

**Tab. 11 - COMPORTAMENTO ALLA GUIDA DOPO AVER CONSUMATO ALCOLICI SECONDO L'ETÀ (val.%)
ANNO 2011 - CONFRONTO ANNI 2011-2010-2009 PER TOTALI TUTTE LE ETÀ**

Comportamento	Anno 2011			Totale 2011	Totale 2010	Totale 2009
	18-29 anni	30-44 anni	45-69 anni			
Non se ne preoccupa perché non è un bevitore abituale	26,1	40,2	52,9	43,8	50,7	47,1
Limita il consumo di alcol	49,6	45	37,3	42,1	37,4	36,9
Non limita il consumo, ma si assicura che qualcuno guidi	22,5	13,7	8,9	13	10,1	14,8
Non limita il consumo di alcol	1,8	1,1	0,9	1,1	1,8	1,2
Totale	100	100	100	100	100	100

Fonte: -Rapporto Aci - Censis Servizi 2011

-Rapporto Aci - Censis Servizi 2009

Cresce infatti in maniera significativa in tutte le fasce di età dal 2009 la quota di coloro che affermano di aver scelto responsabilmente di limitare il consumo di alcolici in funzione della guida, pari nel 2011 al 42,1% degli intervistati.

Fra le persone con meno di 30 anni ha scelto questo comportamento prudente il 49,6% degli intervistati, percentuale più alta di quella rilevata nella fascia di età 30-44 anni (45%) e molto più alta di quella rilevata nella fascia di età 45-69 anni (37,3%).

Solo l'1,1% degli intervistati ammette di non limitare il consumo di alcol in funzione della guida.

Le percentuali più alte di tale comportamento a rischio si riscontrano tra i giovani al di sotto dei 30 anni (1,8%); quelle più basse si riscontrano tra le persone di 45-69 anni (0,9%).

Il Sistema di sorveglianza Passi, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e relativo all'utenza delle ASL delle 21 Regioni e P. A. italiane, rileva i dati relativi alla frequenza della guida sotto l'effetto dell'alcol riferita da intervistati non astemi di 18-69 anni che hanno viaggiato in auto sia come conducenti sia come persone trasportate.

Secondo i dati del Sistema PASSI nel 2011 il 9 % degli intervistati ha dichiarato di aver guidato negli ultimi 30 giorni l'auto o la moto dopo aver bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche.

Questa percentuale conferma il trend in diminuzione rilevabile nel corso dell'ultimo quadriennio, dove le percentuali erano, rispettivamente, 9,9 % nel 2010, 10,5% nel 2009 e 11,8% nel 2008 . Il trend in diminuzione è rilevabile in ciascuna delle 3 macro aree geografiche (graf. 20 a) .

Guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere un comportamento sensibilmente più diffuso tra i maschi (13%) che tra le femmine (3%) e nelle classi di età più giovani (25-34 anni) rispetto a quelle più anziane.

In tale comportamento non sembrano incidere in maniera rilevante il livello di istruzione ed il reddito.

Considerando l'intero quadriennio 2008-2012, la media delle persone che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è del 10%.

Fra i giovani di 18-25 anni intervistati nell'ambito del Sistema PASSI nel corso del quadriennio 2008-2011 (oltre 10.000), mediamente il 12% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, media che, pur non superando di molto quella relativa a tutte le età, assume una gravità particolare, dato il maggior rischio di incidenti cui sono esposti i giovani.

Tra i soggetti di 18-21 anni, per i quali la normativa attualmente in vigore prevede il divieto assoluto di assumere alcol prima di guidare, la media di coloro che contravvengono a tale divieto è risultata di circa il 10%, con implicazioni ancora più gravi che riguardano, oltre alla esposizione ad un grave rischio, anche la violazione della legalità.

Il confronto interregionale presenta differenze significative, ed è individuabile un gradiente Nord-Sud, benché con qualche significativa eccezione, con valori che vanno da un minimo del 4% (Regione Basilicata) a un massimo del 11% (Regione Sardegna) (graf. 20 b).

Prendendo in considerazione i dati rilevati nel quadriennio 2008-2011, le percentuali più elevate di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol si riscontrano nella popolazione delle ASL di Friuli V. Giulia (13,50%), Lombardia (12,52%), Valle D'Aosta (12,08%), Sardegna (11,87%), Veneto (11,84).

Le percentuali più basse si riscontrano al Sud, in Campania (6,15%), Sicilia (7,25%), Puglia (8,51%) e Basilicata (8,56%); ma anche nella Provincia A. di Bolzano si presentano percentuali basse, molto vicine a quelle della Sicilia (7,66%).

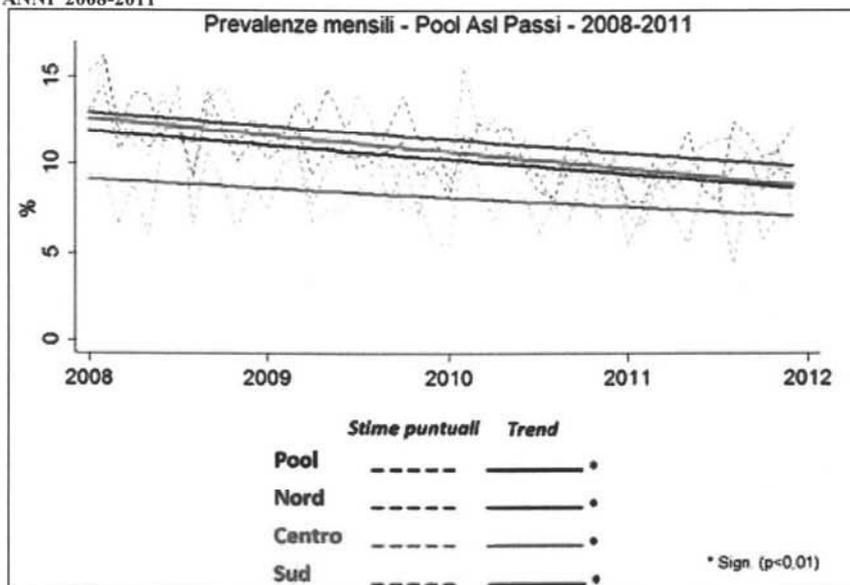
Nel 2011 il 34% delle persone intervistate riferisce di aver avuto negli ultimi 12 mesi almeno un controllo da parte delle Forze dell'Ordine e il numero di controlli è stato in media superiore a 2, con differenze statisticamente significative tra le diverse Regioni. La percentuale più bassa di controlli si registra in Basilicata (20%) e quella più alta in Molise (54%).

Solo il 12% di coloro che hanno avuto tali controlli riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest. Tale percentuale è peraltro superiore a quella rilevata nel 2010 (11%).

Le percentuali dei soggetti sottoposti al controllo con l'etilotest aumentano con il diminuire dell'età, dal 6% dei soggetti di 50-69 anni al 23% di quelli di 18-24 anni, e sono maggiori tra gli uomini rispetto alle donne.

Il confronto tra le Regioni fa emergere differenze significative nella somministrazione di etilotest da parte delle Forze dell'Ordine, con un *range* che va dal 4% di soggetti controllati in Valle d'Aosta al 17% nella Regione Molise.

Graf. 20 a - TREND DELLA GUIDA SOTTO L'EFFETTO DELL'ALCOL - POOL ASL (%) ANNI 2008-2011



Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2011

Graf. 20 b - GUIDA SOTTO L'EFFETTO DELL'ALCOL NELLE REGIONI E P.A. -POOL ASL (%) - ANNO 2011



Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2011

Le diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili

Nell'anno 2010 il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili è stato di 83.892 (87.287 nel 2009), di cui 65.299 (77,8%) riferite a maschi e 18.593 (22,2%) riferite a femmine (tab. 12a).

Tab. 12 a - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI (*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNO 2010

Diagnosi di dimissione (*)		Valore assoluto			Valore percentuale		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	3.338	821	4.159	80,3%	19,7%	5,0%
303	Sindrome di dipendenza da alcol	17.087	5.744	22.831	74,8%	25,2%	27,2%
305.0	Abuso di alcol	6.847	2.823	9.670	70,8%	29,2%	11,5%
357.5	Polineuropatia alcolica	1.294	295	1.589	81,4%	18,6%	1,9%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	369	33	402	91,8%	8,2%	0,5%
535.3	Gastrite alcolica	403	141	544	74,1%	25,9%	0,6%
571.0	Steatosi epatica alcolica	4.829	1.520	6.349	76,1%	23,9%	7,6%
571.1	Epatite acuta alcolica	2.177	540	2.717	80,1%	19,9%	3,2%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	25.607	6.007	31.614	81,0%	19,0%	37,7%
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	3.151	603	3.754	83,9%	16,1%	4,5%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	5	5	10	50,0%	50,0%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcol	192	61	253	75,9%	24,1%	0,3%
Totale		65.299	18.593	83.892	77,8%	22,2%	100,0%

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Complessivamente il numero delle dimissioni ospedaliere che presentano le suddette diagnosi (tanto in causa principale di ricovero che nelle cause successive) ammonta a 74.580 (77.525 unità nel 2009).

Questi dati, che si riferiscono tanto al regime di ricovero ordinario che di *day hospital*, confermano il complessivo andamento in calo del numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili, in atto dal 2003.

La tipologia diagnostica prevalente è la cirrosi epatica alcolica (37,7%, contro il 36,4% del 2009), immediatamente seguita dalla sindrome da dipendenza da alcol (27,2% contro il 28,0% del 2009).

Anche per l'anno 2010, come per il 2009, la diagnosi di ricovero prevalente per i maschi in rapporto alle femmine è la cardiomiopatia alcolica (distribuita per il 91,8 % tra i maschi e per l'8,2 % tra le femmine), immediatamente seguita da danno epatico da alcol non specificato e polineuropatia alcolica.

La diagnosi che nel 2010 interessa maggiormente le femmine in rapporto ai maschi è l'avvelenamento da antagonisti dell'alcol, distribuita peraltro tra i due sessi in percentuali uguali (50%); seguono abuso di alcol (29,2%) e gastrite alcolica (25,9%).

Nel 2010 il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente alcol attribuibili è pari a 123,6 per 100.000 abitanti; si conferma pertanto il trend discendente

del fenomeno, in atto a partire dall'anno 2002 a livello nazionale, che trova riscontro, sebbene con andamenti diversi, anche a livello delle singole Regioni (tab.12 b).

Nel 2010, analogamente a quanto rilevato fin dal 2002, le Regioni e P.A. a più alto tasso di ospedalizzazione sono P.A. di Bolzano e Valle D'Aosta; seguono Friuli V. Giulia, P.A. di Trento, Liguria e Sardegna. I tassi di ospedalizzazione più bassi si riscontrano anche nel 2010, come si rileva da alcuni anni, in Sicilia e in Campania, seguite da Umbria, Calabria e Puglia. Resta ancora molto alta la differenza del tasso di ospedalizzazione tra le Regioni con i valori massimi e minimi.

Tab. 12 b - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIAGNOSI (*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI - ANNI 2000-2010
(Dimessi per 100.00 ab.)

REGIONI	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Piemonte	174,2	178,6	168,2	169,5	168,5	171,4	174,1	162,6	157,8	159,4
Valle d'Aosta	398	560,5	459,8	514,6	444,4	366,2	413,4	378,6	369,9	314,4
Lombardia	215,8	220,1	204,6	193,4	179	169,3	156,0	138,5	130,3	122,1
P. A. Bolzano	448	426,6	420,9	510,8	493,4	467,8	487,6	461,0	389,9	344,0
P. A. Trento	421,1	357,6	349	331,9	308,7	302,3	278,7	261,8	253,2	189,8
Veneto	263,9	251,6	244,8	232,2	212	188	170,3	167,3	150,7	141,1
Friuli V. Giulia	300	283,7	264	255,6	268	256	248,1	228,5	220,8	215,8
Liguria	279,2	272,7	250,6	241,7	237,6	228,1	223,6	213,4	202,8	182,9
Emilia Romagna	180,2	184,5	176,9	179,5	177,5	167,9	165,6	162,8	158,6	152,6
Toscana	143,2	149,8	138,9	139,7	124,8	112	115,9	108,6	108,9	100,7
Umbria	153,7	119,1	125	115,9	112,5	113,3	108,1	107,5	98,4	96,0
Marche	200,9	203,6	194,7	189,5	189,6	176	176,7	167,3	160,2	160,0
Lazio	137,4	146,1	143	142,7	142,2	148	123,8	115,2	107,6	111,0
Abruzzo	243,2	259,4	259,6	250,7	235,9	234,4	211,4	163,9	129,3	119,0
Molise	234,2	286,8	274,7	242,5	218,4	220,3	229,0	201,7	180,8	163,6
Campania	80,3	93,5	82,7	86,9	87,1	93,4	88,8	86,1	81,5	74,2
Puglia	125,4	123,7	113,5	111,1	109,6	115,6	111,5	105,3	100,5	99,8
Basilicata	177,2	164	153,1	159	146,5	146,3	130,7	137,6	129,7	135,2
Calabria	145,3	149,8	144,8	138,5	132,3	134,7	123,5	114,8	106,6	99,4
Sicilia	72,5	85,7	84,5	86	79	83,4	77,4	69,0	68,8	67,0
Sardegna	161,1	205,2	195,2	198	210,3	202,8	207,4	188,4	171,2	179,0
Italia	172,2	177,1	167,9	165,5	159	154,9	147,0	137,0	129,1	123,6

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Osservando la distribuzione delle diagnosi secondo le diverse classi di età (tab. 12 c), anche nel 2010 le prevalenze più elevate continuano a registrarsi fra i soggetti di più di 55 anni, con valori più elevati per le diagnosi di cirrosi epatica alcolica, cardiomiopatia alcolica, steatosi epatica alcolica e danno epatico da alcol non specificato.

Le diagnosi della classe di età 36-55 si riferiscono invece maggiormente a sindrome da avvelenamento da antagonisti dell'alcol, dipendenza da alcol, abuso di alcol, epatite acuta alcolica.

Le diagnosi delle fasce di età più giovani (15-35 anni) presentano le più alte prevalenze per effetti tossici dell'alcol e abuso di alcol, seguite da sindrome di dipendenza da alcol e sindromi psicotiche indotte da alcol.

I giovanissimi fino a 14 anni sono interessati quasi esclusivamente da diagnosi di avvelenamento da antagonisti dell'alcol e di effetti tossici dell'alcol.

**Tab.12 c - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (*)
SECONDO LA CLASSE DI ETÀ DEL DIMESSO – ANNO 2010**

Diagnosi di dimissione (*)		<= 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
291	Sindromi psicotiche indotte da alcol	0,2	10,6	50,8	38,4	100,0
303	Sindrome di dipendenza da alcol	0,2	14,5	56,9	28,4	100,0
305.0	Abuso di alcol	1,4	23,6	53,6	21,4	100,0
357.5	Polineuropatia alcolica	0,0	3,0	47,3	49,8	100,0
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,0	1,7	40,5	57,7	100,0
535.3	Gastrite alcolica	0,6	7,4	43,4	48,7	100,0
571.0	Steatosi epatica alcolica	0,1	7,5	41,2	51,2	100,0
571.1	Epatite acuta alcolica	0,0	9,4	51,3	39,2	100,0
571.2	Cirrosi epatica alcolica	0,0	1,0	31,3	67,7	100,0
571.3	Danno epatico da alcol non specificato	0,0	6,4	42,5	51,1	100,0
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	10,0	10,0	60,0	20,0	100,0
980	Effetti tossici dell'alcol	9,5	25,3	32,8	32,4	100,0
Totale		0,3	8,9	44,1	46,7	100,0

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Osservando l'andamento nel tempo, a partire dal 2000, della distribuzione percentuale delle diagnosi per classi di età (tab.12 d), tra il 2009 e il 2010 si conferma l'andamento in crescita delle prevalenze nella classe di età maggiore di 55 anni. L'andamento in crescita si conferma anche nella classe di età 36-55 anni, dopo la lieve flessione registrata tra il 2008 e il 2009. Continuano a diminuire le percentuali di diagnosi alcol correlate nella fascia di età 15-35 anni e la classe di età fino ai 14 anni continua a presentare percentuali sostanzialmente stabili nel tempo.

L'analisi dell'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle diagnosi per sesso (tab.12 e) evidenzia che le diagnosi di ricovero ospedaliero continuano a riguardare prevalentemente la popolazione maschile. Nell'anno 2008 si sono registrati

per i maschi i valori percentuali più bassi in rapporto alle femmine (77, 1%), che invece presentano per quell'anno i valori percentuali più alti in rapporto ai maschi (22, 9%).

Tab. 12 d - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (*) SECONDO LA CLASSE DI ETÀ' DEL DIMESSO ANNI 2000-2010

ANNI	<= 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
2000	0,2	13,8	41,7	44,3	100
2002	0,3	12,8	42,8	44,1	100
2003	0,2	12,2	42,7	44,9	100
2004	0,3	12,4	43,2	44,1	100
2005	0,3	11,9	43,3	44,5	100
2006	0,3	11,2	43,4	45,1	100
2007	0,3	10,5	44,1	45,1	100
2008	0,3	10,0	44,3	45,4	100
2009	0,2	9,5	43,9	46,4	100
2010	0,3	8,9	44,1	46,7	100

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Tab. 12 e - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (*) SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNI 2003 - 2010

ANNI	Maschi	Femmine	Totale
2003	78,5%	21,5%	100
2004	77,6%	22,4%	100
2005	77,4%	22,6%	100
2006	77,5%	22,5%	100
2007	77,7%	22,3%	100
2008	77,1%	22,9%	100
2009	77,6%	22,4%	100
2010	77,8%	22,2%	100

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

L'analisi della distribuzione percentuale delle diverse diagnosi totalmente alcolcorrelate nel tempo conferma l'andamento in forte crescita nel decennio delle diagnosi di cirrosi epatica alcolica, che passano dal 26,3 % del 2000 al 37,7 % del 2010, con un aumento percentuale di più di 11 punti. Viene altresì confermata la diminuzione percentuale delle diagnosi per sindrome di dipendenza da alcol, che passano dal 31,8 % del 2000 al 27,20 % del 2010. Una minore ma chiara diminuzione percentuale si registra nel tempo anche per le diagnosi di epatite acuta alcolica, danno epatico da alcol non specificato e, in misura più limitata, di steatosi epatica alcolica. Per le altre diagnosi l'andamento nel tempo resta relativamente stabile (tab 12 f).

Tab. 12 f - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI (*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI ANNI 2000-2010

	DIAGNOSI DI DIMISSIONI (*)	% diagnosi secondo il tipo di diagnosi									
		2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	5,40%	5,00%	5,10%	5,00%	5,00%	5,10%	5,00%	5,00%	5,30%	5,00%
303	Sindrome di dipendenza da alcol	31,30%	32,20%	31,40%	30,30%	30,10%	28,30%	29,00%	28,70%	28,00%	27,20%
305.0	Abuso di alcol	10,00%	9,10%	9,00%	10,20%	10,00%	11,00%	11,20%	11,00%	11,10%	11,50%
357.5	Polineuropatia alcolica	2,40%	2,60%	2,40%	2,10%	2,00%	2,10%	1,90%	1,90%	1,90%	1,90%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,70%	0,70%	0,60%	0,60%	0,60%	0,60%	0,50%	0,50%	0,50%	0,50%
535.3	Gastrite alcolica	0,90%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%	0,70%	0,70%	0,70%	0,60%
571.0	Stenosi epatica alcolica	9,40%	9,50%	9,10%	9,20%	9,40%	9,20%	8,80%	8,20%	7,90%	7,60%
571.1	Epatite acuta alcolica	5,50%	4,70%	4,20%	4,00%	3,90%	4,00%	3,90%	3,70%	3,40%	3,20%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	26,30%	28,30%	30,00%	30,90%	31,70%	32,90%	33,00%	36,00%	36,40%	37,70%
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	7,00%	6,70%	6,30%	5,90%	5,60%	5,30%	5,20%	4,90%	4,60%	4,50%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
980	Effetti tossici dell'alcol	0,10%	0,40%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%
	Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

L'alcoldipendenza

Non esiste ancora nel nostro Paese una stima puntuale e ufficiale del numero di alcoldipendenti. 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 che frequentano a scopo riabilitativo i gruppi di auto-mutuo aiuto e le associazioni di volontariato *no profit* che operano a tali fini in maniera autonoma o in collaborazione con gli stessi servizi pubblici.

Nel 2011 il 54,0% dei servizi ha collaborato con i gruppi di Alcolisti in trattamento (CAT), il 39,8% con i gruppi di A.A. e il 13,9% con altri gruppi di auto-mutuo aiuto.

Mediamente, nel corso del 2011, ogni servizio ha collaborato con circa 8 gruppi di Alcolisti in trattamento, 2 gruppi di A.A., 3 comunità e 2 cooperative sociali.

Gli alcolisti nei servizi pubblici (Vedi Parte II della Relazione)

Nell'anno 2011 gli alcoldipendenti presi in carico presso i servizi alcolologici territoriali pubblici sono stati 58.122, valore che conferma il trend in calo in atto dal 2009, anno in cui per la prima volta si è interrotto il trend di crescita presente fin dal 1996. Per una

corretta interpretazione di tale dato, peraltro, è necessario tener conto che alla data della presente relazione non è stata completata l'acquisizione dei dati relativi ai servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza.

Gli utenti maschi sono 45.771 e le femmine 12.351. Il rapporto M/F è pari a 3,7 sia per gli utenti totali che per gli utenti distinti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati); a livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al Centro-Sud.

Nel 2011 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,4 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (46,9 rispetto a 44,9), a conferma dell'ipotesi della maggiore anzianità dell'utenza alcoldipendente femminile, ed i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (43,6 vs 46,1).

Negli anni più recenti si nota un trend in lieve aumento dell'età media nei nuovi utenti, sia maschi che femmine, e una sostanziale stabilità dell'età media per gli utenti già in carico.

I giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano complessivamente nel 2011 il 9,8 % dell'utenza totale, una prevalenza ancora consistente e in aumento rispetto a quella registrata nel 2010 (9,1%), anche se inferiore a quella registrata nel 2009 (11,1 %) e lontana dai valori più alti in assoluto registrati nel 2005 (11,7%).

Al contrario per gli alcoldipendenti al di sotto dei 20 anni viene confermata nel 2011, con una prevalenza dello 0,5%, la sostanziale stabilità dei valori di prevalenza a partire dal 1996, sempre compresi fra lo 0,5% e lo 0,7%.

Nel 2011 la bevanda alcolica maggiormente consumata dagli alcoldipendenti in trattamento è il vino (53,2%), seguito dalla birra (25,8%), dai superalcolici (11,8%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,5%). Fra i maschi rispetto alle femmine si rileva una quota lievemente superiore di consumatori di birra (27,0% vs 21,4%) e di superalcolici (11,9% vs 11,3%); mentre per il vino e gli aperitivi, amari e digestivi la percentuale di consumatrici è superiore a quella dei consumatori maschi (rispettivamente, 58,1% e 6,1% di femmine vs 51,8% e 5,4% di maschi).

Nel 2011 fra gli utenti dei servizi alcologici il 9,8% risulta fare uso concomitante di alcol e sostanze stupefacenti, valore superiore a quelli rilevati nel 2010 (8,3%) e nel 2009 (8,6%) e che interrompe il trend in calo presentatosi dopo il 2007.

L'attenzione dei medici al consumo alcolico dei pazienti

Il Sistema di sorveglianza Passi, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e relativo all'utenza delle ASL delle 21 Regioni e P.A. italiane, rileva dal 2008 dati sul comportamento dei medici di medicina generale per conoscere se chiedono informazioni sulle abitudini di consumo alcolico dei pazienti e se forniscono loro adeguati consigli in merito.

Nell'anno 2011, fra le persone intervistate che si sono recate dal medico negli ultimi 12 mesi, il 16% ha dichiarato di aver ricevuto domande sulle proprie abitudini di consumo alcolico; tra esse solo il 6% dei consumatori a maggior rischio ha ricevuto esortazione a ridurre i propri consumi. Questi valori restano sostanzialmente stabili nel quadriennio 2008-2012.

Il confronto fra le Regioni evidenzia comunque differenze statisticamente significative di tali percentuali, con valori che vanno, per l'anno 2011, dal 10% nelle Asl di Basilicata e Campania al 25% in quelle della Sardegna.

Il Sistema Passi rileva inoltre i dati sui consumi alcolici di particolari categorie di persone per le quali il consumo di alcol, in qualsiasi quantità, ha una controindicazione assoluta, quali le persone con diagnosi di patologia epatica e le donne in gravidanza.

Nel triennio 2008-2011 circa la metà delle persone con patologia epatica e un terzo delle donne in gravidanza hanno dichiarato di aver assunto almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni. Questi comportamenti a forte rischio possono dipendere da molti fattori, fra i quali sarebbe necessario valutare anche l'impatto di una insufficiente informazione e sensibilizzazione sui rischi alcolcorrelati da parte degli operatori, medici e specialisti competenti.

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

2.1. Gli interventi di indirizzo

Il Piano Nazionale Alcol e Salute

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 marzo 2007 e pubblicato nella G.U. s. g. n. 88 del 16 aprile 2007, costituisce un documento programmatico di indirizzi concordati tra Ministero e Regioni, secondo le previsioni della legge 125/2001, con la finalità di promuovere l'implementazione di un insieme di strategie e azioni finalizzate a rafforzare le attività di prevenzione e a ridurre la mortalità e morbilità alcolcorrelate 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 connessi con il bere. Il PNAS recepisce inoltre gli obiettivi proposti dal II Piano di Azione europeo per l'alcol dell'O.M.S, dalla Raccomandazione del Consiglio U.E. sul consumo alcolico di bambini e adolescenti e dalle Conclusioni del Consiglio dell'U.E. per l'avvio della I Strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati.

Il PNAS aveva durata triennale (1 gennaio 2007-31 dicembre 2009) ma successivamente il suo recepimento è stato inserito tra gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, e le sue linee strategiche restano pertanto ancora valido 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 implementare e i risultati attesi. Per la sua implementazione è stata prevista una specifica collaborazione interistituzionale tra Ministero della Salute e Regioni e a questo scopo è stato costituito uno specifico gruppo tecnico congiunto Ministero-Regioni.

Si riporta di seguito un quadro sintetico delle aree strategiche, delle azioni e dei risultati attesi del PNAS.

Piano Nazionale Alcol e Salute Aree strategiche, risultati attesi e azioni

- Sintesi -

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) individua alcuni obiettivi prioritari e, in relazione ad essi, otto aree strategiche e azioni da implementare nelle Regioni per la prevenzione e la riduzione della mortalità, della morbilità e dei danni alcolcorrelati nel nostro Paese:

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 autoaiuto, 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 alcolcorrelati all'uscita degli ambienti dove si beve.

Azioni: monitoraggio permanente per la stima dell'impatto dell'alcol sulla salute e per la valutazione dei costi relativi, nonché per valutare l'affidabilità delle politiche sociali ed economiche relative all'industria degli alcolici; programmi di formazione per accrescere il senso di responsabilità personale, etica e legale degli addetti alla vendita e somministrazione.

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

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

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

7. Potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto

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

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 alcolcorrelato 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 alcolcorrelati 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 alcolcorrelato 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 finalizzati a rafforzare l'azione di coordinamento delle Regioni, a migliorare il monitoraggio dei più importanti indicatori di rischio e di problemi alcolcorrelati a livello nazionale e regionale, a promuovere l'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcolcorrelati nei contesti lavorativi e nella assistenza sanitaria di base.

Tutti i progetti si sono già conclusi e sono stati illustrati dettagliatamente nella Relazione al Parlamento dell'anno 2011.

A partire dal 2011 l'implementazione del PNAS, che riguarda formalmente solo il triennio 2007-2009, si collega alla implementazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, il quale ne prevede specificamente il recepimento tra gli obiettivi strategici dell'area della prevenzione universale, in relazione alla prevenzione di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012 è in corso di riprogrammazione per essere prolungato fino al 31 dicembre 2014, e le linee strategiche del PNAS restano ancora valido punto di riferimento per le azioni di prevenzione di livello centrale e regionale da realizzare in attuazione del Piano stesso.

In tale quadro di riferimento è stato avviato, con le risorse del Centro Nazionale per il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero per l'anno 2011, il progetto *“L'alcol in Italia e nelle Regioni. Valutazione epidemiologica del rischio sanitario e sociale dell'alcol in supporto al Piano Nazionale di Prevenzione e alla implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute”*.

Il progetto, la cui realizzazione è stata affidata all'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute della Popolazione e suoi Determinanti- ha durata biennale ed è stato finanziato per 240.000 Euro.

Il progetto è finalizzato a superare il problema della mancanza di omogeneità degli attuali sistemi di monitoraggio disponibili a livello regionale, derivante dalla diversa organizzazione dei servizi e dalle differenti problematiche delle Regioni in relazione al consumo dannoso di bevande alcoliche. Obiettivo specifico è favorire l'adozione omogenea nelle diverse Regioni degli stessi flussi di dati e delle metodologie di calcolo degli indicatori suggeriti dalle agenzie di sanità pubblica a livello nazionale e internazionale.

Un risultato atteso del progetto è la creazione di uno standard utile ad un sistema di monitoraggio e *reporting* epidemiologico regionale, che consenta ai decisori politici di porre in atto, tramite un'adeguata analisi dei dati e dei relativi trend temporali, le misure

di prevenzione, informazione e comunicazione più utili per il contrasto dei problemi alcol correlati a livello regionale e nazionale. Il progetto si propone inoltre di avviare un processo di definizione del training formativo destinato al personale regionale addetto alla implementazione delle attività di monitoraggio.

Tramite questo progetto sarà pertanto possibile fornire al Ministero della Salute e rendere disponibili per le Regioni dei Reports annuali contenenti i risultati della elaborazione e analisi, a livello nazionale e regionale, dei più aggiornati dati disponibili in relazione alle diverse situazioni territoriali, avvalendosi delle fonti formali ed informali più affidabili. Saranno utilizzati strumenti standardizzati, indicatori raccomandati a livello europeo ed internazionale e tecniche di rilevazione in grado di garantire una dettagliata conoscenza dei fenomeni di interesse, misurandone anche l'evoluzione nel tempo.

Il Programma “Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari”

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 settori diversi 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 le possibilità di intervento del Servizio Sanitario Nazionale.

Il programma, promosso dal Ministro della Salute e di durata triennale, è frutto del confronto con ben altri nove Ministeri interessati ed è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007 e dalla Conferenza Stato-Regioni il 29 marzo 2007.

Con Decreto del Ministero della Salute in data 5 marzo 2010 è stata rinnovata per un ulteriore triennio la “Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo”, sede comune di incontro a livello nazionale per tutti i soggetti interessati a contribuire al perseguimento degli obiettivi del programma “Guadagnare Salute”, secondo un approccio cooperativo e orientato all'azione.

Alla Piattaforma Nazionale partecipano rappresentanti di vari Ministeri, della Conferenza Stato-Regioni, dell'ANCI, dell'ISS, dell'ISPESL, dell'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (INRAN), delle associazioni di categoria della filiera alimentare e dei consumatori, delle organizzazioni sindacali, delle associazioni dei medici e pediatri di base e dei farmacisti.

La Piattaforma Nazionale sostiene e promuove iniziative finalizzate a diversi obiettivi inerenti il Programma Guadagnare Salute, fra le quali anche iniziative finalizzate a ridurre l'abuso di alcol e a educare ad un consumo consapevole e moderato.

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”

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 alcolcorrelati

- Aumentare su tutto il territorio nazionale il numero e la frequenza dei controlli sul tasso alcolemico condotti su base casuale, preliminari agli opportuni accertamenti di valenza medico-legale, in modo che ogni conducente abbia la probabilità statistica di essere testato secondo le migliori pratiche almeno una volta ogni tre anni.
- Monitorare la frequenza e i risultati dei controlli e analizzare i relativi dati, per acquisire e diffondere conoscenze utili ai fini di una puntuale azione preventiva o per valutare l'opportunità di ulteriori misure normative (quali ad esempio l'abbassamento del tasso alcolemico per i conducenti principianti o per chi guida veicoli particolarmente a rischio).
- Accrescere la visibilità dei controlli sul tasso alcolemico, per amplificarne le finalità preventive. Questo obiettivo potrebbe essere raggiunto anche rendendo note le eventualità di controlli in alcuni luoghi e ambienti strategici, quali quelli del divertimento giovanile a rischio di abuso alcolico; o attivando una collaborazione fra istituzioni interessate per organizzare ad hoc specifiche azioni di comunità.
- Introdurre l'obbligatorietà di corsi di informazione/educazione a pagamento, preliminari alla restituzione della patente a soggetti individuati con tasso di alcolemia illegale.

- Favorire la disponibilità e/o gratuità di dispositivi per l'automisurazione del tasso alcolemico.
- Diminuire le occasioni di consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani e degli utenti della strada, estendendo alle 24 ore il divieto di somministrazione di superalcolici attualmente vigente nelle stazioni di servizio autostradali (ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125 art. 14).
- Introdurre l'obbligo di una adeguata trattazione del rischio alcol-correlato nei programmi di informazione/formazione delle Scuole Guida.
- Sollecitare ed esortare i medici di famiglia ad una maggiore informazione nei confronti degli assistiti circa i rischi della guida in stato di ebbrezza alcolica ed i rischi di interazione e sinergia dell'alcol con i farmaci.

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

- Provvedere alla sensibilizzazione e formazione degli operatori della medicina di base, e in particolare dei Medici di Medicina Generale, per consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counseling nei confronti del consumo alcolico nocivo. A tale fine dovrebbero essere sostenute nuove e adeguate strategie contrattuali e stanziare risorse finanziarie che consentano la più ampia disponibilità, accessibilità e produttività degli operatori e dei servizi di base in merito ai suddetti interventi.
- 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 alcolcorrelato

- 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.