

Nel 2012 il 13% degli automobilisti dichiara di aver subito tali controlli (solo una volta o più di una volta) mentre nel 2009 lo dichiarava solo l'11,5%.

La quota dei soggetti controllati cresce al decrescere dell'età ed è massima nella fascia di età 18-29 anni; nel 2012 il 14,2% dei giovani di tale età ha subito almeno un controllo, e il 4,2% ne ha subito più di uno (tab.13).

Tab. 13 - PERCENTUALE DI PATENTATI CHE DICHIARA DI ESSERE STATO SOTTOPOSTO AD ALCOL TEST NEGLI ULTIMI 6 MESI (val %) SECONDO LE FASCE DI ETÀ* - ANNI 2009* E 2012

	classi d'età							
	18 - 29 anni		30 - 44 anni		45 - 69 anni		Media Totale	
	*2009	2012	*2009	2012	*2009	2012	*2009	2012
No. mai	82,0	81,6	86,2	84,1	92,8	90,8	88,5	87,0
Si. solo una volta	15,0	14,2	11,1	13,2	5,5	6,6	9,2	10,1
Si. più di una volta	3,0	4,2	2,7	2,7	1,7	2,6	2,3	2,9
<i>Totale</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Fonte: Rapporto Acì - Censis Servizi, 2012

*La rilevazione è stata conclusa nel maggio 2009

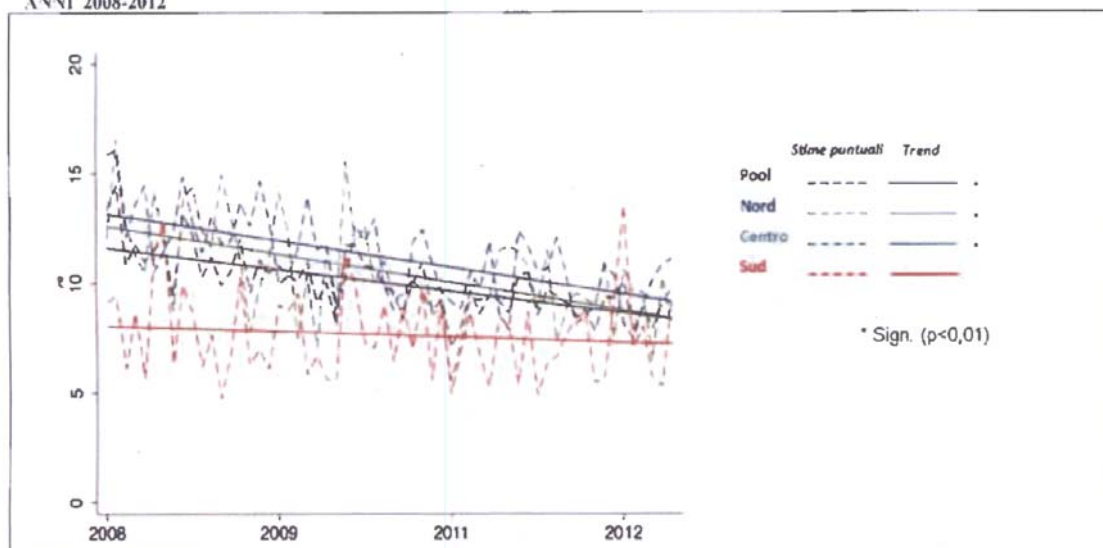
L'incremento dei controlli della guida sotto l'effetto di alcol e sostanze stupefacenti, soprattutto nei soggetti più giovani, viene confermato anche dai dati ufficiali della Polizia Stradale e dell'Arma dei Carabinieri. Nel 2011, secondo i dati forniti da ACI-CENSIS, sono stati controllati con etilometri e precursori 1.802.280 conducenti (9,7% in più rispetto al 2010); e ne sono stati sanzionati per guida in stato di ebbrezza 39.295. I veicoli confiscati a conducenti con tasso alcolemico superiore a 1,5g/l sono stati 3.659. Solo la Polizia Stradale ha registrato 1.693 infrazioni a soggetti per i quali è prescritto il tasso alcolemico 0 (minori di 21 anni, neopatentati e conducenti professionali).

Il sistema di sorveglianza PASSI, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, rileva tra gli utenti delle ASL delle 21 Regioni e P.A. italiane dati relativi alla frequenza della guida sotto l'effetto dell'alcol (riferiti da intervistati non astemi di 18-69 anni che hanno viaggiato come conducenti) nonché alla prevalenza di persone trasportate da tali conducenti.

Secondo i dati del Sistema PASSI nel 2012 l'8,9% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato l'auto o la moto dopo aver bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche. Questo dato conferma il trend in diminuzione della guida sotto l'effetto dell'alcol rilevabile a livello nazionale dal 2008, anno in cui la prevalenza era pari all'11,8%.

Il trend in diminuzione è rilevabile chiaramente nelle macro aree geografiche Nord e Centro, ma non al Sud, dove peraltro il fenomeno della guida in stato di ebbrezza assume minore rilievo (graf. 14).

Graf. 14 - TREND DELLA GUIDA SOTTO L'EFFETTO DELL'ALCOL - POOL ASL (%)
ANNI 2008-2012



Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2012

Nel 2012 il 6% di coloro che hanno viaggiato come passeggeri negli ultimi 30 giorni dichiara di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

La guida sotto l'effetto dell'alcol continua ad essere un comportamento sensibilmente più diffuso tra i maschi rispetto alle femmine e nelle classi di età più giovani (25-34 anni) rispetto a quelle più anziane.

In particolare tra gli intervistati di 18-25 anni nel 2012 l'8,9% ammette di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche, percentuale che, benché simile a quella della media di tutti gli intervistati, è più preoccupante a causa del più elevato rischio di incidente stradale per le classi di età più giovani.

Di poco inferiore (8,3%) risulta tale percentuale tra i giovani di 18-21 anni, con implicazioni peraltro ancora più gravi che rivestono, oltre che aspetti di salute e sicurezza, anche aspetti legali, dato il limite pari a zero di tasso alcolemico vigente per legge in questa fascia di età.

Anche tra i giovani comunque si conferma il trend in calo di tale comportamento a rischio; prendendo in considerazione il quadriennio 2009-2012, si rileva che ha guidato sotto l'effetto dell'alcol mediamente il 10% dei giovani di 18-25 anni, contro il 12% del quadriennio 2008-2011; e l'8% dei giovani di 18-21 anni, contro il 10% del quadriennio 2008-2011.

La guida dopo aver bevuto non appare correlata in maniera rilevante al livello di istruzione e di reddito e risulta più diffusa tra gli italiani rispetto agli stranieri.

Il confronto interregionale presenta differenze significative ed è individuabile un evidente gradiente Nord-Sud, pur con qualche importante eccezione, con valori che vanno da un minimo del 5,15% di persone che hanno guidato dopo aver bevuto (Regione Basilicata) a un massimo del 12,66% (Regione Friuli V.G.) (graf. 15).

Prendendo in considerazione il quadriennio 2009 - 2012, le percentuali più elevate di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol si riscontrano nella popolazione delle ASL di Friuli V.Giulia (12,66%), Lombardia (11,46%), Sardegna (11,17%), Veneto (11,10), Piemonte (10,78). Le percentuali più basse si riscontrano al Sud, in Basilicata (5,15%), Campania (5,87%), Sicilia (7,56%), Puglia (8,21%); ma anche al Nord, nella Provincia A. di Bolzano, con valori inferiori a quelli della Sicilia (6,83%).

Graf. 15 - GUIDA SOTTO L'EFFETTO DELL'ALCOL NELLE REGIONI E P.A.
POOL ASL (%) - QUADRIENNIO 2009-2012 (valori medi annui)



Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2012

Nel 2012 il 34,4 % delle persone che hanno guidato un'auto o una moto negli ultimi 12 mesi riferisce di aver avuto almeno un controllo da parte delle Forze dell'Ordine (contro il 34% del 2011) e solo il 10,4% di essi (contro il 12% del 2011) riferisce di essere stato sottoposto a etilotest. Prendendo in considerazione complessivamente il periodo 2010-2012 non emergono variazioni significative nella frequenza dei controlli.

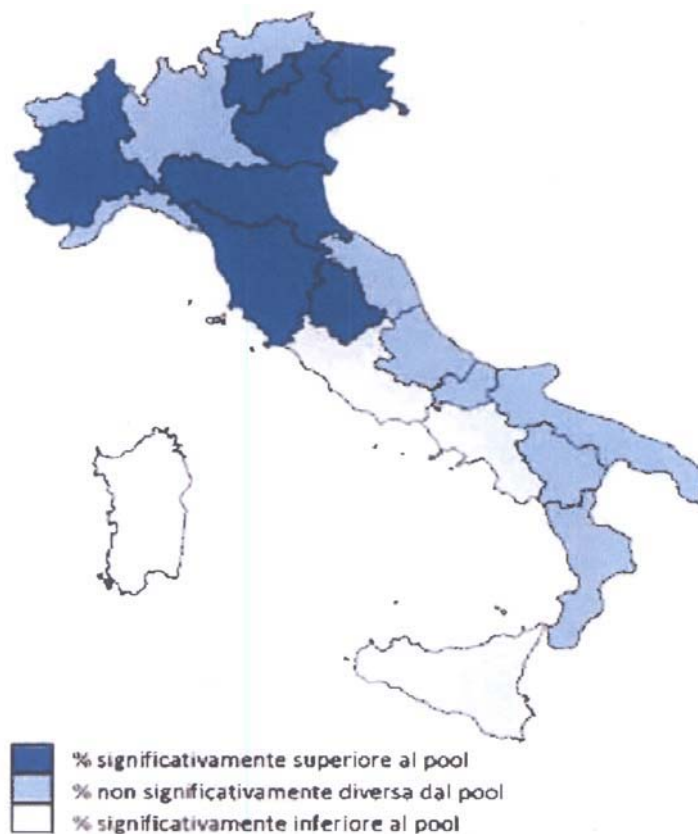
Negli anni 2010-2012 mediamente il confronto tra le Regioni mostra una certa differenza nella somministrazione di etilotest da parte delle Forze dell'Ordine, con una maggiore

frequenza al Nord e un *range* che va da un minimo del 6,87% di soggetti controllati in Sicilia a un massimo del 14,8% nella Regione Piemonte (graf. 16).

Nel 2011 peraltro tale *range* risultava molto più elevato (da un minimo del 4% un massimo del 17%).

Graf. 16 - CONTROLLI CON ETILOTTEST DA PARTE DELLE FORZE DELL'ORDINE NELLE REGIONI E P.A.

POOL ASL (%) - TRIENNIO 2010-2012 (valori medi annui)



Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2012

Le diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili

Nell'anno 2012 il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili è stato di 75.445 (79.655 nel 2011), di cui 58.410 (77,4%) riferite a maschi e 17.035 (22,6%) riferite a femmine (tab. 14).

Complessivamente il numero delle dimissioni ospedaliere che presentano le suddette diagnosi (tanto come diagnosi principale di ricovero che come diagnosi secondarie) ammonta a 67.273 (70.959 unità nel 2011).

Questi dati, che si riferiscono tanto al regime di ricovero ordinario che di *day hospital*, confermano l'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 (39,0% nel 2012, contro il 38,6% del 2011), immediatamente seguita dalla sindrome di dipendenza da alcol (26,6 % nel 2012, contro il 26,9 % del 2011).

Tab. 14 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI (*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBIBILI SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNO 2012

Diagnosi di dimissione		Valore assoluto			Valore percentuale		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	2.990	775	3.765	79,4%	20,6%	5,0%
303	Sindrome di dipendenza da alcol	14.871	5.231	20.102	74,0%	26,0%	26,6%
305.0	Abuso di alcol	6.479	2.705	9.184	70,5%	29,5%	12,2%
357.5	Polineuropatia alcolica	1.048	261	1.309	80,1%	19,9%	1,7%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	319	40	359	88,9%	11,1%	0,5%
535.3	Gastrite alcolica	343	117	460	74,6%	25,4%	0,6%
571.0	Steatosi epatica alcolica	4.006	1.202	5.208	76,9%	23,1%	6,9%
571.1	Epatite acuta alcolica	1.659	464	2.123	78,1%	21,9%	2,8%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	23.825	5.564	29.389	81,1%	18,9%	39,0%
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	2.629	572	3.201	82,1%	17,9%	4,2%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	10	5	15	66,7%	33,3%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcol	231	99	330	70,0%	30,0%	0,4%
Totale		58.410	17.035	75.445	77,4%	22,6%	100,0%

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie. Il n. delle diagnosi di dimissione non fa distinzione degli eventuali casi di ricovero ripetuto di un paziente per la stessa patologia.

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissioni ospedaliere

Anche per il 2012, come accade da alcuni anni, la diagnosi di ricovero prevalente per i maschi in rapporto alle femmine è la cardiomiopatia alcolica (distribuita per l'88,9 % tra i maschi e per l'11,1 % tra le femmine), immediatamente seguita da danno epatico da alcol non specificato e cirrosi epatica alcolica. La diagnosi che nel 2012 interessa maggiormente le femmine in rapporto ai maschi è l'avvelenamento da antagonisti dell'alcol (distribuita per il 33,3% tra le femmine e per il 66,7% tra i maschi), seguita da effetti tossici dell'alcol e abuso di alcol.

Nel 2012 il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente alcol attribuibili è pari a 113,3 per 100.000 abitanti; continua pertanto il trend discendente del fenomeno, in atto a livello nazionale a partire dall'anno 2002, che trova riscontro, sebbene con andamenti meno lineari, anche a livello delle singole Regioni (tab.15).

Nel 2012, , 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, Sardegna, P.A. di Trento e Liguria. I tassi di ospedalizzazione più bassi continuano a riscontrarsi in Sicilia e Campania, seguite da Calabria, Puglia e Umbria.

Resta ancora molto alta la differenza del tasso di ospedalizzazione tra le Regioni con i valori massimi e quelle con i valori minimi.

**Tab.15 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIAGNOSI (*)
TOTALMENTE ALCOL ATTRIBIBILI - ANNI 2002-2012
(Dimessi per 100.00 ab.)**

Regioni di dimissione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	178,6	168,2	169,5	168,5	171,4	174,1	162,6	157,8	159,4	150,9	137,7
Valle d'Aosta	560,5	459,8	514,6	444,4	366,2	413,4	378,6	369,9	314,4	290,1	349,1
Lombardia	220,1	204,6	193,4	179	169,3	156	138,5	130,3	122,1	116,0	108,6
P. A. Bolzano	426,6	420,9	510,8	493,4	467,8	487,6	461	389,9	344	316,7	307,5
P. A. Trento	357,6	349	331,9	308,7	302,3	278,7	261,8	253,2	189,8	205,3	186,3
Veneto	251,6	244,8	232,2	212,0	188,0	170,3	167,3	150,7	141,1	132,3	125,6
Friuli V. Giulia	283,7	264	255,6	268,0	256,0	248,1	228,5	220,8	215,8	209,3	206,2
Liguria	272,7	250,6	241,7	237,6	228,1	223,6	213,4	202,8	182,9	175,7	171,2
Emilia Rom.	184,5	176,9	179,5	177,5	167,9	165,6	162,8	158,6	152,6	149,4	149,3
Toscana	149,8	138,9	139,7	124,8	112	115,9	108,6	108,9	100,7	97,4	101,2
Umbria	119,1	125,0	115,9	112,5	113,3	108,1	107,5	98,4	96,0	94,7	94,7
Marche	203,6	194,7	189,5	189,6	176,0	176,7	167,3	160,2	160,0	143,2	150,0
Lazio	146,1	143,0	142,7	142,2	148,0	123,8	115,2	107,6	111,0	96,7	96,4
Abruzzo	259,4	259,6	250,7	235,9	234,4	211,4	163,9	129,3	119,0	121,1	113,4
Molise	286,8	274,7	242,5	218,4	220,3	229,0	201,7	180,8	163,6	150,4	128,7
Campania	93,5	82,7	86,9	87,1	93,4	88,8	86,1	81,5	74,2	72,0	70,1
Puglia	123,7	113,5	111,1	109,6	115,6	111,5	105,3	100,5	99,8	89,8	90,5
Basilicata	164,0	153,1	159,0	146,5	146,3	130,7	137,6	129,7	135,2	126,0	106,8
Calabria	149,8	144,8	138,5	132,3	134,7	123,5	114,8	106,6	99,4	93,2	88,4
Sicilia	85,7	84,5	86,0	79,0	83,4	77,4	69,0	68,8	67,0	62,4	56,5
Sardegna	205,2	195,2	198,0	210,3	202,8	207,4	188,4	171,2	179,0	181,6	187,0
Italia	177,1	167,9	165,5	159	154,9	147,0	137,0	129,1	123,6	117,0	113,3

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

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Osservando la distribuzione delle diagnosi alcol correlate secondo le diverse classi di età (tab. 16), anche nel 2012 le prevalenze più elevate continuano a registrarsi fra i soggetti di

più di 55 anni, con i valori più alti per le diagnosi di cirrosi epatica alcolica, cardiomiopatia alcolica, polineuropatia alcolica e steatosi epatica alcolica.

Tab.16- DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (*) SECONDO LA CLASSE DI ETÀ DEL DIMESSO – ANNO 2012

Diagnosi di dimissione (*)		<= 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	0,2	10,3	50,5	38,9	100,0
303	Sindrome di dipendenza da alcol	0,2	13,9	57,1	28,8	100,0
305.0	Abuso di alcol	1,0	22,1	55,1	21,7	100,0
357.5	Polineuropatia alcolica	0,0	2,4	40,5	57,1	100,0
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,6	2,8	35,1	61,6	100,0
535.3	Gastrite alcolica	0,9	5,2	41,3	52,6	100,0
571.0	Steatosi epatica alcolica	0,1	7,0	39,7	53,2	100,0
571.1	Epatite acuta alcolica	0,2	8,7	51,8	39,3	100,0
571.2	Cirrosi epatica alcolica	0,0	1,0	32,0	67,0	100,0
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	0,0	5,9	42,5	51,5	100,0
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	13,3	13,3	53,3	20,0	100,0
980	Effetti tossici dell'alcol	7,9	20,9	36,1	35,2	100,0
Totale		0,3	8,5	44,2	47,1	100,0

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

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

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

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

Osservando l'andamento nel tempo, a partire dal 2000, della distribuzione percentuale delle diagnosi per classi di età (tab.17), si conferma l'aumento delle prevalenze nelle classi di età più elevate, con un aumento di 2,8 punti percentuali nella classe di età maggiore di 55 anni e di 2,5 punti percentuali nella classe di età 36-55 anni.

Di contro si riscontra un andamento nettamente in calo delle percentuali di diagnosi alcol correlate nella fascia di età 15-35 anni, pari a 5,3 punti percentuali. La classe di età fino a 14 anni continua a presentare percentuali minime, sostanzialmente stabili nel tempo.

L'analisi dell'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle diagnosi per sesso (tab.18) evidenzia che le diagnosi di ricovero ospedaliero continuano a riguardare prevalentemente la popolazione maschile; tra il 2000 e il 2012 tra i maschi è riscontrabile una diminuzione pari a circa un solo punto percentuale a favore delle femmine. Nell'anno 2008 si sono registrati per i maschi i valori percentuali più bassi in rapporto alle femmine (77,1%), le quali invece presentano per quell'anno i valori percentuali più alti in rapporto ai maschi (22,9%).

Tab. 17- DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBIBILI (*) SECONDO LA CLASSE DI ETÀ' DEL DIMESSO ANNI 2000-2012

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
2011	0,2	8,8	44,7	46,3	100
2012	0,3	8,5	44,2	47,1	100

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

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

Tab. 18 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (*) SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNI 2003-2012

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
2011	78,0%	22,0%	100
2012	77,4%	22,6%	100

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

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

Osservando la variazione nel tempo della distribuzione percentuale delle diverse diagnosi ospedaliere totalmente alcol correlate (tab. 19), si evidenzia tra il 2000 e il 2012 il progressivo aumento percentuale, in rapporto al totale delle diagnosi, della diagnosi di cirrosi epatica alcolica, che passa dal 26,3 % del 2000 al 39 % del 2012, con un aumento percentuale di quasi 13 punti

Si registra contestualmente la progressiva diminuzione percentuale, in rapporto al totale delle diagnosi, della diagnosi di sindrome di dipendenza da alcol, che passa dal 31,8 % del 2000 al 26,6 % del 2012.

Una minore ma chiara diminuzione percentuale nel tempo si registra anche per le diagnosi ospedaliere di epatite acuta alcolica, danno epatico da alcol non specificato e steatosi epatica alcolica.

Per le altre diagnosi l'andamento nel tempo della distribuzione percentuale resta relativamente stabile.

Tab. 19 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI ANNI 2000-2012

DIAGNOSI DI DIMISSIONE (*)		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi											
		2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	5,4%	5,0%	5,1%	5,0%	5,0%	5,1%	5,0%	5,0%	5,3%	5,0%	5,2%	5,0%
303.0	Sindrome di dipendenza da alcol	31,8%	32,2%	31,4%	30,8%	30,1%	28,8%	29,0%	28,7%	28,0%	27,2%	26,9%	26,6%
305.0	Abuso di alcol	10,6%	9,1%	9,6%	10,2%	10,6%	11,0%	11,2%	11,0%	11,1%	11,5%	11,8%	12,2%
357.5	Polineuropatia alcolica	2,4%	2,6%	2,4%	2,1%	2,0%	2,1%	1,9%	1,9%	1,9%	1,9%	1,8%	1,7%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
535.3	Gastrite alcolica	0,9%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%
571.0	Steatosi epatica alcolica	9,4%	9,5%	9,1%	9,2%	9,4%	9,2%	8,8%	8,2%	7,9%	7,6%	7,1%	6,9%
571.1	Epatite acuta alcolica	5,5%	4,7%	4,2%	4,0%	3,9%	4,0%	3,9%	3,7%	3,4%	3,2%	2,8%	2,8%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	26,3%	28,3%	30,0%	30,9%	31,7%	32,9%	33,6%	35,0%	36,4%	37,7%	38,6%	39,0%
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	7,0%	6,7%	6,3%	5,9%	5,6%	5,3%	5,2%	4,9%	4,6%	4,5%	4,3%	4,2%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcol	0,1%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%
		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

Va peraltro evidenziato che l'andamento nel tempo del numero assoluto delle diagnosi ospedaliere per cirrosi epatica alcolica, dopo la relativa stabilità o il lieve incremento rilevabili tra l'anno 2000 e l'anno 2006, a partire dal 2007 si presenta in calo, soprattutto negli ultimi anni (tab. 20).

Tab. 20 - DIAGNOSI PRINCIPALI E SECONDARIE DI CIRROSI EPATICA ALCOLICA IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO E DAY HOSPITAL - ANNI 2001-2012

ANNI	Valori assoluti
2001	31.786
2002	32.193
2003	32.523
2004	33.406
2005	33.072
2006	33.653
2007	32.886
2008	32.117
2009	31.795
2010	31.614
2011	30.731
2012	29.389

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

L'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 alcologici 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.

Nel 2012 il 55,0% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 40,3% con gli A.A. e il 14,3% con altri gruppi. Mediamente nel corso del 2012 ogni servizio ha collaborato con 9 CAT, 2 gruppi di A.A., 3 comunità e 5 cooperative sociali, con ampie differenziazioni a livello regionale.

I dati sembrano comunque evidenziare un incremento di tali collaborazioni rispetto all'anno precedente.

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

Nell'anno 2012 gli alcoldipendenti presi in carico presso i servizi alcologici pubblici sono stati 69.770, valore massimo della serie storica per questo dato.

Gli utenti maschi sono 54.431 e le femmine 15.339. Il rapporto M/F è pari a 3,5 per gli utenti totali e per gli utenti già in carico o rientrati e a 3,7 per i nuovi utenti.

A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al Centro-Sud.

Nel 2012 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,9 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (47,3 rispetto a 45,5), a conferma dell'ipotesi della maggiore anzianità dell'utenza alcolodipendente femminile; i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (43,9 vs 46,8).

Negli anni più recenti si nota un aumento dell'età media in tutti i diversi sottogruppi di utenti esaminati, ad eccezione dei nuovi utenti di sesso femminile.

I giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano complessivamente il 9,1% dell'utenza totale, una percentuale consistente anche se in lieve calo rispetto a quella del 2011, che era pari al 9,8%.

I nuovi utenti al di sotto dei 30 anni rappresentano il 13,7% del totale della nuova utenza, percentuale in lieve aumento rispetto a quella del 2011, pari al 13,5%.

Dal 2009 la quota degli utenti al di sotto dei trent'anni si presenta comunque sostanzialmente stabile e sembra essersi interrotto il trend crescente in atto tra il 2006 e il 2009.

Per gli alcolodipendenti al di sotto dei 20 anni viene confermata anche nel 2012, 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 2012 la bevanda alcolica maggiormente consumata dagli alcolodipendenti in trattamento è il vino (62,8%), seguito dalla birra (21,2%), dai superalcolici (8,6%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (3,6%).

Fra i maschi rispetto alle femmine si rileva una quota lievemente superiore di consumatori di birra (21,7% vs 19,0%) e di vino (63,0% vs 62,0); per i superalcolici e per gli aperitivi, amari e digestivi l'uso è più elevato tra le femmine (rispettivamente, 9,9% e 5,0% nelle femmine vs 8,2% e 3,2% nei maschi).

Nel 2012 fra gli utenti dei servizi alcologici il 9,0% risulta fare uso concomitante di alcol e sostanze stupefacenti, per un totale di circa 6.250 utenti. Tale valore risulta inferiore a quello rilevato nel 2011, che era pari al 9,8%, e sembra riprendere il trend in calo manifestatosi dopo il 2007. Il fenomeno presenta peraltro una grande variabilità territoriale.

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 alcuni dati sul comportamento dei medici e altri operatori sanitari per conoscere in che misura essi si informano sulle abitudini di consumo alcolico dei pazienti e forniscono loro adeguati consigli sull'argomento.

Nell'anno 2012, fra le persone intervistate che si sono recate dal medico negli ultimi 12 mesi, il 14,6% ha dichiarato di aver ricevuto domande sulle proprie abitudini di consumo alcolico da parte del medico o dell'operatore sanitario (percentuale inferiore a quella rilevata nel 2011, pari al 16%). Tra queste persone solo il 6,4% dei consumatori a maggior rischio ha ricevuto il consiglio di ridurre i propri consumi (6% nel 2011).

Nell'ambito del quadriennio 2008-2012 la quota di persone che hanno ricevuto attenzione sui propri consumi alcolici da parte di un medico o altro operatore sanitario appare in calo, soprattutto nella fascia di età 18-34 anni.

Il confronto fra le Regioni evidenzia differenze statisticamente significative, con valori che sembrano riflettere la distribuzione regionale dei consumatori a rischio: considerando il

quadriennio 2009-2012, la percentuale di persone che ricevono attenzione sui consumi alcolici è massima nelle Regioni con alte prevalenze di consumatori a rischio (25% in Sardegna e 23% in Friuli V.G. e P.A. di Trento) e minima in quelle con basse prevalenze di consumatori a rischio (9% in Basilicata e Campania).

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 2012 il 48,8% delle persone con patologia epatica e il 25,7% delle donne in gravidanza hanno dichiarato di aver consumato alcol (qualunque quantità) negli ultimi 30 giorni. Questi comportamenti a forte rischio possono dipendere da molti fattori, fra i quali sarebbe opportuno valutare anche l'impatto di una insufficiente informazione e sensibilizzazione sui rischi alcol correlati da parte degli operatori sanitari che interagiscono con tali pazienti.

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 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 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 alcol correlati.

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 sono state pertanto un importante punto di riferimento per le azioni di prevenzione di livello nazionale e regionale adottate nell'ambito di tale Piano.

Il PNAS ha individuato otto aree strategiche di intervento prioritario ed indicato per ciascuna di esse le azioni da implementare 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.

Successivamente l'implementazione del PNAS si è collegata alla implementazione del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, che ne ha 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 sono rimaste un valido punto di riferimento per gli interventi di livello centrale e regionale anche nella fase conclusiva del Piano nazionale di Prevenzione, la cui vigenza è stata prorogata al 31 dicembre 2013 con l'accordo Stato/Regioni del 7 febbraio 2013.

In tale quadro di riferimento è proseguita nel 2013 l'implementazione del 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*", promosso con le risorse del Centro Nazionale per il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero per l'anno 2011 e realizzato a cura dell'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute della Popolazione e suoi Determinanti.

Il progetto, di durata biennale e finanziato per 240.000 Euro, 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. 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. Tramite questo progetto il Ministero della Salute potrà pertanto acquisire, e rendere disponibili per le Regioni, 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.

L'ISS sta provvedendo a completare per ciascuna Regione, tramite l'utilizzo o l'elaborazione dei dati dell'Indagine multiscopo ISTAT sulle famiglie per gli anni 2007-2012, il calcolo delle prevalenze, suddivise per sesso e fasce di età, degli astemi, dei consumatori di bevande alcoliche, dei consumatori delle specifiche bevande alcoliche, delle diverse categorie di consumatori a rischio, dei consumatori giornalieri a basso, medio ed alto rischio, dei consumatori *binge drinking*, degli adolescenti con diverse tipologie di consumi a rischio.

L'ISS ha inoltre provveduto alla predisposizione degli strumenti tecnici necessari per il monitoraggio della mortalità alcol correlata, distinta per sesso e fasce di età, a livello nazionale e regionale.

Il completamento del progetto è previsto entro marzo 2014.

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