la fascia di popolazione giovanile e per le età successive: 1) macro obiettivo "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle Malattie croniche non trasmissibili (MCNT)" e 2) macro obiettivo "Prevenire la dipendenza da sostanze". Le strategie attuate prevedono azioni svolte in *setting* specifici per giungere ad incidere sulla popolazione giovanile (scuole, famiglie, luoghi di svago). Le strategie individuali sono essenzialmente focalizzate sia sulla potenzialità delle capacità personali (ad esempio competenze socio-emotive e relazionali) sia su azioni di conferma e di rinforzo dell'ambiente di vita, attraverso i metodi "*life skills education*" e "*peer education*". Si tratta di diffondere un approccio educativo centrato sul potenziamento dei fattori positivi e teso a sviluppare le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza. Anche gli interventi di comunicazione per la salute (attraverso vecchi e nuovi media) e di marketing sociale, volti alle de-normalizzazione dell'abuso di alcol hanno apprezzabili prove di efficacia. Nel macro obiettivo "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT", tra le strategie mirate all'individuo è prevista la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali mediante la loro diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi. L'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio e la loro conseguente presa in carico da parte del Sistema Sanitario Nazionale è essenziale per la riduzione del rischio di mortalità e disabilità evitabili. Pertanto, tra le azioni suggerite dal nuovo PNP, vi è l'applicazione dello strumento di Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB) da attuarsi nei contesti sanitari "opportunistici" (es. Ambulatori dei MMG, Medici Competenti, ecc.). Proprio in virtù di quanto suggerito dal PNP, i nuovi **Livelli Essenziali di Assistenza** (LEA - DPCM 12 gennaio 2017) hanno inserito 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. Inoltre, nell'allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" dei "nuovi" LEA 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, alla sorveglianza dei principali fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione.

Proprio al fine di attuare le predette sorveglianze, con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017 recante: **“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”**, sono stati identificati i sistemi di sorveglianza e i registri 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’allegato A) al predetto DPCM, all’elenco A1) “Sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale e regionale”, al punto A1.30 è ricompreso il **Sistema di Monitoraggio Alcol (SISMA)**. 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 **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 **Campagne di Comunicazione** del Ministero hanno l’obiettivo di motivare al cambiamento, diffondere *empowerment*, far sì che i destinatari dell’intervento assumano spontaneamente atteggiamenti e stili di comportamento salutari, negli ultimi anni tali campagne di comunicazione si sono focalizzate in modo particolare sui giovani. Anche nel 2019 (15 maggio 2019) si è svolto, come di consueto, l’**Alcohol Prevention Day**, finanziato dal Ministero della Salute e realizzato dall’ISS in collaborazione con la Società Italiana di Alcolologia, l’Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali (AICAT) ed EUROCARE.

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. Dall’anno 2016 le risorse finanziarie per il monitoraggio dei dati alcolologici vengono assegnate per sviluppare una progettualità, affidata alla Regione capofila, che è individuata annualmente dalla **Commissione Salute Coordinamento tecnico interregionale**.

Le risorse finanziarie dell’anno 2018 sono state assegnate dalla Commissione Salute alla Regione Piemonte per il coordinamento del progetto nazionale alcol avente ad oggetto: **“Valutazione e monitoraggio delle politiche e delle azioni sanitarie e sociali in tema di alcol e guida”**. La Regione Piemonte, in previsione della seconda Conferenza Nazionale Alcol che si terrà nel 2021 a Roma, ha chiesto ed ottenuto una proroga di sei mesi in modo da giungere alla elaborazione di un documento di consenso sulla tematica predetta. 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”.

La Legge 125/2001 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 sull'attuazione della Legge stessa. Tra le maggiori inadempienze resta ancora oggi l'assenza di norme che regolino l'identificazione, l'organizzazione e la funzione dei Servizi per l'Alcologia. Ciò ha comportato una notevole frammentazione della risposta alle problematiche alcol correlate a livello regionale. Negli ultimi anni la tendenza delle Regioni è stata prevalentemente quella di collocare i Servizi di alcologia all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze, mentre in alcune realtà regionali gli stessi Servizi sono collocati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Inoltre, i Servizi Alcologici e i Gruppi di Lavoro per l'alcoldipendenza risultano essere inseriti nei Servizi Territoriali per le Dipendenze (Ser.D) insieme alla presa in carico di altre forme di dipendenza (tossicodipendenza, dipendenza da gioco d'azzardo ecc), spesso con personale non esclusivamente dedicato ai pazienti con problemi alcolologici. In pochi altri casi invece i Servizi di alcologia si trovano collocati in Strutture Ospedaliere o Universitarie. Poiché sull'alcol non esistono ad oggi delle indicazioni univoche per i Servizi territoriali che si occupano di Problemi e Patologie Alcol Correlate, sarebbe auspicabile prevedere Linee di indirizzo che definiscano gli ambiti e gli interventi specialistici inerenti il Disturbo da Uso di Alcol e l'Alcoldipendenza, così come invece esistono per il Tabacco. Questa lacuna, tra l'altro, porta alcune Regioni a unificare, nel Catalogo Aziendale delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, sotto la definizione di Visita Tossicologica anche quella Alcolologica. Altro aspetto critico correlato all'attuazione della legge 125/2001 riguarda la Formazione e l'aggiornamento in Alcologia. Ad oggi non vi è una regolamentazione univoca e condivisa dalle Regioni riguardo la formazione in alcologia tra gli insegnamenti curriculari specifici nelle facoltà universitarie, sia di medicina e chirurgia sia nelle professioni sanitarie e sociali. La legge 125/2001 aveva previsto e pertanto fu costituita la Consulta Nazionale Alcol, che fino a qualche anno fa ha lavorato in sinergia con le diverse Istituzioni coinvolte, con gli Esperti del settore e con vari *stakeholder*, producendo documenti di notevole interesse in tale ambito come ad esempio il Piano Nazionale Alcol e Salute 2007-2009. La sospensione delle attività della Consulta, in seguito alle manovre previste dalla *spending review*, ha lasciato una lacuna che ancora oggi si percepisce come un'assenza di confronto e di sinergie tra istituzioni, mondo dell'associazionismo, e *stakeholder* oltre ad esperti qualificati nel settore.

Pertanto, tenuto conto delle problematiche che ancora oggi persistono irrisolte nel campo dell'alcologia, con particolare riguardo al settore giovanile, che è il target più esposto ai rischi e ai danni correlati all'alcol, sia di natura sanitaria che sociale, e inoltre, tenuto conto dell'esigenza di confrontarsi con le iniziative in ambito internazionale, questo Ministero intende attivare un Tavolo di lavoro sull'Alcol che possa fornire approfondimenti, valutazioni, pareri tecnici, e proposte per superare le attuali criticità.

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

Ogni giorno sono circa 800 le persone che in Europa muoiono per cause attribuibili al consumo di alcol e di questi, una percentuale molto elevata, si registra in età compresa tra 20 e 24 anni pari a circa decesso su quattro (1).

Nel 2016, nei Paesi dell'Unione Europea compresi Norvegia e Svizzera, oltre 290 mila decessi sono stati causati dall'alcol, pari al 5,5% di tutti i decessi registrati. Il 29% dei decessi alcol correlati sono avvenuti per patologie oncologiche, il 20% per cirrosi epatica, il 19% per malattie cardiovascolari (19%) e infine il 18% per incidenti. Si stima inoltre che, nello stesso anno 7,6 milioni di anni siano stati persi prematuramente a causa del consumo di alcol (2).

Il consumo dannoso di alcol ha un impatto diretto su molti degli obiettivi di salute riportati nella nuova "Agenda Globale per lo Sviluppo Sostenibile" e gli obiettivi di sviluppo sostenibili (Sustainable Development Goals, SDG) da raggiungere entro il 2030. L'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha suggerito di utilizzare come indicatore **il consumo pro-capite di alcol in litri di alcol puro (APC)**. Tale indicatore verrà utilizzato per monitorare il raggiungimento degli obiettivi prefissati: garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età (obiettivo 3.5), rafforzando la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e uso dannoso di alcol (obiettivo specifico 3.5.1).(3)

L'analisi del trend dell'APC mostra che in Italia la diminuzione del consumo medio pro-capite negli ultimi 20 anni è stata maggiore rispetto a quella registrata a livello medio europeo (-22,5% vs -9,3%); **(Figura 1-2)**.

Analizzando il dato per tipologia di bevanda si evince che in Italia nel corso degli ultimi 20 anni la maggior parte dei litri di alcol puro vengono da sempre consumati bevendo vino, seguito da birra e in ultimo da liquori; nel corso degli anni tuttavia la proporzione di litri di alcol consumati bevendo il vino è diminuita passando da 6,98 nel 1996 a 4,58 nel 2016, mentre è aumentata quella di alcol consumato bevendo birra (da 1,41 a 1,80 rispettivamente). Confrontando il dato italiano con quello della media dei Paesi Europei si osserva che il consumo medio pro-capite di vino è diminuito in Italia molto più che negli altri paesi (-34,4% vs -13,2%) mentre a fronte di un incremento del consumo medio pro-capite di birra del 27,7% registrato in Italia, a livello europeo si osserva una diminuzione nello stesso periodo del 5,6%. L'alcol consumato bevendo liquori e altri alcolici ha invece diminuito sia in Italia del 1,4% sia nei Paesi Europei (-10,0%) **(Figura 1-2)**.

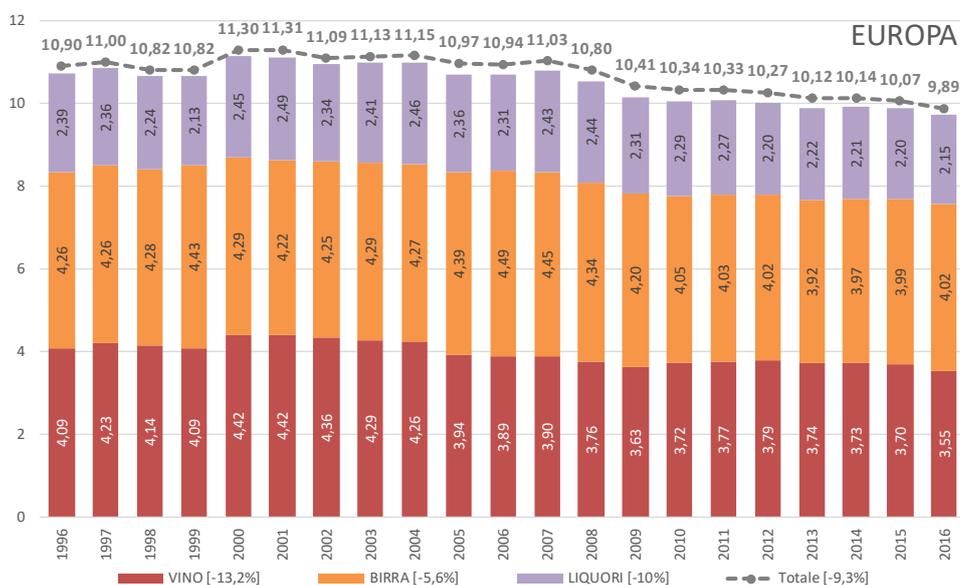


Figura 1. Consumo registrato di alcol in litri di alcol puro pro-capite totale e per tipologia di bevanda. Paesi Europei. Anni 1996-2016

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

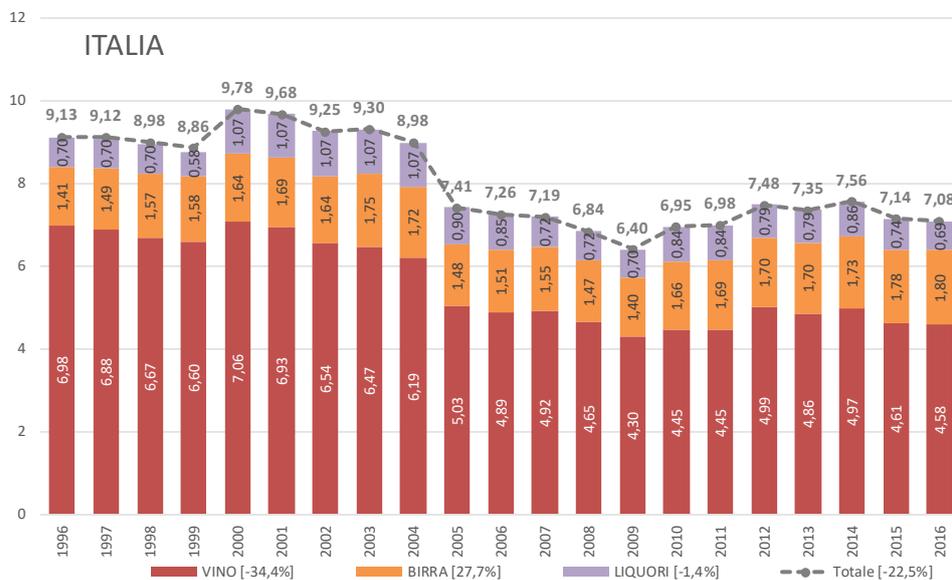


Figura 2. Consumo registrato di alcol in litri di alcol puro pro-capite totale e per tipologia di bevanda. Italia. Anni 1996-2016

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



L'indagine dell'OMS sui comportamenti degli adolescenti legati al consumo di alcol

Nell'ambito dell'indagine HBSC (*The Health Behaviour in School-aged Children*), uno studio collaborativo transnazionale che monitora ogni quattro anni i comportamenti e le condizioni sanitarie e i contesti sociali di ragazze e ragazzi di 11, 13 e 15 anni, l'OMS ha pubblicato nel 2018 il rapporto *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014 (4)*, in cui presenta gli andamenti più recenti del consumo di alcol e dei comportamenti alcol-correlati tra i quindicenni nella regione europea dell'OMS. Il rapporto mette in evidenza le disparità di genere, socioeconomiche e per regione geografica. Pur nei limiti di indicatori diversi da quelli utilizzati dalla stessa OMS per un'appropriata valutazione e analisi standardizzata e armonizzata del fenomeno e nella considerazione dell'uso di campioni di popolazione non completamente rappresentativi di tutte le età del target giovanile di riferimento, l'indagine HBSC registra utili variazioni di tendenze che integrano non sostituendole le statistiche derivate istituzionali Istat e ISS di cui l'Italia si giova attraverso il sistema SISMA, Sistema di Monitoraggio Alcol correlato di riferimento individuato dal DPCM sulle sorveglianze coordinato dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS che è peraltro il revisore dell'OMS del rapporto. L'indagine HBSC rileva che le prevalenze settimanali nel consumo di alcolici nel 2014 variano molto tra i paesi della regione, dal 2% al 26% tra le ragazze e dal 3% al 33% tra i ragazzi. In Italia le prevalenze sono fra le più alte: il 17% per le ragazze e il 31% per i ragazzi, entrambi al terzo posto nella regione europea dell'OMS.

Nel 2014, il 12,9% dei 15enni (il 9,4% delle ragazze e il 16,4% dei ragazzi) beve regolarmente (con cadenza almeno settimanale). Circa un quarto dei ragazzi (24,5%) e più di un quinto delle ragazze (21,1%) riferiscono di essersi ubriacati (almeno 2 episodi entro i 15 anni). L'iniziazione precoce al consumo di alcol (entro o prima dei 13 anni) riguarda il 28% dei partecipanti all'indagine (il 30,8% dei ragazzi e il 25,2% delle ragazze). Gli episodi di ubriachezza precoce (entro o prima dei 13 anni) hanno invece coinvolto l'8% dei partecipanti (il 9,4% dei ragazzi e il 6,6% delle ragazze).

Tra il 2002 e il 2014 il consumo settimanale di alcol è diminuito significativamente nella maggior parte dei paesi sia per i ragazzi che per le ragazze, tra i maschi il calo è stato maggiore anche se per loro il consumo settimanale rimane più alto che nelle femmine. Tuttavia, le differenze di genere sono diminuite nel tempo. In Italia le prevalenze del consumo settimanale di alcolici sono calate dal 29,4% al 16,9% per le ragazze e dal 46,6% al 31,3% per i ragazzi.

Per quanto riguarda le diverse bevande alcoliche, le prevalenze nei consumi settimanali mostrano che la bevanda più consumata tra i giovani nel 2014 è la birra, e in Italia le prevalenze nel consumo di questa bevanda sono fra le più alte nella regione europea (secondo posto per le ragazze con il 9% e quarto con per i ragazzi con il 21%). Tra il 2002 e il 2014 in generale si è registrata una diminuzione nel consumo di birra, vino, superalcolici e alcopops sia nelle ragazze che nei ragazzi, per questi ultimi in Italia il calo è stato al terzo posto nella regione. Gli andamenti nel consumo settimanale dei diversi tipi di bevande alcoliche differiscono fra le sottoregioni geografiche, il calo del consumo di birra è stato maggiore nei paesi del nord Europa per le ragazze e in Irlanda e Gran Bretagna per i ragazzi. Per i superalcolici, i cali maggiori sono stati riscontrati in Irlanda e Gran Bretagna sia nei maschi che nelle femmine. Invece la frequenza di consumo di vino è rimasta pressoché invariata in tutta la regione europea OMS.

Un altro aspetto evidenziato nel rapporto è la frequenza con cui i giovani si ubriacano.

Nella maggior parte delle regioni si è evidenziata una generale diminuzione nell'ubriacarsi, anche se i cambiamenti variano fra le sotto regioni geografiche e sono più evidenti nell'Europa dell'est e in Irlanda e Gran Bretagna, dove, tuttavia, per i ragazzi si sono registrati i tassi di ubriachezza più alti nel 2014. In Italia la prevalenza di ubriachezza fra i giovani è rimasta invariata tra il 2002 e il 2014 sia per i ragazzi che per le ragazze.

Rispetto invece ai primi contatti con l'alcol, nel 2014, circa un adolescente su quattro ha consumato alcol per la prima volta all'età di 13 anni o meno, e poco meno di uno su 10 si è ubriacato. Le differenze di genere non sono evidenti in tutti i paesi, ma, quando ci sono, i maschi hanno maggiori

probabilità di iniziazione precoce all'alcol e ubriachezza precoce. L'iniziazione precoce all'alcol nella regione europea dell'OMS è diminuita dal 46% nel 2002 al 28% nel 2014 e l'ubriachezza precoce è più che dimezzata, dal 17% all'8%. Per quanto riguarda l'Italia nel 2014 si è registrata una prevalenza di chi ha avuto il primo contatto con l'alcol prima dei 13 anni del 11,9% per le ragazze (il terzo paese con la prevalenza più bassa per le ragazze dopo Israele e Islanda) e del 26,1% per i ragazzi (al 12esimo posto nella regione) (Figura 3). L'Italia è terza per prevalenza più bassa per le ragazze anche per la prima ubriacatura, con il 1,8% sempre al terzo posto dopo Israele e Islanda (Figura 4). Per quanto riguarda gli andamenti tra il 2002 e il 2014 nel primo contatto con l'alcol e nell'ubriacarsi, i cambiamenti più eclatanti si sono registrati nelle regioni nordiche e in Irlanda e Gran Bretagna, che avevano la prevalenza massima nel 2002, mentre nell'Europa meridionale e mediterranea la variazione è stata minore. In Italia vi è stata una diminuzione anche se minima viste le basse prevalenze di partenza.

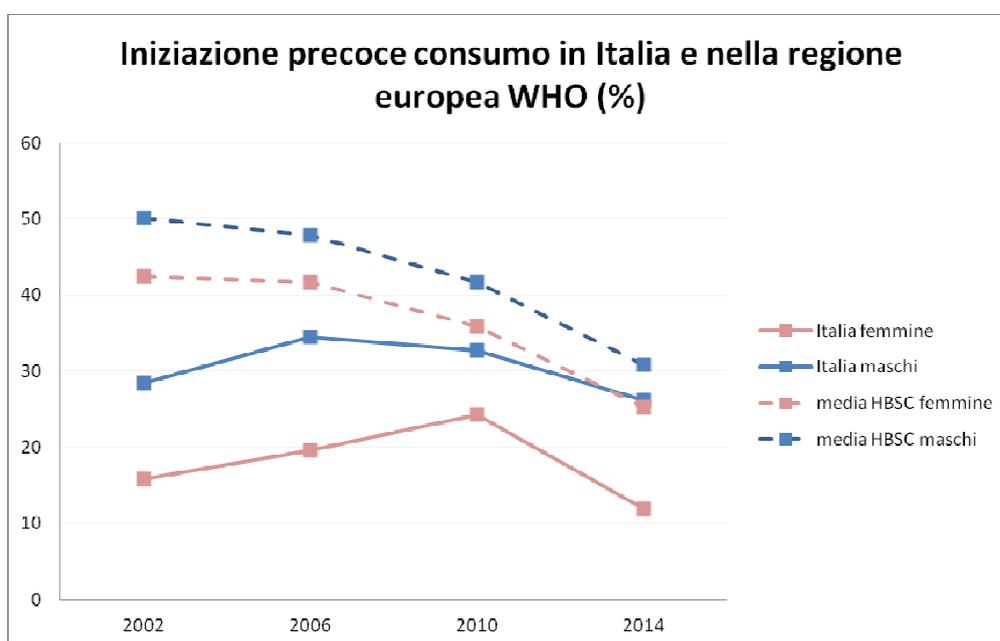


Figura 3. Percentuale di ragazzi e ragazze che hanno il primo contatto con l'alcol prima dei 13 anni. Anni 2002-2014

Fonte: Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014 della WHO-Europa

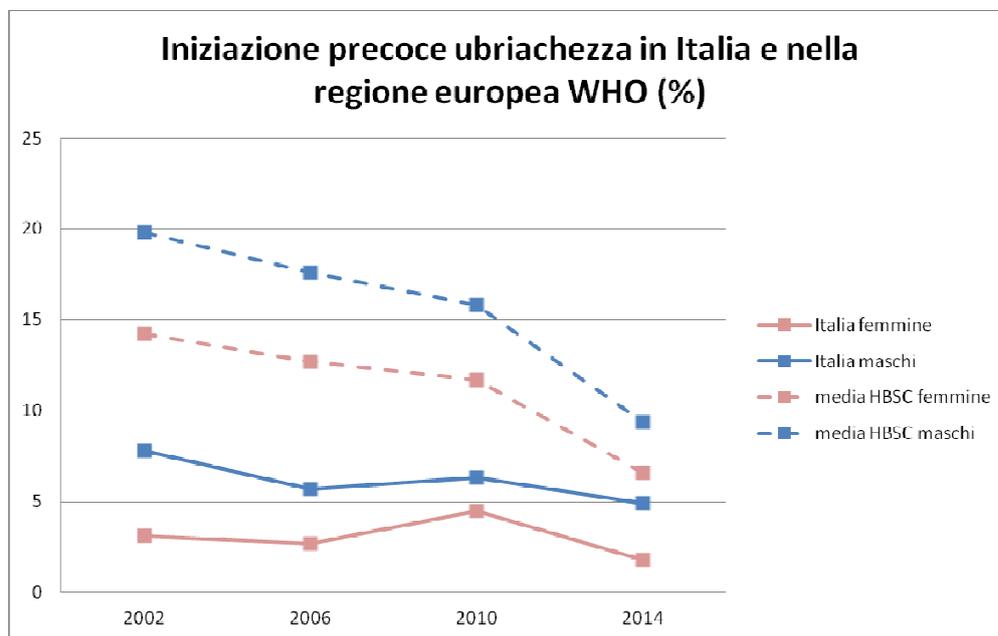


Figura 4. Percentuale di ragazzi e ragazze che hanno la prima ubriacatura prima dei 13 anni. Anni 2002-2014

Fonte: Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014 della WHO-Europa

Per quanto riguarda le disuguaglianze socioeconomiche nel consumo di alcol, le prevalenze del bere settimanale, dell'ubriacarsi e dell'iniziazione precoce all'alcol, nella maggior parte dei paesi sono più elevate tra gli adolescenti con famiglie ad alto reddito. In Italia le ragazze che nel 2014 hanno bevuto settimanalmente sono state il 14% per le famiglie a reddito basso e il 27% per le famiglie a reddito alto. La differenza tra famiglie ad alto e basso reddito è più evidente per quanto riguarda l'ubriachezza (nelle famiglie ad alto reddito si tende a ubriacarsi di più), differenza osservata in quasi un terzo dei paesi. Infine, tra il 2002 e il 2014 è aumentato il numero di paesi in cui si registra una disuguaglianza socioeconomica nell'ubriachezza, ma sono diminuiti i paesi dove la disuguaglianza è nel bere settimanale (disuguaglianza sempre a sfavore delle famiglie con reddito alto).

Sebbene il consumo regolare di alcolici sia diminuito tra ragazze e ragazzi dal 2002 nella maggior parte dei paesi, le modalità più rischiose del bere, come l'ubriacarsi e l'inizio precoce del bere, sono diminuiti in un numero minore di paesi, in particolare tra le ragazze, e in alcuni sono persino aumentati.

LE POLITICHE EUROPEE

I cambiamenti introdotti nelle politiche per la riduzione del consumo di alcol e dei danni alcol correlati dell'EAPA - **Piano d'azione dell'OMS (5)**, che prevede 10 aree d'intervento strategiche, come il controllo dei prezzi e l'aumento del limite di età per l'acquisto, potrebbero aver contribuito al calo dei consumi, e vanno pertanto mantenuti. La tassazione è stata una delle politiche chiave più efficaci: la maggior parte dei Paesi e delle Regioni tassano fortemente l'alcol, mentre altri hanno introdotto un prezzo unitario minimo. È evidente, visti gli andamenti diversi tra i Paesi, che le politiche siano state più efficaci in alcuni rispetto ad altri l'impatto maggiore è stato registrato nei Paesi in cui le prevalenze erano molto alte nei primi anni 2000. La generale diminuzione dell'inizio precoce del consumo di alcol e dell'ubriacarsi suggerisce che le politiche pubbliche volte ad

aumentare l'età in cui si inizia a bere alcol funzionino e stiano dando risultati. Inoltre, le politiche sull'alcol rivolte a tutta la popolazione sono associate a un minor consumo non solo negli adulti ma anche negli adolescenti. Tuttavia, resta ancora molto da fare per consolidare queste tendenze positive, è necessario rafforzare le misure di prevenzione, come i meccanismi di applicazione delle leggi sull'età minima per il consumo e l'attuazione di politiche tariffarie orientate alla salute. Poiché gli adolescenti tendono ad avere budget limitati, il loro consumo di alcol è più sensibile alle variazioni di prezzo, e questo tipo di misura preventiva può avere effetti molto positivi.

Un altro aspetto legislativo fondamentale è quello di limitare o vietare qualsiasi forma di marketing di alcolici. Secondo la strategia globale dell'OMS, il piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol, l'esposizione di bambini e giovani a un marketing accattivante è particolarmente grave e non dovrebbe essere sottovalutato. Gli studi mostrano una relazione dose-risposta tra l'esposizione dei giovani alla pubblicità di alcolici e la probabilità che inizieranno a bere o aumentare il consumo. Deve essere preso in considerazione un approccio precauzionale per proteggere i giovani dal marketing di alcolici, così come il divieto totale di vendita di alcolici ai bambini. Gli sforzi per ridurre i consumi di alcol fra gli adolescenti, e per garantire che i successi ottenuti finora vengano mantenuti, devono continuare, soprattutto nei paesi dove il cambiamento è stato più lento. Per prevenire o limitare i consumi sono fondamentali il monitoraggio, l'identificazione dei fattori correlati, e lo sviluppo di programmi e politiche nazionali. Questi comportamenti in una fascia di età in cui sarebbe opportuna la totale astensione dalle bevande alcoliche per proteggere il momento cruciale dello sviluppo dell'individuo, hanno un impatto sulla salute fisica, mentale e sulle relazioni sociali. Anticipare l'inizio dell'abitudine al bere e sperimentare episodi ricorrenti di ubriachezza comporta alterazioni funzionali e strutturali del sistema nervoso che persistono anche nell'età adulta.

L'alcol è un fattore di rischio per incidenti fatali e non fatali, tentativi di autolesionismo o di suicidio, predispone all'assunzione di sostanza d'abuso e a comportamenti violenti, antisociali o criminali, è associato al rischio di gravidanze non desiderate e di malattie a trasmissione sessuale, è correlato a scarso rendimento scolastico e a disturbi dell'apprendimento.

Nel lungo termine, l'alcol è un fattore di rischio di mortalità prematura e di morbidità, essendo implicato nell'insorgenza di malattia croniche non trasmissibili (cancro, diabete, malattie cardiovascolari). L'impatto del consumo di alcol su questo gruppo di malattie è particolarmente rilevante nella Regione europea dell'Oms dove si registrano i consumi di alcol più elevati nel mondo. Inoltre, gli adolescenti che bevono saranno più probabilmente adulti inclini a un consumo dannoso di alcol.

Il fatto che un declino di comportamenti rischiosi alcol-correlati si registri anche in Paesi con una elevata prevalenza di questi comportamenti come il Regno Unito e alcuni Paesi del nord Europa è un segnale che fa ben sperare e conferma il grande potenziale di interventi di contrasto concertati a livello nazionale e regionale come l'aumento del prezzo delle bevande alcoliche, la riduzione della loro disponibilità, il divieto di pubblicità, promozione e sponsorizzazione.

Rapporto dell'OMS sul consumo, sui danni e sull'attuazione delle politiche in 30 paesi europei (EU+ Norvegia e Svizzera)

Il rapporto dell'OMS del 2019 “*Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries*”(2) fornisce un'istantanea del consumo di alcol, dei danni correlati all'alcol e delle risposte alle politiche sull'alcol in 30 Stati Europei - Stati membri dell'Unione europea, Norvegia e Svizzera (UE +) negli adulti (di età pari o superiore a 15 anni). Il rapporto sintetizza anche i cambiamenti nel consumo di alcol e danni correlati all'alcol tra il 2010 e il 2016. Sebbene in questo periodo vi siano stati miglioramenti nei tassi di mortalità per patologie alcol correlate, il rapporto mostra come l'alcol rimanga una delle principali priorità di salute pubblica. Più di 290000 persone sono morte nel 2016 a causa di malattie alcol attribuibili e sono stati persi 7,6 milioni di anni di vita per mortalità prematura o disabilità legate all'alcol. I dati riportati provengono dall'ultima indagine del “*WHO Global Survey on Alcohol and Health*”, effettuata nel 2016 in collaborazione con i 6 uffici regionali dell'Unione Europea dell'OMS e la Commissione Europea.

In generale, secondo il rapporto, nel 2016 il consumo di alcol pro-capite nell'UE+ (Stati membri + Norvegia e Svizzera) negli adulti è variato molto tra i Paesi, è stato più basso in quelli del nord e sud Europa e più elevato nei Paesi della fascia centrale. Andamenti simili si sono registrati per il numero di consumatori totali e il consumo eccessivo episodico.

Nel 2016 il consumo di alcol pro capite (*per capita alcohol consumption, APC*) negli adulti è stato di 11,3 litri di alcol puro (oltre 170 grammi di alcol a settimana): 18,3 litri per gli uomini e 4,7 litri per le donne, indicando un livello medio di consumo negli uomini quasi quattro volte superiore alle donne. Il divario tra donne e uomini per APC e numero di consumatori è risultato maggiore sopra i 65 anni e nei paesi del Mediterraneo e dell'Europa orientale rispetto ai restanti paesi UE +. L'APC ha raggiunto il picco nelle donne tra i 20-24 anni e negli uomini tra i 35-49 anni. La prevalenza di consumatori, cioè chi ha riferito di bere alcolici negli ultimi 12 mesi, è stata del 72% (61,4% donne; 83,3% uomini), il cui APC è stato di 15,7 litri di alcol puro (7,7 litri per le donne e 21,9 litri per gli uomini), ovvero un'assunzione settimanale di 240 grammi di alcol. La prevalenza del consumo episodico eccessivo (oltre 60 grammi di alcol in almeno un'occasione negli ultimi 30 giorni) è stata del 30,4% (14,4% tra le donne; 47,4% tra gli uomini). Per quanto riguarda l'Italia nel 2016 l'APC è stato di 7,6 litri e la prevalenza del consumo episodico eccessivo del 20,4% (34,1% negli uomini e 7,6% nelle donne).

Per quanto riguarda gli andamenti tra il 2010 e il 2016, l'APC è rimasto globalmente stabile, passando da 11,5 a 11,3 litri, una diminuzione non statisticamente significativa. Si è registrata un'ampia variabilità nei cambiamenti di APC tra i paesi UE+: 17 paesi hanno riportato complessivamente diminuzioni e 13 aumenti (la riduzione è stata più significativa nei paesi nordici e mediterranei). Sebbene la prevalenza dei consumatori (passata dal 75,3% al 72,0%) e il consumo eccessivo episodico (dal 34,1% al 30,4%) siano globalmente diminuiti, l'APC non ha subito variazioni di rilievo nei 6 anni di riferimento (**Figure 5 e 6**).

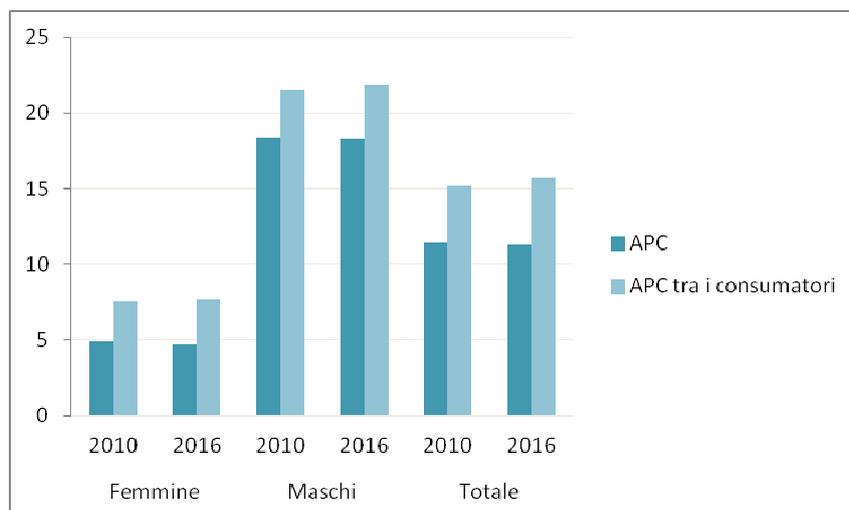


Figura 5. Consumo registrato di alcol in litri di alcol puro pro-capite totale e tra i consumatori. Paesi EU+. Anni 2006 e 2010

Fonte: Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019 della WHO-Europa

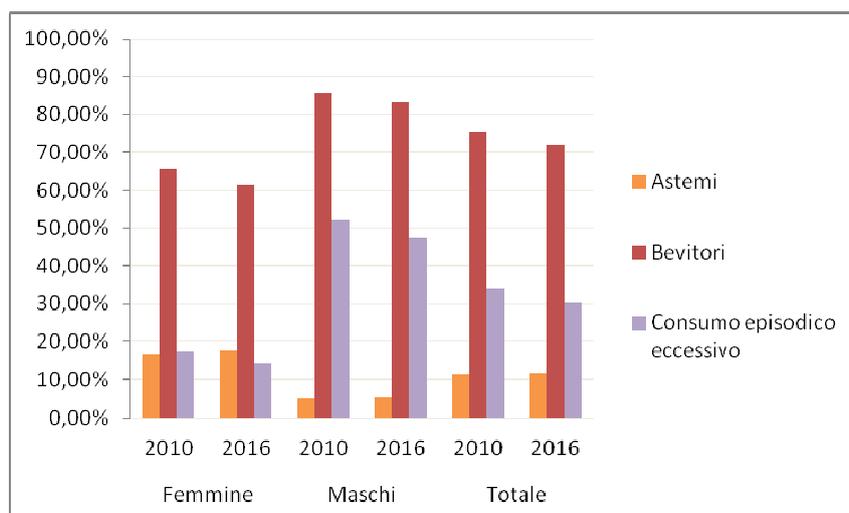


Figura 6. Percentuale sul totale degli adulti (15+) di astemi, bevitori e di chi effettua un consumo episodico eccessivo (almeno 60g di alcol puro in un'unica occasione). Paesi EU+. Anni 2010 e 2016

Fonte: Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019 della WHO-Europa

Analogamente alla variazione dell'APC, nel 2016 si è registrata un'ampia variabilità tra gli Stati in termini di salute e danni sociali attribuibili all'alcol. Nella maggior parte degli Stati le persone appartenenti alla fascia socioeconomica più bassa avevano un rischio di mortalità per cause completamente attribuibili all'alcol tre volte superiore rispetto alle persone con elevato status socioeconomico. Sia l'APC che gli anni di vita persi (years of life lost, YLL) attribuibili all'alcol sono stati più bassi nei Paesi nordici e mediterranei, ad eccezione del Portogallo.

Nel 2016, il 5,5% di tutti i decessi nell'UE+ (291100) sono stati causati dall'alcol, dovuti in gran parte al cancro (29% dei decessi alcol attribuibili), alla cirrosi epatica (20%), alle malattie cardiovascolari (19%) e agli incidenti (18%). Il 19,0% (il 13,1% per l'Italia) di tutti i decessi nella fascia di età tra i 15-19 anni avvenuti nel 2016 è attribuibile all'alcol, circa uno su cinque, e il 23,3% (il 17,6% per l'Italia) tra i 20 e i 24 anni, circa uno su quattro. Nel complesso, nel 2016 il consumo di alcolici ha causato l'8,3% di YLL nell'UE+, ovvero 7,6 milioni di anni persi prematuramente a causa del consumo di alcol. Oltre 10,3 milioni di anni di vita vissuti al netto della disabilità (*disability-adjusted life years, DALY*) sono attribuibili all'uso di alcol, a causa di morte prematura o di disabilità.

Sebbene tra il 2010 e il 2016 sia diminuita la mortalità alcol correlata nell'UE+, per esempio il numero assoluto di decessi correlati all'alcol è calato del 3% (da 300900 a 291100), il tasso di mortalità attribuibile all'alcol è diminuito del 14,1% e il numero assoluto di YLL attribuibili all'alcol è diminuito dell'11%, i cambiamenti osservati sembrano essere guidati principalmente dal miglioramento generale della salute e dell'assistenza sanitaria per la popolazione UE+ piuttosto che dalla riduzione della prevalenza del consumo episodico eccessivo e del consumo di alcol nei consumatori. Infatti, tra il 2010 e il 2016, i tassi di mortalità per tutte le cause di morte nei paesi UE+ sono diminuiti del 9%: le tendenze nella mortalità alcol attribuibile sono fortemente influenzate dalle tendenze nella mortalità complessiva, se i tassi di mortalità su cui opera l'alcol diminuiscono, anche i tassi di mortalità correlati all'alcol diminuiranno, anche se non vi è alcun cambiamento nel consumo di alcol.

Le politiche sull'alcol nei paesi UE+ nel 2016 sono state valutate utilizzando lo strumento dell'OMS per misurare l'attuazione delle politiche nelle 10 aree definite nell'EAPA (5).

I risultati mostrano una grande variabilità tra i Paesi per tutte le aree, indicando la possibilità di ampie margini di miglioramento. In tre aree gli Stati membri nel loro insieme hanno totalizzato oltre i due terzi del punteggio: leadership, consapevolezza e impegno (area 1); politiche e contromisure per il consumo di bevande (area 4); monitoraggio e sorveglianza (area 10). In due aree il punteggio ottenuto è meno di un terzo del punteggio totale: politiche dei prezzi (area 7) e riduzione delle conseguenze negative del bere e dell'intossicazione da alcol (area 8). Per quanto riguarda i tre strumenti "politici" che l'OMS definisce come "*best buys*" per ridurre le malattie non trasmissibili (disponibilità, pubblicità e prezzi): per disponibilità (area 5) la variabilità dei punteggi era ampia, senza Paesi con punteggio nel decile superiore e tre Paesi con punteggi nel decile inferiore; per il marketing (area 6) i punteggi sono distribuiti su tutti i decili, con pochi Paesi che hanno imposto il divieto totale di marketing su tutti i media; l'area per le politiche tariffarie (area 7) è risultata la peggiore, solo cinque Paesi hanno adattato il prezzo della birra e dei superalcolici all'inflazione e solo tre il prezzo del vino. L'area 8, per la riduzione delle conseguenze negative del bere e dell'intossicazione da alcol, solo due Paesi impongono per legge l'applicazione di etichette con avvertimenti sulla salute su bottiglie o contenitori. Per l'area 2, riguardo gli interventi dei servizi sanitari, che è stata completata da soli 18 membri su 30, i Paesi non sono stati in grado di fornire dati sul numero di servizi di assistenza sanitaria di base che attuino programmi di screening e di consulenza per ridurre i danni da uso di alcol.

La Regione Europea dell'OMS è la regione con il più alto consumo di alcol. Il livello di consumo non è cambiato nell'UE+ dal 2010. Mentre vi è un certo miglioramento nella mortalità e nel danno attribuibili all'alcol, l'onere attribuibile all'alcol di malattie e mortalità nell'UE+ è ancora a un livello elevato e la diminuzione dei decessi non possono essere visti come un vero successo. La percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol è stata riscontrata nei giovani adulti.

Nel complesso, i Paesi che hanno iniziato a sviluppare ed attuare la politica sull'alcol hanno mostrato maggiori riduzioni delle problematiche alcol attribuibili rispetto a quei Paesi senza tali politiche. Per essere in grado di mantenere le riduzioni dei danni alla salute e dei danni sociali dovuti all'alcol, i Paesi UE+ devono accelerare i progressi nell'attuazione delle politiche per ridurre i livelli di APC e modelli di consumo dannoso. Ciò significa che misure basate su evidenze, come una migliore regolamentazione e controllo del marketing, una riduzione della disponibilità e dell'accessibilità alle bevande alcoliche, l'uso delle imposte per ridurre l'accessibilità, e l'attuazione di screening e brevi interventi a livello di assistenza sanitaria primaria deve essere ulteriormente rafforzato.

RIFERIMENTI ATTI INTERNAZIONALI

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

¹ 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

¹ 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

⁴ Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/382840/WH15-alcohol-report-eng.pdf; ultima consultazione 24/01/2020

⁵ European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020: WHO; 2012. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf; 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 2018 ha consumato almeno una bevanda alcolica il 66,8% degli italiani di 11 anni e più (pari a 36 milioni e 370 mila persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (78,9%) rispetto alle femmine (55,4%).

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 2018 si osserva un aumento rispetto all'anno precedente del consumo nell'anno (dal 65,4% al 66,8%). Su questo pesa l'aumento del consumo occasionale (dal 44% al 46,2%) e del consumo fuori pasto (dal 29,2% al 30,2%). In diminuzione, invece, il consumo giornaliero.

Nell'ambito dell'arco di tempo 2008-2018 (Tab 7) l'ISTAT ha rilevato:

- la diminuzione della quota di consumatori (dal 68% al 66,8%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 27,4% al 20,6%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 40,6% al 46,2%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 25,4% al 30,2%).

Tab 7 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 2008 e 2018 (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	
	2008	2018	2008	2018	2008	2018	2008	2018	2008	2018	2008	2018
MASCHI												
Nell'anno	32,1	21,3	79,1	76,9	85,6	85,2	87,5	86,0	81,8	82,0	80,5	78,9
Tutti i giorni	2,6	1,5	16,2	10,9	34,5	22,1	53,5	37,6	59,3	50,7	40,7	31,1
Occasionalmente	29,4	19,8	62,9	65,9	51,1	63,0	34,0	48,4	22,5	31,3	39,7	47,9
Fuori pasto	14,1	9,3	49,4	53,1	45,4	55,4	37,8	40,4	23,8	28,3	36,7	40,5
FEMMINE												
Nell'anno	24,0	17,8	61,9	67,1	63,4	64,7	61,3	59,6	49,2	48,5	56,3	55,4
Tutti i giorni	0,6	0,6	3,3	4,5	10,8	6,4	19,6	12,5	22,7	17,6	14,9	10,9
Occasionalmente	23,3	17,1	58,6	62,6	52,6	58,3	41,7	47,1	26,4	30,8	41,4	44,6
Fuori pasto	8,9	7,5	33,5	41,3	20,9	33,4	12,7	18,2	5,3	8,6	14,8	20,4
MASCHI E FEMMINE												
Nell'anno	28,1	19,5	70,7	72,2	74,6	75,0	74,2	72,5	62,9	63,1	68,0	66,8
Tutti i giorni	1,7	1,0	9,9	7,9	22,7	14,3	36,3	24,8	38,1	32,1	27,4	20,6
Occasionalmente	26,5	18,5	60,8	64,4	51,9	60,7	37,9	47,7	24,8	31,0	40,6	46,2
Fuori pasto	11,6	8,4	41,6	47,5	33,3	44,5	25,0	29,0	13,1	17,2	25,4	30,2

Fonte: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2018

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 2018

Nel 2018, nella popolazione di 11 anni e più che ha **consumato alcolici nell'anno**, beve **vino** il 54,1% di cui 66,4% maschi e 42,6% femmine. Nella stessa popolazione considerata beve **birra** il 50,4%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile (64,9%) all'incirca doppia rispetto a quella femminile (36,9%). Gli **aperitivi alcolici, amari e superalcolici** sono consumati nel 2018 dal 45,9% della popolazione di età superiore a 11 anni e come nel caso della birra, la prevalenza tra i maschi (58,3%) è circa il doppio rispetto a quella tra le femmine (34,3).

Nell'anno 2018 i **consumatori giornalieri** di bevande alcoliche che hanno bevuto **vino** sono stati il 18,2% (27% maschi e 9,9% femmine), mentre hanno bevuto **birra** il 4,8% (8,1% maschi e 1,7% femmine) ed infine hanno bevuto **aperitivi, amari, superalcolici** lo 0,7% (1,2% maschi e 0,3% femmine) (**Tab 8**).

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 8. 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 2018 (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	di cui tutti i giorni	Nell'anno	di cui tutti i giorni	Nell'anno	di cui tutti i giorni
Vino	66,4	27,0	42,6	9,9	54,1	18,2
Birra	64,9	8,1	36,9	1,7	50,4	4,8
Aperitivi, amari, superalcolici	58,3	1,2	34,3	0,3	45,9	0,7
Totale	78,9	31,1	55,4	10,9	66,8	20,6

Fonte: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2018

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 (71,3%) e tra i maschi (Nord-est=81%; Centro=80,8%). Anche la quota più elevata di consumatori giornalieri si concentra nel Centro-nord, specialmente nel Nord est (23,8%).

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 41,6%, quota che sale al 73,9% 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 2018, il 49,2% dei ragazzi e il 41,8% 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 2008, ma più marcata tra i ragazzi (- 6,3 punti percentuali tra i maschi contro - 1,3 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 2017 il consumo abituale eccedentario, nella classe di età 18-24 anni era l'1,9%, di cui il 2,7% maschi e l'1,2% femmine.

Nel 2018 il consumo abituale eccedentario nella stessa classe di età è stato il 2,1%, di cui il 2,2% maschi e 1,9% 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 2017 il fenomeno del binge drinking riguardava il 17% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 22,3% erano maschi e l'11,5% erano femmine.

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

Tab 9 Persone di 11-24 anni per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche, sesso e classe d'età. Anno 2018 (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	9,7	8,1	8,9	9,7	8,1	8,9	0,4	1,3	0,8
16-17	48,3	40,7	44,6	48,3	40,7	44,6	10,7	5,2	8,1
11-17(*)	21,3	17,8	19,5	21,3	17,8	19,5	3,5	2,4	3,0
18-19	20,4	10,6	15,4	0,7	0,9	0,8	20,0	10,4	15,1
20-24	24,6	13,2	19,3	2,8	2,3	2,6	23,5	11,4	18,0
18-24	23,4	12,4	18,2	2,2	1,9	2,1	22,6	11,1	17,2

(*) 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 2018

L'abitudine da parte dei genitori ad avere almeno un tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche sembra influenzare il comportamento dei figli. Infatti, il 28,1% dei ragazzi di 11-24 anni che vivono in famiglie dove entrambi i genitori adottano comportamenti a rischio nel consumo di alcol ha abitudini non moderate nel bere alcolici, mentre tale quota scende al 16,4% tra i giovani con genitori che non bevono o consumano alcolici in maniera moderata (**Tab 10**).

Tab.10. Persone di 11-24 anni con almeno un comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche per abitudine al consumo di alcol dei genitori e sesso. Anno 2018 (per 100 persone di 11-24 anni dello stesso sesso e con le stesse caratteristiche familiari)

ABITUDINE AL CONSUMO DI ALCOL DEI GENITORI	Almeno un comportamento di consumo a rischio		
	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
Nè il padre nè la madre hanno comportamenti a rischio nel consumo di alcol	19,8	12,8	16,4
Solo la madre ha comportamenti a rischio nel consumo di alcol	23,0	23,5	23,2
Solo il padre ha comportamenti a rischio nel consumo di alcol	33,8	23,8	29,0
Sia la madre che il padre hanno comportamenti a rischio nel consumo di alcol	37,3	19,2	28,1
Totale	22,2	14,9	18,6

Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2018

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.

E' assolutamente rilevante il fatto che nella fascia di età 11-17 anni il 19,5% abbia almeno un comportamento a rischio (21,3% maschi e 17,8% femmine), valore che dovrebbe tendere allo zero.

Inoltre risulta particolarmente critico il quadro dei comportamenti a rischio tra i ragazzi di 16-17 anni, infatti già a questa età il *binge drinking* raggiunge con il valore del 8,1% livelli superiori a quelli medi della popolazione (v.m.7,5%).

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 32,4%, 11-17 anni 37%). 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 tollerarne 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 2018 il 63,1% delle persone di 65 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 82%; F: 48,5%). La prevalenza dei consumatori ultra 64enni nel 2018 è stata più elevata per il vino (M: 76,8%; F: 43%) e doppia rispetto alla prevalenza dei consumatori di birra (M: 49,5%; F: 20,8%) per entrambi i sessi; valori molto più bassi sono stati calcolati per il 2018 per le prevalenze dei consumatori di amari (M: 31,6%; F: 10%), di aperitivi alcolici (M: 24,3%; F: 9,2%) e i superalcolici (M: 26,5%; F: 7,5%) (Tab.I.11). 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 2018 siano stati 2.709.000 le persone di 65 anni e più che hanno adottato almeno un comportamento di consumo a rischio per la loro salute di cui 2.056.000 uomini e 653.000 donne, pari al 35% 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 2018 è stata pari al 33,7% degli uomini e il 7,9% delle donne. Hanno inoltre dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti il 28,3% degli uomini e l'8,6% delle donne. Per quasi tutti gli indicatori di rischio si registrano aumenti significativi rispetto alla precedente rilevazione, in modo particolare per quanto riguarda il consumo di aperitivi alcolici, amari e superalcolici, specialmente tra le donne.

Tab 11 Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2018)

	65-74		75-84		≥85		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	85,1	53,7	79,5	45,2	76,1	40,5	82,0	48,5
Consumatori di vino	78,5	45,9	75,5	41,7	73,5	37,2	76,8	43,0
Consumatori di birra	58,9	28,9	43,6	15,7	26,4	8,9	49,5	20,8
Consumatori di aperitivi alcolici	29,7	13,2	21,3	6,6	9,7	3,5	24,3	9,2
Consumatori di amari	35,7	13,5	29,7	7,5	19,3	5,0	31,6	10,0
Consumatori di super alcolici	32,3	10,1	22,3	5,4	14,0	4,3	26,5	7,5
Consumatori di alcolici fuori pasto	31,8	10,7	26,3	7,4	18,6	5,2	28,3	8,6
Almeno un comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche (Consumo abituale eccedentario/Binge drinking)	36,5	10,0	34,7	7,5	29,2	7,2	35,0	8,6
Consumatori abituali eccedentari	35,0	9,0	33,5	7,1	28,9	6,4	33,7	7,9

Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2018

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 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%) e lesioni (18%); la percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol è stata riscontrata infine nei giovani adulti;

Di tutti i decessi attribuibili all'alcol nel mondo, il 28% è causato da incidenti stradali e atti di autolesionismo e violenza interpersonale; 21% a causa di disturbi digestivi; 19% a causa di malattie cardiovascolari e il resto a causa di malattie infettive, tumori, disturbi mentali e altre condizioni di salute.

Le conseguenze negative del consumo di alcol sulla salute sono molteplici. Più di 30 categorie della Classificazione Internazionale delle Malattie e dei problemi sanitari correlati, 10ª revisione (ICD-10) riguardano condizioni totalmente alcol-attribuibili. L'alcol è inoltre concausa di oltre 200 malattie tra cui numerosi tipi di neoplasie, le malattie cardiovascolari e le disfunzioni metaboliche e sebbene ci siano alcune evidenze di effetti protettivi del consumo sporadico di piccole quantità di alcol sulle cardiopatie coronariche, ictus ischemico e diabete, gli effetti nocivi dell'alcol risultano comunque preponderanti.

I danni alcol-correlati infine non coinvolgono i soli consumatori. Le conseguenze del consumo di alcol si ripercuotono sulle famiglie 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.

Le linee guida per una sana alimentazione rappresentano in tutti i Paesi un importante strumento alla base di strategie nazionali ed europee sanitarie e alimentari, con la finalità di promuovere la salute pubblica. A livello internazionale sono state pubblicate nel rapporto *Good practice principles for low risk drinking guidelines*.

Il Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione, curato dall' Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA), ribadisce la necessità di non superare mai le quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*). In questa ottica, è necessario monitorare oltre al consumo abituale eccedentario sopra definito, 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

I limiti di consumo di bevande alcoliche da non superare in maniera abituale, riportati nel 2014 nei nuovi LARN e da quest'anno anche nel Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione, curato dall' Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA) sono ormai da molti anni acquisisti dal Ministero della Salute e dall'Istat stabiliscono che per non incorrere in problemi per la salute è consigliato non superare mai quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*).

Sotto i 18 anni qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare una UA mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le due UA al giorno, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. I ragazzi minorenni dovrebbero astenersi da qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, come ribadito dalla

legge italiana che, per questa fascia di popolazione, vieta la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica.

Nel 2018 il 14,2% degli uomini e il 6,1% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.500.000 persone. La percentuale più elevata per entrambi i sessi, si rileva tra gli adolescenti di 16-17 anni (M=48,3%; F=40,7%) e tra gli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa viceversa si registra nella fascia di età 18-24 anni (M=2,2%; F=1,9%).

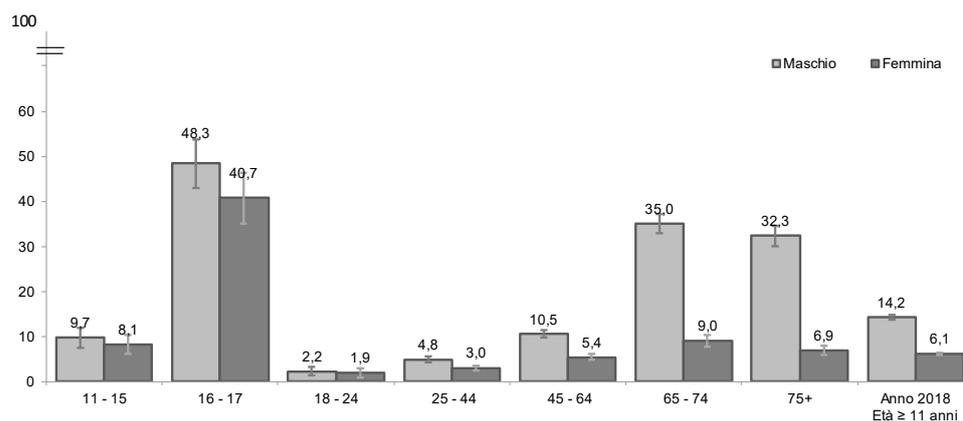


Figura 12 Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per sesso ed età (2018)

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 31,5% tra gli uomini e del 32,2% tra le donne ma, per entrambi i generi, nel corso degli ultimi anni, i valori sono rimasti pressoché stabili. (Figura 13).

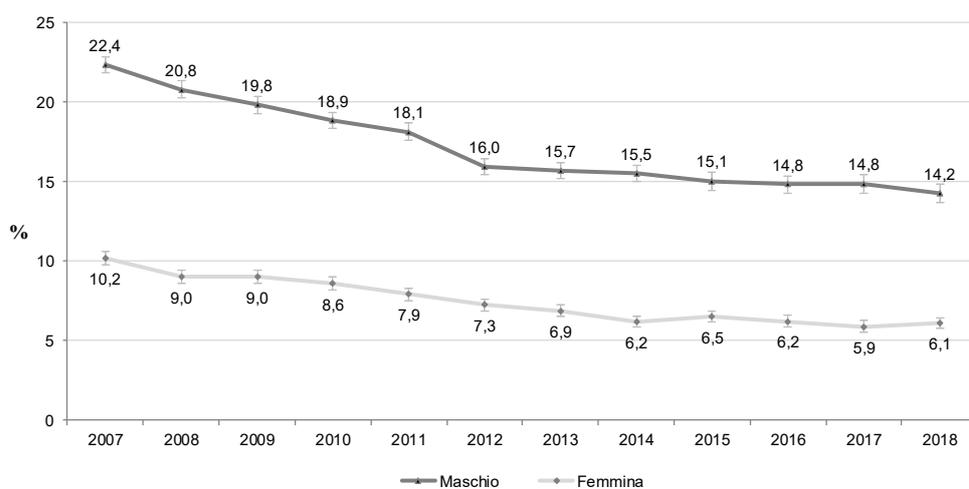


Figura 13 Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2007-2018)

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 2018 sono state il 40,5% degli uomini e il 20,4% delle donne, pari a quasi sedici milioni di persone di età superiore a 11 anni. (Figura 14).

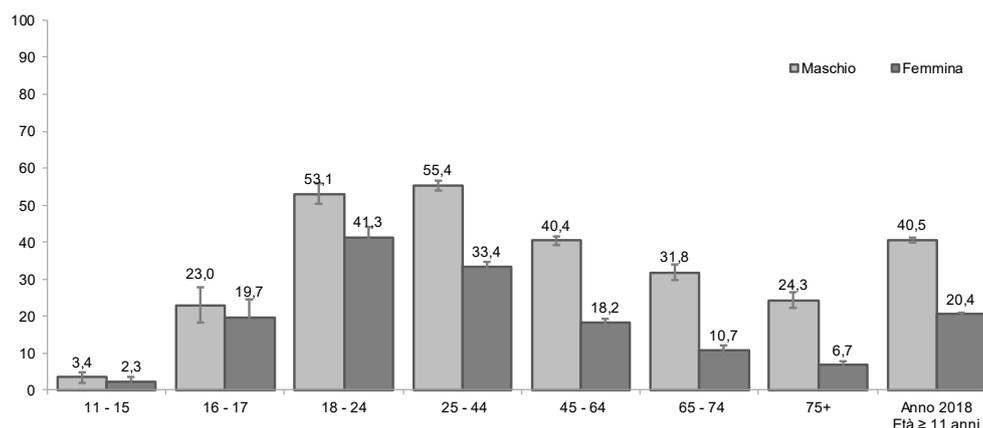


Figura 14 Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere ed età (2018)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

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 (41,3%); 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=3,4%; F=2,3%). (Figura 14).

L'analisi del trend dei consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che, per entrambi i generi, è aumentata la prevalenza dei consumatori rispetto all'anno 2008 (M=+10,2%; F=+38,0%) e per il genere femminile si conferma anche nel 2018 un incremento lineare costante rispetto al precedente anno (da 19,4% a 20,4%). (Figura 15).

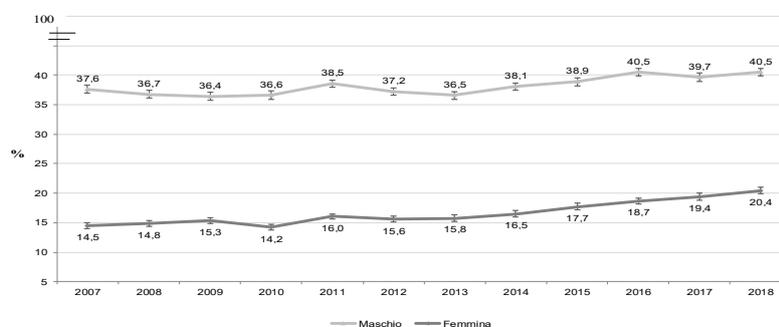


Figura 15 Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto (2007-2018)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori *binge drinking*

Un fenomeno che ormai da molti anni desta preoccupazione, soprattutto per i più giovani, è il cosiddetto *binge drinking*, che comporta l'assunzione di numerose unità alcoliche in un breve arco di tempo, con gravi rischi per la salute e la sicurezza non solo del singolo bevitore ma anche dell'intera società. Questa modalità di consumo, si è sviluppata inizialmente nei Paesi del Nord Europa e ad oggi è ormai molto diffusa anche in Italia, specialmente nelle fasce di popolazione giovanile. Con il termine *binge drinking* in Italia indichiamo una modalità di “consumo eccessivo episodico” di tempo di bevande alcoliche di qualsiasi tipo, rilevato dall'ISTAT attraverso l'indagine Multiscopo sulle famiglie come 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.

Il fenomeno, vista la diffusione in tutti i Paesi europei dell'area mediterranea, ha portato allo sviluppo di una strategia comunitaria denominata Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (*binge drinking*) (2014-2016) sviluppata dal CNAPA (Committee on National Alcohol Policy and Action). Il piano d'azione aveva l'obiettivo di integrare la strategia dell'UE a sostegno degli Stati Membri nella riduzione del danno alcol-correlato e di fornire un mezzo per rafforzare l'azione delle politiche sull'alcol negli Stati membri, affrontando al contempo le sei aree su cui è necessario intervenire per contrastare il consumo episodico eccessivo di bevande alcoliche tra i giovani: riduzione dell'accessibilità e della disponibilità di bevande alcoliche, la riduzione all'esposizione alle pubblicità e al marketing legato all'alcol, la necessità di ridurre i danni causati dall'assunzione di bevande alcoliche in gravidanza e di garantire un ambiente sano e sicuro per i giovani. Come concordato dal CNAPA il 22 marzo 2017, il piano d'azione è stato prorogato fino al 2020 e nel 2019 è stato pubblicato un report dalla OMS in cui sono documentati i progressi compiuti durante il primo periodo.

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 2018 è stata pari a 11,7% tra gli uomini e 3,6% tra le donne di età superiore a 11 anni e identifica quattro milioni e cento di *binge drinker*, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età (Figura 16).

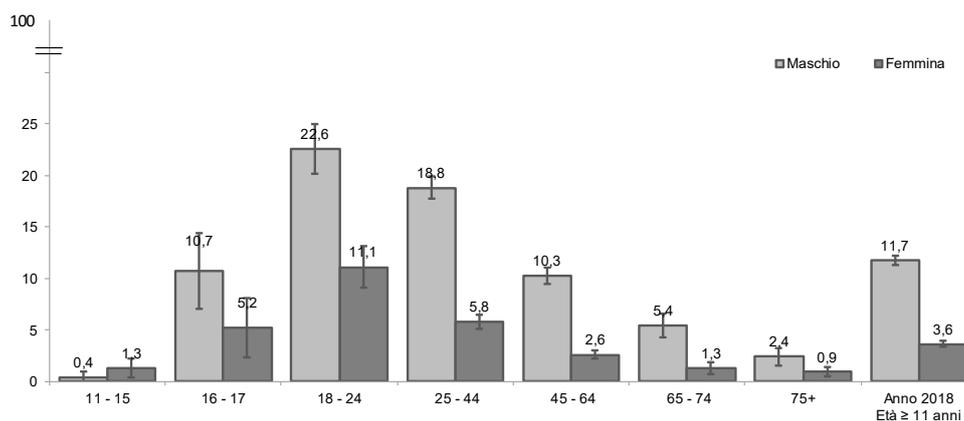


Figura 16 Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2018)

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=22,6%; F=11,1%) per poi diminuire nuovamente nelle età più anziane. Per tutte le classi di età considerate, la proporzione di *binge drinker* di sesso maschile è superiore a quella di sesso femminile ad eccezione dei giovani di età inferiore ai 15 per i quali non si rilevano differenze statisticamente significative di genere.

L'analisi dell'andamento temporale dei *binge drinkers* condotta separatamente per uomini e donne sulla popolazione di età superiore a 11 anni, mostra che tra il 2008 ed il 2018, la prevalenza dei consumatori *binge drinking* ha subito delle oscillazioni tra gli uomini mentre per il genere femminile si registra un incremento del 29,2% delle consumatrici che sono passate da 2,8% al 3,6%. (Figura 17).

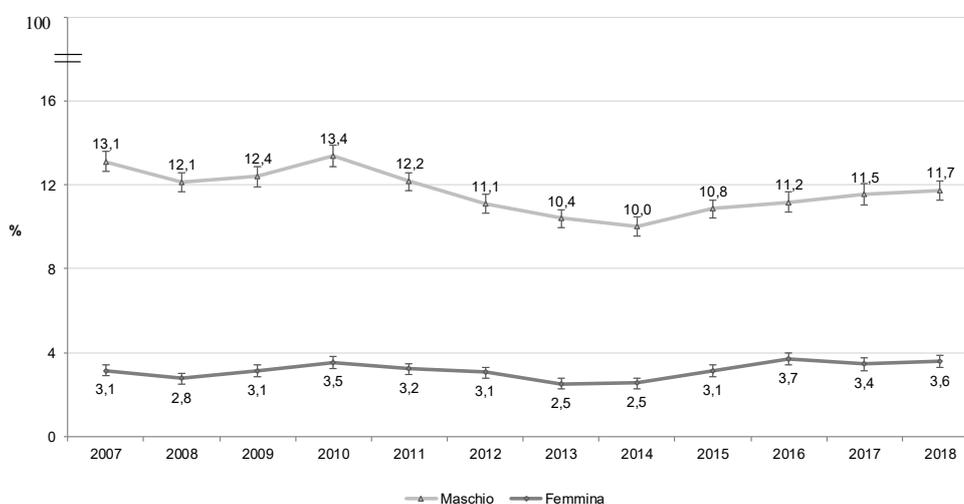


Figura 17 Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere (2007-2018)

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

Consumatori a rischio (criterio ISS)

In un'ottica di salute pubblica, 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, così come ribadito in tutte le strategie comunitarie e i Piani di Azione della WHO. 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. Al fine di tener conto di dei molti fattori di rischio per la salute correlati al consumo di alcolici, l'ONA-ISS ha costruito un indicatore di sintesi per il monitoraggio del consumo a rischio nella popolazione italiana. L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale eccedentario e quello occasionale noto come *binge drinking*.

Tale approccio è stato oggetto di validazione attraverso una valutazione e analisi congiunta di un gruppo di esperti statistici, epidemiologi e clinici che hanno condiviso l'appropriatezza e congruenza del nuovo indicatore utilizzandolo a livello formale nei sistemi di monitoraggio nazionale e nella relazione al Parlamento. Le evidenze scientifiche, ormai da molti anni,

sconsigliano un qualsiasi consumo di bevande alcoliche nei giovani al di sotto dell'età legale di consumo (18 anni) e di conseguenza, l'indicatore proposto considera a rischio i minorenni che hanno consumato una qualsiasi bevanda alcolica; tra gli adulti, l'indicatore di sintesi identifica come consumatori a rischio gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di due UA standard, le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di una UA e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, o che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno. Nella popolazione anziana infine, la maggiore vulnerabilità dell'individuo determina una soglia di consumo da non superare per non essere considerati a rischio, pari ad una unità alcolica giornaliera, indipendentemente dal sesso.

L'indicatore di sintesi così costruito, mostra che nel 2018, il 23,4% degli uomini e l'8,9% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.700.000 individui (M=6.200.000, F=2.500.000) non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica relativamente alle modalità di consumo di bevande alcoliche (**Figura 18**).

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=48,3%, F=40,7%), seguita dagli anziani ultra 65enni. Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 800.000 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 sensibilizzare 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 ragazzi (**Figura 18**).

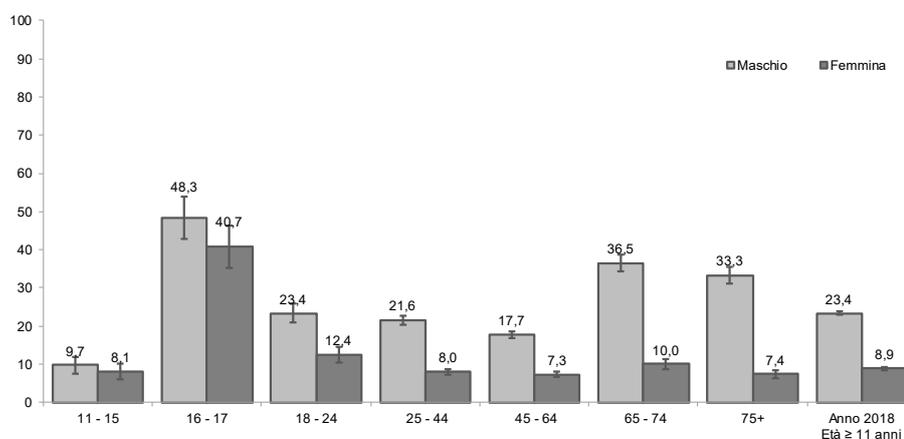


Figura 18 Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2018)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi dell'andamento temporale mostra che, a fronte della diminuzione registrata rispetto al 2008 pari al 18,3% per gli uomini e al 19,4% per le donne, l'indicatore di sintesi si è stabilizzato a partire dal 2013 e anche nel 2018 si è mantenuto costante per entrambi i generi (**Figura 19**). Appare quindi fondamentale promuovere delle azioni di promozione della salute per motivare le persone a scegliere uno stile di vita sano in maniera consapevole e autonoma.

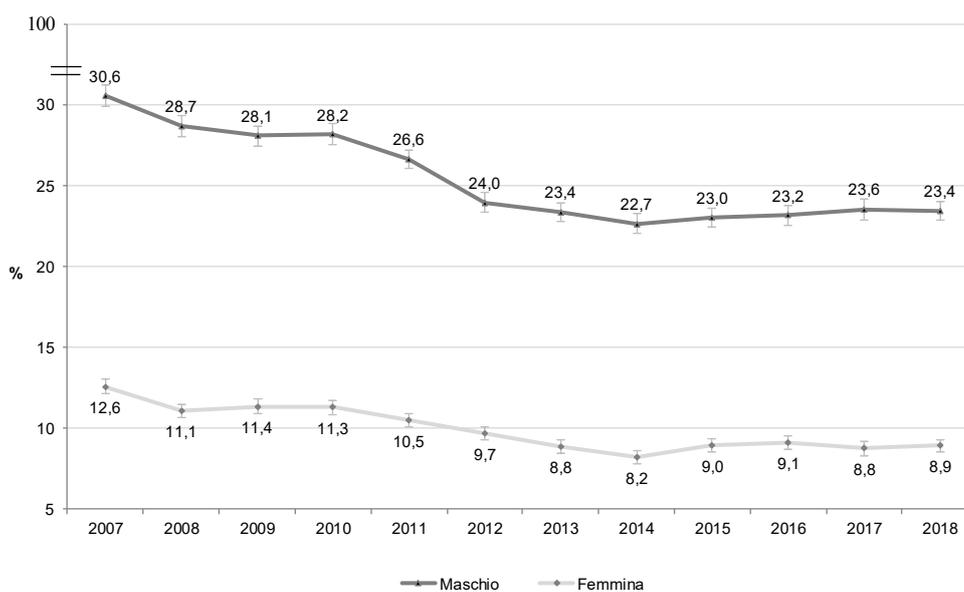


Figura 19 Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2018)

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

Tra le attività previste dalla Legge 125/2001, dal Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e del Piano Statistico Nazionale è previsto il “monitoraggio dei dati relativi al consumo di alcol e ai problemi alcol correlati”. Ogni regione ha inoltre il compito di orientarsi alla realizzazione di un Piano Regionale di Monitoraggio su Alcol e Salute per analizzare l’andamento del fenomeno, sia sotto il profilo delle azioni di contrasto, che dell’implementazione del PNAS. In supporto alle Regioni il Ministero della Salute ha approvato un progetto CCM denominato SISTIMAL, finalizzato allo sviluppo di un sistema standardizzato di monitoraggio in grado di fornire indicazioni regionali fondamentali per la programmazione regionale delle attività di prevenzione. I risultati del sistema di monitoraggio, sono disponibili nel sistema di monitoraggio alcol-correlato SISMA, (sito www.epicentro.iss.it/alcol) in cui è possibile valutare 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 per macroarea.

Italia nord-occidentale

Nell’anno 2018 la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 78,9% tra gli uomini e al 58,0% tra le donne e per queste ultime il valore è superiore a quello medio nazionale. Nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza dei consumatori è diminuita sia per gli uomini sia per le donne ma non si registrano variazioni significative rispetto al 2017. Tra il 2017 e il 2018 l’analisi dei consumatori delle singole bevande alcoliche ha evidenziato valori pressoché stabili per entrambi i generi ad eccezione delle donne che hanno consumatori di birra e aperitivi alcolici che sono aumentate rispettivamente del 8,9% e del 8,7%. L’analisi dei comportamenti a rischio evidenzia in quest’area geografica una prevalenza dei consumatori abituali eccedentari, di consumatori fuori pasto e di consumatori a rischio superiore alla media nazionale per entrambi i sessi e dei *binge drinkers* per il solo genere maschile. Non si rilevano tuttavia variazioni significative rispetto al 2017 (Tabella 20-21).

Piemonte

Nel 2018 hanno consumato almeno una bevanda alcolica il 79,6% degli uomini e il 58,6% 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 2017. L’analisi delle diverse tipologie di bevande consumate mostra che non si rilevano variazioni significative rispetto al 2017 e che l’unica bevanda con valori superiori alla media nazionale per entrambi i generi è il vino oltre ai super alcolici per le sole donne. La prevalenza dei consumatori uomini di amari è invece inferiore al dato medio italiano. L’analisi dei comportamenti a rischio mostra, per entrambe i generi, valori pressoché stabili per tutti gli indicatori considerati sebbene l’indicatore relativo al consumo a rischio ISS è superiore al dato medio italiano (Tabella 20-21).

Tabella 20 Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2018)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	Vino		Birra		Aperitivi alcolici		Amari		Super alcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	67,2	45,6	63,9	35,4 ↗	48,3	31,2 ↗	41,3	18,3	41,1	18,3
Piemonte	68,9	45,6	64,3	35,8	47,6	30,2	40,4	19,5	38,3	18,2
Valle d'Aosta	70,9	51,6	66,6	42,4	56,7	37,1	36,6	12,0 ↘	42,7	18,7
Lombardia	65,9	44,8	63,4	34,7 ↗	48,7	31,8	41,9	18,1	42,8 ↗	18,8
Liguria	70,4	49,5	65,7	38,9	46,8	29,8	40,2	16,6	38,1	15,8
Italia nord-orientale	70,6	50,2	65,7	39,0	51,2 ↗	34,5 ↗	39,3	17,2	40,7 ↗	17,8
PA Bolzano	65,0	54,4	67,8	43,6	50,1	47,9	38,5	26,0	41,0	24,8
PA Trento	64,7	41,5	70,6 ↗	36,7	50,8	34,3	38,3 ↗	14,1	43,6	17,9
Veneto	71,2	47,5	66,1	37,5	54,9 ↗	33,9	40,8 ↗	17,5	39,0	16,7
Friuli-Venezia Giulia	68,3	50,5	67,2	45,7 ↗	51,9	33,1	41,1	18,8	39,8	18,6
Emilia Romagna	72,0	53,7	64,0	38,4	47,2	34,2 ↗	37,2	15,7	42,4 ↗	18,1
Italia centrale	69,1 ↗	46,7 ↗	65,7 ↗	40,2 ↗	46,6	29,9 ↗	42,7	16,4	38,6	15,9
Toscana	70,3	48,4	64,3	41,5 ↗	45,9	31,8	38,0	14,1	38,0	17,3
Umbria	69,6	43,0	60,6	36,8	48,8	31,3	42,1	14,6	39,9	14,4
Marche	71,1	50,0	64,3	38,9	46,4	27,0	42,1	15,5	38,7	15,2
Lazio	67,7 ↗	45,2 ↗	67,8 ↗	40,1 ↗	46,7	29,2 ↗	45,9	18,4	38,9	15,5
Italia meridionale	63,5	35,0 ↗	65,0	34,9 ↗	43,9	21,6 ↗	49,2	19,3 ↗	35,7	11,9
Abruzzo	65,3	39,2	66,4	39,5 ↗	47,1	26,2	45,9	18,5 ↗	35,4	12,4
Molise	66,5	34,1	67,2	33,1	47,1	23,8	48,3	16,3	33,9	10,7
Campania	60,7	30,5	62,6	30,4	41,7	18,9	46,7	16,0	33,9	10,3
Puglia	65,3	39,6	65,7	38,0	41,9	22,7	53,4	23,2 ↗	37,4	13,8
Basilicata	68,5	37,6 ↗	64,3	33,6	45,1	24,8 ↗	48,6	19,8 ↗	38,5	14,1 ↗
Calabria	64,8	35,4	69,4	39,7 ↗	51,2 ↗	22,7 ↗	50,8	21,5 ↗	37,4	12,2
Italia insulare	58,8	30,8	64,4	34,6	41,6	21,9	43,0	17,6	31,7	10,2
Sicilia	57,1	30,1	63,4	34,3	41,8	22,4	44,3	18,6	31,6	10,0
Sardegna	63,6	33,1	67,4	35,3 ↗	41,1	20,5	39,2	14,7	32,0	10,9
Italia	66,4	42,6 ↗	64,9 ↗	36,9 ↗	46,7 ↗	28,3 ↗	43,2 ↗	17,8 ↗	38,2 ↗	15,4

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2017

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2017

VALORE MINIMO NAZIONALE

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 21 Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e genere (2018)

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
Italia nord-occidentale	78,9	58,0	15,9	7,3	43,3	22,5	13,0	4,1	25,5	10,5
Piemonte	79,6	58,6	15,8	7,1	42,1	21,8	12,8	4,6	25,9	11,0
Valle d'Aosta	83,6	65,9	19,4	9,0	56,2	26,9	19,8	8,7 ↗	33,0	16,7
Lombardia	78,2	57,2	15,5	7,5	44,2	22,9	13,3	3,7	25,3	10,1
Liguria	81,0	60,7	17,9	6,2 ↘	39,9	22,1	10,9	4,8	25,1	10,5
Italia nord-orientale	81,0	62,1	16,3	8,6 ↗	51,5 ↗	30,3 ↗	14,5	4,6	28,1	11,9
PA Bolzano	79,0	69,0	13,1	6,1	63,1	46,1	25,8	11,4	34,3	14,8 ↗
PA Trento	79,4	56,4	14,1	5,1	59,4	30,7	21,6	4,7	32,3	9,0
Veneto	81,8	59,6	16,3	8,1	53,1	28,0	15,2	4,0	29,2	11,1
Friuli-Venezia Giulia	79,9	64,1	17,4	8,0	59,0	34,6	15,0	5,1	27,5	11,7
Emilia Romagna	80,8	64,1	16,6	10,1	45,5 ↗	29,7 ↗	11,5	4,2	25,8	12,8
Italia centrale	80,8 ↗	58,0 ↗	14,5	6,0	37,3	21,3	10,5	4,0	23,0	9,4
Toscana	80,3	60,1	18,7	7,8	38,3	22,9	10,0	4,2	26,5	11,5
Umbria	79,7	55,5	15,0	8,3	39,0	23,4	12,8	3,9	24,2	11,6
Marche	79,8	59,1	15,5	6,3	40,2	21,9	12,1	4,1	25,2	9,7
Lazio	81,6 ↗	56,6 ↗	11,4	4,5	35,6	19,9	10,0	3,9	20,0	7,6
Italia meridionale	77,1	48,7	12,8	4,3	33,2	12,4	10,0	2,4	20,5	6,3
Abruzzo	77,1	52,8	12,7	6,2	41,3	17,3	13,2	2,9	22,5	8,5
Molise	78,8	48,7	20,0	5,9	47,4	18,5 ↗	13,5 ↘	2,3	29,3	7,7
Campania	74,8	43,7	11,1	3,9	28,1	9,8 ↘	8,3	1,8	17,4	5,3
Puglia	79,4	53,6	13,0	4,2 ↘	32,6	13,2	10,4	2,9	21,6	6,7
Basilicata	78,5	50,5 ↗	16,4	6,1	40,5	17,5 ↗	12,9	3,3	25,0	8,4
Calabria	78,6	50,4 ↗	15,6	3,9	39,5	12,5	10,9	2,5 ↗	23,3	6,1 ↗
Italia insulare	75,9	47,2	9,4	2,8	35,7	13,7	9,9	2,3	17,4	4,8
Sicilia	74,9	46,7	7,4 ↘	2,5	31,8	12,2	7,9	2,1	13,8	4,3
Sardegna	78,7	48,7	15,3	3,6	47,5	18,5	15,9	2,9	27,8	6,2
Italia	78,9 ↗	55,4 ↗	14,2	6,1	40,5	20,4 ↗	11,7	3,6	23,4	8,9

VALORE MINIMO NAZIONALE

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

Valle d'Aosta

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è stata dell'83,6% tra gli uomini e del 65,9% tra le donne, e 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 diminuite del 35,1%. Per quanto riguarda il vino e gli aperitivi alcolici il consumo nel 2018 è stato superiore alla media nazionale per entrambi i sessi, così come la birra per le donne e i super alcolici per gli uomini. Invece il consumo di amari risulta inferiore alla media nazionale per entrambi i sessi. L'analisi dei diversi comportamenti a rischio mostra, per entrambe i generi, valori superiori alla media nazionale ma stabili rispetto al 2017, a eccezione delle donne che praticano *binge drinking* che sono aumentate del 116,8% (Tabella 20-21).

Lombardia

Nel 2018 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 57,2% tra le donne e il 78,2% tra gli uomini, in linea con la media nazionale e stabili rispetto al 2017. I consumatori delle diverse tipologie di bevande sono tutti in linea con la media nazionale tranne le donne che bevono vino e aperitivi alcolici e i consumatori di super alcolici di entrambi i sessi che sono superiori alla media. Inoltre, le donne che hanno bevuto birra e i maschi che hanno bevuto super alcolici sono aumentati del 12,8% e del 9,1% rispettivamente nel 2018 rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda ai comportamenti a rischio, questi risultano stabili rispetto al 2017 e in linea con la media nazionale, tranne i consumatori fuori pasto di entrambi i sessi e gli abituali eccedentari femmine che sono sopra la media (Tabella 20-21).

Liguria

L'81% degli uomini e il 60,7% delle donne hanno consumato bevande alcoliche nel 2018, le donne superano la media nazionale. Per entrambi i sessi i consumatori di vino sono superiori alla media nazionale, mentre per le altre bevande le analisi rilevano consumi stabili e in linea con la media. Anche l'analisi dei comportamenti mostra per entrambi i sessi dei valori in linea con il resto d'Italia e stabili rispetto al 2017, tranne i consumatori abituali eccedentari: i maschi sono stabili ma superiori alla media, mentre le donne sono diminuite del 42,5% e sono in linea con la media nazionale (Tabella 20-21).

Italia nord-orientale

Nel 2018, le Regioni appartenenti alla ripartizione territoriale dell'Italia nord-orientale si mantengono, 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.

Nel 2018 la percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 81,0% tra gli uomini e al 62,1% tra le donne e per queste ultime, come già riscontrato lo scorso anno, il valore risulta essere in assoluto il più elevato di tutte le altre ripartizioni considerate.

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, anche la prevalenza dei consumatori di birra è comunque superiore alla media nazionale mentre tra gli uomini la prevalenza di consumatori di amari è per il terzo anno consecutivo inferiore al dato medio nazionale. Rispetto all'anno 2017 si registra un aumento dei consumatori di aperitivi alcolici del 7,5% tra le donne e del 6,9% tra gli uomini e per questi ultimi l'incremento è significativo anche per i super alcolici (+8,0%).

I dati registrati nel 2018 relativi ai comportamenti a rischio sono superiori al dato medio nazionale per entrambe i generi e le prevalenze dei consumatori fuori pasto e dei consumatori a rischio ISS sono le più elevate di tutte le ripartizioni considerate, a cui si aggiungono quelle relative ai *binge drinkers* di sesso maschile e alle consumatrici abituali eccedentarie di sesso femminile. Rispetto alla precedente rilevazione si rileva un incremento dei consumatori fuori pasto pari al 5,1% tra gli uomini e al 9,4% tra le donne; per queste ultime si registra un incremento significativo anche delle consumatrici abituali eccedentarie che sono passate dal 6,5% all'8,6%. (Tabella 20-21).

Provincia Autonoma di Bolzano

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è stata pari al 79% tra gli uomini e 69% 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 vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici è superiore alla media nazionale e, per gli aperitivi alcolici (47,9%), è la più alta di tutte le regioni italiane considerate. Per gli uomini invece i valori sono in linea con la media nazionale per tutte le bevande, tranne per gli amari che sono al di sotto della media.

Le abitudini di consumo delle bevande alcoliche mostrano valori superiori alla media nazionale della prevalenza di consumatori di bevande alcoliche fuori pasto (per le donne il dato è il più alto d'Italia, il 46,1%), dei consumatori in modalità *binge drinking* e dei consumatori a rischio (criterio ISS) per entrambi i sessi. Le consumatrici a rischio sono aumentate rispetto al 2017 del 73,5% (Tabella 20-21).

Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è del 79,4% tra gli uomini e 56,4% tra le donne e per entrambi i generi non si registrano variazioni significative rispetto al 2017. Le prevalenze dei consumatori di birra maschi sono superiori alla media nazionale e in aumento del 8,5% rispetto al 2017. I consumatori di aperitivi alcolici sono superiori alla media per entrambi i sessi e quelli di super alcolici per le donne, invece i consumatori di amari sono sotto la media nazionale ma in aumento per quanto riguarda gli uomini.

L'analisi delle modalità di consumo delle bevande evidenzia che le prevalenze dei consumatori fuori pasto è superiore alla media italiana per entrambi i generi, oltre alla prevalenza dei consumatori *binge drinking* e a rischio ISS per i soli uomini (Tabella 20-21).

Veneto

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è stata del 81,8% tra gli uomini e del 59,6% tra le donne e per entrambi il valore è superiore a quello della media nazionale. La prevalenza di consumatori di vino e di aperitivi alcolici è superiore alla media italiana per entrambi i consumatori. Inoltre i consumatori di aperitivi alcolici di sesso maschile sono aumentati rispetto al 2017 del 10,8%. Si registra infine rispetto alla precedente rilevazione un aumento del 19,3% della prevalenza di consumatori di sesso maschile di amari.

Per entrambi i generi, nel 2018, i valori degli indicatori riguardanti i consumatori abituali eccedentari, fuori pasto e a rischio sono superiori alla media nazionale, oltre ai consumatori *binge drinker* per il solo sesso maschile (Tabella 20-21).

Friuli-Venezia Giulia

Nel 2018 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 79,9% tra gli uomini e del 64,1% tra le donne, e in quest'ultimo caso il valore è superiore alla media nazionale. Per entrambi i generi si registrano valori superiori al dato medio italiano della prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici, mentre vino, birra e super alcolici sono superiori alla media solo per le donne, in particolare le consumatrici di birra sono aumentate del 16,3% rispetto al 2017.

Nel 2018, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari, fuori pasto, a rischio (criterio ISS) e per i soli uomini anche le prevalenze dei consumatori *binge drinkers*, sono superiori alla media nazionale. Non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione nei valori di prevalenza dei comportamenti a rischio considerati. (Tabella 20-21).

Emilia Romagna

I consumatori di tutte le bevande alcoliche nel 2018 sono stati l'80,8% degli uomini e il 64,1% delle donne, queste ultime superiori alla media italiana. La prevalenza dei consumatori di vino e di super alcolici per entrambi i generi è superiore al dato medio nazionale così come la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici, che sono aumentate del 17,7% rispetto al 2017. Anche i consumatori di super alcolici di sesso maschile sono aumentati rispetto alla precedente rilevazione, del 15,7%.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia, per entrambi i generi, valori superiori alla media nazionale dei consumatori abituali eccedentari e fuori pasto e, per il solo genere femminile, delle consumatrici a rischio. Si registra, rispetto al 2017, un aumento del valore di prevalenza dei consumatori fuori pasto per entrambi i generi, del 4,3% per i maschi e del 16,9% per le femmine (Tabella 20-21).

Italia centrale

Nel 2018 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche registrata nel centro Italia è stata pari al 80,8% tra gli uomini e al 58,0% tra le donne e per entrambi i generi i valori sono aumentati rispetto alla precedente (M=+3,9%; F=+6,0%) risultando quindi superiori al valore medio nazionale. Le prevalenze dei consumatori di vino sono per entrambi i generi superiori al dato medio italiano e rispetto al 2017 sono aumentati del 5,2% tra gli uomini e del 9,6% tra le donne; un incremento rispetto alla precedente rilevazione si registra anche per la prevalenza dei consumatori di birra (M=+4,8%; F=+17,9%) e per le sole donne anche delle consumatrici di aperitivi alcolici che sono passate da 26,8% a 29,9%. L'analisi dei comportamenti a rischio mostra tuttavia, come lo scorso anno, per gli uomini 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 20-21).

Toscana

Nel 2018 hanno consumato almeno una bevanda alcolica l'80,3% degli uomini e il 60,1% delle donne e per queste ultime, anche quest'anno, il valore risulta 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; per le sole donne, sono superiori alla media italiana anche le prevalenze di consumatrici di aperitivi alcolici e birra e per quest'ultima bevanda il valore è aumentato rispetto al 2017 del 27,5%.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che in Toscana le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio per il criterio ISS sono superiori alla media italiana per entrambi i generi oltre alla prevalenza delle consumatrici fuori pasto per il solo genere femminile (Tabella 20-21).

Umbria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è pari a 79,7% tra gli uomini e a 55,5% tra le donne e non si registrano variazioni rispetto alla precedente rilevazione. Tra gli soli uomini la prevalenza dei consumatori di vino è superiore al valore medio nazionale mentre risulta inferiore alla media la prevalenza dei consumatori di birra; tra le donne invece si osserva un valore inferiore al dato nazionale delle consumatrici di amari.

Tutti gli indicatori che si riferiscono alle abitudini di consumo a rischio sono in linea con il dato medio nazionale per gli uomini mentre, per le donne, i valori risultano superiori alla media italiana relativamente al consumo abituale eccedentario, al consumo fuori pasto e al consumo a rischio ISS (Tabella 20-21).

Marche

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è pari al 79,8% tra gli uomini e al 59,1% tra le donne e, per queste ultime, il valore è superiore alla media nazionale. I valori di prevalenza dei consumatori e delle consumatrici di tutte le bevande considerate sono in linea con la media nazionale ad eccezione della prevalenza dei consumatori di vino che risultano invece superiori alla media italiana per entrambi i generi. Per tutte le bevande non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

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 (Tabella 20-21).

Lazio

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata nel 2018 pari al 56,6% tra le donne e all'81,6% tra gli uomini e per questi ultimi si osserva un valore superiore a quello medio nazionale; per entrambi i generi si registra un incremento significativo della prevalenza rispetto al 2017 del 7,7% tra gli uomini e del 9,6% tra le donne. La prevalenza dei consumatori di birra è superiore alla media nazionale per entrambi i generi e rispetto alla precedente rilevazione si osserva un incremento dei consumatori di vino (M=+8,6%; F=+18,4%), di birra (M=+10,4%; F=+15,8%) e, per le sole donne, di aperitivi alcolici (+16,0%).

La prevalenza dei consumatori abituali eccedentari per entrambi i generi e, dei consumatori fuori pasto e a rischio ISS per gli uomini rimangono tuttavia inferiori alla media nazionale (Tabella 20-21).

Italia meridionale

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nell'Italia meridionale è stata nel 2018 inferiore al dato medio nazionale per entrambi i generi e pari al 77,1% tra gli uomini al 48,7% le donne. 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; risultano invece inferiori alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di sesso maschile di amari e per gli uomini il valore risulta essere il più alto delle ripartizioni territoriali analizzate (49,2%). Si registra tuttavia un aumento significativo della prevalenza delle consumatrici donne di tutte le bevande alcoliche considerate ad eccezione dei super alcolici.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, i valori di tutti gli indicatori considerati si continuano a mantenere inferiori al dato medio nazionale e rispetto alla rilevazione del 2017 non si registrano incrementi statisticamente significativi (Tabella 20-21).

Abruzzo

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è stata del 77,1% per gli uomini e 52,8% per le donne. Per gli uomini, risultano inferiore al dato medio nazionale la prevalenza dei consumatori di vino mentre per le donne si osserva un incremento delle consumatrici di birra (+17,7%) e amari (+40,1%). Le consumatrici di super alcolici risultano invece inferiori alla media nazionale.

Per entrambi i generi tutti gli indicatori che si riferiscono ai comportamenti a rischio non mostrano differenze statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione e sono in linea con il dato medio nazionale, ad eccezione delle consumatrici fuori pasto per le quali il dato è inferiore alla media italiana (Tabella 20-21).

Molise

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è stata del 78,8% per gli uomini e 48,7% per le donne e come lo scorso anno per queste ultime il valore è inferiore alla media italiana. Analizzando le singole bevande si evince che le prevalenze dei consumatori di sesso maschile di amari si mantiene come nel 2017 superiore alla media nazionale mentre per le donne le prevalenze delle consumatrici di vino, birra e aperitivi alcolici risultano più basse. Per entrambi i sessi i consumatori di super alcolici sono inferiori alla media nazionale. Per nessuna bevanda considerata si rilevano variazioni rispetto al 2017.

Per gli uomini i valori di tutti gli indicatori che identificano i comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale ad eccezione del consumo in modalità *binge drinking* che risulta diminuito rispetto al 2017 da 20,7% a 13,5% nel 2018; tra le donne tutti gli indicatori sono in linea con il valore medio nazionale ma si registra un incremento delle consumatrici fuori pasto del 44,8% (Tabella 20-21).

Campania

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è inferiore alla media nazionale per gli uomini (74,8%) e per le donne (43,7%) corrisponde al valore più basso di tutte le realtà territoriali osservate. Per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici sono inferiori alla media nazionale; per gli uomini l'unica bevanda per la quale già da qualche anno si registra una prevalenza al di sopra della media nazionale è l'amaro (46,7%). Rispetto al 2016 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 dei consumatori fuori pasto di sesso maschile è la più bassa registrata in Italia e tra le donne si registra una diminuzione del valore del 25,7% che va quindi ad annullare l'incremento registrato lo scorso anno riportando l'indicatore ai valori del 2016 (Tabella 20-21).

Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è stata del 79,4% tra gli uomini e 53,6% tra le donne e i valori sono rimasti stabili rispetto al 2017. Per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori di amari è superiore alla media nazionale e per le donne si registra anche un incremento delle consumatrici di questa bevanda pari al 23,3%; si osservano infine valori inferiori alla media italiana delle consumatrici di vino e dei consumatori di aperitivi alcolici sia maschi che femmine.

Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori lontano dai pasti è inferiore alla media nazionale. Rispetto all'anno 2017 si registra per le sole donne una diminuzione delle consumatrici a rischio (-28,5%) e abituali eccedentarie (-35,7%), queste ultime risultano inoltre sotto la media nazionale (Tabella 20-21).

Basilicata

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è pari a 78,5% tra gli uomini e 50,5% tra le donne e in quest'ultimo caso il valore è aumentato rispetto al 2017 del 26,2%, annullando quindi la riduzione registrata tra il 2016 e il 2017. La prevalenza delle donne consumatrici di vino, di birra, e di aperitivi alcolici risulta inferiore alla media nazionale mentre tra gli uomini il valore relativo alla prevalenza dei consumatori di amari è più alto della media italiana. Rispetto alla rilevazione del 2017 si registra tra le donne un incremento delle consumatrici di vino (+35,5%), di aperitivi alcolici (+60,5%), di amari (+50,4%) e di super alcolici (+74,3%).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia valori pressoché simili a quelli medi nazionali per entrambi i generi ad eccezione delle consumatrici fuori pasto per le quali, sebbene si osserva un valore al di sotto della media nazionale, si registra un incremento del 35,1% (Tabella 20-21).

Calabria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è pari a 78,6% tra gli uomini e 50,4% tra le donne e in quest'ultimo caso il valore è aumentato rispetto al 2017 del 13,9%, pur rimanendo inferiore al valore medio italiano. Tra gli uomini, è superiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di birra, amari e aperitivi alcolici e per questi ultimi si registra un incremento del 14,4%. Tra le donne sono inferiori alla media le prevalenze delle consumatrici di super alcolici e aperitivi alcolici sebbene per quest'ultima bevanda si sia registrato come per gli uomini un incremento del 25,2% rispetto al 2017 si osserva inoltre un aumento delle consumatrici di birra del 19,5% e delle consumatrici di amari il cui valore è passato da 17,2% nel 2017 a 21,5% nel 2018, superando quindi il valore medio nazionale.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra per le donne valori al di sotto della media nazionale della prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie, fuori pasto e a rischio ISS ma rispetto al 2017 si osserva un incremento della prevalenza delle consumatrici *binge drinking* il cui valore è passato da 1,0% del 2017 a 2,5% del 2018 e della prevalenza delle consumatrici a rischio ISS (+75,9%) (Tabella 20-21).

Italia insulare

Nell'Italia insulare la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata nel 2018 pari al 75,9% tra gli uomini e al 47,2% tra le donne e per entrambi i generi il valore risulta essere inferiore a quello medio nazionale. Le prevalenze dei consumatori di vino (M=58,8%; F=30,8%) e quelle dei consumatori di super alcolici (M=31,7%; F=10,2%) sono le più basse rilevate tra tutte le ripartizioni territoriali considerate, si mantengono inoltre inferiori alla media italiana la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e delle sole consumatrici di birra.

L'analisi delle abitudini di consumo mostra che, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari (M=9,4%; F=2,8%) e dei consumatori a rischio (M=17,4%; F=4,8%) sono le più basse rilevate tra tutte le ripartizioni territoriali considerate; sono inoltre inferiori alla media nazionale i valori delle prevalenze dei consumatori fuori pasto e *binge drinking*. Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2017 e il 2018 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (Tabella 20-21).

Sicilia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2018 è stata pari al 74,9% tra gli uomini, 46,7% tra le donne e per entrambi i generi i valori sono sotto la media nazionale e non si registrano variazioni rispetto al 2017. I valori di prevalenza dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e di super alcolici sono inferiori alla media italiana per entrambi i generi, oltre a quelli delle sole consumatrici di birra. La prevalenza degli uomini consumatori di vino è pari al 57,1%, ed è la più bassa di tutte le regioni italiane considerate.

Tutti gli indicatori considerati per il monitoraggio dei comportamenti a rischio presentano valori inferiori alla media nazionale; per gli uomini le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio ISS sono le più basse rispetto ai valori rilevati nelle altre realtà territoriali e per i primi si osserva una riduzione del 30,4% (Tabella 20-21).

Sardegna

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 78,7% degli uomini e al 48,7% delle donne e per queste ultime il valore è più basso di quello registrato a livello medio nazionale. L'analisi delle diverse bevande consumate mostra che, per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici, amari e di super alcolici è inferiore al dato medio nazionale per entrambi i generi oltre a quella delle consumatrici di vino per le sole donne; per queste ultime si registra tuttavia un incremento rispetto alla precedente rilevazione del 31,1% della prevalenza delle consumatrici di birra.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che nel 2018 si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei *binge drinkers* e dei consumatori a rischio ISS per il solo genere maschile mentre sono inferiori alla media i valori di prevalenza di consumatrici abituali eccedentarie e a rischio ISS di sesso femminile (Tabella 20-21).

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 2018, disponibili nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute al mese di agosto 2019.

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 2018 si sono verificati complessivamente 40.083 accessi in Pronto Soccorso caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 70% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 30% ad accessi di femmine (cfr. TAB. 22).

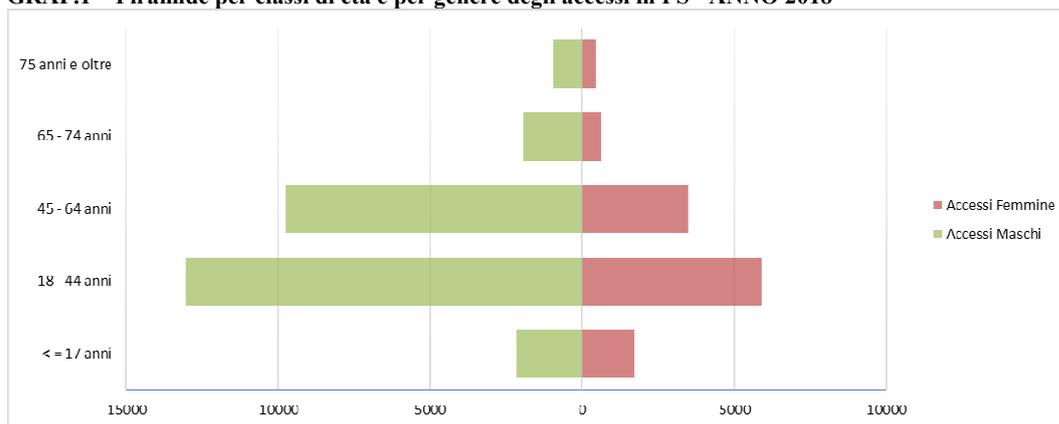
TAB.22 - Accessi in pronto soccorso per età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2018

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	Totale
Piemonte	197	1.456	1.377	230	126	3.386	153	669	532	114	63	1.531	4.917
Valle d'Aosta	5	16	23	15	6	65	4	6	4			14	79
Lombardia	429	2.445	1.681	315	162	5.032	348	1.062	577	101	58	2.146	7.178
P.A. Bolzano	81	350	282	87	40	840	61	148	113	23	15	360	1.200
P.A. Trento	13	29	73	8	4	127	11	23	12	1		47	174
Veneto	103	562	548	178	101	1.492	77	267	190	48	39	621	2.113
Friuli V.G.	71	414	405	118	81	1.089	50	187	172	51	39	499	1.588
Liguria	111	646	444	77	40	1.318	84	251	182	33	19	569	1.887
Emilia Romagna	177	1.346	806	146	76	2.551	154	591	387	47	35	1.214	3.765
Toscana	198	1.305	710	76	47	2.336	174	585	324	37	23	1.143	3.479
Umbria	35	109	83	28	12	267	14	67	50	16	18	165	432
Marche	55	368	232	45	25	725	69	232	108	25	30	464	1.189
Lazio	172	1.451	1.139	192	94	3.048	160	679	338	47	51	1.275	4.323
Abruzzo	33	161	168	40	19	421	24	78	45	11	11	169	590
Molise	6	54	61	12	9	142	11	24	17	2	7	61	203
Campania	130	712	467	81	24	1.414	65	333	129	15	10	552	1.966
Puglia	102	509	346	51	21	1.029	67	196	88	11	9	371	1.400
Basilicata	16	66	74	13	10	179	11	22	15	2	2	52	231
Calabria	32	141	110	42	15	340	18	46	16	4	1	85	425
Sicilia	141	649	378	81	24	1.273	100	298	122	18	20	558	1.831
Sardegna	74	270	349	111	29	833	60	125	65	13	17	280	1.113
ITALIA	2.181	13.059	9.756	1.946	965	27.907	1.715	5.889	3.486	619	467	12.176	40.083

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 2018) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

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

GRAF.1 – Piramide per classi di età e per genere degli accessi in PS - ANNO 2018



La TAB.23 che segue mostra la distribuzione percentuale degli accessi in Pronto Soccorso per cittadinanza. L'analisi è stata condotta sul 90% degli accessi.

TAB.23- Accessi in pronto soccorso per cittadinanza con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2018

Cittadinanza	Percentuale accessi
Italiana	76,84%
sconosciuta	5,93%
Romania	3,55%
Marocco	1,92%
Albania	0,99%
Polonia	0,98%

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 2018) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

A seguire la TAB.24 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, in Valle d'Aosta 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.24 – Tassi di accesso in Pronto Soccorso (x 100.000 residenti) specifici per classi di età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2018

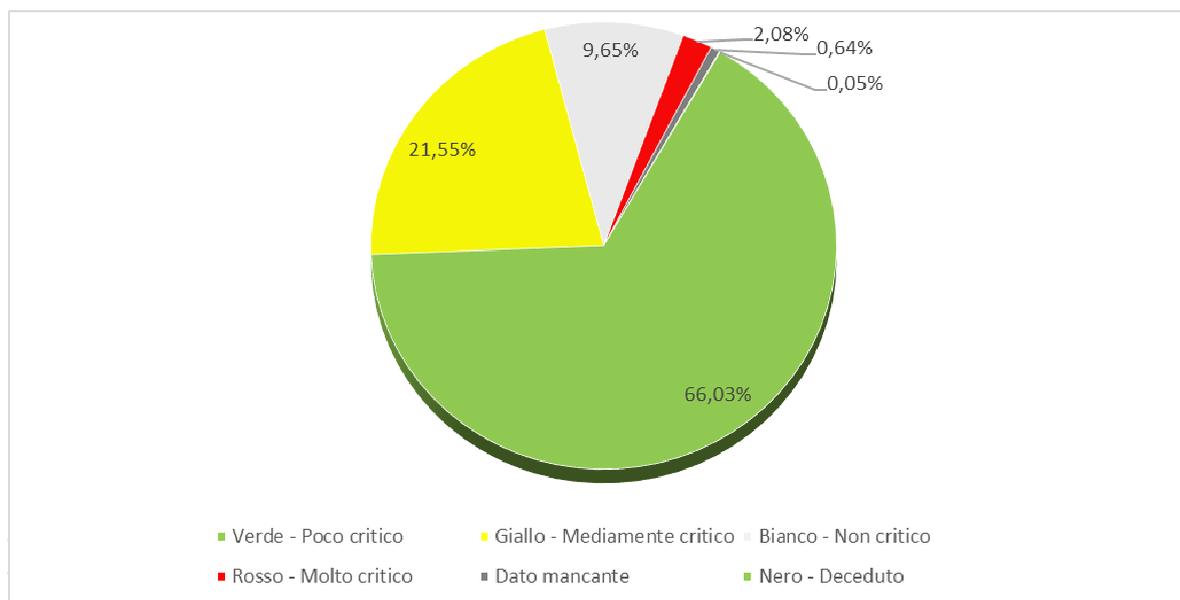
REGIONE	Maschi					Femmine				
	< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre
Piemonte	57,58	221,87	213,12	93,11	54,29	47,49	105,43	79,57	41,47	17,89
Valle d'Aosta	47,51	84,48	119,96	213,16	99,65	40,58	32,59	20,38		
Lombardia	49,96	152,30	113,70	61,47	35,78	43,04	68,84	38,60	17,54	8,21
P.A. Bolzano	155,76	398,01	371,22	373,10	185,19	125,01	173,89	149,99	88,23	47,44
P.A. Trento	26,54	33,88	92,51	28,54	17,26	23,92	27,57	15,05	3,38	0,00
Veneto	25,03	73,92	73,75	68,89	45,37	19,81	35,97	25,33	16,89	11,35
Friuli V.G.	76,82	230,58	221,32	165,98	127,09	57,31	109,02	92,26	63,86	38,74
Liguria	101,04	300,75	190,62	84,08	42,28	80,90	120,57	74,25	31,16	12,65
Emilia Romagna	48,52	195,70	123,86	63,06	33,35	44,97	88,06	57,37	17,94	10,30
Toscana	67,82	232,41	131,01	36,38	23,63	63,54	105,93	56,63	15,69	7,67
Umbria	50,52	80,80	66,62	57,22	25,08	21,29	50,35	37,36	29,25	25,09
Marche	44,90	154,79	105,45	54,71	30,81	59,94	100,34	47,02	27,57	24,71
Lazio	34,96	150,64	133,52	67,05	36,99	34,48	72,10	36,68	14,08	13,18
Abruzzo	31,94	76,19	88,26	56,58	29,01	24,76	38,24	22,56	14,17	11,46
Molise	26,46	104,27	135,47	70,37	57,40	52,47	50,66	37,02	11,11	29,16
Campania	23,93	69,09	58,53	29,87	12,12	12,65	32,97	15,07	4,97	3,29
Puglia	29,77	75,00	61,75	24,15	12,01	20,64	29,50	14,67	4,65	3,53
Basilicata	36,20	69,05	89,52	44,69	36,56	26,71	24,52	17,52	6,32	4,99
Calabria	19,40	41,68	40,64	42,09	17,49	11,60	14,12	5,57	3,74	0,82
Sicilia	31,93	75,48	55,10	32,37	11,56	23,95	35,57	16,56	6,37	6,51
Sardegna	62,08	100,50	137,40	119,18	38,62	53,91	49,60	24,89	12,76	15,21
ITALIA	43,20	134,23	111,69	61,99	34,76	36,05	62,34	38,21	17,60	11,09

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 2018) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Il **GRAF. 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.2 – Distribuzione degli accessi in PS per triage medico - ANNO 2018

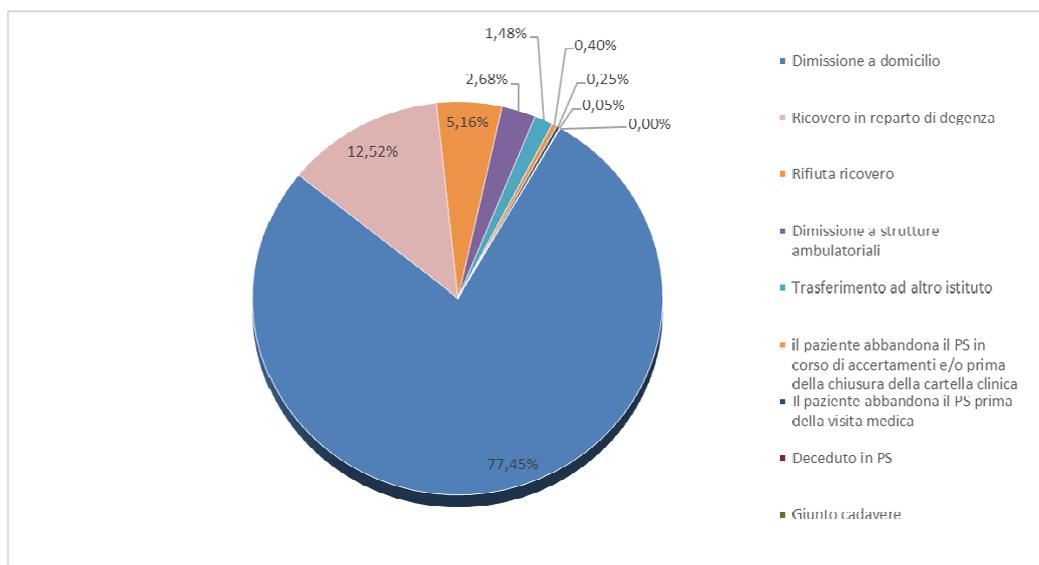
Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2018) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica



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

GRAF.3 – Distribuzione nazionale degli accessi in Pronto Soccorso per esito trattamento - ANNO 2018

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 2018) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica



li all'alcol

La TAB.25 che segue mostra le diagnosi principali più frequenti attribuite in Pronto Soccorso per il 90% circa degli accessi.

TAB.25 – Diagnosi principali più frequenti - ANNO 2018

Codigne Diagnosi principale	Descrizione diagnosi principale	Percentuale di accessi
305.00	ABUSO DI ALCOOL, NON SPECIFICATO	15,85%
305.02	ABUSO DI ALCOOL, EPISODICO	15,29%
980.0	EFFETTI TOSSICI DELL'ALCOOL ETILICO	12,83%
571.2	CIRROSI EPATICA ALCOLICA	8,94%
303.00	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, NON SPECIFICATA	8,92%
305.01	ABUSO DI ALCOOL, CONTINUO	7,83%
303.02	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, EPISODICA	6,18%
303.0	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL	3,34%
291.4	INTOSSICAZIONE ALCOLICA IDIOSINCRASICA	3,20%
303.01	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, CONTINUA	2,41%
291.81	SINDROME DA ASTINENZA DA ALCOOL	1,15%
980.9	EFFETTI TOSSICI DI ALCOOL NON SPECIFICATO	1,06%
571.0	STEATOSI EPATICA ALCOLICA	0,93%
535.30	GASTRITE ALCOLICA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA	0,85%
571.1	EPATITE ACUTA ALCOLICA	0,84%
291.9	DISTURBI PSICHICI NON SPECIFICATI INDOTTI DALL'ALCOOL	0,74%
303.03	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, IN REMISSIONE	0,70%
305.03	ABUSO DI ALCOOL, IN REMISSIONE	0,66%
303.90	DIPENDENZA DA ALCOOL, ALTRA E NON SPECIFICATA, NON SPECIFICATA	0,65%
291.0	DELIRIUM DA ASTINENZA DA ALCOOL	0,52%

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 2018) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che al 15,8% degli accessi in pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcool, non specificato, al 15,29% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcool, episodico, mentre al 12,8% una diagnosi di effetti tossici dell'alcool etilico.

La TAB.26 che segue mostra la distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per modalità di arrivo.
TAB.26 – Distribuzione degli accessi in pronto soccorso per modalità di arrivo - ANNO 2018

Modalità di arrivo in Pronto soccorso	Percentuale di accessi
Ambulanza 118	59,83%
Autonomo (arrivato con mezzi propri)	27,99%
Altra Ambulanza	5,69%
Non rilevato	4,60%
Altro (in caso ambulanze di Esercito, Vigili del Fuoco, Po)	1,27%
Elicottero 118	0,53%
Mezzo di soccorso 118 di altre regioni	0,05%
Altro Elicottero	0,04%

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 2018) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che il 59,8% degli accessi arriva in Pronto Soccorso con il 118, mentre il 28% 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 idiosincrastica
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
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
Gastrite alcoolica	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
535.30	Gastrite alcoolica senza menzione di emorragia
535.31	Gastrite alcoolica con emorragia
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 alcoolici specificati
980.9	Effetti tossici di alcool non specificato
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
Neuropatie infiammatorie e tossiche	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
357.5	Polineuropatia alcoolica
Cardiomiopatie	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
425.5	Cardiomiopatia alcoolica
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
Avvelenamento da altri e non specificati farmaci e medicinali	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol

Nel 2018 si rilevano complessivamente 55.032 dimissioni ospedaliere, caratterizzate dall'aver 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.27**) mostra la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (56,2% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriacatezza acuta in corso di alcolismo) e alcolismo cronico e dipsomania (22,4%). 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 (15,6%).

TAB.27 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) – ANNO 2018

Diagnosi alla dimissione	Codici ICD-9-CM	Maschi		Femmine		Totale	
		Numero	%	Numero	%	Numero	%
Disturbi mentali indotti da alcol	291	1.637	3,8	435	3,5	2.072	3,8
Sindrome da dipendenza da alcol	303	8.912	20,9	3.430	27,8	12.342	22,4
Abuso di alcol	305.0	5.915	13,9	2.660	21,6	8.575	15,6
Polineuropatia alcolica	357.5	377	0,9	98	0,8	475	0,9
Cardiomiopatia alcolica	425.5	186	0,4	19	0,2	205	0,4
Gastrite alcolica	535.30 535.31	106	0,2	34	0,3	140	0,3
Malattia epatica cronica e cirrosi	571.0-571.3	25.330	59,3	5.582	45,3	30.912	56,2
Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	977.3	3	0,0	-	0,0	3	0,0
Effetti tossici dell'alcol	980	234	0,5	74	0,6	308	0,6
Totale		42.700	100	12.332	100	55.032	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 delle dimissioni per genere evidenzia una netta prevalenza dei ricoveri di maschi (77,6%) rispetto alle femmine (22,4%).

Le patologie epatiche croniche sono state diagnosticate in termini percentuali più nei maschi che nelle femmine (59,3% vs 45,3%); mentre le sindromi da dipendenza da alcol e l'abuso di alcol presentano percentuali inferiori nei maschi rispetto alle femmine, rispettivamente (20,9% vs 28,9%) e (13,9% vs 21,6%).

Il tasso standardizzato di ricovero ospedaliero caratterizzato da diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, è di 84,2 ricoveri per 100.000 residenti (**Tab. 28**).

Considerando la modalità di ricovero, si distinguono i ricoveri in regime ordinario (94,5%), con complessivi 617.000 giorni di degenza, dai ricoveri diurni (5,5%), con 25.199 accessi giornalieri per accertamenti diagnostici e terapie.

TAB.28 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) per regime e regione di ricovero - ANNO 2018

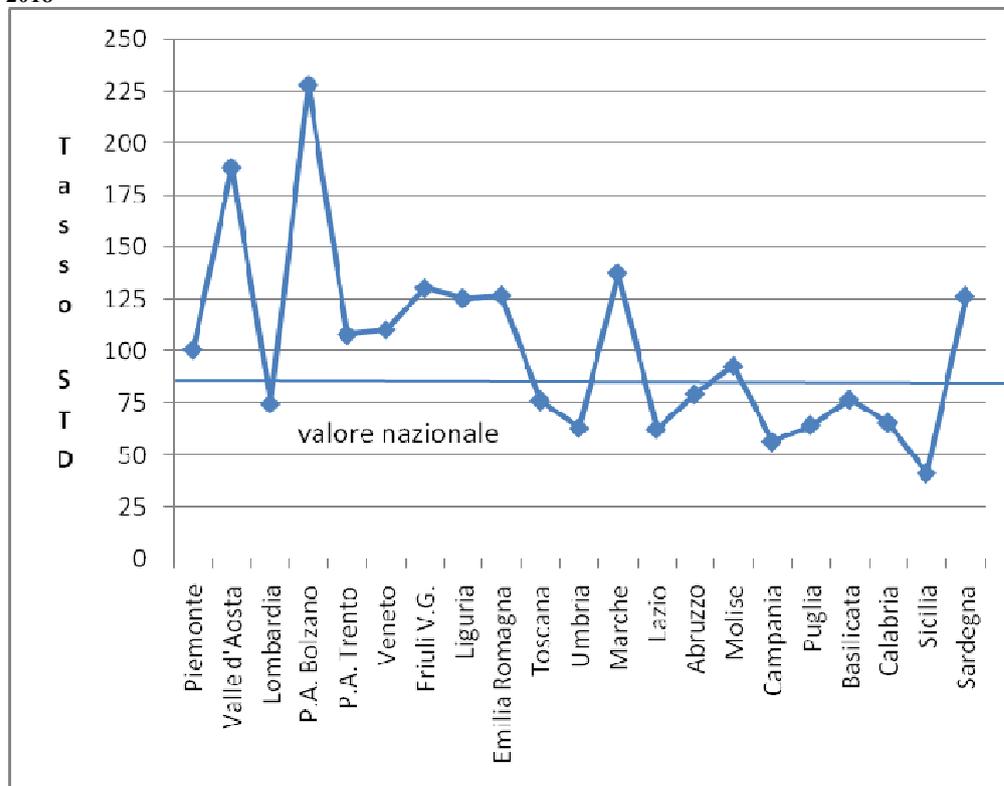
REGIONE	Dimissioni					
	Totale (ordinario + diurno)		Regime ordinario		Regime diurno	
	Numero	Tasso STD x 100.000 ab.	Numero	Degenza media	Numero	Numero medio accessi
Piemonte	4.902	100,8	4.519	16,9	383	4,9
Valle d'Aosta	271	188,2	227	10,4	44	7,6
Lombardia	7.998	74,7	7.884	12,7	114	4,2
P.A. Bolzano	1.209	227,9	1.190	9,5	19	4,9
P.A. Trento	638	108,0	616	11,2	22	7,4
Veneto	5.913	110,3	5.610	13,9	303	16,4
Friuli V.G.	1.887	130,3	1.703	11,0	184	7,7
Liguria	2.153	125,3	1.963	10,8	190	8,2
Emilia Romagna	6.026	126,8	5.884	11,3	142	11,5
Toscana	3.110	76,3	2.965	10,0	145	6,5
Umbria	608	63,1	596	9,0	12	3,7
Marche	2.173	137,6	2.148	16,0	25	4,3
Lazio	4.023	62,6	3.396	11,6	627	12,2
Abruzzo	1.150	79,4	1.079	9,4	71	7,9
Molise	322	92,9	309	10,3	13	3,1
Campania	3.437	56,6	3.197	9,1	240	4,9
Puglia	2.791	64,5	2.691	9,6	100	3,0
Basilicata	483	76,8	468	10,7	15	4,4
Calabria	1.369	65,7	1.205	9,7	164	5,0
Sicilia	2.180	41,4	2.069	10,1	111	4,0
Sardegna	2.389	126,3	2.279	9,2	110	5,2
ITALIA	55.032	84,2	51.998	11,9	3.034	8,3

(*) 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.28** riporta anche la distribuzione regionale della degenza media per i ricoveri in regime ordinario (a livello nazionale la degenza media è di 11,9 giorni) ed il numero medio di accessi per i ricoveri diurni (a livello nazionale 8,3 accessi per prestazioni ospedaliere).

Inoltre analizzando la modalità di ricovero, si rileva che il 72,1% dei ricoveri in regime ordinario avvengono per urgenza, valore comprensivo dei ricoveri con TSO (trattamento sanitario obbligatorio circa 1%), mentre il restante 27,9% sono ricoveri non urgenti programmati.

Il tasso standardizzato di ricovero (regime ordinario e diurno) per regione (**TAB.28**) è rappresentato graficamente nel seguente grafico (**GRAF.4**). Da questo si osserva che il tasso standardizzato presenta ampie oscillazioni attorno al valore medio nazionale (84,2 per 100.000 residenti).

GRAF.4 – Tasso di ricovero (*) standardizzato per regione e tasso di ricovero nazionale (x 100.000 ab.) - ANNO 2018

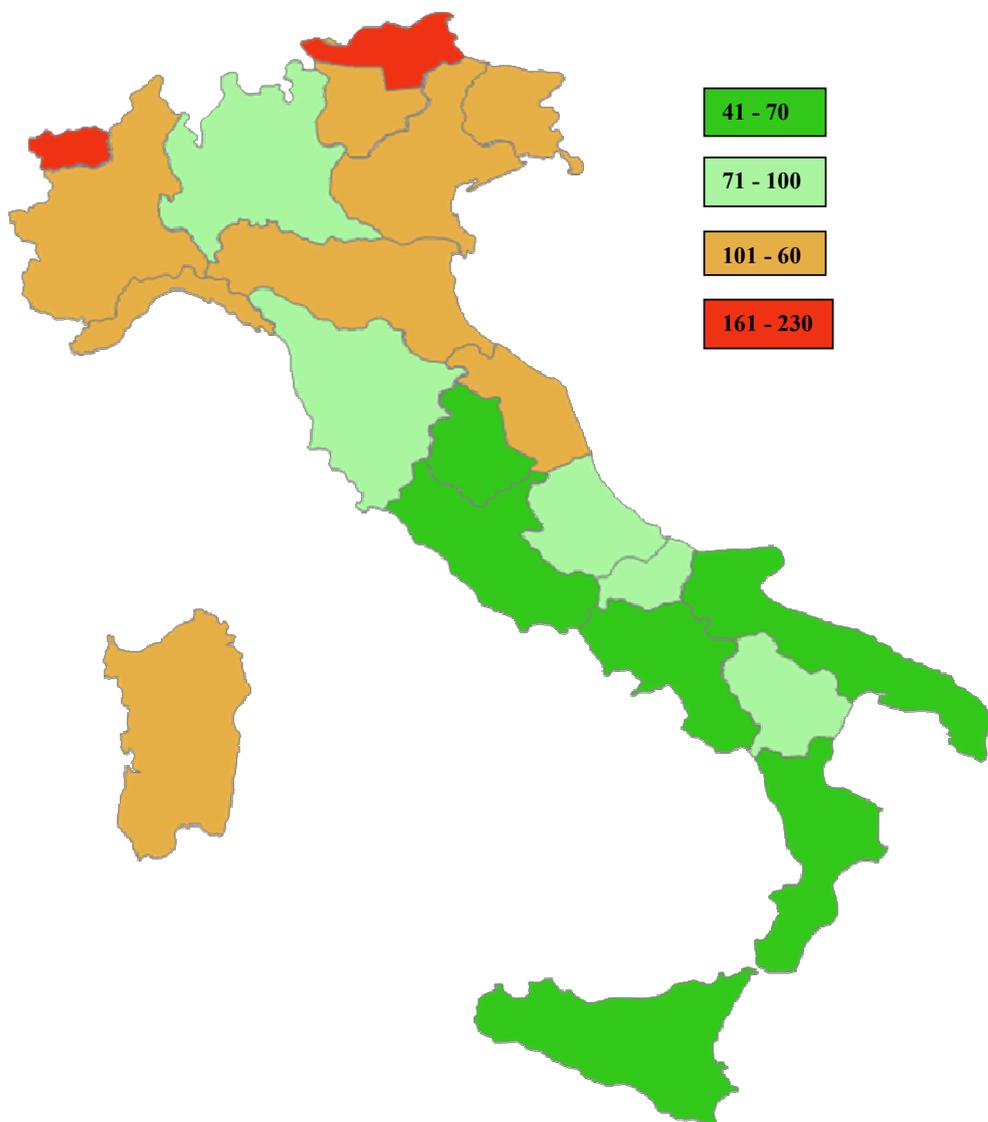
(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
 Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Le regioni che presentano tassi standardizzati di ricovero superiori a 180 per 100.000 residenti sono nell'ordine, oltre la Valle d'Aosta e P.A. di Bolzano.

La **Figura.10** 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.

FIGURA.10 - Dimissioni ospedaliere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol per regione di ricovero. Tassi standardizzati per 100.000 residenti - ANNO 2018



Delle 55.032 dimissioni ospedaliere con almeno una diagnosi attribuibile all'alcol, il 59% presenta tale diagnosi come principale motivo del ricovero, mentre per il restante 41% tale diagnosi è indicata come secondaria.

Si precisa a tal riguardo che la fonte informativa relativa alla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) rileva fino a cinque diagnosi secondarie.

Si ritiene pertanto opportuno evidenziare il raggruppamento diagnostico in cui si colloca la diagnosi principale, nei casi in cui la diagnosi attribuibile all'alcol è stata indicata come diagnosi secondaria.

La **TAB.29** 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 24% dei ricoveri), seguono le malattie dell'apparato digerente (16%), i tumori (11%) e le malattie del sistema circolatorio (10%).

TAB.29 - Distribuzione delle dimissioni per raggruppamenti diagnostici della diagnosi principale, in presenza di diagnosi secondaria totalmente attribuibile all'alcol (*) - ANNO 2018

RAGGRUPPAMENTI DIAGNOSTICI (DIAGNOSI PRINCIPALE)	2018			
	Maschi		Femmine	
	Numero	%	Numero	%
1 - Malattie infettive e parassitarie (001-139)	924	3,6	231	3,3
2 - Tumori (140-239)	3.127	12,3	371	5,3
3 - Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, disturbi immunitari (240-279)	583	2,3	165	2,4
4 - Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)	499	2,0	146	2,1
5 - Disturbi mentali (290-319)	5.071	20,0	2.594	37,0
6 - Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	1.058	4,2	256	3,7
7 - Malattie del sistema circolatorio (390-459)	2.672	10,5	483	6,9
8 - Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	2.251	8,9	428	6,1
9 - Malattie dell'apparato digerente (520-579)	4.266	16,8	955	13,6
10 - Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	544	2,1	119	1,7
11 - Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)	-	-	11	0,2
12 - Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)	138	0,5	33	0,5
13 - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	257	1,0	69	1,0
14 - Malformazioni congenite (740-759)	14	0,1	8	0,1
15 - Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)	2	0,0	-	-
16 - Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti (780-799)	1.387	5,5	293	4,2
17 - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)	1.716	6,8	565	8,1
Classificazione supplementare dei fattori che influenzano stato di salute e ricorso ai servizi san. (codici V)	851	3,4	278	4,0
Diagnosi principale non indicata	1	0,0	-	-
ITALIA	25.361	100	7.005	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)

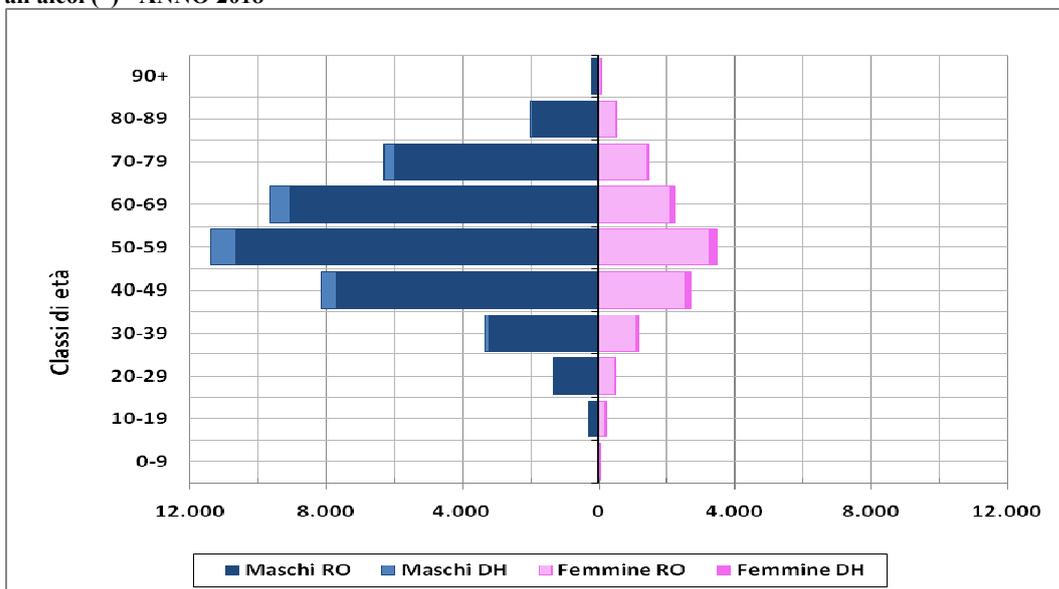
La distribuzione percentuale per genere riportata in tabella, rileva come la percentuale dei disturbi mentali e dei tumori varia notevolmente tra maschi e femmine (disturbi mentali 20% vs 37% e tumori 12,3% vs 5,3%).

La rappresentazione grafica a forma di piramide (**GRAF.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 che 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.5 – Piramide per classi di età decennali e per genere delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2018

(*) 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.30 - Distribuzione delle dimissioni, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*), per regione, genere e fasce d'età - ANNO 2018

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	5	673	1.954	613	359	3.604	7	250	731	186	124	1.298
Valle d'Aosta	-	19	105	56	37	217	-	10	35	6	3	54
Lombardia	43	1.334	2.879	1.106	767	6.129	31	498	902	274	164	1.869
P.A. Bolzano	2	198	402	188	122	912	7	64	155	44	27	297
P.A. Trento	2	46	195	151	109	503	1	15	77	18	24	135
Veneto	9	727	2.113	1.014	644	4.507	4	313	682	236	171	1.406
Friuli V.G.	-	131	576	426	326	1.459	1	43	156	142	86	428
Liguria	6	327	776	313	207	1.629	3	89	307	76	49	524
Emilia Romagna	4	984	2.284	726	401	4.399	10	461	888	163	105	1.627
Toscana	4	441	1.102	437	278	2.262	5	221	422	102	98	848
Umbria	2	86	224	92	57	461	1	38	72	25	11	147
Marche	2	485	789	220	107	1.603	1	189	297	58	25	570
Lazio	13	656	1.716	508	293	3.186	17	181	424	119	96	837
Abruzzo	8	156	474	188	114	940	3	44	101	33	29	210
Molise	-	30	141	63	33	267	-	12	17	14	12	55
Campania	15	487	1.558	462	345	2.867	11	104	323	77	55	570
Puglia	11	446	1.258	390	198	2.303	18	104	253	71	42	488
Basilicata	1	44	243	94	44	426	-	9	32	10	6	57
Calabria	14	174	600	231	136	1.155	4	50	103	29	28	214
Sicilia	11	391	957	292	148	1.799	8	99	197	50	27	381
Sardegna	25	271	1.082	465	229	2.072	22	69	131	42	53	317
ITALIA	177	8.106	21.428	8.035	4.954	42.700	154	2.863	6.305	1.775	1.235	12.332

(*) 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.30** 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, Veneto ed Emilia Romagna.

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 51,1% per le femmine.

La distribuzione dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera per sesso (**TAB.31**), 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 (valori massimi) ed in Sicilia (valori minimi).

TAB.31 - Tassi (STD) di dimissione (x 100.000 residenti) per regione e genere, con diagnosi attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2018

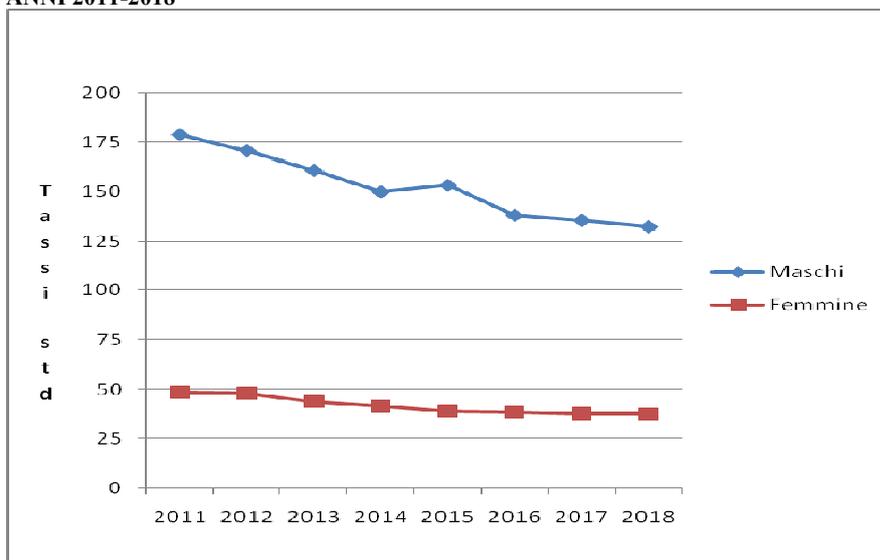
REGIONE	Maschi	Femmine
	Tasso STD x 100.000 ab.	Tasso STD x 100.000 ab.
Piemonte	150,2	52,5
Valle d'Aosta	295,3	76,9
Lombardia	114,4	35,3
P.A. Bolzano	343,5	110,6
P.A. Trento	168,4	44,5
Veneto	167,6	52,5
Friuli V.G.	200,3	59,5
Liguria	194,1	58,9
Emilia Romagna	187,3	67,8
Toscana	112,1	41,5
Umbria	97,1	30,2
Marche	206,9	70,6
Lazio	102,0	25,4
Abruzzo	130,4	28,9
Molise	151,9	32,9
Campania	96,4	18,3
Puglia	108,9	22,0
Basilicata	135,8	18,0
Calabria	111,5	20,1
Sicilia	70,0	14,1
Sardegna	217,9	34,8
ITALIA	132,0	37,4

(*) 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 2018 si osserva una progressiva riduzione dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera per entrambi i sessi, seppure con differente intensità (**GRAF. 6**).

GRAF.6 – Trend tassi (STD) di dimissione (x100.000 residenti) con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNI 2011-2018



(*) 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 132,0 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 37,4 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 2018, il 91% 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.32** presenta il numero delle riammissioni ospedaliere urgenti, rilevate nel corso del 2018, 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 Marche presentano rispettivamente le percentuali massime e minime di riammissioni urgenti, ovvero non programmate: 22% vs 6%.

TAB.32 - Distribuzione delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) e delle riammissioni non programmate entro 30 e 7 giorni dalla precedente dimissione - ANNO 2018

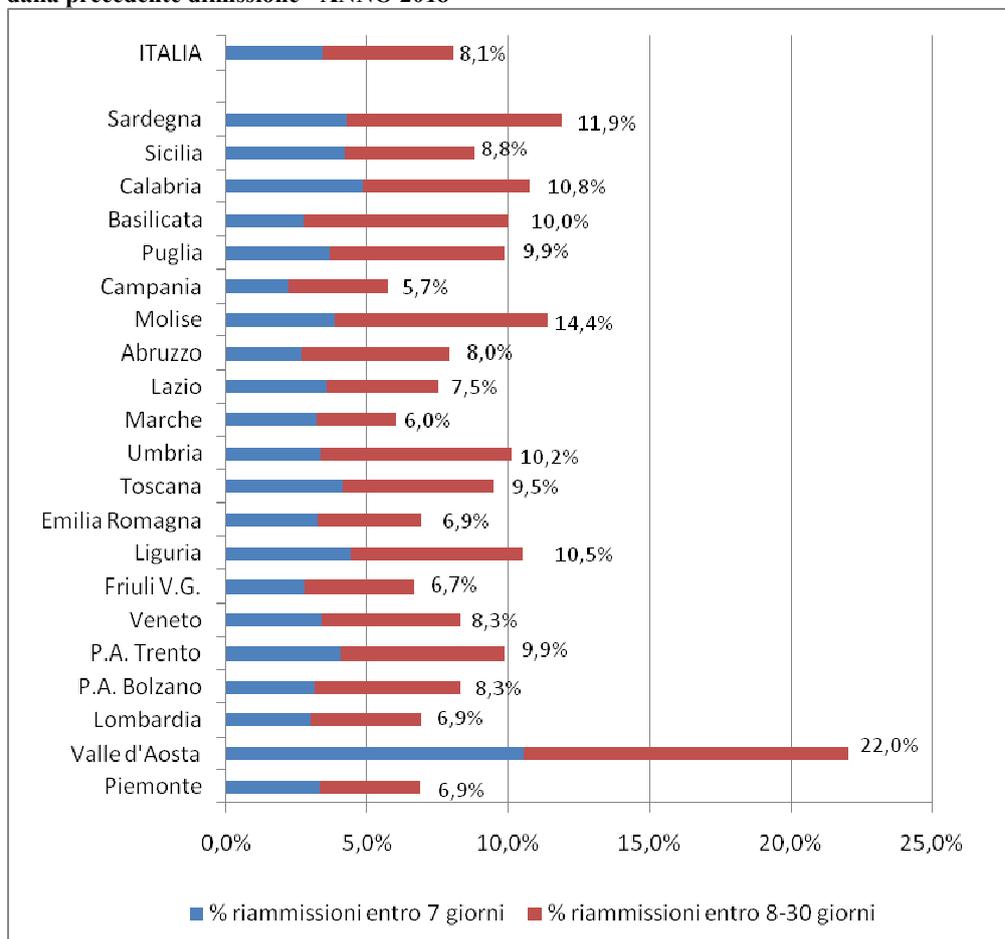
REGIONE	2018				
	Regime ordinario				
	Dimissioni con codici identificativi del paziente validi	Riammissioni entro 30 giorni	% riammissioni entro 30 giorni	Riammissioni entro 7 giorni	% riammissioni entro 7 giorni
Piemonte	4.452	307	6,9%	149	3,3%
Valle d'Aosta	227	50	22,0%	24	10,6%
Lombardia	7.655	532	6,9%	234	3,1%
P.A. Bolzano	1.141	95	8,3%	36	3,2%
P.A. Trento	607	60	9,9%	25	4,1%
Veneto	3.823	319	8,3%	131	3,4%
Friuli V.G.	1.703	114	6,7%	48	2,8%
Liguria	1.196	126	10,5%	53	4,4%
Emilia Romagna	4.891	339	6,9%	161	3,3%
Toscana	2.890	275	9,5%	121	4,2%
Umbria	502	51	10,2%	17	3,4%
Marche	2.018	122	6,0%	66	3,3%
Lazio	3.300	248	7,5%	118	3,6%
Abruzzo	1.067	85	8,0%	29	2,7%
Molise	307	35	11,4%	12	3,9%
Campania	2.681	154	5,7%	60	2,2%
Puglia	2.648	262	9,9%	99	3,7%
Basilicata	468	47	10,0%	13	2,8%
Calabria	1.197	129	10,8%	58	4,8%
Sicilia	2.038	180	8,8%	86	4,2%
Sardegna	2.263	270	11,9%	98	4,3%
ITALIA	47.074	3.800	8,1%	1.638	3,5%

(*) 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)

Le riammissioni urgenti entro 7 giorni presentano ovviamente percentuali più contenute, con un valore nazionale di 3,5% riammissioni. Anche in questo caso la regione Valle d'Aosta presenta il valore percentuale massimo di riammissioni urgenti (10,6%) mentre nelle altre regioni le percentuali variano da 4,8% della regione Calabria al valore minimo della regione Campania di 2,2% riammissioni.

Il **Graf.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.7 – Riammissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) non programmate, entro 7 e 30 giorni dalla precedente dimissione - ANNO 2018

(*) 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

La stima puntuale del numero di alcoldipendenti 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 alcoldipendenti 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

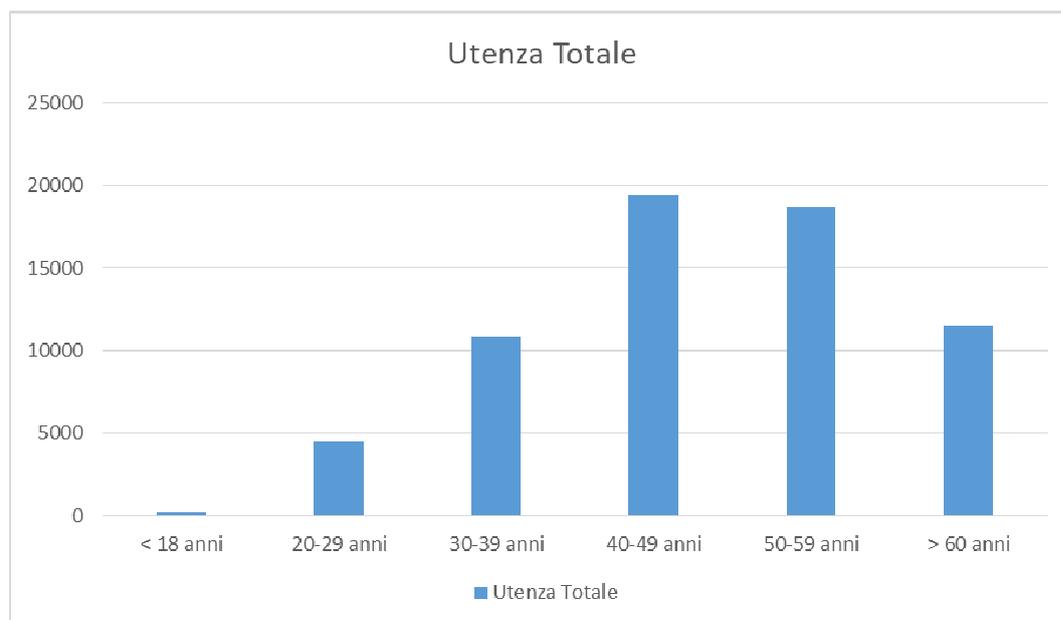
Nel 2018 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati (n=408) 65.520 soggetti.

I nuovi utenti sono stati 17.887 (13.754 maschi e 4133 femmine), gli utenti già in carico sono stati 47.633 (36.440 maschi e 11193 femmine).

L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni con 19.390 utenti sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti.

Le classi di età presentano: 230 utenti totali di età < 19 anni; 4.485 utenti totali di età compresa tra i 20-29 anni; 10.770 utenti totali di età compresa tra 30-39 anni; 19.389 utenti totali di età compresa tra 40-49 anni; 18.716 utenti totali di età compresa tra 50-59 anni; 11.541 utenti totali di età >60 anni.

Si rappresenta che seguirà alla presente Relazione al Parlamento, un report più dettagliato dei dati rilevati dai servizi alcolologici pubblici, al quale si rimanda per acquisire una panoramica più completa del fenomeno correlato all'alcoldipendenza.



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 “*Miopatia 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 2016 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.290, di cui 1.032 (80,0%) uomini e 258 donne (20,0%) (**Tabella 33**); queste proporzioni corrispondono a circa 41 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e circa 9 decessi per milione tra le donne.

Tabella 33. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2016

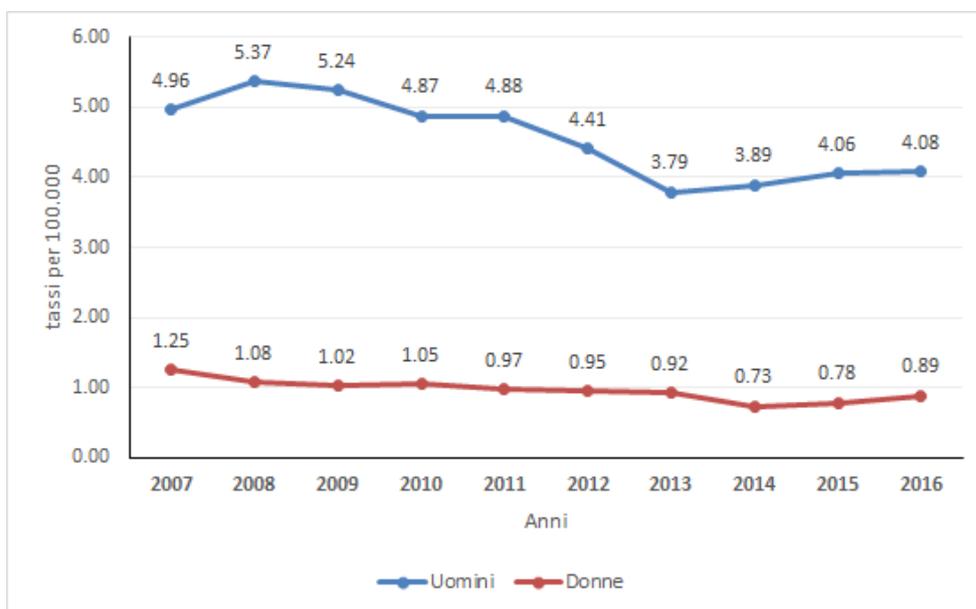
Codici	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
F10	Sindromi psicotiche indotte da alcol	201	19,5	42	16,3	243	18,8
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	27	2,6	5	1,9	32	2,5
G62.1	Polineuropatia alcolica	6	0,6	2	0,8	8	0,6
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	18	1,7	3	1,2	21	1,6
K29.2	Gastrite alcolica	5	0,5	0	0,0	5	0,4
K70	Epatopatie alcoliche	759	73,5	203	78,7	962	74,6
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	4	0,4	0	0,0	4	0,3
T51	Effetti tossici dell'alcol	12	1,2	3	1,2	15	1,2
Totale decessi		1.032	100,0	258	100,0	1.290	100,0

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”.

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche (M=759; F=203) e sindromi psicotiche indotte da alcol (M=201; F=42) che, nel complesso, causano il 93,0% dei decessi alcol-attribuibili tra gli uomini e il 95,0% tra le donne.

Nel 2016, 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 4,08 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,89 per le donne; con un lieve incremento rispetto all'anno precedente sia per il genere maschile che per il genere femminile (**Figura 11**).

Figura 11 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. ssi standardizzati per 100.000. Uomini e donne. Italia, anni 2007- 2016



La mortalità alcol-attribuibile è più elevata nella popolazione di età più avanzata sia per gli uomini che per le donne; infatti, tra la popolazione di 55 anni e più il tasso di mortalità standardizzato assume il valore di 7,92 per 100.000 abitanti e di 1,50 per 100.000 rispettivamente per i due generi (**Tabella 34**).

Tabella 34 Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati. Italia, anno 2016.

età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34 anni	14	0,23	2	0,03	16	0,13
35-54 anni	255	2,64	84	0,85	339	1,74
55+ anni	765	7,92	172	1,50	934	4,41
15+ anni	1.032	4,08	258	0,89	1.290	2,37

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 del trend mostra che dal 2007 al 2016, 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 (comunque più basso di quello registrato nel 2007: 4,96 per 100.000). Per le donne si osserva una diminuzione del tasso fino al 2014: da 1,25 nel 2007 a 0,73 nel 2014; negli ultimi due anni di disponibilità del dato si osserva un incremento del tasso di mortalità anche per le donne che raggiunge il valore di 0,89 per 100.000 abitanti nel 2016 (**Figura 11**).

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 (**Figura 12**).

Tra le donne la mortalità alcol attribuibile è estremamente bassa tra le giovani (15-34 anni) 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-attribuibile 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; negli anni più recenti, anche tra le donne, si osserva un nuovo aumento del tasso che raggiunge un valore di 0,85 per 100.000 tra le 35-54enni e di 1,50 per 100.000 tra le ultra55enni (**Figura 13**).

Figura 12 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Uomini. Italia, anni 2007- 2015

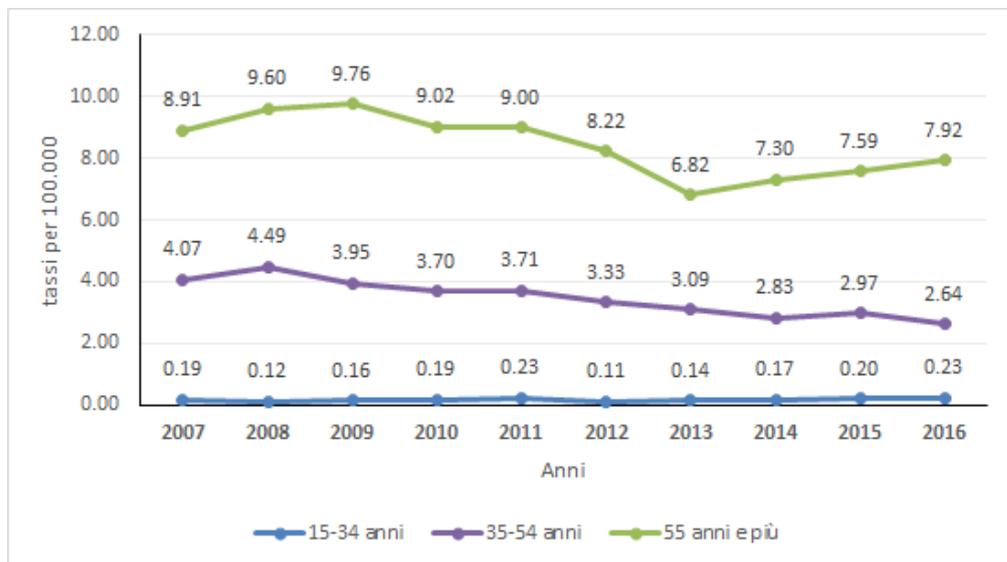
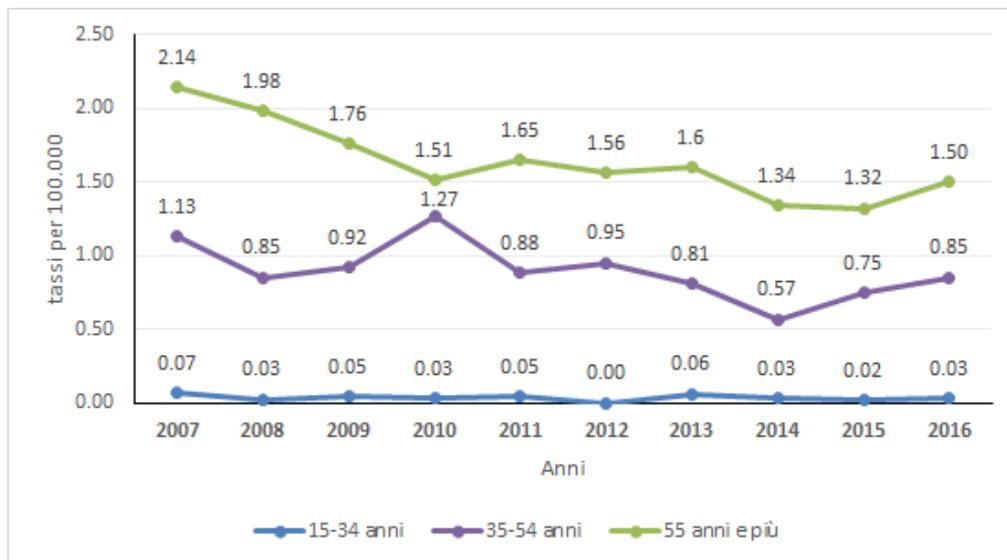


Figura 13 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Donne. Italia, anni 2007- 2015



Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza

L'analisi della mortalità alcol attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità territoriale piuttosto elevata. Le regioni che nel 2016 hanno fatto registrare complessivamente i livelli statisticamente più elevati di mortalità (tassi standardizzati) sono state la Valle D'Aosta (7,66 per 100.000 abitanti), la Provincia Autonoma di Bolzano (5,75), il Friuli Venezia Giulia (3,92), il Molise (3,35). In queste regioni si registrano tassi di mortalità alcol correlata superiori alla media nazionale sia per gli uomini che per le donne (**tabella 35, figura 14**). Tra le donne tassi superiori alla media nazionale si registrano anche nella Provincia Autonoma di Trento (2,18 per 100.000) e in Liguria (1,68).

Le regioni con i livelli più bassi di mortalità alcol-correlata sono la Sicilia (1,51 per 100.000), la Toscana (1,74), l'Umbria (1,81), l'Emilia Romagna (1,86). Tra gli uomini anche la Provincia Autonoma di Trento si colloca nel gruppo di regioni con i valori del tasso di mortalità alcol correlata tra i più bassi di Italia (2,97). Tra le donne le regioni con la mortalità alcol correlata più bassa sono l'Abruzzo (0,31 per 100.000), la Basilicata (0,35) e la Sardegna (0,48). (**tabella 35, figura 14**)

Figura 14 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Tassi standardizzati per 100.000 abitanti (numero di decessi). Popolazione di 15 anni e più, per genere. Quintili di aree. Italia, anno 2016.

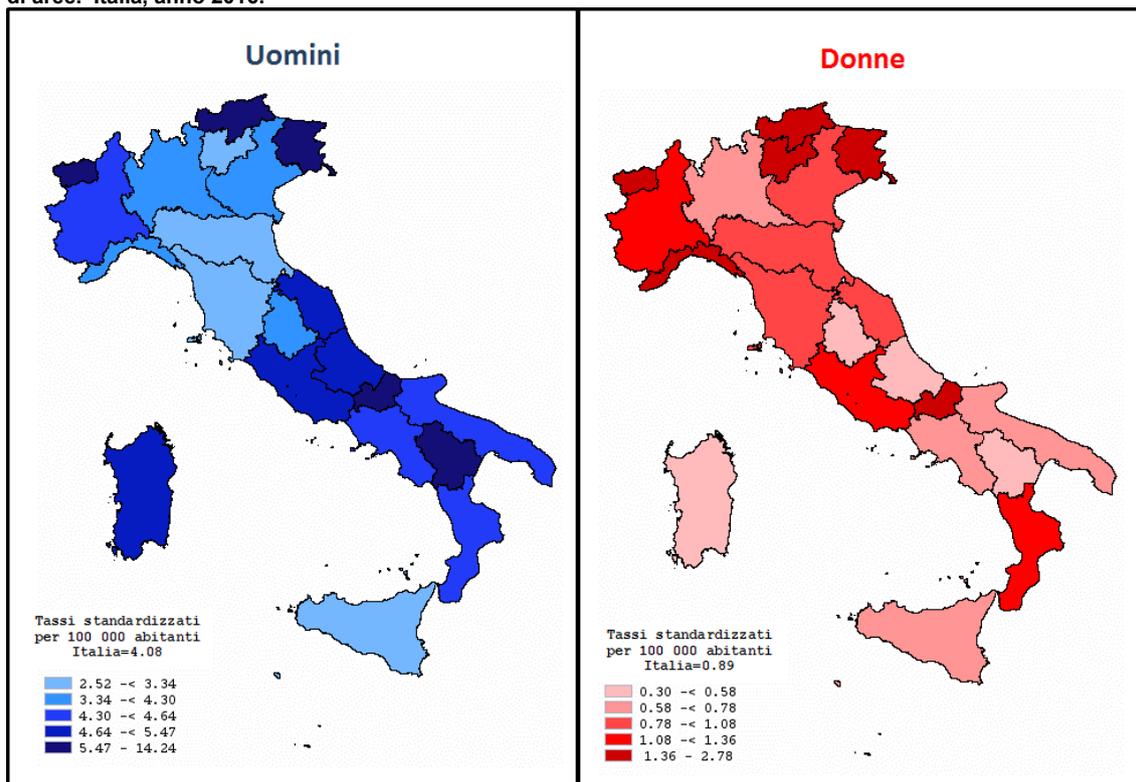


Tabella 35 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Numero di decessi, tassi standardizzati per 100.000 abitanti e relativi Intervalli di Confidenza al 95%. Popolazione di 15 anni e più. Italia, anno 2016.

	Uomini			Donne			Totale		
	n.	Tasso std	IC95%	n.	Tasso std	IC95%	n.	Tasso std	IC95%
Abruzzo	27	4,75	3,13-7,20	2	0,31	<i>n.c.</i>	29	2,35	1,68-3,24
Basilicata	14	5,85	3,19-10,61	1	0,35	<i>n.c.</i>	15	2,92	1,79-4,61
Bolzano	18	8,84	5,21-15,97	6	2,79	1,02-6,21	24	5,75	3,96-8,18
Calabria	36	4,38	3,06-6,30	11	1,25	0,62-2,29	47	2,73	2,11-3,50
Campania	95	4,3	3,47-5,43	18	0,71	0,42-1,13	113	2,37	2,01-2,79
Emilia-Romagna	57	2,96	2,24-3,90	20	0,93	0,57-1,47	77	1,86	1,53-2,26
Friuli-Venezia Giulia	39	7,28	5,13-10,34	9	1,36	0,62-2,77	48	3,92	3,03-5,04
Lazio	117	4,87	4,02-5,92	30	1,08	0,73-1,56	147	2,82	2,44-3,24
Liguria	27	3,64	2,39-5,49	14	1,68	0,91-2,97	41	2,57	1,94-3,40
Lombardia	163	3,93	3,35-4,66	31	0,65	0,44-0,93	194	2,17	1,92-2,45
Marche	31	4,64	3,15-6,80	6	0,78	0,28-1,81	37	2,57	1,91-3,41
Molise	8	5,48	2,36-11,70	2	1,36	<i>n.c.</i>	10	3,35	1,81-5,88
Piemonte	85	4,38	3,50-5,55	28	1,28	0,85-1,88	113	2,73	2,32-3,20
Puglia	75	4,56	3,58-5,85	11	0,59	0,29-1,07	86	2,45	2,03-2,94
Sardegna	36	4,96	3,46-7,17	4	0,48	0,13-1,33	40	2,56	1,93-3,36
Sicilia	51	2,52	1,87-3,43	14	0,61	0,33-1,05	65	1,51	1,22-1,87
Toscana	46	2,71	1,98-3,70	16	0,86	0,49-1,43	62	1,74	1,39-2,16
Trento	7	2,97	1,19-7,45	6	2,18	0,77-5,14	13	2,64	1,55-4,30
Umbria	13	3,34	1,77-6,11	3	0,56	0,11-1,94	16	1,81	1,13-2,82
Valle d'Aosta	8	14,25	6,10-35,18	1	1,88	<i>n.c.</i>	9	7,66	3,99-13,87
Veneto	79	3,9	3,08-5,00	25	1,06	0,69-1,60	104	2,34	1,97-2,76
Italia	1,032	4,08	3,83-4,35	258	0,89	0,79-1,01	1,290	2,37	2,26-2,48

1.2.5 GLI INCIDENTI STRADALI E LE VIOLAZIONI DEL CODICE DELLA STRADA

Gli incidenti stradali in Italia nel 2018: l'analisi temporale, le circostanze di incidente e le violazioni al codice della strada

Nel 2018 gli incidenti stradali con lesioni a persone in Italia sono stati 172.553, le vittime 3.334 e i feriti 242.919. 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 666.

Rispetto al 2017 il numero di vittime diminuisce dell'1,3%, così come diminuiscono gli incidenti dell'1,4% e i feriti dell'1,6%. Tra il 2010 e il 2018 le vittime della strada diminuiscono del 19,0%.

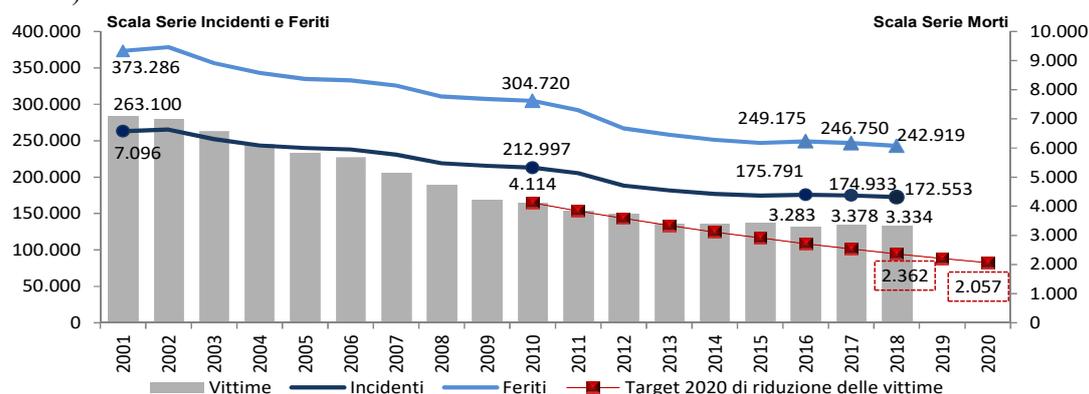
Nel periodo 2001-2018, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono diminuiti del 34,4%, le vittime del 53,0% e i feriti del 34,9%. Il numero di morti per milione di abitanti (tasso di mortalità stradale) scende a 55,2 nel 2018 dai 124,5 del 2001.

Anche per il 2018, 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 2018 i feriti gravi sono stati quasi 19 mila, l'8% in più dell'anno precedente. Il numero di feriti gravi in incidente stradale per ogni decesso, invece, è pari a 5,6 (era 4,6 nel 2015).

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 2018 e il 2010 le vittime della strada diminuiscono del 19,0%. Tra il 2001 e il 2018 gli incidenti stradali con lesioni a persone sono passati da 263.100 a 172.553 (-34,4%), i morti da 7.096 a 3.334 (-53,0%) e i feriti da 373.286 a 242.919 (-34,9%) (**Figura 15**). 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 55,2 del 2018.

FIGURA 15 Incidenti stradali con lesioni a persone, morti e feriti. Anni 2001-2018 (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 dovuto 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 avviata una sperimentazione su dati riferiti alle violazioni degli art. 186 e bis e 187 in occasione di incidente stradale.

Nell'ambito dei comportamenti errati di guida, nel 2018, 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). I tre gruppi costituiscono complessivamente il 40,7% dei casi³. Tra le altre cause più rilevanti, la mancanza della distanza di sicurezza (20.479 casi), la manovra irregolare (15.932) e anche il comportamento scorretto del pedone (7.204) rappresentano rispettivamente il 9,2%, il 6,9% e il 3,2% 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 (17,0%), sulle strade extraurbane è la guida distratta o andamento indeciso (pari al 20,1%), seguita dalla guida con velocità troppo elevata (14,0%) e dalla mancata distanza di sicurezza (13,8%) (**Tab. 36**).

¹ Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone Istat - <https://www.istat.it/it/archivio/232366>

² Sono esclusi i casi di incidente con circostanza imprecisata.

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.

Tabella 36 Cause accertate o presunte di incidente stradale. Anno 2018
(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	24.136	14,9	11.973	20,1	36.109	16,3
Procedeva senza rispettare la precedenza o il semaforo	27.504	17,0	4.088	6,8	31.592	14,2
- procedeva senza rispettare lo stop	9.506	5,9	1.732	2,9	11.238	5,1
- procedeva senza dare la precedenza al veicolo proveniente da destra	7.214	4,4	965	1,6	8.179	3,7
- procedeva senza rispettare il segnale di dare precedenza	9.051	5,6	1.276	2,1	10.327	4,7
- procedeva senza rispettare le segnalazioni semaforiche o dell'agente	1.733	1,1	115	0,2	1.848	0,8
Procedeva con velocità troppo elevata	14.341	8,8	8.367	14,0	22.708	10,2
- procedeva con eccesso di velocità	13.748	8,5	8.090	13,6	21.838	9,8
- procedeva senza rispettare i limiti di velocità	593	0,4	277	0,5	870	0,4
Procedeva senza mantenere la distanza di sicurezza	12.231	7,5	8.248	13,8	20.479	9,2
Manovrava irregolarmente	11.935	7,4	3.267	5,5	15.202	6,9
Svoltava irregolarmente	4.200	2,6	600	1,0	4.800	2,2
Procedeva contromano	2.996	1,8	1.661	2,8	4.657	2,1
Sorpassava irregolarmente	2.598	1,6	1.157	1,9	3.755	1,7
Ostacolo accidentale	2.865	1,8	2.453	4,1	5.318	2,4
Veicolo fermo evitato	814	0,5	822	1,4	1.636	0,7
Non dava la precedenza al pedone sugli appositi attraversamenti	7.069	4,4	176	0,3	7.245	3,3
Buche, ecc. evitato	765	0,5	681	1,1	1.446	0,7
Circostanza imprecisata	28.578	17,6	7.500	12,6	36.078	16,3
Veicolo fermo in posizione irregolare urtato	1.942	1,2	336	0,6	2.278	1,0
Altre cause relative al comportamento nella circolazione	5.480	3,4	1.991	3,3	7.471	3,4
Comportamento scorretto del pedone	6.504	4,0	524	0,9	7.028	3,2
Totale (comportamento scorretto del conducente e del pedone)	153.958	94,9	53.844	90,2	207.802	93,7
Altre cause	8.238	5,1	5.836	9,8	14.074	6,3
Totale cause (b)	162.196	100,0	59.680	100,0	221.876	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 2018 sono state rese disponibili le informazioni sulle violazioni agli articoli del Codice della strada contestate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie 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 nella **tabella 23** per tipologia di infrazione e organo di rilevazione.

Tra le principali violazioni al codice della strada⁵ si confermano l'inosservanza del rispetto della segnaletica (art.146), il mancato uso di cinture di sicurezza e sistemi di ritenuta per bambini (art.172) - in aumento nelle città - e il mancato uso di lenti o l'uso improprio di telefoni cellulari o cuffie (art.173). Quest'ultima infrazione, pur restando tra quelle più frequenti, diminuisce mediamente del 6% (e in modo più marcato per quelle elevate dalle Polizie Locali) forse anche grazie al diffondersi di veicoli dotati di Bluetooth.

Aumentano, seppure in misura lieve e su quantità relativamente basse, le sanzioni elevate per comportamento dei conducenti in caso di incidente (art. 189), per comportamento dei pedoni (art. 190) e per comportamento dei conducenti verso i pedoni (art.191). Analoga tendenza si rileva per le sanzioni concernenti l'assenza di regolare copertura assicurativa (+2,3%). L'intensificata attività di controllo della Polizia Stradale sul trasporto delle merci, effettuata soprattutto in alcuni periodi dell'anno con apposite Campagne, ha avuto i suoi frutti in termini sanzionatori: risultano infatti più che raddoppiate le sanzioni elevate dalla Polstrada per "inosservanza delle norme sul trasporto di merci pericolose" (art.168) mentre quelle per "installazione, alterazione, manomissione del cronotachigrafo" (art.179) crescono del 27%.⁶

Per quanto riguarda lo stato psicofisico alterato dei conducenti, sono diminuite le sanzioni per guida in stato di ebbrezza alcolica (Artt. 186 e 186 bis) e aumentate quelle per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (Art. 187). Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo hanno contestato, nel 2018, rispettivamente 39.208 (-5,5%) e 5.404 (+2,2%) violazioni. Dai dati della Polizia Stradale, che forniscono dettagli per classe di età, fascia oraria e tipologia di veicolo, emerge anche quest'anno che a essere multati per guida in stato di ebbrezza sono soprattutto i giovani conducenti di autovetture (tra 25 e 32 anni) nella fascia oraria notturna, fascia durante la quale è stato elevato circa l'80% delle sanzioni.

Tabella 37 Contravvenzioni elevate da Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Municipali per violazioni sulle norme di comportamento. Anno 2018 (valori assoluti)

⁴ Rilevazione 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/>)

⁵ Al 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.

⁶ Durante tutto il 2018 i controlli sono stati intensificati. In particolare, a settembre la campagna "Alto Impatto" sul trasporto merci pericolose e a ottobre la campagna di controlli straordinari "Truck and Bus" dedicata ai veicoli industriali e agli autobus, svoltasi in tutta Europa.

CODICE DELLA STRADA ⁷	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)	48.400	25.394	34.467
Art.142	Superamento dei limiti di velocità	397.745	945	2.115.246
Art.143-144	Posizione dei veicoli sulla carreggiata, uso delle corsie, marcia in file parallele	15.236	11.788	12.280
Art.145	Obblighi di precedenza	5.848	9.986	20.008
Art.146	Inosservanza della segnaletica orizzontale e semaforica	34.241	16.781	314.675
Art.148	Disciplina del sorpasso dei veicoli	12.736	16.891	3.136
Art.149	Rispetto della distanza di sicurezza	5.801	3.345	4.480
Art.152-153	Uso dei dispositivi di segnalazione visiva e di illuminazione	13.500	3.892	1.362
Art.154	Disciplina del cambio di direzione e di corsia	6.612	3.596	19.071
Art.155	Limitazione dei rumori de silenziatori e degli apparati radio	623	1.143	499
Art.157-158	Disciplina dell'arresto, della fermata e della sosta fuori e dentro i centri abitati	19.184	25.796	3.210.678
Art.161-162-165	Ingombro della carreggiata, segnalazione e traino dei veicoli in avaria	2.894	566	330
Art.164	Norme sulla sistemazione dei carichi sui veicoli	6.161	682	711
Art.167	Trasporto di cose e superamento limiti di peso del veicolo	39.872	217	1.045
Art.168	Norme sul trasporto di merci pericolose	9.682	65	76
Art.169	Trasporto di persone animali ed oggetti sui veicoli a motore	6.662	2.167	3.405
Art.170	Trasporto di persone e di oggetti sui veicoli a motore a due ruote	392	762	593
Art.171	Uso del casco	3.456	8.784	48.615
Art.172	Uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta dei bambini	104.188	63.404	35.349
Art.173	Mancato uso di lenti o uso di radiotelefoni o cuffie	50.148	30.518	56.284
Art.174-178	Rispetto dei tempi di guida e di riposo dei conducenti dei veicoli pesanti	42.689	322	2.539
Art.175-176	Circolazione e comportamento sulle autostrade e strade extraurbane princ.	153.765	272	77
Art.179	Installazione, alterazione, manomissione del cronotachigrafo	8.770	290	714
Art.180-181	Possesso dei documenti della circolazione	173.956	118.818	133.225
Art.182	Norme di comportamento dei ciclisti	125	280	547
Art.186	Guida in stato di ebbrezza alcolica	20.249	14.399	4.560
Art.187	Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti	1.837	2.688	879
Art.189	Comportamento dei conducenti in caso di incidente	2.044	2.574	4.428
Art.190	Comportamento dei pedoni	230	473	2.507
Art.191	Comportamento dei conducenti verso i pedoni	849	1.199	6.876
Art.193	Obbligo di assicurazione	53.711	64.914	51.185
Totale	Violazioni al codice della strada: Titolo V - Norme di comportamento	1.241.606	432.951	6.089.848

(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

⁷ Codice della strada - Decreto Legislativo n. 285 del 30/04/1992 e Legge 29 luglio 2010, n. 120 Disposizioni in materia di sicurezza stradale.



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.

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 alcol correlati.

In particolare, sono stati resi disponibili dati sulle violazioni al codice della strada per guida sotto l'influenza di alcol,

Carabinieri e Polizia Stradale, organi che rilevano circa un terzo del totale degli incidenti stradali con lesioni nel complesso, hanno reso disponibili i dati riferiti all'anno 2018 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 su un totale di 58.686 incidenti, sono stati **5.097 quelli in cui almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era in stato di ebbrezza** Nel complesso l'**8,7% degli incidenti rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale risulta essere alcol-correlato, in aumento rispetto al 2017, quando tale percentuale era pari al 7,8%**⁸. Tra i conducenti sottoposti a controllo con etilometro nel 2018 il **5,1% è risultato positivo**⁹.

⁸ Per i dati 2018 sono stati utilizzati dati provenienti dal monitoraggio specifico per accertamenti su conducenti coinvolti in incidenti stradali (Violazioni artt. 186 - 187 C.d.S.).

⁹ I dati sono riferiti a controlli operati da Polizia Stradale e Carabinieri nelle notti dei fine settimana, per contrastare il fenomeno delle "stragi del sabato sera". <http://www.mit.gov.it/index.php/node/9443>

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 incidente¹⁰, pari rispettivamente a 2.031 e 536 mentre erano 2.126 e 462 nel 2017— per guida in stato di ebbrezza e per uso di droghe. Tali frequenze rappresentano il 45% e il 62% del totale delle sanzioni elevate per lo stesso motivo. Rispetto ai controlli effettuati dalle Polizie Locali con etilometro o precursore, gli esiti positivi sono stati il 4,2% mentre per quanto riguarda i controlli per alterazione da uso di droga, effettuati in misura di gran lunga minore a causa della complessità procedurale, gli esiti positivi sono stati l'11%. Con riferimento al numero degli incidenti con lesioni rilevati dalle Polizie Locali nei Comuni considerati, le quote dei sinistri correlati ad alcol e droga risultano pari rispettivamente a 3,9% e 1,0% (3,8 e 0,8 % nel 2017).

Focalizzando l'attenzione sui soli dati rilevati dai **Carabinieri**, più dettagliati nelle informazioni fornite, nel 2018 sono stati 3.282 gli incidenti stradali con lesioni a persone per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, pari al 9,7% del totale degli incidenti con lesioni verbalizzati dall'Arma dei Carabinieri (**Tabella 38**). Rispetto al 2017 si registra, un aumento della quota degli incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale, tale proporzione era, infatti, pari al 9,0 nel 2017. Le vittime coinvolte in incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza, nel 2018, sono state 70 (5,5% sul totale) e i feriti 5.385 (10,2% sul totale). Tali percentuali erano rispettivamente 4,3% e 9,6% nel 2017. Gli incidenti stradali alcol correlati con soli danni alle cose ammontano, invece, nel 2018 a 1.339, nel 2017 a 1.240, erano pari nel 2016 a 1.179 e nel 2015 a 1.161.

Tabella 38 Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dai Carabinieri e violazioni al codice della strada. Anno 2018

(valori assoluti e percentuali)

Violazioni al codice della strada (a)	Incidenti stradali con lesioni a persone	Incidenti stradali mortali	Vittime	Feriti
Guida sotto l'influenza dell'alcol (Artt. 186 e 186 bis) (b)	3.282	58	70	5.385
<i>Art. 186</i>	2.921	45	55	4.714
<i>Art. 186 bis</i>	361	13	15	618
Totale incidenti stradali, vittime e feriti (a)	33.793	1.173	1.263	52.595
Incidenti, vittime e feriti alcol correlati sul totale (%)	9,7	4,9	5,5	10,2

(a) Totale incidenti stradali, morti e feriti rilevati dall'Arma dei Carabinieri nel 2017.

(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 2^ Sezione “Statistica”.

¹⁰ I Comuni capoluogo che hanno reso disponibile tali dati per la Rilevazione ACI sono: Andria, Agrigento, Avellino, Arezzo, Asti, Bari, Belluno, Biella, Bologna, Brescia, Bergamo, Benevento, Brindisi, Caltanissetta, Campobasso, Cagliari, Catania, Catanzaro, Cesena, Chieti, Como, Cosenza, Crotone, Cuneo, Enna, Fermo, Firenze, Ferrara, Forlì, Gorizia, Grosseto, Isernia, Imperia, La Spezia, L'Aquila, Livorno, Lecce, Lucca, Mantova, Matera, Messina, Milano, Modena, Monza, Novara, Nuoro, Oristano, Padova, Parma, Perugia, Pescara, Pisa, Pordenone, Potenza, Prato, Ravenna, Reggio nell'Emilia, Rimini, Roma, Salerno, Sassari, Siracusa, Sondrio, Taranto, Teramo, Terni, Torino, Treviso, Trento, Trieste, Trani, Udine, Urbino, Varese, Vercelli, Verona, Vercelli, Vicenza, Viterbo.

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 e in ambito urbano. Sono, infatti, ben il 24,9% gli incidenti stradali alcol correlati sul totale, mentre le vittime pesano in proporzione di più sulle strade extraurbane, sulle quali rappresentano il 21,7% del totale. Sono il 5,8% se si considerano le strade extraurbane urbane e sempre di notte (Tabella 39).

Tabella 39 Incidenti stradali con lesioni a persone e vittime rilevati dai Carabinieri, per tipo strada e periodo del giorno o della notte. Anno 2018

Tipo di strada (a)	Periodo del giorno o della notte		Totale
	Giorno	Notte (b)	
Incidenti stradali con lesioni a persone alcol correlati (valori assoluti)			
Strada Urbana	672	1.224	1.896
Strada	633	753	1.386
Totale	1.305	1.977	3.282
Incidenti stradali con soli danni alle cose alcol correlati (valori assoluti)			
Strada Urbana	363	562	925
Strada	193	221	414
Totale	556	783	1.339
Vittime in Incidenti stradali con lesioni alcol correlati (valori assoluti)			
Strada Urbana	11	16	27
Strada	15	28	43
Totale	26	44	70
Percentuale Incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale incidenti			
Strada Urbana	5,0	24,9	10,4
Strada	5,4	23,2	9,3
Totale	5,2	24,2	9,9
Percentuale Vittime in incidenti stradali alcol correlati sul totale incidenti			
Strada Urbana	1,8	5,8	3,1
Strada	5,7	21,7	11,0
Totale	3,0	10,9	5,5

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 12,9% 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 7,3% degli incidenti stradali nel 2018 è alcol correlato (Tabella I.40). 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.

Tabella 40 Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale e violazioni al codice della strada. Anno 2018

Totale violazioni Art. 186 o 186 bis del codice della strada (a)	
Art. 186 o 186 bis – Totale	20.249
<i>Di cui</i>	
<i>Art. 186 o 186 bis - In incidente stradale con o senza lesioni</i>	<i>2.605</i>
<i>Art. 186 o 186 bis - Con rifiuto di sottoporsi al test alcolemico</i>	<i>640</i>
Violazioni Art.186 o 186 bis in incidente stradale con o senza lesioni sul totale violazioni rilevate (%)	12,9
Violazioni Art. 186 o 186 bis in incidente stradale (a)	
Art. 186 o 186 bis in incidente stradale con lesione a persone	1.815
Totale incidenti stradali con lesioni a persone	24.893
Violazioni art.186 o 186 bis in incidente stradale con lesioni sul totale incidenti rilevati (%)	7,3%

(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.

(b) La fonte dei dati per l'anno 2018 è il monitoraggio ad hoc trimestrale realizzato dai singoli Compartimenti della Polizia Stradale. Per le relazioni precedenti le informazioni erano state fornite dal Servizio di Polizia Stradale, ma estratte direttamente dal Data base presente nel Centro Elaborazione Dati Polizia Stradale di Settebagni. Potrebbero registrarsi differenze legate alla fonte dei dati, rispetto all'anno precedente.

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.

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 2018, 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 non convenzionata 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 2019.
- **Assistenza farmaceutica non convenzionata**: 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 2019 e non tengono conto delle successive revisioni che le ditte hanno chiesto di inviare al sistema NSIS per l’anno 2018.
- **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.

Le analisi di consumo a livello nazionale sono espresse in dosi giornaliere (o giornate di terapia), definite come DDD (*Defined Daily Dose*), al fine di consentire elaborazioni di confronto temporale e in particolare. Le analisi di consumo a livello regionale sono espresse sia in DDD totali che in DDD per 1 milione ab die, 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 41**). 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 2018 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 acamprosate 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 glutamatergica e modulando l'iperexcitabilità 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 41 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.
		Etiltox	Molteni&C. F.lli 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 soluzione orale (10 flaconcini da 15 ml)	025316035	C	
N07XX04	Sodio oxibato	Alcover	Laboratorio Farmaceutico C.T. srl	175 mg/ml sol. orale (140 ml)	027751066	H	Coadiuvante nelle seguenti terapie: <ul style="list-style-type: none"> • 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 (10 ml)	027751078	H	
N07BB05	Nalmefene	Selincro	Lundbeck Italia SpA	18 mg, 14 compresse rivestite con film	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</i> – DRL), 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 con film	042683019	C	
N07BB04	Naltrexone	Antaxone	Zambon Italia srl	50 mg/10 ml soluzione orale (10 fl monodose 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 soluzione orale (5 fl monodose 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.lli Alitti SpA	50 mg 14 compresse rivestite con film	025969039	A	Terapia integrativa di prevenzione, nel mantenimento della disintossicazione dagli oppiacei in pazienti ex-tossicodipendenti. E' 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 con film	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 alcol.
				50 mg 14 compresse rivestite con film	040955080	A	

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

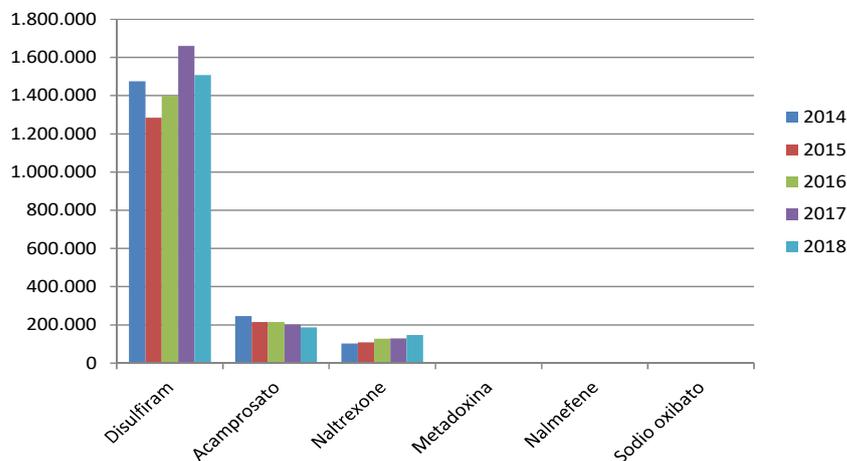
3.1. Consumi

Nell'anno 2018, attraverso il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico, sono state dispensate in totale quasi **1,9 milioni** di dosi di medicinali utilizzati per il trattamento della dipendenza alcolica (**Tabella 42, Figura 16**). Come per gli anni precedenti, i prodotti medicinali a base di disulfiram detengono il primato dei consumi con l'82% sul totale delle prescrizioni, seguiti dall'acamprosato e dal naltrexone, concorrenti rispettivamente con un consumo minimo del 10% e del 8%.

In generale, rispetto all'anno precedente, è stato osservato una riduzione dei consumi (-149 mila dosi, -7,5% rispetto al 2017), dovuto soprattutto alla riduzione dei consumi di disulfiram. 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 (+13%).

Tabella 42 Consumo (DDD totali) in regime di assistenza convenzionata nel periodo 2014-2018

Principio attivo	DDD totali 2014-2018											
	2014		2015		2016		2017		2018		Δ 17-18	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Disulfiram	1.475.208	80,88	1.284.486	79,84	1.400.796	80,33	1.660.260	83,36	1.508.202	81,62	-152.058	-9,16
Acamprosato	245.692	13,47	215.496	13,39	215.287	12,35	200.573	10,07	187.161	10,13	-13.412	-6,69
Naltrexone	102.652	5,63	108.406	6,74	127.018	7,28	129.436	6,50	146.636	7,94	17.200	13,29
Metadoxina	325	0,02	410	0,03	763	0,04	1.382	0,07	667	0,04	-715	-51,75
Nalmefene	112	0,01	14	≈0	-	-	105	0,01	336	0,02	231	220
Sodio oxibato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	1.823.989	100	1.608.812	100	1.743.864	100	1.991.756	100	1.843.002	100	-148.755	-7,47

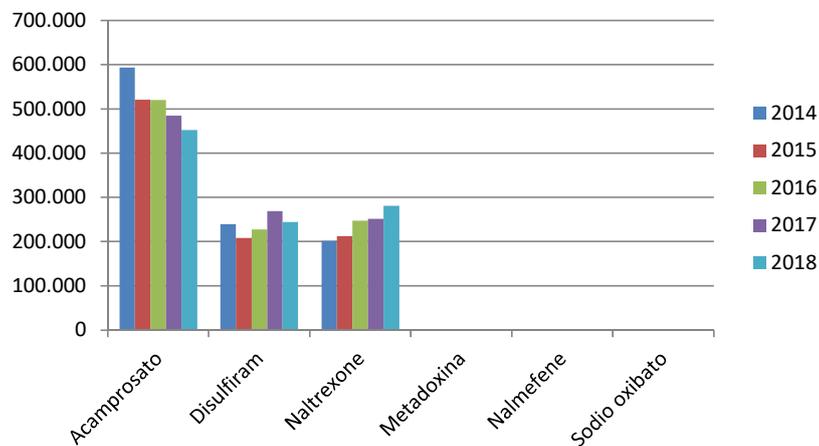
Figura 16 Trend temporale dei consumi (DDD totali) in regime di assistenza convenzionata nel periodo 2014-2018

3.1. Spesa farmaceutica

Per l'anno 2018, la spesa farmaceutica in regime di assistenza convenzionata per i farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica ammonta a quasi **1 milione** di euro (**Tabella 43, Figura 17**). Tale valore è dovuto *in primis* alla spesa per l'acamprosato (46%), seguito dal naltrexone (29%) e dal disulfiram (25%), mentre l'impatto della spesa per le restanti molecole (nalmefene e metadoxina) è trascurabile. Rispetto all'anno 2017, in linea con l'andamento dei consumi, la spesa per questa categoria di farmaci si è ridotta di quasi il 3%, soprattutto a causa della riduzione della spesa per il disulfiram (-9%) e l'acamprosato (-6,7%).

Tabella 43 Spesa in regime di assistenza convenzionata nel periodo 2014-2018

Principio attivo	2014		2015		2016		2017		2018		Δ 17-18	
	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%	€	%
Acamprosato	593.238	57,32	520.328	55,27	519.822	52,27	484.296	48,10	451.911	46,10	-32.385	-6,69
Disulfiram	239.097	23,10	208.163	22,11	226.947	22,82	269.008	26,72	244.375	24,93	-24.633	-9,16
Naltrexone	201.628	19,48	212.444	22,57	247.113	24,85	251.495	24,98	281.073	28,67	29.578	11,76
Metadoxina	315	0,03	421	0,04	662	0,07	1.242	0,12	617	0,06	-625	-50,31
Nalmefene	762	0,07	95	0,01	-	-	709	0,07	2.285	0,23	1.576	222,15
Sodio oxibato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	1.035.039	100,00	941.452	100,00	994.543	100,00	1.006.750	100,00	980.261	100	-26.489	-2,63

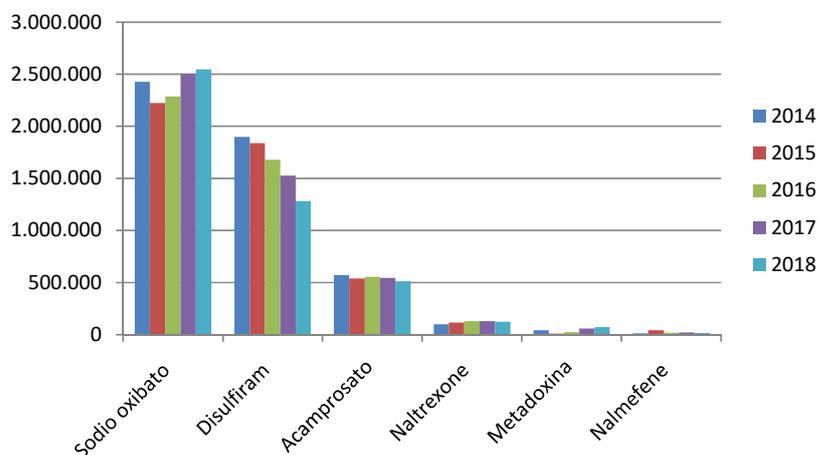
Figura 17 Trend temporale della spesa in regime di assistenza convenzionata nel periodo 2014-2018**Assistenza farmaceutica non convenzionata (tramite gli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche)****3.2. Consumi**

Nell'anno 2018 le strutture sanitarie pubbliche hanno consumato quasi **4,6 milioni** di dosi di medicinali utilizzati per il trattamento della dipendenza alcolica (Tabella 44, Figura 18). Come già evidenziato negli anni precedenti, il prodotto medicinale con il più elevato consumo è il sodio oxibato con circa 2,5 milioni di dosi che, assieme al disulfiram, rappresenta l'84% del consumo totale dei farmaci di questa categoria terapeutica erogati dalle strutture sanitarie pubbliche.

In generale, rispetto all'anno precedente, gli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche hanno registrato una riduzione (quasi -235 mila dosi, -4,9%), dovuta principalmente alla riduzione dei consumi di disulfiram (-16%) e dell'acamprosato (-5,5%). Gli unici aumenti osservabili sono stati per il numero di dosi consumate di sodio oxibato (+1,7%) e metadoxina (21%).

Tabella 44 Consumo (DDD totali) in regime di assistenza non convenzionata, periodo 2014-2018

Principio attivo	DDD totali 2014-2018											
	2014		2015		2016		2017		2018		Δ 17-18	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Sodio oxibato	2.425.302	48,06	2.225.601	46,65	2.287.458	48,78	2.502.596	52,29	2.544.357	55,91	41.761	1,67
Disulfiram	1.895.832	37,57	1.837.014	38,51	1.675.842	35,74	1.528.518	31,94	1.282.734	28,19	-245.784	-16,16
Acamprosato	571.230	11,32	539.118	11,30	553.552	11,81	543.286	11,35	513.258	11,28	-30.028	-5,53
Naltrexone	98.758	1,96	115.964	2,43	129.898	2,77	131.078	2,74	123.140	2,71	-7.938	-6,06
Metadoxina	41.990	0,83	10.148	0,21	24.747	0,53	59.198	1,24	71.628	1,57	12.430	20,99
Nalmefene	13.006	0,26	42.539	0,89	17.374	0,37	20.930	0,44	15.799	0,35	-5.131	-25,31
TOTALE	5.046.118	100,00	4.770.385	100,00	4.688.871	100,00	4.785.606	100,00	4.550.916	100,00	-234.690	-4,94

Figura 18 Trend temporale dei consumi (DDD totali) in regime di assistenza non convenzionata nel periodo 2014-2018

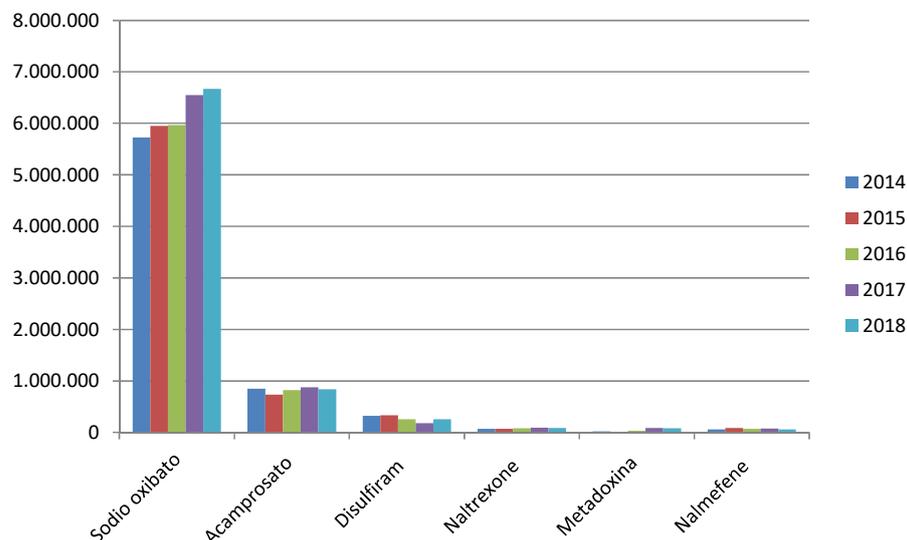
3.3. Spesa farmaceutica

Nel 2018 la spesa farmaceutica in regime di assistenza non convenzionata per i farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica è stata di quasi **8 milioni** di euro, con un andamento crescente nel corso degli anni (**Tabella 45, Figura 19**). Come già mostrato nell'analisi dei consumi, il valore più elevato di spesa, rispetto al totale della categoria stessa, è rappresentato dal sodio oxibato (83,5%), seguito dall'acamprosato (10,5%).

Rispetto all'anno precedente, la spesa farmaceutica per gli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche ha registrato un valore in lieve crescita, pari a circa +126 mila euro (+1,6%). Tale incremento è attribuito, come per i consumi, agli acquisti del sodio oxibato e del disulfiram con una spesa, rispettivamente, di +117 mila euro (+1,8%) e +75 mila euro (+41,7%). Per tutti gli altri farmaci la spesa nel 2018 si è invece leggermente ridotta.

Tabella 45 Spesa in regime di assistenza non convenzionata nel periodo 2014-2018

Principio attivo	2014		2015		2016		2017		2018		Δ 17-18	
	N.	%	N.	%								
Sodio oxibato	5.723.493	81,22	5.950.089	82,77	5.967.854	82,52	6.551.838	83,32	6.669.260	83,47	117.422	1,79
Acamprosato	849.096	12,05	735.095	10,23	819.241	11,33	876.682	11,15	839.465	10,51	-37.217	-4,25
Disulfiram	323.890	4,60	336.596	4,68	257.340	3,56	178.349	2,27	253.328	3,17	74.979	41,72
Naltrexone	70.214	1,00	71.387	0,99	82.222	1,14	90.313	1,15	85.656	1,07	-4.657	-5,16
Metadoxina	21.783	0,31	8.948	0,12	32.869	0,45	88.411	1,12	80.883	1,01	-7.528	-8,51
Nalmefene	58.158	0,83	86.315	1,20	72.192	1,00	78.219	0,99	61.166	0,77	-17.053	-22,79
TOTALE	7.046.635	100,00	7.188.429	100,00	7.231.719	100,00	7.863.812	100,00	7.989.757	100,00	125.945	1,58

Figura 19 Trend temporale della spesa in regime di assistenza non convenzionata nel periodo 2014-2018

4. Andamento temporale del consumo e della spesa farmaceutica totale (convenzionata e non convenzionata) a carico del SSN

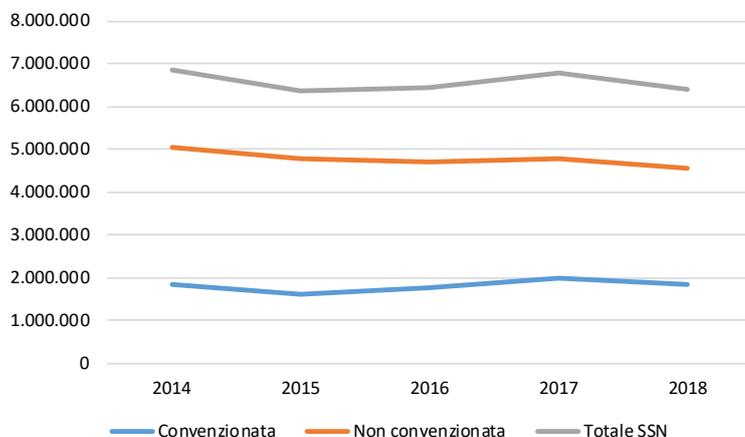
4.1. Consumi totali

Nel 2018 il consumo complessivo a carico del SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza da alcolica, erogati sia dalle farmacie territoriali che acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, ammonta a quasi **6,4 milioni** di dosi, in riduzione del -5,7% rispetto all'anno precedente, riduzione è attribuibile ad un decremento del -5% del consumo nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche e del -7,5% del consumo in regime di assistenza farmaceutica convenzionata. In totale, il 71% 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 29% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico (**Tabella 46, Figura 20**).

Tabella 46 Consumo (DDD totali) dei farmaci a carico del SSN nel periodo 2014-2018

Anno	Convenzionata	Non convenzionata	Totale SSN	% Conv	% Non Conv.
2014	1.823.989	5.046.118	6.870.107	27	73
2015	1.608.812	4.770.385	6.379.197	25	75
2016	1.743.864	4.688.871	6.432.735	27	73
2017	1.991.756	4.785.606	6.777.362	29	71
2018	1.843.002	4.550.916	6.393.918	29	71
var. % 2018-2017	-7,47	-4,94	-5,68		

Figura 20 Andamento dei consumi (DDD totali) a carico del SSN nel periodo 2014-2017



Il disulfiram è il farmaco a più alto consumo (44% dei consumi totali a carico del SSN), sebbene nel 2018 abbia registrato una riduzione complessiva delle dosi consumate (-13%), seguito dal sodio oxibato (circa il 40% dei consumi totali a carico del SSN), farmaco usato solo nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, che ha fatto registrare nel 2018 un lieve aumento dei consumi (+2%) (Tabella 47).

Tabella 47 Consumo (DDD totali) dei farmaci a carico del SSN nel periodo 2014-2018

Principio attivo	DDD totali 2014-2018 a carico del SSN											
	2014		2015		2016		2017		2018		Δ 2017-2018	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Disulfiram	3.371.040	49,07	3.121.500	48,93	3.076.638	47,83	3.188.778	47,06	2.790.936,00	43,65	-399.378,00	-12,52
Sodio oxibato	2.425.302	35,30	2.225.601	34,89	2.287.458	35,56	2.502.596	36,92	2.544.357,00	39,79	41.761,00	1,67
Acamprosato	816.922	11,89	754.614	11,89	768.839	11,95	743.859	10,97	700.418,88	10,95	-43.440,52	-5,84
Naltrexone	201.410	2,93	224.370	2,93	256.916	3,99	262.156	3,84	269.776,00	4,22	9.262,00	3,56
Metadoxina	42.315	0,62	10.558	0,62	25.510	0,40	60.580	0,89	72.294,21	1,13	11.712,06	19,33
Nalmefene	13.118	0,19	42.553	0,19	17.374	0,27	21.035	0,31	16.135,00	0,25	-5.124,00	-24,1
Totale	6.870.107	100,00	6.379.197	100,00	6.432.735	100,00	6.779.004	100,00	6.393.917,09	100,00	-385.086,91	-5,68

4.2. Spesa farmaceutica totale a carico del SSN

Nell'anno 2018 la spesa farmaceutica complessiva SSN (convenzionata e non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta a circa **8,97 milioni** di euro. L'89% 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 11% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico.

Nel 2018 la spesa SSN per questa categoria di farmaci è lievemente aumentata rispetto all'anno precedente (+1,11%), incremento attribuibile a un lieve aumento della spesa da parte delle strutture

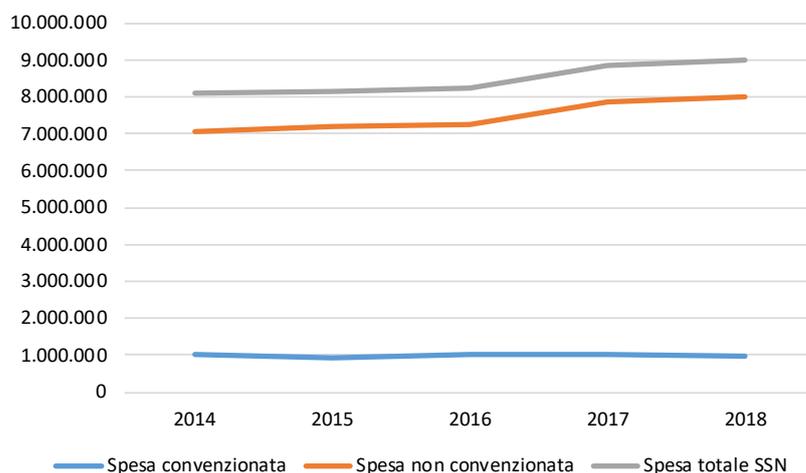


sanitarie pubbliche (+1,6%) e a una lieve riduzione della spesa farmaceutica convenzionata (-2,6%) (Tabella 48, Figura 21).

Tabella 48 Spesa a carico del SSN nel periodo 2014-2018

Anno	Convenzionata	Non convenzionata	Totale SSN	% Conv	% Non Conv.
2014	1.035.039	7.046.635	8.081.674	13	87
2015	941.452	7.188.429	8.129.881	12	88
2016	994.543	7.231.719	8.226.262	12	88
2017	1.006.750	7.863.812	8.870.562	11	89
2018	980.261	7.989.757	8.970.018	11	89
var. % 2018-2017	-2,63	1,58	1,11		

Figura 21 Andamento della spesa a carico del SSN nel periodo 2014-2018



Il sodio oxibato è il principio attivo con la spesa SSN complessiva più alta (74% della spesa nazionale per questa categoria di farmaci), in lieve aumento rispetto all'anno precedente (+2%), seguito dall'acamprosato (14% della spesa nazionale), seppure con una spesa complessiva nettamente minore (circa il 14%) (Tabella 49).

Tabella 49 Spesa totale a carico del SSN nel periodo 2014-2018

Principio attivo	2014		2015		2016		2017		2018		Δ 2017-2018	
	N.	%	N.	%								
Sodio oxibato	5.723.493	70,82	5.950.089	73,19	5.967.854	72,55	6.551.838	73,86	6.669.260	74,35	117.422	1,79
Acamprosato	1.442.334	17,85	1.255.423	15,44	1.339.063	16,28	1.360.978	15,34	1.291.376	14,40	-69.602	-5,11
Disulfiram	562.987	6,97	544.759	6,70	484.287	5,89	447.357	5,04	497.703	5,55	50.346	11,15
Naltrexone	271.842	3,36	283.831	3,49	329.335	4,00	341.808	3,85	366.729	4,09	24.921	7,29
Metadoxina	22.098	0,27	9.369	0,12	33.531	0,41	89.653	1,01	81.500	0,91	-8.153	-9,09
Nalmefene	58.920	0,73	86.410	1,06	72.192	0,88	78.928	0,89	63.451	0,71	-15.477	-20,62
TOTALE	8.081.674	100,00	8.129.881	100,00	8.226.262	100,00	8.870.562	100,00	8.970.018	100,00	99.456	1,11

Consumi e spesa SSN per principio attivo (convenzionata e non convenzionata)

Nell'anno 2018 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 47), con la maggior parte delle dosi erogate in regime di assistenza convenzionata. Infatti, il consumo di disulfiram ammonta a circa 1,5 milioni di dosi nell'ambito territoriale e rappresenta la seconda voce (circa 1,3 milioni di dosi), dopo il sodio oxibato, per consumo nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, sebbene rispetto all'anno precedente, si sia verificato una riduzione dei consumi in entrambi i setting di assistenza (Tabella 42, Tabella 44).

L'**acamprosato** mostra, nel 2018, un andamento in riduzione rispetto al 2017 sia in termini di consumi (-6%) che di spesa (-5%) a carico del SSN (Tabella 47 e 49), sia per quanto riguarda l'assistenza convenzionata (Tabella 42 e 43), che per gli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche (Tabella 44 e 45).

La **metadoxina**, sebbene registri un consumo ridotto rispetto agli altri farmaci della stessa categoria, presenta nel 2018 una forte variazione positiva rispetto all'anno precedente in termini di consumi (+19%) (Tabella 47), a cui si associa però una riduzione della spesa a carico del SSN (-9%) (Tabella 49).

Il **sodio oxibato**, medicinale utilizzato esclusivamente nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, si conferma anche nel 2018 al primo posto per consumo e spesa in ambito ospedaliero, con un andamento lievemente in crescita rispetto all'anno precedente, rispettivamente +1,7% e +1,8% (Tabella 44, Tabella 45).

Il **nalmeffene**, sebbene registri già un consumo molto ridotto rispetto agli altri farmaci della stessa categoria, ha registrato nel 2018 una ulteriore forte riduzione sia dei consumi (-24%) che della spesa a carico del SSN (-20%) (Tabella 47, Tabella 48).

Per quanto riguarda il **naltrexone**, anche i dati relativi all'anno 2018 confermano l'andamento in costante crescita per questo principio attivo, sia in termini di consumo (+4%) che di spesa (+7%) a carico del SSN (Tabella 47, Tabella 48), con uno spostamento dal setting delle strutture sanitarie pubbliche (Tabella 44, Tabella 45) a quello dell'assistenza convenzionata tramite il canale delle farmacie aperte al pubblico (Tabella 42, Tabella 43). 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.

5. Acquisto privato a carico del cittadino

Nel 2018 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 649 mila dosi di farmaco, la maggior parte rappresentate dal disulfiram (85%) e per la restante parte dall'acamprosato (9,54%) e dal naltrexone (5,41%). La corrispondente spesa a carico del cittadino si è attestata quasi a 313 mila euro, di cui il 48% era relativa all'acamprosato, il 29% al disulfiram e il 24% al naltrexone (**Tabella 50**).

Tabella 50 Consumo e spesa dei farmaci in acquisto privato (a carico del cittadino) - anno 2018

Principio attivo	DDD totali 2018		Spesa totale	
	N.	%	€	%
Disulfiram	551.730	85,05	89.377,71	28,59
Acamprosato	61.906	9,54	149.431,91	47,79
Naltrexone	35.096	5,41	73.898,41	23,63
Totale	648.732	100,00	312.708,02	100,00

6. 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); per i pazienti in trattamento con i farmaci a maggior utilizzo (disulfiram e acamprosato) è stata analizzata l'eventuale co-prescrizione di uno o più farmaci appartenenti ad altre categorie farmacoterapeutiche. 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.

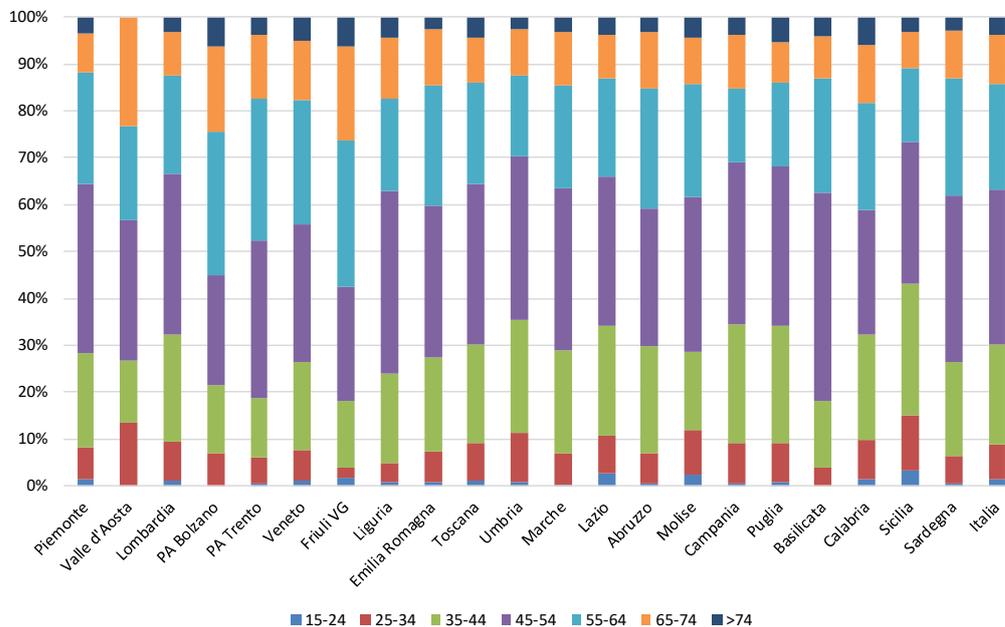
Complessivamente, nel 2018, è stata registrata una prevalenza d'uso dei farmaci per la terapia della dipendenza alcolica pari al 0,24 per 1000 abitanti, con differenze per sesso e regione.

Se si considera la distribuzione regionale dei pazienti in terapia per la dipendenza alcolica (14.298) 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 (33% degli utilizzatori totali); l'età media dei pazienti è di 51,0 anni, con un *range* va da un minimo di 47,3 anni della Sicilia a un massimo di 56,1 anni del Friuli V.G. (**Tabella 51**). 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 (0,21%). In generale, non sono state osservate differenze rilevanti per la distribuzione percentuale dei pazienti per fascia di età tra le diverse regioni (**Figura 22**).

Tabella 51 Distribuzione dei pazienti per regione e fascia di età nell'anno 2018

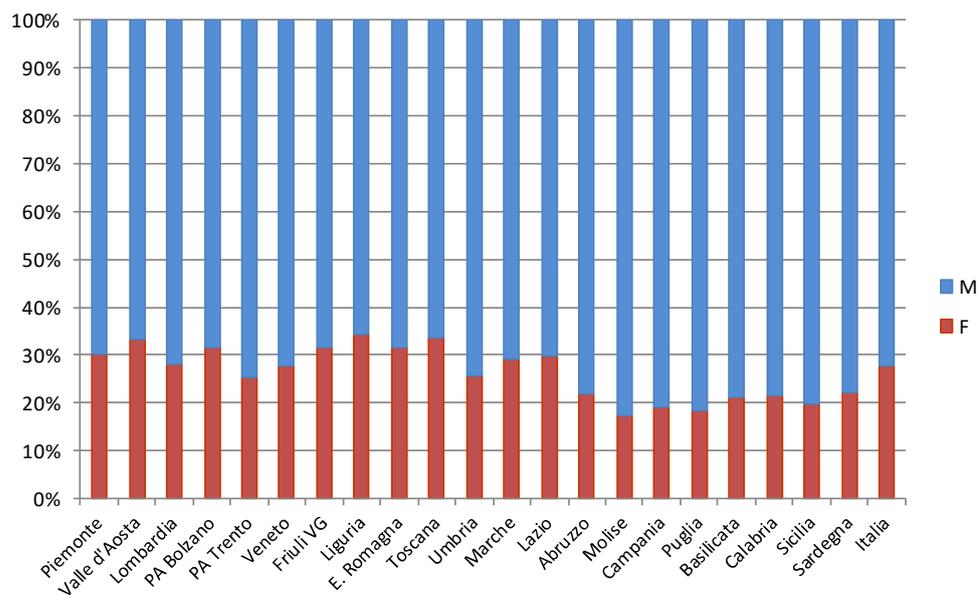
Regione età media (aa)	N. pazienti (%)									TOTALE (%)
	<4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>74	
Lombardia 50,1	.	4 (≈0)	36 (1)	233 (8)	639 (23)	958 (34)	582 (21)	258 (9)	93 (3)	2.803 (19,60)
Lazio 49,8	2 (0)	8 (≈0)	52 (3)	165 (8)	477 (23)	648 (32)	433 (21)	185 (9)	79 (4)	2.049 (14,33)
Piemonte 50,9	.	.	18 (1)	83 (7)	250 (20)	449 (36)	299 (24)	104 (8)	42 (3)	1.245 (8,71)
Veneto 52,7	.	1 (≈0)	11 (1)	67 (7)	192 (19)	297 (29)	269 (26)	130 (13)	51 (5)	1.018 (7,12)
Sardegna 51,6	.	.	6 (1)	58 (6)	198 (20)	352 (36)	246 (25)	103 (10)	28 (3)	991 (6,93)
Toscana 51,0	.	.	12 (1)	74 (8)	201 (21)	325 (34)	207 (22)	90 (9)	42 (4)	951 (6,65)
E. Romagna 51,6	.	.	5 (1)	48 (7)	149 (20)	238 (32)	189 (26)	88 (12)	19 (3)	736 (5,15)
Sicilia 47,3	.	.	19 (3)	69 (12)	163 (28)	176 (30)	90 (15)	45 (8)	19 (3)	581 (4,06)
Liguria 52,6	.	.	4 (1)	21 (4)	95 (19)	196 (39)	99 (20%)	65 (13)	23 (5)	503 (3,52)
P.A. Trento 53,7	.	.	3 (1)	25 (5)	61 (13)	159 (34)	143 (30)	64 (14)	18 (4)	473 (3,31)
Calabria 51,8	.	.	6 (1)	36 (8)	98 (23)	115 (27)	99 (23)	53 (12)	26 (6)	433 (3,03)
Friuli V.G. 56,1	.	.	7 (2)	9 (2)	56 (14)	98 (25)	124 (31)	80 (20)	25 (6)	399 (2,79)
Marche 51,2	.	.	1 (≈0)	26 (7)	87 (22)	136 (35)	86 (22)	46 (12)	12 (3)	394 (2,76)
Campania 50,2	.	.	2 (1)	32 (9)	92 (25)	127 (35)	57 (16)	42 (11)	14 (4)	366 (2,56)
Umbria 49,3	.	.	3 (1)	37 (8)	84 (24)	121 (35)	61 (17)	34 (10)	9 (3)	349 (2,44)
Puglia 50,1	.	.	3 (1)	29 (8)	86 (25)	118 (34)	62 (18)	29 (8)	19 (5)	346 (2,42)
Abruzzo 52,0	.	.	2 (1)	19 (6)	69 (23)	88 (29)	77 (26)	36 (12)	10 (3)	301 (2,11)
Molise 50,6	.	.	3 (2)	13 (10)	22 (17)	44 (33)	32 (24)	13 (10)	6 (5)	133 (0,93)
Basilicata 52,5	.	.	.	4 (4)	14 (14)	44 (44)	24 (24)	9 (9)	4 (4)	99 (0,69)
P.A. Bolzano 55,2	.	.	.	7 (7)	14 (14)	23 (23)	30 (31)	18 (18)	6 (6)	98 (0,69)
Valle d'Aosta 52,1	.	.	.	4 (13)	4 (13)	9 (30)	6 (20)	7 (23)	.	30 (0,21)
Italia 51,0	2 (≈0)	13 (≈0)	193 (1)	1.059 (7)	3.051 (21)	4.721 (33)	3.215 (22)	1.499 (10)	545 (4)	14.298 (100)

Figura 22 Distribuzione % dei pazienti per regione e fasce di età nell'anno 2018



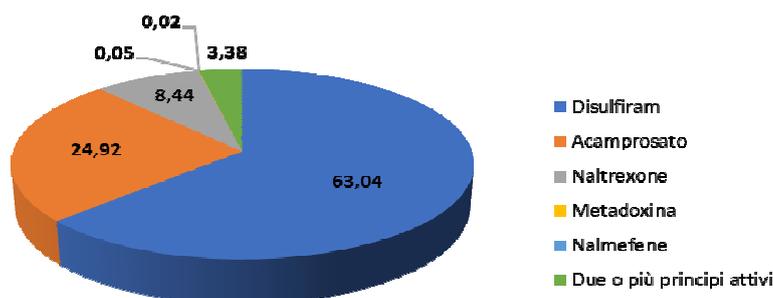
Per quanto riguarda la distribuzione dei pazienti in base al genere, il 72% erano maschi, mentre il 28% femmine; la regione che mostra il più ampio divario tra i due generi è il Molise (17% femmine vs 83% maschi), mentre la Toscana è la regione che registra il divario minore (33% femmine vs 67% maschi); quest'ultima è anche la regione che fa registrare la proporzione maggiore di femmine, rispetto alle altre regioni (Figura 23).

Figura 23 Distribuzione % dei pazienti per regione e genere nell'anno 2018



Se si considera la distribuzione percentuale dei pazienti trattati per principio attivo, il farmaco più utilizzato in regime di assistenza convenzionata nel corso del 2018 è il disulfiram (63% del totale), seguito dall'acamprosato (25%); circa il 3% dei pazienti ha assunto nell'arco dell'anno più di un farmaco (**Figura 24**).

Figura 24. Distribuzione dei pazienti in trattamento per principio attivo nell'anno 2018



Conclusioni

Come si evince dalle analisi, **nel 2018 si registra, rispetto all'anno precedente, una riduzione generale del consumo dei farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica (-6%), associato a un lieve incremento della spesa a carico del SSN (+1%), la quale si concentra per la maggior parte nell'ambito dell'assistenza non convenzionata.**

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.

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. LE ASSOCIAZIONI DI AUTO MUTUO AIUTO

Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali (AICAT)

L'AICAT (Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali – metodo Hudolin) è stata costituita nel 1990 per sostenere il processo di crescita e di diffusione dei Club in Italia, dopo la fondazione del primo Club Alcolologico Territoriale (d'ora in poi CAT) avvenuta a Trieste il 22 novembre 1979, grazie al diretto impegno del Prof. Vladimir Hudolin, neuropsichiatra dell'Università di Zagabria e fondatore dell'omonimo Metodo (che si è evoluto nell'Approccio Ecologico Sociale ai problemi alcol correlati e complessi). L'AICAT è un'associazione no-profit che coordina le attività delle reti territoriali dei CAT (Club Alcolologici Territoriali), che è la nuova denominazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento adottata dopo il Congresso AICAT di Paestum del 2010.

I Club sono comunità multifamiliari presenti su tutto il territorio nazionale, organizzati in 230 Associazioni territoriali (ACAT o APCAT), in 18 associazioni regionali (ARCAT) e in 2 associazioni provinciali (APCAT) quelle di Trento e a Bolzano.

I Club lavorano secondo i principi ed i metodi dell'approccio sistemico e multifamiliare, promuovendo la partecipazione diretta e responsabile di tutti i membri di una famiglia e della rete relazionale prossima nelle sofferenze, nei disagi e nei disturbi correlati al consumo di bevande alcoliche, all'uso associato di altre droghe e/o alla presenza di altri comportamenti problematici (es.: disagi psichici, gioco d'azzardo, disturbi del comportamento alimentare, rapporto problematico con internet, ecc.), stimolando un processo di cambiamento di stile di vita orientato alla riconquista della propria salute e libertà.

Il Club non si presenta come luogo di terapia ed opera sulla base dell'assunto che l'uso di alcol non è una patologia ma un tipo di comportamento.

Fanno parte del Club anche un “*servitore – insegnante*” nonché coloro che scelgono di fungere da “*famiglia solidale*” delle persone con problemi alcol – correlati sole, senza una famiglia e senza una rete di sostegno. Il lavoro svolto all'interno del Club si basa sulla condivisione dei propri vissuti, dei propri disagi, delle proprie difficoltà, delle proprie emozioni e delle proprie potenzialità. Nel Club l'attenzione viene focalizzata, più che sul rapporto che una persona ha con l'alcol o altre sostanze, sulla persona stessa nella sua totalità e complessità, tenendo conto anche del contesto familiare e sociale in cui essa è inserita. In particolare sono considerati i disagi ed i problemi che l'alcol crea all'intera famiglia. È l'intera famiglia, infatti, che viene coinvolta nel lavoro del Club e tutta viene stimolata a modificare il proprio stile di vita, a crescere e a maturare insieme. 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. Diventano le protagoniste di azioni di promozione e protezione della salute e del benessere sociale, aumentando la qualità delle relazioni e dei valori umani e sociali nella propria comunità.

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 algologiche di primo e secondo modulo rivolte alle famiglie e ai CAT.
- Numerose scuole algologiche 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.
- Il Numero Verde: 800 974 250
- Il Sito Web: www.aicat.net
- La Banca Dati

Collaborazioni

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

La Banca Dati

A partire dall'anno 2004 con cadenza annuale, l'AICAT promuove, in collaborazione con le ARCAT, una rilevazione sulle attività svolte dai Club nelle diverse regioni d'Italia. La Banca Dati è una fotografia sul lavoro dei Club, delle associazioni e dei programmi di attività ad essi collegati, scattata con cadenza annuale grazie al contributo delle associazioni regionali e alla regia di un gruppo di lavoro nazionale coordinato da ARCAT Veneto.

I dati più attuali disponibili – raccolti nel 2016 – risalgono all'anno 2015, anno in cui è stata effettuata l'ultima rilevazione su scala nazionale. Oltre a quello nazionale, esistono anche report regionali recenti tra cui quello della Toscana, che risale all'anno 2013 e quello annuale del Veneto (l'ultimo risalente al 2016).

Lo scopo dell'indagine è quello di conoscere alcuni aspetti dell'attività delle ARCAT, delle ACAT, dei CAT e dei servitori insegnanti del territorio nazionale.

Le Regioni che hanno partecipato a questo report dell'aggiornamento della Banca dati sono 12.

Nel 2016, quindi, sono state raccolte:

- 3 schede ARCAT
- 140 schede ACAT

Ricerca con Istituto Superiore di Sanità

Dall'anno 2017 si è avviato lo sviluppo di un progetto pilota di ricerca con l'Istituto Superiore di Sanità, di valutazione qualitativa e quantitativa sul lavoro dell'approccio ecologico sociale dei CAT su tutto il territorio nazionale, che rileverà l'efficacia dell'intervento, nelle sue valenze di cambiamento comportamentale e culturale e la sua capacità di sviluppare bene sociale e di promuovere salute. Il progetto ha avuto la sua piena realizzazione nel 2019 con la distribuzione, rilevazione e raccolta dei questionari alle famiglie dei membri di Club, questionari costituiti da circa 70 item. Nei primi mesi del 2020 saranno elaborati i dati e saranno presentati ufficialmente i risultati della ricerca.

L'organizzazione delle ARCAT

Le ARCAT sono le associazioni regionali dei Club; hanno un compito organizzativo e 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.

Dai dati rilevati si osserva come i corsi di sensibilizzazione organizzati in Italia siano una trentina, stabili rispetto al 2015; essendo frequentati da una media di 40 persone, si può stimare che nel 2016, in Italia, sono state “sensibilizzate” circa un migliaio di persone.

Il lavoro di rete sembra migliorato in questi anni per quanto riguarda una maggiore collaborazione con le Organizzazioni, gli Enti e le Associazioni del territorio. Rimane insufficiente e critica, in buona parte delle Regioni, la collaborazione con l'Ente Regione (Amministrazione regionale); è buona e stabile in Toscana e in Trentino; si sta sviluppando un inizio di progetti di collaborazione nelle Marche ed in Emilia Romagna, grazie allo svolgimento dei Congressi nazionali dell'AICAT, organizzati in queste regioni; in altre grosse Regioni del Nord come Piemonte e Lombardia la collaborazione continua ad essere praticamente inesistente; in Veneto, negli ultimi anni, si è quasi azzerata la buona cooperazione che si era sviluppata anche con la costituzione di una Consulta Regionale Alcol che aveva prodotto importanti interventi, progetti ed eventi e che è disattiva da alcuni anni; nelle rimanenti Regioni del Centro Sud Italia e delle Isole la collaborazione è insufficiente o inesistente.

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

Le ACAT censite in Italia sono in totale 260, 143 di queste hanno inviato la scheda (55,4% fra tutte le ACAT, 80,5% fra le ACAT associate).

Dalle schede ARCAT si rileva che il numero di CAT presenti nel territorio italiano è di circa 2.000. Considerata la varietà delle situazioni locali e le difficoltà organizzative di alcuni territori, “contare” i Club non è risultato semplice.

In generale negli anni dal 2001 al 2012 i Club, in Italia sono diminuiti del 9%, ed anche la loro densità è passata da un Club ogni 25.000 abitanti circa nell'anno 2005 ad un Club ogni 30.000 abitanti nel 2015. Questa diminuzione è in parte dovuta al peggioramento del rapporto di collaborazione con le reti socio sanitarie dei territori e dal minore investimento delle Istituzioni amministrative in particolare degli Enti Regione. È stato difficile invertire il trend negativo. Dal 2013, grazie all'impegno delle reti delle associazioni dei Club, il numero dei Club si è stabilizzato nel Centro Nord Italia e vi è stata un'implementazione dei programmi nelle regioni del Sud grazie al progetto “Sobrietà insieme nelle reti della salute” finanziato dalla Fondazione con il Sud che ha permesso lo sviluppo di maggiori programmi di Approccio Ecologico Sociale al Sud e di un miglior lavoro di rete. In particolare nelle regioni di Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna e Sicilia.

L'aumento del numero di Club è stato del 15-20%. Tutto il consolidamento del sistema è stato possibile grazie anche all'impegno delle associazioni e dei Club di quei territori, pur rimanendo critico il rapporto con le istituzioni in particolare quelle regionali.

I Club associati come Club degli Alcolisti in Trattamento sono circa un quarto, un quinto del totale.

- Si registra una situazione critica in Calabria dove negli ultimi 15 anni si sono persi gran parte dei Club ma nel 2019, con l'intervento dell'AICAT, grazie al progetto con la Fondazione con il Sud si è lavorato per una buona prospettiva di riorganizzazione e rilancio della rete dei Club.
- In Piemonte i Club si sono dimezzati e anche la Valle d'Aosta è in difficoltà;
- Nelle rimanenti regioni si registrano situazioni sostanzialmente stabili o comunque con lievi decrementi.

Per quanto riguarda la diffusione capillare dei Club si osserva che nel Nord – Est (Friuli Venezia Giulia, Veneto, provincia autonoma di Trento e di Bolzano ed Emilia Romagna) si concentrano più della metà dei Club italiani (1.066), uno ogni 10.922 abitanti.

All'opposto si evidenzia in alcune regioni del Centro Sud una grossa difficoltà nella diffusione dei Club, con un numero di abitanti per ogni Club superiore ai 100.000: la Campania (un Club ogni 216.000 abitanti), la Calabria (un Club ogni 167.000 abitanti), la Sicilia (un Club ogni 158.000 abitanti) ed il Lazio (un Club ogni 136.000 abitanti).

La metodologia Hudoliniana prevede, per la formazione di tutto il sistema, delle Scuole Alcologiche Territoriali (d'ora in poi denominate SAT). Quelle di Primo modulo sono organizzate in 8-10 incontri di 2 ore e sono rivolte alle nuove famiglie appena inserite nei Club; quelle di Secondo modulo composte da 2 incontri di 2 ore ciascuno servono a tutte le famiglie dei Club per approfondire la metodologia; infine quelle di Terzo modulo costituite da 2 incontri di 2 ore ciascuno sono finalizzate alla sensibilizzazione del territorio.

Per quanto riguarda le attività formative si è rilevato che la SAT di primo modulo viene organizzata da tre ACAT su quattro (77-78%), mentre quelle di secondo e terzo modulo da una ACAT su due; in leggero calo rispetto agli anni precedenti, in particolare la SAT di terzo modulo.

Relativamente alla collaborazione con gli altri Enti del territorio risulta che poco più di metà ACAT partecipano a tavoli di lavoro allargati, “piano di zona e dipartimento delle dipendenze”, il Serd e le Alcologie. E' quasi inesistente il rapporto con gli enti regionali a parte un paio di situazioni (regione Toscana e provincia di Trento). Si è andata a sviluppare negli anni una migliore collaborazione con diverse amministrazioni comunali e locali.

Viene confermato anche in questo caso il buon rapporto con le consulte del Volontariato (64-66%).

Le famiglie nel Club

Mediamente nell'anno 2018 hanno frequentato ciascun CAT 8,6 famiglie, mentre le famiglie presenti nel mese di dicembre erano 6,6. Ipotizzando valido questo dato per tutti i Club italiani, è possibile stimare che nel corso del 2018 i 2.000 CAT sono stati frequentati da circa 17.000 famiglie, di cui 2.800 nuove.

Negli ultimi anni il numero delle famiglie sembra essersi stabilizzato.

Rispetto alla numerosità dei Club si evidenzia un 15-17% di CAT “piccoli” (da 2 a 3 famiglie) ed un 6% circa di CAT da moltiplicare (con 12 o più famiglie).

Il servitore insegnante

Il 97% dei Club ha un servitore insegnante. Tale figura è formata attraverso il Corso di sensibilizzazione; ha il compito di far rispettare la metodologia all'interno del Club e di favorire la comunicazione tra i vari membri. Ritenendo valido tale dato per tutti i Club italiani si può stimare che circa 60 Club sono senza servitore insegnante (d'ora in poi SI). Va considerato poi che il 4,6% dei SI dichiara di prestare servizio in due Club e lo 0,5% in più di due Club.

È pertanto possibile quantificare per l'anno oggetto di indagine un “fabbisogno” di 167 SI (per Club privi e per “alleggerire” quei SI impegnati in più Club per un totale sui Club del 8,2%).

Si conferma, dunque, la difficoltà a coinvolgere nei programmi nuovi SI, conseguenza anche dell'organizzazione di un numero insufficiente di corsi di sensibilizzazione.

Tra i SI abbiamo il 45,5% di uomini ed il 54,5% di donne; poco più della metà di questi (53,8%) sono membri di Club. Tra i SI membri di Club prevalgono gli uomini, tra i SI non membri di Club prevalgono le donne. L'età media dei SI è di 53,6 anni. Più della metà dei SI (53,7%) ha un'età pari/superiore ai 55 anni (erano 51,6% l'anno precedente). A conferma del processo di “invecchiamento” dei SI, si consideri che nella rilevazione del 2000 l'età media degli stessi era di 45,2 anni. Il 38,8% circa è SI da più di 10 anni: 123 SI fra questi (l'11,2%) svolgono questo servizio da più di 20 anni. Negli anni è aumentato il numero di SI che svolge servizio a titolo gratuito, mentre sono decisamente diminuiti i SI con rimborso spese (dal 35% al 20%). Il 95,3% dei SI ha

frequentato il Corso di Sensibilizzazione; l'87% partecipa alle giornate di aggiornamento. Tutte le percentuali che si riferiscono all'aggiornamento/formazione stanno crescendo negli anni. Molti SI si sono resi disponibili in attività di insegnamento. Nell'ultimo anno un SI su quattro ha insegnato in una SAT di primo modulo e uno su cinque in una SAT di secondo modulo. Si conferma la difficoltà nell'attivazione di SAT di terzo modulo. Anche in questo caso si nota un leggero peggioramento della situazione rispetto agli anni precedenti.

In generale la buona collaborazione con il servizio pubblico è migliorata passando dal 63% al 69%.

Conclusioni

Riflettendo sui dati, colpisce il notevole numero di persone e famiglie osservate. In un anno passano per i duemila Club italiani più di 17.000 famiglie che si attivano per migliorare la propria salute e, di conseguenza, per migliorare la salute della Comunità locale. Le famiglie, però, sono in leggera ma costante diminuzione. Oltre al calo delle famiglie presenti emergono altri aspetti critici.

Nell'Italia del Sud (ad eccezione della Sardegna) e in alcune regioni del Centro Italia il movimento stenta a radicarsi. In generale è un sistema che sta decrescendo in termini di famiglie coinvolte. Inoltre vengono organizzati un numero insufficiente di corsi di sensibilizzazione e mancano circa 170 SI; questi ultimi stanno invecchiando.

I segnali positivi sono dovuti al fatto che è un movimento molto diffuso e ben radicato nell'Italia del Nord e nell'Italia Centrale; in queste zone basta fare pochi chilometri per trovare un Club. Inoltre è un movimento dai costi bassissimi, come dimostrato dal fatto che i SI fanno servizio per il 90% a livello completamente gratuito, senza nemmeno rimborsi chilometrici. Altro aspetto positivo è la presenza di un processo di formazione permanente, partecipato sia dalle famiglie che dai SI. Infine, nella maggior parte, anche se non ovunque, c'è un buon lavoro di rete e un buon rapporto con il servizio pubblico. Da questa analisi ne deriva la necessità di implementare il lavoro di rete sia per quanto riguarda l'impegno associativo, sia per quanto riguarda l'investimento delle istituzioni pubbliche quali: Governo, Ministeri, Enti regionali e locali e Servizi ed Istituzioni socio sanitarie nella promozione del lavoro dei Club.

Tale metodologia, si è dimostrato, è un intervento efficace nella promozione e protezione della salute e nel cambiamento della cultura sociale.

A tal fine riteniamo importante la concretizzazione della ricostituzione della Consulta Nazionale Alcol come anche proposto dal Ministro della Salute nella relazione al Parlamento dello scorso anno.

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.

FOTOGRAFIA E TABELLA RIEPILOGATIVA DELLE ATTIVITA' ESTERNE SVOLTE DAGLI A.A.

COLLABORAZIONE AREA/REGIONE: BUONA

TOTALE NUMERO GRUPPI: 452

- N 1 RIUNIONI/SETTIMANA: 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 PARROCHIE 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 recuperare 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 alcologici

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.

4. 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 Alcologiche risultano essere inseriti nei Servizi per le dipendenze (Ser.D) nei quali avviene anche la presa in carico 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 Assicuratrici 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 UTILITÀ' - 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

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

5.1. Gli interventi di indirizzo

II 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 alcolologico, 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 alcolologiche 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 alleanze” tra soggetti portatori di interesse e diversi settori della società (amministrazioni centrali e 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 è stata rinnovata per i prossimi tre anni.

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, preliminarmente 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 alcolico, secondo le previsioni della legge 125/2001 art. 5.

L'implementazione del Programma “Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari” nel settore Alcol

Il Decreto del Ministero della Salute del 16 ottobre 2017 rinnovava per ulteriori tre anni le attività della Piattaforma Nazionale Guadagnare Salute.

La Piattaforma Nazionale Guadagnare Salute è istituita presso il Ministero della Salute e risponde all'esigenza di rafforzare l'attuazione dei macro-obiettivi della pianificazione nazionale previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. Per adempiere a tale finalità, la “Piattaforma” formula indicazioni e promuove iniziative finalizzate a favorire nella popolazione l'adozione di stili di vita salutari, secondo le indicazioni del Programma “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari” per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili. La Piattaforma, per il raggiungimento degli obiettivi, opera attraverso l'integrazione delle politiche socio-sanitarie con le politiche relative all'istruzione e alla promozione culturale, allo sviluppo economico, alla tutela dell'ambiente, all'urbanistica, ai trasporti, all'industria, al commercio all'agricoltura, sia a livello centrale che territoriale. A tal fine, la Piattaforma facilita l'incontro delle responsabilità e delle risorse disponibili nel territorio e favorisce lo sviluppo di un approccio intersettoriale alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, secondo i principi della “Salute in tutte le politiche”.

Già da diversi anni, attraverso l'attuazione del Programma “Guadagnare Salute”, si è assistito nel nostro Paese ad un cambiamento radicale della visione e degli approcci in tema di promozione della salute che richiede la partecipazione di molteplici attori e di istituzioni, per agire, sin dalla prima infanzia, in un'ottica di prevenzione di fattori di rischio (tabagismo, abuso di alcol e consumo di sostanze, ecc). Tale cambiamento ha riguardato in primo luogo il mondo sanitario e quello della scuola, consentendo finalmente il consolidamento del concetto di “promozione della salute” come “quel processo che mette le persone e le comunità in grado di assumere decisioni”, e la cui responsabilità non è esclusiva del settore sanitario. Nel contesto scolastico, pertanto, si è passati dal tradizionale concetto di “educazione alla salute” ad un approccio in grado di favorire ambienti scolastici come luoghi di benessere fisico e sociale, in raccordo con le attività di altri servizi rivolti alla popolazione, a partire da quelli sanitari, per sostenere processi di *empowerment* delle comunità e delle organizzazioni in cui le persone vivono quotidianamente.

In questo ambito è di grande importanza il “**Documento di indirizzo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano nazionale della prevenzione 2014-2018**” (GU n.36 del 13-2-2016), prevede l'istituzione di un **Tavolo tecnico congiunto Ministero-Regioni per il coordinamento interregionale delle attività di Health in all policies il cui l'obiettivo è la valorizzazione e promozione di politiche e azioni di promozione della salute e intersectorialità, con particolare attenzione alla scuola**. Pertanto, per promuovere una stabile cooperazione scuola-salute, necessaria per la realizzazione delle azioni e il raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dal PNP, è stato attivato un **Gruppo di lavoro congiunto tra referenti della scuola e della salute**.

Tale gruppo di lavoro ha predisposto il documento condiviso di policy “Scuole che promuovono Salute” che favorisce l'inserimento della promozione della salute come proposta educativa continuativa e integrata nel curriculum formativo degli studenti delle scuole di ogni ordine e grado. Tra gli obiettivi del Programma “Guadagnare salute” è previsto il contrasto all'abuso di bevande alcoliche e la protezione dei minori dai rischi dell'alcol, che richiede cooperazione e coordinamento tra numerosi soggetti e diverse Istituzioni/Amministrazioni. Le campagne di comunicazione e sensibilizzazione possono contribuire a ritardare l'età del primo approccio con le bevande alcoliche e contenere i comportamenti a rischio, anche per evitare gli incidenti stradali alcol-correlati. Obiettivo della comunicazione, per la promozione di stili di vita salutari, è motivare al cambiamento, diffondere empowerment, per far sì che i destinatari dell'intervento assumano spontaneamente atteggiamenti e stili di comportamento salutari.

IL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018

Il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) per il quinquennio 2014-2018, è stato approvato con l'Intesa Stato, Regioni e Province Autonome il 13 novembre 2014, ed è stato prorogato fino a dicembre 2019 con l'Intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 21 dicembre 2017 che prevede anche una eventuale rimodulazione dei Piani Regionali di Prevenzione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione costituisce il documento programmatico sulla base del quale le Regioni, in modo coordinato e nel rispetto di un metodo di lavoro improntato ai principi della progettazione in sanità pubblica, predispongono ed implementano i Piani Regionali di Prevenzione per il quinquennio di interesse, indicando le azioni da realizzare nei loro territori, i tempi e gli indicatori per la valutazione.

E' stata stanziata la somma di 200 milioni di euro finalizzata a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

Il coordinamento dell'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione è affidato al Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria.

Le Regioni hanno recepito il PNP con apposita delibera, adottando i Piani Regionali di Prevenzione. Tutte le Regioni nell'ambito dei Piani Regionali/ Provinciali della Prevenzione hanno attivato programmi volti a ridurre il consumo a rischio di alcol privilegiando in particolare interventi specifici nel *setting* scuola e nei luoghi di lavoro

Gli Obiettivi e gli Indicatori per misurare il progresso della prevenzione sono definiti congiuntamente fra Governo e Regioni. A tale scopo il documento approvato, oltre a definire la *vision* di prevenzione della salute e i principali macro-obiettivi, chiama attivamente le Regioni a seguire priorità e scadenze precise.

In questo PNP si è scelto di individuare pochi macro obiettivi a elevata valenza strategica, perseguibili contemporaneamente da tutte le Regioni, attraverso la messa a punto di piani e programmi che, partendo dagli specifici contesti locali nonché puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, permettano di raggiungere i risultati attesi. I macro obiettivi sono stati individuati e fissati sulla base di queste priorità: ridurre il carico di malattia; investire sul benessere dei giovani; rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive; rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili; considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente.

I **dieci macro-obiettivi** del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione sono: ridurre il carico delle malattie non trasmissibili; prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali; promuovere il benessere mentale di bambini e giovani; prevenire le dipendenze; prevenire gli incidenti stradali; prevenire gli incidenti domestici; prevenire infortuni e malattie professionali; ridurre le esposizioni ambientali dannose; ridurre la frequenza delle malattie infettive prioritarie; attuare il Piano nazionale integrato dei controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Il contrasto del danno alcol correlato nel Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018

La prevenzione dei danni alcol correlati è specificamente contemplata nel PNP in diversi ambiti, infatti i macro obiettivi che individuano nell'abuso di alcol uno dei fattori di rischio che contribuiscono a determinare criticità in termini di salute pubblica, sono essenzialmente quattro:

- MACRO OBIETTIVO “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili”.
- MACRO OBIETTIVO “Prevenire la dipendenza da sostanze”
- MACRO OBIETTIVO “Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti”
- MACRO OBIETTIVO “Prevenire gli incidenti domestici”

Con il PNP 2014-2018 si rinnova l'attenzione focalizzata alla prevenzione delle malattie cronicodegenerative che spesso hanno in comune alcuni fattori di rischio in gran parte correlati a comportamenti individuali non salutari e tuttavia modificabili come abuso di alcol, fumo, dieta non corretta e inattività fisica. La complessità di questo macro obiettivo "Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT" richiede un approccio concettualmente articolato in: 1) strategie di promozione della salute, per definizione orientata all'*empowerment* di comunità e ad azioni svolte in *setting* definiti (scuola, lavoro, ecc.); 2) strategie di prevenzione primaria in gruppi a rischio; 3) strategie di prevenzione secondaria, per l'identificazione di malattie in fase precoce. I tre livelli non sono necessariamente sempre distinti, ma convergono sulla riduzione della frequenza di determinanti di MCNT.

Il PNP, nell'ambito del Macro Obiettivo 1, prevede il raggiungimento di vari Obiettivi Centrali che tutte le Regioni e PPAA devono raggiungere, tra i quali:

- Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment)
- Promuovere l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta
- Ridurre il consumo di alcol a rischio

Percorso di monitoraggio dei PRP

Anno 2014: è stato valutato il recepimento regionale del PNP

- Viene valutata la sussistenza dei requisiti stabiliti nell'Intesa 13 novembre 2014

Anno 2015: è stata valutata la pianificazione del PRP (ex ante)

- Vengono verificati i criteri riportati nella **Griglia di valutazione della pianificazione**

Anni 2016, 2017, 2018: valutazione di processo

- Viene misurato il livello di avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici regionali, attraverso lo scostamento tra valori osservati e standard degli indicatori "sentinella". Tale valutazione avviene annualmente sulla base dei cronoprogrammi regionali, a far data dall'avvio dei PRP

Anno 2019: è stata effettuata la valutazione di risultato

- Viene documentato e valutato, attraverso i valori osservati regionali di tutti gli indicatori centrali, il livello di raggiungimento degli obiettivi centrali. Tale valutazione si effettua a conclusione del periodo di riferimento del PNP.

Contenuti e impianto del PNP 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 prevede 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, questi ultimi formalmente designati dal Coordinamento interregionale della prevenzione. Il gruppo di lavoro, coordinato dall'Ufficio 8 della DG prevenzione, è supportato, per gli aspetti più prettamente scientifici e metodologici, dai referenti dei Progetti CCM a supporto del Piano, tra cui rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità. Per la definizione dei diversi macro obiettivi del Piano sono stati previsti sottogruppi, coordinati dai referenti degli Uffici della DG Prevenzione coinvolti per le specifiche tematiche e composti dai referenti regionali delle aree specifiche. I sottogruppi si avvalgono eventualmente del contributo di esperti o di Gruppi/Tavoli istituzionali

competenti esistenti. In continuità con il PNP 2014-2018, conferma l'impianto e le principali aree di intervento.

Valore aggiunto del PNP 2020-2025 è quello di mettere a fattor comune metodi, strumenti, buone pratiche validati e consolidati negli anni, di rafforzare 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, nonché di individuare e valorizzare la sinergia con i Piani di settore, in particolare, nell'ambito della prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, con il Piano Nazionale Cronicità (PNC) al fine di ridurre la pressione dei fattori di rischio sull'incidenza e la severità delle malattie croniche e di promuovere una più appropriata e completa applicazione dei percorsi assistenziali delle malattie croniche e della fragilità.

Centro Nazionale di Prevenzione e Controllo delle Malattie -CCM

Il CCM aveva approvato, tra le azioni centrali di sostegno alle Regioni per la verifica e valutazione del conseguimento degli obiettivi di prevenzione alcolologica contemplati nel nuovo PNP 2014-2018, il progetto “*SISTIMAL. Sistema di Indicatori per il Monitoraggio dell'impatto alcol correlato*” affidato all'Istituto Superiore di Sanità, per l'Anno finanziario 2016 e rinnovato anche per l'Anno Finanziario 2018. Tali progetti hanno durata di dodici mesi.

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.

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.

5.2. Gli interventi in materia di informazione e comunicazione

Nel corso del 2019 in linea con le indicazioni espresse dalla Legge 125/2001 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati” che prevede diversi interventi da realizzare ai fini della prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie e delle problematiche alcol correlate, e in linea con il Piano Nazionale Alcol e Salute collocato nel Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018, la Direzione Generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali ha realizzato le seguenti iniziative di informazione e sensibilizzazione in materia di contrasto all’abuso di alcol e di problemi alcol correlati:

Realizzazione di un episodio con sceneggiatura sul tema della prevenzione dei danni derivanti dall’abuso di alcol per la serie TV “Che Dio ci aiuti 5”.

Alla luce dei risultati positivi realizzati negli anni precedenti con il format della “fiction tv”, che ha registrato ascolti superiori ai 3.500.000 di telespettatori a serata, si è ritenuto di collaborare nuovamente con la produzione tv della quinta serie “Che Dio ci aiuti”, veicolando un messaggio di prevenzione sui rischi dell’abuso di alcol. L’episodio è andato in onda nel febbraio 2019 con uno share del 25% e 5 milioni di telespettatori.

Alcol Prevention Day (APD 2019)

Anche quest’anno, come per le passate edizioni, la Direzione ha sostenuto l’edizione *dell’Alcol Prevention Day 2019*, che si è tenuta il 15 maggio 2019 a Roma presso l’Istituto Superiore di Sanità. L’evento è stato organizzato in collaborazione con l’Osservatorio nazionale alcol, con la Società Italiana di Alcolologia, l’Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento ed Eurocare.

Sempre nell’ambito dell’Alcol Prevention Day si è svolta la “Alcol Prevention Race” (gara non competitiva) in concomitanza con la ROMA APPIA RUN, con la distribuzione di materiali informativi per la prevenzione dell’abuso dell’alcol nelle giovani generazioni, promossa dal Ministero della Salute e dall’Istituto Superiore della Sanità. La gara ha visto la partecipazione di 7000 atleti.

Campagna di comunicazione contro l’abuso di alcol “Alcol? Anche meno”

Nel corso del 2019 lo scrivente Ufficio ha avviato la realizzazione di una campagna di comunicazione con l’obiettivo di prevenire i rischi e le malattie alcol-correlate. Il target di riferimento sono i giovani (18 – 24 anni), pertanto la campagna è destinata alla diffusione principalmente sul canale Instagram del Ministero e anche sugli altri canali social (Facebook e Twitter). Si compone principalmente di 4 “stories Instagram” e ha come obiettivo primario quello di attivare processi di consapevolezza capaci di contrastare l’abuso di alcol utilizzando un codice comunicativo verbale e visivo in uso tra i giovani. Anche il *claim* della campagna “Alcol? Anche meno” ha un tono ironico e apparentemente leggero, ma le immagini finali che lo accompagnano sono volte a produrre un forte impatto emotivo sulle conseguenze derivanti dall’abuso di alcol.

Materiali informativi

Lo scrivente ufficio ha prodotto, in collaborazione con l’Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell’Istituto Superiore di Sanità, numerosi materiali informativi ideati per le differenti tipologie di target (minori, adolescenti, donne in attesa di un figlio, famiglie e associazioni). Tale materiale è stato distribuito nel corso del 2019 anche in eventi nel quale era presente il Ministero della Salute. I materiali informativi di cui sopra sono possono essere scaricati dal sito <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd18>.

Tra i vari materiali informativi volti a sensibilizzare la popolazione ed, in particolare, i giovani sull'importanza di non bere quando ci si deve mettere alla guida, si è provveduto all'acquisto di **alcol test** con il claim **“Non rovinarti la serata e la salute! Scopri gli effetti dell'alcol su salute.gov.it – Campagna a cura del Ministero della Salute”**.

Infine nel corso del 2019 è stata promossa la campagna **“C'è chi beve e chi si diverte. E tu?”** su alcune riviste militari. Nello specifico l'immagine stampa è stata pubblicata su “Il Carabiniere”, “Polizia Moderna” e “Noi Vigili del fuoco”.

5.3. 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 alcol e guida**". La Regione Piemonte, in previsione della seconda Conferenza Nazionale Alcol che si terrà nel mese di Ottobre 2020 a Roma, ha chiesto ed ottenuto una proroga di sei mesi in modo da giungere alla elaborazione di un documento di consenso sulla tematica predetta.

Nella parte terza di questa relazione sarà descritto il progetto in itinere.

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 2020. 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**".

5.4. 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 relazione all'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Ministro della Salute ha acquisito dal Direttore Generale OMS e dall' Ufficio Regionale EURO dell'OMS, la certificazione internazionale dell'accreditamento dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità come Centro Collaboratore dell'OMS (WHO-CC) per la promozione della salute e per la ricerca sull'alcol, quale struttura internazionale di riferimento per il periodo 2017-2021. Ciò ha assicurato la costante presenza e collaborazione delle competenze del Ministero della Salute alla promozione e al coordinamento alle attività formali dei principali *steering group* e gruppi di lavoro europei ed internazionali insediati nell'Head Quarter di Ginevra e dell'Ufficio Regionale EURO (Copenaghen e Mosca).

In tali ambiti, si sono svolte numerose attività inserite nel piano di lavoro quadriennale 2017-2021 (http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=ITA79&cc_code=ita&institution_full_name=istituto%20superiore&), alle quali è stata garantita, da parte del WHO-CC, la qualificata partecipazione formale negli ambiti di consulenza e supporto tecnico-scientifico per le priorità di *Public Health* globali.

Durante 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 (EAAP, Piano di Azione Europeo sull'Alcol 2014-2020), come richiesto dalla risoluzione EUR/RC61/R4, e di cui l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS, in collaborazione con il gruppo consultivo di esperti europei, ne ha curato la revisione delle analisi pubblicate dall' OMS. In tale contesto sono stati incorporati 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 nazionali a quelli

europei ed internazionali e partecipando quindi attivamente alla realizzazione dello standard condiviso a livello mondiale.

Il Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa ha raccomandato anche, per il 2019, agli Stati membri della regione europea di utilizzare l'EAAP per formulare o, se del caso, riformulare le politiche nazionali in materia di alcol e i piani d'azione.

L'OMS curerà il monitoraggio dei progressi compiuti dagli Stati Membri, l'impatto e l'attuazione nazionale del piano d'azione europeo.

Sempre nell'area del monitoraggio epidemiologico e dell'impatto delle *alcohol policy* il WHO CC dell'ISS ha assicurato l'attività di consulenza richiesta all'Italia dall'OMS per le attività congiunte con la Commissione Europea **“MOPAC. Monitoring of national policies related to alcohol consumption and harm reduction”** (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/activities/monitoring-of-national-policies-related-to-alcohol-consumption-and-harm-reduction-mopac>), garantendo per tutti gli Stati membri la disponibilità di reporting di valenza europea sullo stato di avanzamento nei settori prioritari.

In tale ambito, il gruppo congiunto, costituito dall'Osservatorio Nazionale Alcol-Centro Collaboratore OMS e dall'Ufficio per la Prevenzione delle Dipendenze, Doping e Salute mentale del Ministero della Salute, ha fornito i dati per la produzione dello **“Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019”** (<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>) e del **“Fact sheet on alcohol consumption, alcohol-attributable harm and alcohol policy responses in European Union Member States, Norway and Switzerland”** (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/386577/fs-alcohol-eng.pdf?ua=1).

A seguito della collaborazione tra OMS e Commissione Europea, ed in virtù del ruolo conferito dalla DG SANTE e dall'Ufficio Regionale OMS EURO all'Osservatorio Nazionale Alcol-WHO CC dell'ISS, questa ha assicurato la propria collaborazione alla valutazione europea di **“Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic 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).

Nel corso del 2019, attraverso la nomina richiesta dall'OMS al Ministero, il WHO CC dell'ISS ha garantito la partecipazione alla consultazioni pubbliche dell'OMS organizzate in Svezia (Stockholm 21-22 gennaio 2019), Portogallo (Oporto, 28-29 gennaio 2019) e Repubblica Ceca (Praga 30 settembre-1 ottobre), per la discussione della *road map* di rinnovo ed estensione della **Global Alcohol strategy** da sottoporre all'Assemblea Mondiale della Sanità del Maggio 2020 e dell'**European Alcohol Action Plan** nel contesto dei **Sustainable Development Goals** del 2025 (**“European Region Consultation on the implementation and achievements of the WHO European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012–2020”** (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/411416/Report_European-Region-Consultation-for_MS-and-CSO-on-EAPA_ENG_final.pdf?ua=1)).

A dicembre 2019, attraverso la richiesta di nomina al Ministero dell'HQ OMS di Ginevra, il WHO CC in ISS ha assicurato la richiesta partecipazione al **“ Meeting of technical experts on priority areas to reduce the harmful use of alcohol”** (https://www.who.int/docs/default-source/alcohol/scope-and-purpose-alcohol-dec-2019.pdf?sfvrsn=6d4f9197_4) per la discussione delle attività future che il Direttore Generale OMS è richiesto di porgere in Assemblea Mondiale di

Sanità e al “**Meeting of technical experts on public health responses to cannabis use**” (<https://www.who.int/news-room/events/detail/2019/12/18/default-calendar/meeting-of-technical-experts-on-public-health-responses-to-public-health-risks-associated-with-cannabis-use-and-cannabis-use-disorders>) organizzato dal Department of Mental Health and Substance Use come follow dell’expert meeting del 2015 per la pubblicazione OMS “The health and social effects of nonmedical cannabis use (WHO, 2016).

Il Ministero della Salute, attraverso l’Osservatorio Nazionale Alcol dell’ISS, ha proseguito anche nel 2019 la partecipazione governativa Italiana per la consulenza esperta tecnico – scientifica nello “**Standing Committee on National Alcohol Policies and Action - CNAPA**” della Commissione Europea – Direzione Generale V, DGSANCO/DGSANTE, a Lussemburgo. In tale contesto, ed in qualità di organismo esperto di nomina in DG SANTE, ha garantito la partecipazione alla *joint initiative* **FYFA: 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.

Facendo seguito alla EU Joint Action RARHA (Reducing Alcohol Related Harm), la CHAFEA ha richiesto, per conto della Commissione Europea e della DGSANTE, la seconda indagine europea dell’**European Alcohol survey** attraverso il contratto di servizio **DEEP SEAS (Developing and Extending Evidence and Practice from the Standard European Alcohol Survey)** gestito e svolto per l’Italia dall’Osservatorio Nazionale Alcol dell’ISS, in coordinamento operativo e partnership consortile tra le principali istituzioni europee (<https://www.deep-seas.eu/> Call for tenders Chafea/2017/Health/01 concerning the EU dimension of alcohol related harm – to follow-up the results of the 1st Standardised European Alcohol Survey (SEAS) and on the basis of this work and of other sources to strengthen Member States' capacity to tackle alcohol related harm". FCRB (DEEP SEAS)Contract n° 20177113 - Chafea2017/Health/01).

E’ stata avviata nel 2019 anche FAR SEAS: Fetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after SEAS - Standard European Alcohol Survey (https://ec.europa.eu/chafea/health/newsroom/news/22102019/index_en.htm), concernente the EU dimension of alcohol related harm – piloting brief interventions to reduce the risk of FAS/FASD (Fetal Alcohol Syndrome / Fetal Alcohol Spectrum Disorders), di supporto agli Stati Membri nel contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol. Per entrambi 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.

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** per alcol, droga e altre dipendenze, 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** di piani, azioni e strategie di prevenzione nazionali e europee, consulenza tecnico-scientifica, produzione e validazione di 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 ISS-Ministero della Salute provvederanno a fornire dati formali e valutazioni esperte 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”**

Infine, il Centro OMS ITA79 e l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS hanno garantito, in qualità di infrastrutture di riferimento europee, la revisione di linee guida acquisite dalla Commissione Europea e dagli Stati Membri e di **“guidance”** per *tool-kit* e *good practices* specifiche di settore già acquisite anche a livello nazionale dalle Società Scientifiche (<http://www.sinu.it/public/pdf/GP-low-risk-alcohol-drinking.pdf>), traslando tale esperienza nelle nuove linee guida nazionali sul consumo di alcol condivise dal CREA nel dicembre 2019 (http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=652).

PARTE TERZA

PROGETTO NAZIONALE ALCOL

Progetto Nazionale di Valutazione e monitoraggio delle politiche e delle azioni sanitarie e sociali in tema di alcol e problemi alcol correlati.

Nel corso del 2019 si sono condotti una serie di incontri con il sottogruppo tecnico sub area dipendenze delle Regioni e Province Autonome e con il Ministero della Salute con l'obiettivo di produrre documenti condivisi di consenso o, in subordine, documenti di analisi che individuino i nodi problematici su cui lavorare. È stata anche discussa e condivisa la modalità di lavoro prevista per il raggiungimento dell'obiettivo. Il gruppo della sub area dipendenze ha individuato un sottogruppo di regioni che lavorassero insieme alla regione capofila per individuare i temi e il metodo di lavoro, riportando alle riunioni plenarie i risultati per la decisione definitiva.

I temi su cui si è concordato di lavorare, tenendo conto sia della priorità dell'argomento (temi impostisi alla discussione da esigenze operative, quali aumento della domanda, o da leggi), sia della fattibilità nel raggiungimento dell'obiettivo, e quindi temi su cui esistesse già una base di discussione ampia su cui si ritenesse possibile una convergenza tra i diversi attori, sono i seguenti:

1. Alcol e guida;
2. Prevenzione. Lavoro con le scuole. Pratiche che hanno riscontro di efficacia;
3. Rete dei curanti;
4. Formazione degli operatori;
5. Giovani: approcci innovativi di reclutamento/avvicinamento.

La progettualità del 2019, relativa alla tematica “Alcol e Guida”, si è posta in continuità con i risultati conseguiti negli anni precedenti e, in virtù della proroga di sei mesi concessa dal Ministero della Salute, presenterà i risultati nel corso della Conferenza Nazionale Alcol che si terrà ad ottobre 2020.

Per la tematica “Prevenzione. Lavoro con le scuole. Pratiche che hanno riscontro di efficacia” si è proceduto come segue: per quanto riguarda la prevenzione, il progetto ha censito 313 progetti o iniziative nelle regioni rispondenti (solo quattro regioni non hanno risposto: Lazio, Molise, Puglia e Sicilia). In molti casi si tratta di progetti iniziati negli anni precedenti e che continuano nel 2016. Le Regioni hanno spesso menzionato il loro Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 come punto di partenza, per poi citare progetti e azioni più particolari e locali.

Sotto il profilo della rilevanza geografica in generale la maggior parte dei progetti è di valenza locale (n=192): in alcuni casi sono una declinazione di progetti originariamente nazionali e/o regionali (n=56). Nei restanti casi non è possibile risalire alla rilevanza geografica. Nella varietà dei progetti indicati, due in particolare meritano di essere segnalati, perché accompagnati da evidenze di efficacia e di rilevanza nazionale e internazionale: il progetto “UNPLUGGED”, risultato di una sperimentazione europea, (<http://www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia/>) che ha visto l'adesione da parte di 8 regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana, Umbria) e il progetto “LifeSkills Training Program” (LST: <http://lifeskillstraining.com/index.php>), adottato da 2 regioni (Calabria e Lombardia), sviluppato negli Stati Uniti. Emerge l'importanza e la crescita di progetti “peer to peer” e l'utilizzo di nuove metodologie, quali il teatro (Friuli Venezia Giulia e Piemonte – ASL TO3) e la radio (Piemonte – ASL TO5) come forma di educazione e promozione di stili di vita salutari, e di nuovi strumenti come i “social network”, attraverso la creazione ad hoc di pagine facebook e blog (Liguria, P.A. di Bolzano, Piemonte – ASL TO5, Toscana).

Sotto il profilo del target di riferimento, Il target principale sono i giovani (n=146) con particolare riferimento alla popolazione scolastica (106 di quelli rivolti ai giovani), seguiti dai lavoratori e

infine dalla popolazione generale. Vi è una particolare attenzione anche ad altri target, come le donne in gravidanza, in allattamento e neomamme (in 5 regioni) e i detenuti (3 regioni), e un'estensione dell'ambito della prevenzione a contesti particolari, come il settore sportivo (P.A. di Trento) o presso comunità etniche definite, come quella peruviana (Regione Toscana).

Sotto il profilo dell'area tematica prevalgono le iniziative di prevenzione dove non sono esplicitati aspetti specifici (n=212) seguite da quelle che riguardano i temi alcol e guida e alcol e lavoro(n=100).

È stata analizzata anche la gestione che può essere intesa in due modi: la gestione economica (chi finanzia) e la gestione pratica (chi coordina). Riguardo la gestione economica, al momento risulta difficile poter estrapolare dei dati significativi in quanto nella quasi totalità dei casi il dato non risulta presente o poco chiaro. Nei pochi casi dove è stata segnalata, prevale la parte pubblica, fatto dovuto in buona misura alla fonte dei dati forniti. Per quanto concerne invece la gestione pratica, è prevalentemente a cura di entità pubbliche territoriali. Importante segnalare la volontà di voler creare una rete di collaborazione trasversale con i vari attori coinvolti nel panorama di riferimento del progetto (per esempio: esercizi commerciali, scuole guida, Prefettura, Polizia Locale).

La ricognizione ha evidenziato la estrema frammentazione e dispersione degli interventi effettuati, dei metodi utilizzati e delle modalità di rendicontazione e reportistica ravvisando la necessità sia di individuare modelli di reportistica che rendessero comprensibili, trasparenti e confrontabili i progetti e gli interventi sia di individuare punti di consenso tra le regioni sulla progettualità degli interventi.

In considerazione di tali aspetti e tenendo conto di criteri di fattibilità rispetto alla tempistica dettata dalla convocazione della conferenza, della volontà del Ministero di porre particolare attenzione al tema dei giovani nella conferenza nazionale, di quanto contenuto nel redigendo Piano Nazionale Prevenzione nei programmi predefiniti PP1 "Scuole che promuovono salute" e PP4 "Dipendenze", si è convenuto tra i diversi attori partecipanti alla fase di progettazione di circoscrivere, all'interno del più ampio argomento della prevenzione, la discussione alla prevenzione nel setting scolastico che tra l'altro concentra in maniera rilevante le risorse dedicate alla prevenzione sia dei Dipartimenti per le Dipendenze sia dei Dipartimenti di Prevenzione.

Alcol e guida

Il progetto 2017 ha raccolto il materiale prodotto dalle Regioni e Province Autonome sul tema alcol e guida sia attraverso richiesta diretta alle Regioni e Province Autonome sia attraverso la ricerca del materiale presente in rete relativo all'argomento su esplicito invito di alcune Regioni che non hanno fornito direttamente il materiale sia, dove non sia stato reperito materiale regionale, si è provveduto a raccogliere materiale presente sui siti delle singole ASL. Di seguito riportiamo una disamina del materiale relativo alle Commissioni mediche locali, ai Servizi delle dipendenze e alla collaborazione, ove siano presenti documenti in merito, tra le due agenzie.

Hanno risposto alla richiesta di invio dei materiali pertinenti o il materiale è stato reperito in rete autonomamente a cura dell'ente strumentale esecutore del progetto 13 regioni e province autonome. Basilicata, Valle d'Aosta, Marche, Piemonte e la Sardegna non hanno prodotto documenti regionali. La Valle d'Aosta e la P.A. di Bolzano hanno prodotto un protocollo con le Forze dell'Ordine sulla determinazione d'urgenza presso il DEA. Nel caso del Piemonte e della Sardegna è stato possibile reperire la documentazione prodotta da alcune ASL. In Piemonte una delle nove Asl che hanno risposto ha elaborato un protocollo, interno al Ser.D., molto dettagliato, del percorso cui accede il conducente inviato dalla CML, mentre nelle altre Asl viene descritto il contenuto di alcune attività, quali i corsi di sensibilizzazione organizzati. Nel caso delle due ASL della Sardegna che hanno risposto, il protocollo, interno al Ser.D., entra nel dettaglio del percorso del paziente inviato in autonomia dalla CML.

In totale sono state analizzate 20 procedure. Dalla lettura e dal confronto dei provvedimenti reperiti emergono alcune considerazioni che vengono di seguito proposte alla riflessione.

Collaborazione CML/Ser.D. In sei casi la procedura riguarda la collaborazione tra CML e Ser.D., in nove casi riguarda solo il Ser.D. o solo la CML, in quattro casi riguarda la sola presenza dell'alcolologo in CML, in tre casi riguarda unicamente le procedure cui attenersi per gli accertamenti d'urgenza richiesti dalle forze dell'ordine (tabella 1).

Livelli di rischio. In cinque procedure sono individuati i livelli di rischio e descritti i criteri in base ai quali classificare i conducenti. Come si può vedere dalla tabella 2 la numerosità dei livelli di rischio è molto diversa e i criteri sono, di conseguenza, articolati in maniera differente.

Invio al Ser.D. per accertamenti. In undici procedure è descritto l'invio al Ser.D. per gli accertamenti. In due procedure tutti i soggetti vengono inviati preliminarmente al Ser.D., per l'accertamento. In un caso vengono inviati tutti soggetti al Ser.D. per il colloquio informativo, mentre vengono selezionati i soggetti da inviare per esami e colloqui. Nei casi restanti i soggetti da inviare sono selezionati in base a criteri che in sette casi sono esplicitati. Come si vede dalla tabella 3 i criteri sono diversi e articolati in maniera differente nelle diverse procedure.

Accertamenti. In nove procedure sono descritti nel dettaglio gli accertamenti cui sottoporre i conducenti. L'elenco, anche in questo caso, come si vede dalla tabella 3, non è allineato tra le diverse procedure.

Rinnovo patente. In sette procedure sono esplicitate le decisioni da prendere in ragione della classificazione del conducente. In conseguenza della difformità dei livelli di rischio e dei criteri per classificare i soggetti nelle diverse categorie si osserva una differenza nelle casistiche descritte (tabella 4).

Percorso presso il Ser.D. In quattordici procedure sono descritti i percorsi di cui usufruisce il conducente. Si va dal counseling breve effettuato dall'alcolologo durante la seduta della CML alla descrizione del trattamento del soggetto presso il Ser.D. In tre procedure è descritto un percorso differenziato in base alla gravità (tabella 5).

Equipe dedicata. In due procedure è prevista la costituzione di una equipe appositamente dedicata alla consulenza ai conducenti segnalati dalla CML. Il Servizio di Alcologia interviene solamente in caso di invio per trattamento. In una procedura è esplicitato che lo specialista che effettua la consulenza debba essere diverso da quello che ha in trattamento il soggetto, qualora il conducente sia già in carico al Servizio (tabella 6).

Modulistica. In quattro procedure sono previsti i moduli da utilizzare nell'ambito del percorso di consulenza (tabella 6).

Corso. In dieci procedure viene previsto un corso. In otto casi vengono descritti i contenuti del corso con livelli di approfondimento molto differenziati (tabella 7).

Emerge quindi un quadro molto differenziato. Solo alcune Regioni o PA hanno elaborato procedure al livello regionale. Le procedure consultate evidenziano molteplici differenze che fanno sì che i conducenti siano sottoposti a percorsi molto differenziati, con livelli di approfondimento molto diversi e utilizzando criteri di classificazione non uniformi.

È evidente che, in questo caso, la autonomia regionale, sancita dalla normativa, ha prodotto una disuguaglianza di trattamento tra i cittadini in base alla residenza, legata a diversità nelle procedure che non trovano sicuramente riscontro in evidenze di efficacia nella letteratura scientifica. Il tutto complicato ulteriormente dal fatto che le Commissioni Mediche Locali (CML) provinciali dipendono dal Ministero dei Trasporti e non dalle Regioni.

Anche in questo caso, in considerazione degli aspetti sopra descritti, in particolare ritenendo non modificabili i rispettivi ambiti di autonomia e tenendo conto di criteri di fattibilità rispetto alla tempistica dettata dalla convocazione della conferenza si è deciso di circoscrivere il campo su cui giungere a documenti di consenso al tema della certificazione da parte dei Dipartimenti delle dipendenze nei suoi diversi aspetti.

Fase operativa del progetto

La fase di progettazione e condivisione con i diversi attori coinvolti nelle attività è risultata complessa e impegnativa e si è articolata nel corso del 2019, nella partecipazione alle riunioni mensili del gruppo tecnico interregionale della sub area dipendenza, alle ulteriori riunioni

intercorrenti del sottogruppo specifico per la conferenza nazionale alcol definito dal gruppo tecnico, dal coordinamento con la regione Emilia-Romagna per allineare i progetti in corso e i relativi gruppi di lavoro con il progetto dell'annualità successiva. Tutto ciò ha incluso la riscrittura del progetto ex-novo con la necessità di sottoporre il nuovo accordo di collaborazione all'approvazione del Ministero la cui registrazione è avvenuta a gennaio 2019. La fase operativa è stata pertanto avviata concretamente a inizio 2020, avendo di necessità rinviato le attività e iniziative (inclusi i workshop) già programmati per novembre e dicembre 2019.

Si è condiviso con le regioni e il ministero il metodo di lavoro da attuarsi con modalità che permettano di avere un effettivo contributo di coloro che da anni lavorano sul tema attraverso l'utilizzo di tecniche partecipate.

La partecipazione è ormai una prassi auspicata in diversi ambiti istituzionali: tra le opportunità che offre vi sono lo sviluppo di comunità, il ruolo attivo di ciascun attore, le reti, la coesione sociale, il rapporto di fiducia tra amministrazioni, servizi e cittadini. In tempo di crisi, non solo economica, ma anche di fiducia nei confronti delle istituzioni, la sua funzione è ancora più strategica: garantisce infatti una maggiore aderenza delle misure adottate ai bisogni della popolazione e un maggiore consenso da parte di questa alle decisioni prese, fornendo un contributo decisivo all'efficacia dei programmi.

Mettere in pratica la programmazione partecipata significa però anche trovarsi di fronte a un elevato grado di complessità che comprende ostacoli diversi, tra i quali la mancanza di un linguaggio comune e di pratiche di lavoro condivise, le differenze di potere e di influenza, la difesa dei propri ambiti di potere e di interesse. Per questo, al di là degli intenti, è ancora una pratica poco diffusa, anche perché richiede forti investimenti di tempo e competenze specifiche per la rilevazione dei bisogni, la gestione dei gruppi, la ricerca di consenso. Tale pratica è ancora trovata con maggiore resistenza tra i professionisti della salute e i programmatori dei servizi.

I passaggi operativi prevedono un workshop, uno per ciascuno dei due temi, organizzato con metodi partecipati, con la partecipazione di 20-40 persone individuate tra coloro che, nelle diverse Regioni e Province Autonome e altre istituzioni competenti, hanno realizzato attività sul tema (panel di esperti). Seguirà la stesura di una prima bozza di documento di sintesi che sarà condivisa con il gruppo. Si passerà quindi alla fase di integrazione, revisione e accordo sul documento con il panel di esperti da realizzarsi con lavoro a distanza. Quindi si appronterà la stesura condivisa del documento finale. Verrà, quindi, organizzato un evento finale con la partecipazione dei due gruppi per la condivisione e approvazione dei risultati. Il tutto coordinato oltre che dal referente scientifico del progetto dai facilitatori, esperti nell'utilizzo di tecniche partecipate, appositamente individuati.

Tutto il lavoro verrà supervisionato e monitorato da una cabina di regia composta dalle regioni capofila delle due annualità di progetto e dalla regione coordinatrice del gruppo tecnico della sub area dipendenze, dal Ministero della Salute e dai facilitatori.

I workshop iniziali di avvio lavori con gli esperti regionali e delle varie istituzioni e associazioni coinvolte sono stati fissati in data 21 febbraio 2020 per "Prevenzione nel setting scolastico" e in data 3 febbraio 2020 per "Alcol e guida", seguirà la predisposizione di un documento di lavoro su cui si lavorerà a distanza nei mesi successivi, prevedendo di avere un documento in avanzata fase di elaborazione per giugno-luglio che verrà condiviso discusso e approvato in un ulteriore evento a settembre 2020 licenziando il documento da presentare in conferenza.

Gli esperti individuati provengono da tutte le regioni e province autonome con una eccezione che non è escluso si possa recuperare in corso d'opera, integrati da esperti segnalati dal Ministero della Salute su indicazione di Ministeri, enti di ricerca e istituzioni varie quali associazioni e società scientifiche.



181250124040