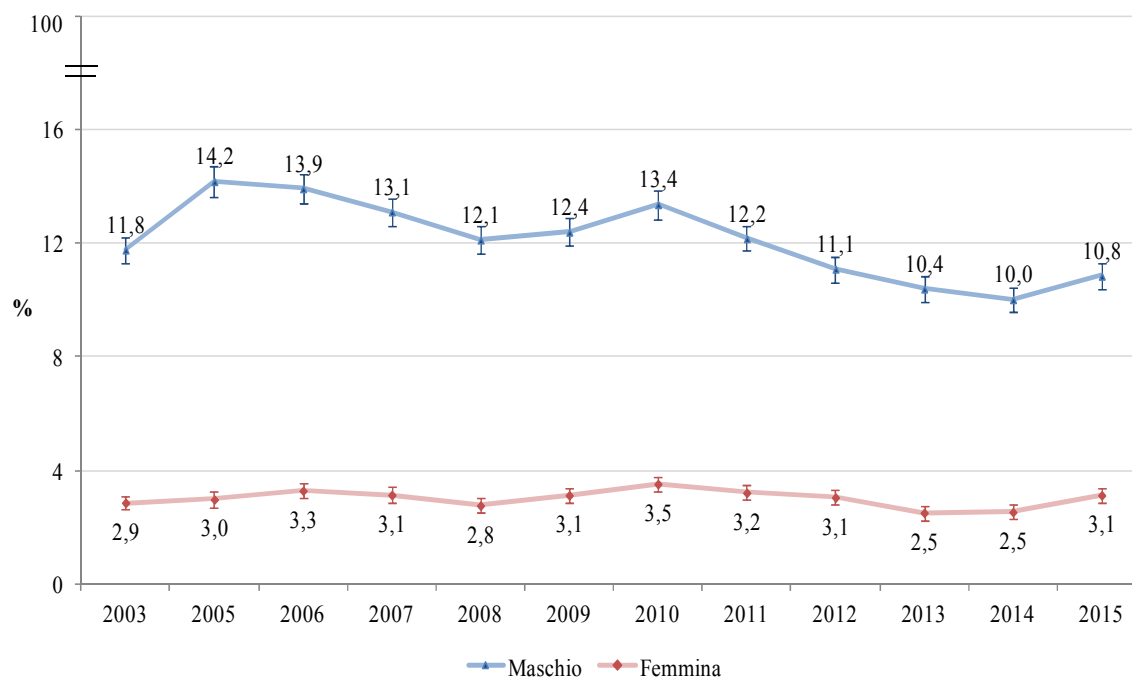


Rispetto alla precedente rilevazione tuttavia **si registra un incremento della prevalenza dei binge drinkers sia tra gli uomini (+0,8 pp) che tra le donne (+0,6 pp), in particolare nella classe di età dei 25-44enni (Figura I.9).**

Figura I.9 Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 11 anni) *binge drinking* per genere (2003; 2005-2015)



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

Le analisi dell'Istituto Superiore di Sanità sui comportamenti di consumo a rischio

Ad oggi tutte le strategie comunitarie ed i Piani di Azione della WHO ribadiscono che non si può parlare, in una prospettiva di salute pubblica, di soglie, di livelli raccomandabili o “sicuri”, dal momento che non è possibile, sulla base delle conoscenze attuali, identificare quantità di consumo alcolico non pregiudiziali per la salute e la sicurezza. Sono infatti molteplici i parametri da prendere in considerazione per una corretta valutazione dei rischi: le quantità assunte, la frequenza del consumo, la concomitanza del consumo ai pasti, la capacità di metabolizzare l'alcol in relazione al sesso e all'età, le controindicazioni al consumo di alcol in relazione alle condizioni di salute, l'assunzione di farmaci e la valutazione del contesto in cui avviene il consumo di bevande alcoliche.

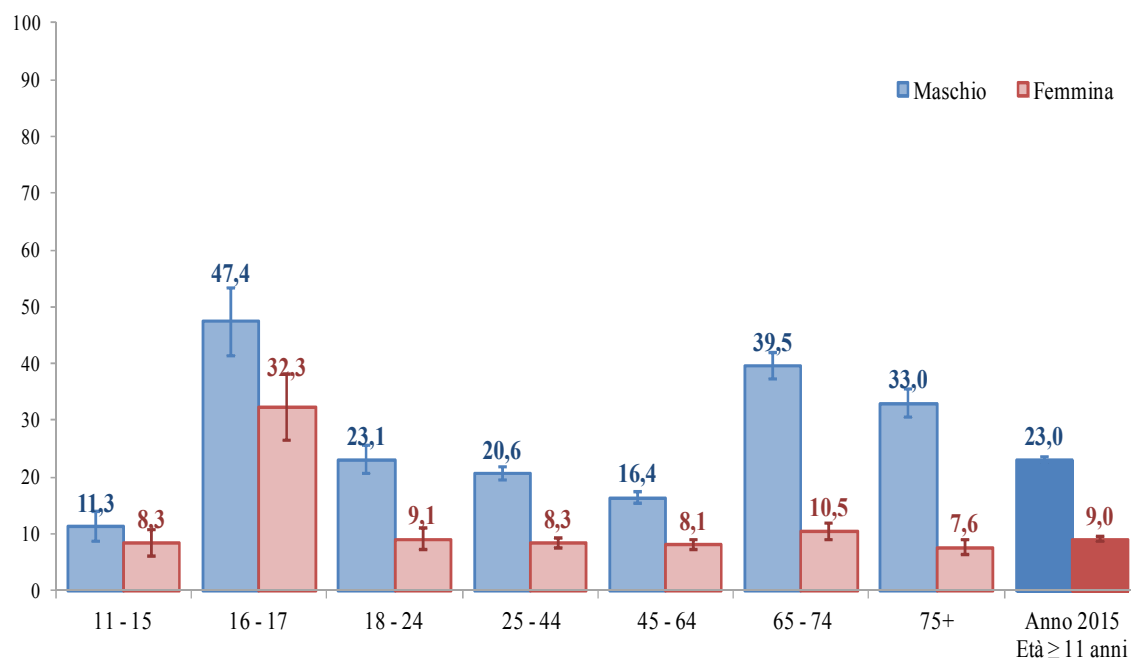
L'ONA-CNESPS, tenendo conto anche delle indicazioni della WHO, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), e dei nuovi livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN) ha costruito un indicatore di sintesi, coerente e aggiornato, per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana. **L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale, quotidiano eccedentario e quello occasionale noto come *binge drinking*.**

Tale approccio è stato oggetto di validazione attraverso una valutazione e un'analisi congiunta di un gruppo di esperti statistici, epidemiologi e clinici che hanno condiviso l'appropriatezza e congruenza del nuovo indicatore. 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, è stata nel 2015 del 23% per uomini e dell'9% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.500.000 individui (M=6.000.000, F=2.500.000) che nel 2015 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica (Figura I.10).

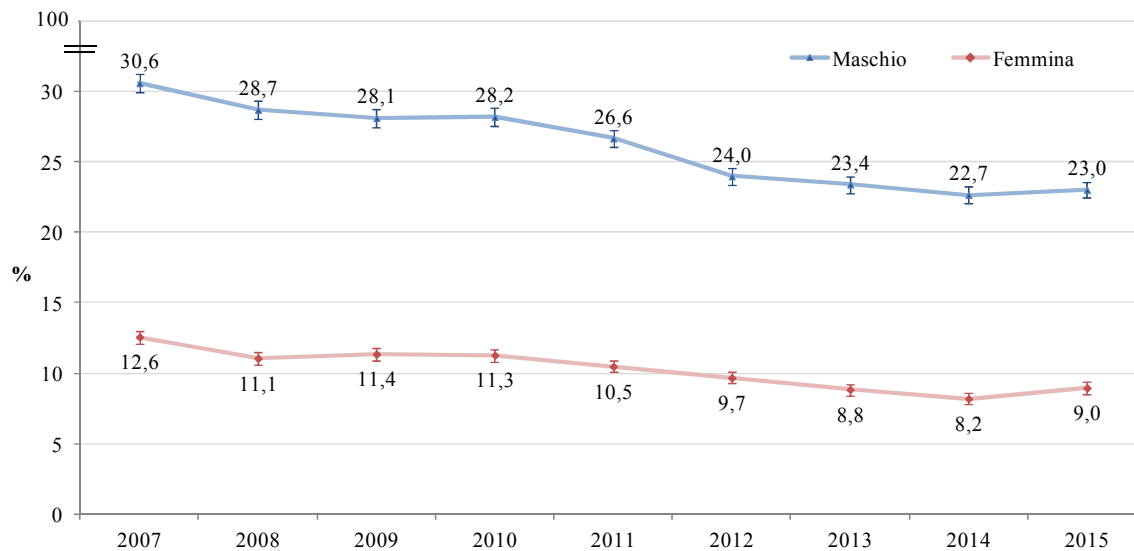
L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazioni più a rischio per entrambi i generi è quelle dei 16-17enni (M=47,4%, F=32,3%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei “giovani anziani”, cioè i 65-74enni. Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 750.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone quindi che non sono identificate precocemente e sensibilizzate sul loro consumo non conforme alle raccomandazioni di sanità pubblica.

Le quote percentuali di consumatori a rischio di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età, ad eccezione di quella dei minorenni, dove invece le differenze non raggiungono la significatività statistica (**Figura I.10**).

Figura I.10 Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2015)

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

L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi otto anni si è registrata una progressiva diminuzione della prevalenza di consumatori a rischio di età superiore a 11 anni per entrambi i sessi sebbene nel corso dell'ultimo anno tra le donne si è assistito ad un incremento delle consumatrici a rischio che sono passate da 8,2% a 9% (**Figura I.11**).

Figura I.11 Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2015)

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

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 italiana.

Le raccomandazioni sul consumo di bevande alcoliche in molti Paesi, ancor prima del nostro Paese, hanno adottato un criterio rivolto alla prudenza. Già dal 1980 nelle Linee Guida degli Stati Uniti d'America si poteva leggere: "One or two drinks daily appear to cause no harm in adults" e l'edizione successiva del 1985 cominciava già a definire meglio e a sostanziare: "One or two *standard*-drinks daily appears to cause no harms in *normal, healthy and not pregnant* adults".

Al contrario, più o meno negli stessi anni (1979) nelle nostre raccomandazioni, l'alcol, sotto forma di vino, era addirittura definito come "razione", vale a dire quella quantità che "spetta" quotidianamente ad una persona secondo regole stabilite. Una buona razione di vino non si negava neanche alla donna in gravidanza o allattamento. L'unica variabile era la quantità che diminuiva col progredire dell'età per il semplice motivo che la razione di alcol era stabilita come porzione fabbisogno energetico complessivo giornaliero. Ciò era dovuto alla classificazione dell'alcol tra i nutrienti energetici.

Si comprende quindi il grande sforzo culturale che è stato e che continua ad essere necessario alla popolazione italiana per adeguarsi al cambiamento di percezione dell'alcol che in epoca moderna non viene più considerato un nutriente, ma una sostanza non nutriente alla quale non si può non riconoscere un interesse in ambito nutrizionale.

Tuttavia oggi 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.

In questo modo si esprime il Codice europeo contro il cancro, il documento frutto di un'iniziativa della Commissione europea e diretto all'informazione dei cittadini sulle azioni da intraprendere per diminuire il rischio di cancro e così si esprimono le linee guida di diversi Paesi, nelle quali ormai il consumo moderato di bevande alcoliche viene definito 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 nuove indicazioni 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.

Oltre ad un aumentato rischio di cancro, anche per consumi molto bassi come quelli rappresentati da un bicchiere al giorno, da tenere presente nelle Linee Guida per una sana alimentazione gli effetti sull'apporto calorico delle bevande alcoliche. In generale nel mondo occidentale e nello specifico in Italia, le migliorate condizioni sociali hanno portato ad un costante aumento della sedenterietà con conseguente consistente diminuzione del fabbisogno energetico giornaliero.

Ogni unità alcolica consumata apporta mediamente 70 kcal, prive di qualsiasi contenuto nutritivo se non il potere calorico, di cui bisogna tenere conto, anche in vista del crescente aumento di eccedenza ponderale. L'apporto energetico di un'unità alcolica infatti 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 presunti (e mai pienamente dimostrati) effetti protettivi delle bevande alcoliche sulla salute cardiovascolare consistono nell'effetto farmacologico dell'etanolo sulla colesterolemia, sull'aggregabilità piastrinica e sul controllo glicemico, effetti tutti che complessivamente possono essere ottenuti con un'alimentazione equilibrata e con un auspicabile aumento di attività fisica.

Frutta e verdura sono ricchissime di molecole antiossidanti, in quantità ben superiori a quelle che sarebbe possibile ottenere da un bicchiere di vino e senza i pericolosi effetti tossici dell'alcol.

Nell'attuale versione delle linee guida per una sana alimentazione, in estrema sintesi, ribadiamo che l'impatto dell'alcol sulla salute è sostanziale e richiede la disponibilità e la realizzazione di iniziative di prevenzione rivolte alla popolazione generale, sebbene declinate per target specifici, per condizioni e per contesti di riferimento. L'informazione su questo versante può giocare un ruolo fondamentale nella promozione della salute pubblica, sensibilizzando maggiormente la società e favorendo una crescente consapevolezza dei rischi correlati al consumo di bevande alcoliche. Per farlo deve essere oggettiva e scientificamente fondata: il consumo di alcol, per quanto minimo, non pone al riparo da rischi per la salute.

Le raccomandazioni finali delle prossime linee guida possono essere come di seguito sintetizzate. La comunicazione concernente le bevande alcoliche indirizzata al grande pubblico rappresenta un problema delicatissimo, dato che l'alcol è una sostanza psicotropa, tossica e cancerogena, per la quale non sono identificate modalità di assunzione esenti da rischio. Trattandosi però di bevande piacevoli al palato, che vengono ampiamente consumate e che fanno parte delle tradizioni alimentari del nostro Paese, sia gli operatori sanitari sia coloro che si occupano di comunicazione scientifica devono affrontare l'argomento in maniera corretta. In altri termini, occorre evitare di generare fraintendimenti, di fornire alibi a consumi voluttuari o

persino di indurre nuovi comportamenti a rischio, in quanto non esistono dati che autorizzino a suggerire agli astemi di divenire bevitori, seppure nel gruppo di consumo a basso rischio.

Anche l'indulgenza nei confronti di vino e birra dovrebbe essere riconsiderata: è vero che contengono meno alcol di altre bevande alcoliche, ma restano comunque la maggior fonte alimentare di etanolo, sostanza cancerogena e tossica. La piccola quota di componenti bioattivi in essi contenuta è irrilevante rispetto alla quantità di etanolo presente. E' per questo motivo che le organizzazioni internazionali raccomandano estrema prudenza nel consumo di etanolo, indipendentemente dalla bevanda che lo contiene, sia essa vino, birra, liquori o liquori.

L'atteggiamento che la comunità medica dovrebbe assumere nei riguardi del consumo di alcol è un problema di difficile soluzione, data la difficoltà di inserire suggerimenti in merito fra i consigli relativi allo stile di vita, che fanno parte di qualunque programma di prevenzione e di difesa della salute.

Chi è a stretto contatto con il paziente – medici di base, specialisti, farmacisti, altro personale sanitario- può però svolgere un ruolo chiave nel far sì che gli effetti nocivi dell'alcol sulla popolazione siano minimizzati.

Dal canto loro, i media hanno un compito di grande responsabilità. Aver timore di affrontare in via ufficiale i problemi connessi all'uso delle bevande alcoliche è inutile e può essere controproducente, perché non solo non si informerebbe l'opinione pubblica, ma non si concorrerebbe alla formazione e alla diffusione di una vera cultura della salute. Chi si occupa di informazione scientifica deve innanzitutto ed in ogni occasione evitare di presentare, sia pure larvamente, l'uso delle bevande alcoliche come una forma di medicamento. Dovrà invece insistere sui concetti del basso rischio, del consumo frazionato in occasione dei pasti e delle quantità permesse nell'arco della giornata, capaci di coniugare il piacere del palato con il minore rischio possibile per la salute. Inoltre, bisogna, sempre tenere conto che si tratta di raccomandazioni e di indicazioni generali e quindi elencare accuratamente le limitazioni per particolari gruppi "vulnerabili" di popolazione e sottolineare costantemente che il bilancio fra eventuali effetti benefici ed effetti negativi pende sempre - anche per consumi molto bassi sul versante del rischio.

In sintesi, non si deve dare l'impressione che il mondo medico suggerisca ai pazienti di bere a protezione della salute e bisognerà invece sottolineare sistematicamente come, nonostante possano sussistere, in alcuni gruppi di popolazione, alcuni effetti apparentemente protettivi per consumi a basso rischio, ciò non può essere motivo per spingere chi è astemio a bere, sia pure in quantità minime.

1.2 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.

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

Nel 2015 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro 72.377 soggetti.

L'utenza è andata tendenzialmente aumentando nel tempo; negli anni più recenti il trend crescente è soprattutto evidente per gli utenti già in carico e rientrati.

Il 26,6% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.

Il rapporto M/F è pari a 3,4 per il totale degli utenti. A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati).

L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni (circa 31% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2015 si osserva che l'11,2% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i più vecchi questa percentuale è pari al 5,7%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 37,0% per i nuovi utenti e il 48,0% per quelli già in carico.

La bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (49,6%), seguito dalla birra (25,9%), dai superalcolici (11,0%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,1%).

1.3 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 e dell'apparato scheletrico, 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.

Come ribadito nella Global Strategy dell'OMS, l'uso dannoso di alcol e i relativi problemi di salute pubblica sono influenzati dal livello generale di consumo alcolico della popolazione, dai modelli del bere e dai contesti locali. Livelli e modelli di consumo alcolico sono tra loro interconnessi: 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.

DIMISSIONI OSPEDALIERE CON DIAGNOSI DI PATOLOGIE TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI

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, responsabile del bisogno di assistenza e le 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

Sindromi psicotiche indotte da alcool		Sindromi di dipendenza da alcool	
Codici ICD-9-CM	Descrizione	Codici ICD-9-CM	Descrizione
291.0	Delirium da astinenza da alcool	303.0	Intossicazione acuta da alcool
291.1	Disturbo amnesico persistente indotto da alcool	303.00	Intossicazione acuta da alcool, non specificata
291.2	Demenze persistenti indotte da alcool	303.01	Intossicazione acuta da alcool, continua
291.3	Disturbo psicotico con allucinazioni indotto da alcool	303.02	Intossicazione acuta da alcool, episodica
291.4	Intossicazione alcolica idiosincrasica	303.03	Intossicazione acuta da alcool, in remissione
291.5	Disturbo psicotico con deliri indotto da alcool	303.9	Altra e non specificata dipendenza da alcool
291.8	Altri disturbi mentali specificati indotti da alcool	303.90	Altra e non specificata dipendenza da alcool, non specificata
291.81	Astinenza da alcool	303.91	Altra e non specificata dipendenza da alcool, continua
291.82	Disturbi del sonno indotti da alcool	303.92	Altra e non specificata dipendenza da alcool, episodica
291.89	Altri	303.93	Altra e non specificata dipendenza da alcool, in remissione
291.9	Disturbi mentali non specificati indotti dall'alcool		

Abuso di alcool		Neuropatie infiammatorie e tossiche	
Codici ICD-9-CM	Descrizione	Codici ICD-9-CM	Descrizione
305.00	Abuso di alcool, non specificato	357.5	Polineuropatia alcoolica
305.01	Abuso di alcool, continuo		
305.02	Abuso di alcool, episodico		
305.03	Abuso di alcool, in remissione		

Gastrite alcoolica		Cardiomiopatie	
Codici ICD-9-CM	Descrizione	Codici ICD-9-CM	Descrizione
535.30	Gastrite alcoolica senza menzione di emorragia	425.5	Cardiomiopatia alcoolica
535.31	Gastrite alcoolica con emorragia		

Effetti tossici dell'alcool		Malattia epatica cronica e cirrosi	
Codici ICD-9-CM	Descrizione	Codici ICD-9-CM	Descrizione
980.0	Effetti tossici dell'alcool etilico	571.0	Steatosi epatica alcoolica
980.1	Effetti tossici dell'alcool metilico	571.1	Epatite acuta alcoolica
980.2	Effetti tossici dell'alcool isopropilico	571.2	Cirrosi epatica alcoolica
980.3	Effetti tossici del fuselolo	571.3	Danno epatico da alcool, non specificato
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 2015 si sono avute complessivamente 57.992 dimissioni ospedaliere a seguito di ricovero, caratterizzate dall'aver segnalata almeno una patologia attribuibile all'alcol, o come diagnosi principale di dimissione, ovvero come causa principale del ricovero, o come diagnosi secondaria, che coesiste al momento del ricovero e che influenza il trattamento terapeutico somministrato.

La modalità di ricovero per le 57.992 dimissioni è stata per il 94% il regime ordinario e per il restante 6% in ricovero diurno.

TAB.I.6 - Distribuzione per regime e regione delle dimissioni ospedaliere, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2015

REGIONE	Diagnosi principale						Diagnosi secondaria					
	Regime ordinario			Regime diurno			Regime ordinario			Regime diurno		
	Dimissioni	Giornate di degenza	Degenza media	Dimissioni	Accessi	Numero medio accessi	Dimissioni	Giornate di degenza	Degenza media	Dimissioni	Accessi	Numero medio accessi
Piemonte	1.640	26.994	16,5	292	1.437	4,9	3.224	56.943	17,7	69	334	4,8
Valle d'Aosta	158	1.209	7,7	52	192	3,7	114	1.013	8,9	16	77	4,8
Lombardia	3.601	43.624	12,1	73	380	5,2	4.812	58.125	12,1	50	334	6,7
P.A. Bolzano	650	5.115	7,9	12	64	5,3	734	7.636	10,4	31	118	3,8
P.A. Trento	347	4.913	14,2	10	39	3,9	493	6.072	12,3	27	98	3,6
Veneto	2.078	25.262	12,2	75	844	11,3	3.399	50.897	15,0	277	5.683	20,5
Friuli V.G.	674	6.743	10,0	44	374	8,5	1.263	15.263	12,1	83	567	6,8
Liguria	961	9.200	9,6	135	1.101	8,2	1.306	12.559	9,6	45	302	6,7
Emilia Romagna	2.349	27.134	11,6	119	1.032	8,7	2.926	36.147	12,4	113	1.202	10,6
Toscana	1.056	9.168	8,7	70	456	6,5	2.024	23.455	11,6	129	810	6,3
Umbria	267	2.042	7,6	3	22	7,3	399	3.935	9,9	5	19	3,8
Marche	1.466	25.737	17,6	15	58	3,9	718	9.294	12,9	19	66	3,5
Lazio	1.482	15.428	10,4	736	8.768	11,9	2.208	25.525	11,6	113	748	6,6
Abruzzo	473	4.364	9,2	83	531	6,4	738	7.328	9,9	49	352	7,2
Molise	109	1.120	10,3	12	43	3,6	249	2.946	11,8	15	73	4,9
Campania	1.413	12.576	8,9	153	602	3,9	1.563	18.147	11,6	175	654	3,7
Puglia	1.247	10.539	8,5	63	122	1,9	1.714	16.267	9,5	86	326	3,8
Basilicata	205	2.393	11,7	18	46	2,6	351	3.889	11,1	16	50	3,1
Calabria	559	5.378	9,6	96	535	5,6	625	6.292	10,1	31	171	5,5
Sicilia	739	6.637	9,0	73	439	6,0	1.355	14.392	10,6	36	188	5,2
Sardegna	1.004	7.959	7,9	58	255	4,4	1.646	15.001	9,1	76	514	6,8
ITALIA	22.478	253.535	11,3	2.192	17.340	7,9	31.861	391.126	12,3	1.461	12.686	8,7

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

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

La **TAB.I.6** presenta la distribuzione delle 57.992 dimissioni per regione e modalità di ricovero, dando anche indicazione della durata della degenza complessiva e media, espresse in giorni. Nel caso di ricovero diurno si parla di numero complessivo di accessi e la tabella fornisce anche il loro valore medio.

Delle 57.992 dimissioni il 43% presenta una diagnosi principale totalmente attribuibile all'alcol, mentre per il restante 57% la diagnosi attribuibile all'alcol è indicata come diagnosi secondaria, e quindi con effetti sull'assistenza erogata e sulla durata della degenza, come si evince confrontando le rispettive degenze medie. A tal riguardo si precisa che la fonte informativa relativa alla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) rileva fino a cinque diagnosi secondarie.

Interessante rilevare il raggruppamento diagnostico al quale appartiene la diagnosi principale, nei casi in cui la diagnosi attribuibile all'alcol è stata indicata come diagnosi secondaria.

TAB.I.7 - Distribuzione delle dimissioni per raggruppamenti diagnostici della diagnosi principale, in presenza di diagnosi secondaria totalmente attribuibile all'alcol (*), per regime di ricovero - ANNO 2015

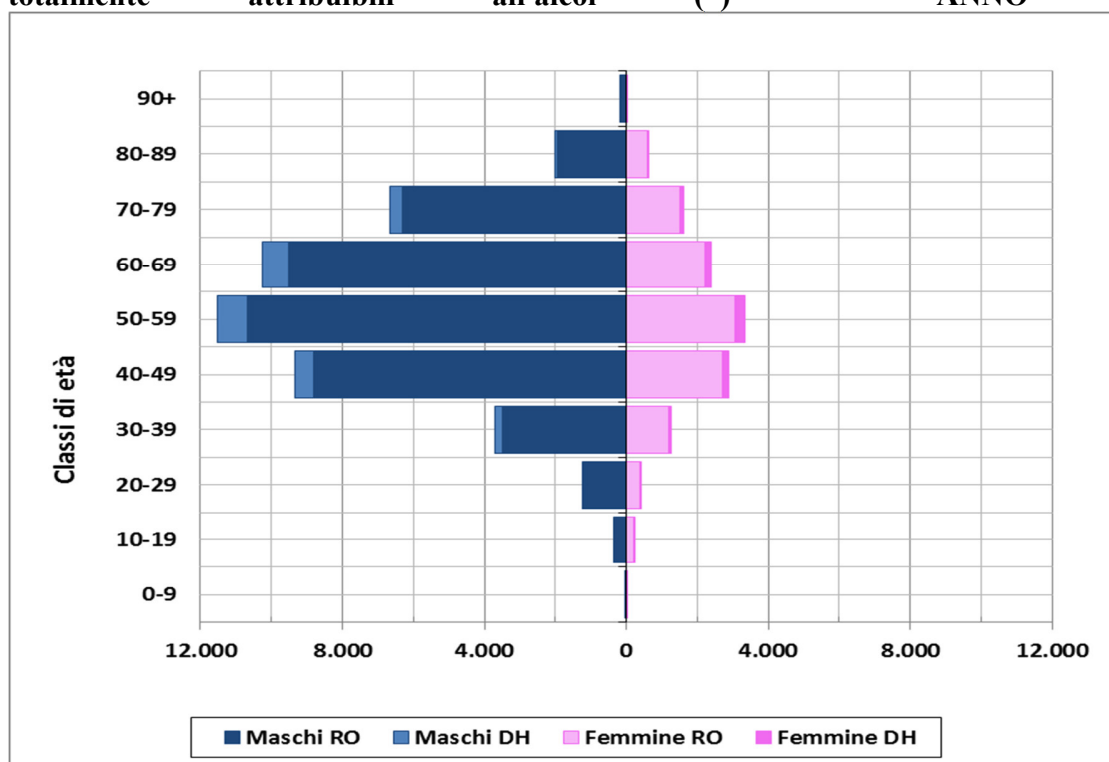
CAPITOLI DI DIAGNOSI PRINCIPALE	2015					
	Regime ordinario			Regime diurno		
	Dimissioni	Giornate di degenza	Degenza media	Dimissioni	Accessi	Numero medio accessi
Malattie infettive e parassitarie	1.020	16.796	16,5	79	468	5,9
Tumori	3.436	35.909	10,5	306	1.534	5,0
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, disturbi immunitari	797	7.835	9,8	63	277	4,4
Malattie del sangue e organi emopoietici	638	6.485	10,2	64	399	6,2
Disturbi mentali	7.240	98.827	13,7	189	1.939	10,3
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	1.283	15.519	12,1	21	146	7,0
Malattie del sistema circolatorio	3.160	38.124	12,1	91	369	4,1
Malattie dell'apparato respiratorio	2.664	33.543	12,6	20	83	4,2
Malattie dell'apparato digerente	5.386	55.074	10,2	156	590	3,8
Malattie dell'apparato genitourinario	711	8.402	11,8	22	69	3,1
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	4	32	8,0	-	-	-
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	168	2.424	14,4	18	109	6,1
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	335	5.984	17,9	10	85	8,5
Malformazioni congenite	24	258	10,8	1	5	5,0
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	2	30	15,0	-	-	-
Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti	1.876	19.948	10,6	146	841	5,8
Traumatismi ed avvelenamenti	2.270	27.497	12,1	6	31	5,2
Classificazione supplementare dei fattori che influenzano stato di salute e ricorso ai servizi san.	847	18.439	21,8	269	5.741	21,3
Diagnosi non indicata	-	-	-	-	-	-
ITALIA	31.861	391.126	12,3	1.461	12.686	8,7

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

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

La **TAB.I.7** mostra la distribuzione, per raggruppamento diagnostico, della diagnosi principale in presenza di patologie secondarie attribuibili all'alcol. Per i ricoveri in regime ordinario, la diagnosi principale è da attribuire prevalentemente a disturbi mentali (23%), con circa 14 giorni di degenza media e, a seguire, patologie dell'apparato digerente (17%), tumori (11%) e malattie del sistema circolatorio (10%). Per i ricoveri diurni i tumori rappresentano le patologie prevalenti con mediamente 5 accessi. Al secondo posto, in ordine di prevalenza, la diagnosi principale è indicata con codici "V" della classificazione ICD-9-CM (18%) con mediamente 21 accessi. [I codici "V" sono utilizzati per codificare problemi clinici, servizi erogati o circostanze particolari]. La rappresentazione grafica a forma di piramide del **GRAF.I.1**, fornisce una immediata indicazione sulla prevalenza dei ricoveri dei maschi affetti da patologie alcol attribuibili rispetto alle femmine. Il grafico rappresenta infatti la distribuzione del numero assoluto, a livello nazionale, delle suddette dimissioni ospedaliere per genere e classi di età (decennali), tenendo anche conto della composizione delle dimissioni in base al regime di ricovero: ordinario (RO) e diurno (DH). La prevalenza del genere maschile caratterizza sia i ricoveri ordinari che quelli diurni, come evidenziato dal grafico (complessivamente, a prescindere dal regime di ricovero, maschi 78% vs 22% femmine). Inoltre si osserva che la numerosità dei ricoveri, caratterizzati da queste patologie, cresce all'aumentare dell'età, con valore massimo per la fascia 50-59 anni, sia per i maschi che per le femmine, per poi gradualmente decrescere.

GRAF.I.1 – Piramide per classi di età decennali e per genere delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2015



(*) 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)

Restando alla distribuzione per genere e classi di età delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, la **TAB.I.8** ne riporta la distribuzione dei valori assoluti per regione di ricovero, genere e classe di età. In testa alla classifica per regione di ricovero, con oltre 5.000 dimissioni, vi sono in ordine crescente, Piemonte, Emilia Romagna, Veneto e Lombardia. Chiudono la classifica, con dimissioni inferiori a 400, Molise e Valle d'Aosta.

TAB.I.8 - Distribuzione delle dimissioni, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*), per regione, genere e fasce d'età - ANNO 2015

REGIONE	Maschi						Femmine					
	<= 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale	<= 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale
Piemonte	4	784	1.993	757	383	3.921	4	289	686	215	110	1.304
Valle d'Aosta	-	42	103	102	41	288	-	7	26	8	11	52
Lombardia	47	1.514	2.965	1.275	746	6.547	47	506	951	299	186	1.989
P.A. Bolzano	8	192	517	245	127	1.089	9	57	173	52	47	338
P.A. Trento	-	81	304	174	130	689	-	27	95	39	27	188
Veneto	7	718	2.008	1.115	567	4.415	6	266	635	341	166	1.414
Friuli V.G.	4	113	653	518	305	1.593	4	36	198	129	104	471
Liguria	7	446	811	368	171	1.803	3	161	368	68	44	644
Emilia Romagna	5	920	2.031	717	449	4.122	4	376	731	163	111	1.385
Toscana	5	487	1.232	399	269	2.392	13	258	385	141	90	887
Umbria	6	104	214	94	86	504	6	54	67	24	19	170
Marche	2	493	845	214	118	1.672	4	209	240	52	41	546
Lazio	19	744	1.923	638	335	3.659	22	231	389	140	98	880
Abruzzo	11	159	592	179	162	1.103	11	47	100	44	38	240
Molise	-	68	170	48	36	322	-	9	31	15	8	63
Campania	8	613	1.381	402	241	2.645	14	140	323	89	93	659
Puglia	24	608	1.319	361	222	2.534	25	148	261	87	55	576
Basilicata	2	61	287	90	72	512	-	21	34	8	15	78
Calabria	13	142	581	262	122	1.120	7	41	85	27	31	191
Sicilia	9	454	1.012	260	112	1.847	4	106	176	47	23	356
Sardegna	16	359	1.235	519	304	2.433	16	83	168	50	34	351
ITALIA	197	9.102	22.176	8.737	4.998	45.210	199	3.072	6.122	2.038	1.351	12.782

(*) 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)

A seguire la **TAB.I.9** riporta la distribuzione dei tassi specifici per regione di ricovero, genere e classe d'età. La distribuzione dei tassi di ricovero, calcolati sulla popolazione residente, mostra una elevata variabilità tra regioni all'interno di ciascuna classe d'età considerata.

Con riferimento alla classe d'età centrale (45-64 anni), caratterizzata da prevalente numerosità dei ricoveri, il tasso presenta valori estremi per entrambi i generi, in Sicilia e P.A. di Bolzano (ad esempio per i maschi 151 vs 722 per 100.000 ab.). Inoltre, con riferimento ai maschi della classe 65-74 anni, si evidenzia un tasso di ricovero assai più elevato rispetto al valore medio nazionale nella P.A. di Bolzano ed in Valle d'Aosta, con oltre 1.000 dimissioni su 100.000 residenti. Analogamente per le femmine si rileva una elevata variabilità dei tassi di ricovero specifici: per la classe di età centrale i valori estremi della distribuzione sono in Sicilia (valore minimo) e nella P.A. di Bolzano (valore massimo), che registra un valore ben superiore 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 ricovero a livello nazionale si discostano lievemente tra loro (3,8 per i maschi vs 4,1 per le femmine). I raffronti a livello regionale mostrano anch'essi valori generalmente più elevati per le femmine, in modo particolare in Sardegna e nella P.A. di Bolzano.

TAB.I.9 - Tassi di ricovero (x 100.000 residenti) specifici per classi di età e genere delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2015

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	1,1	113,3	315,7	308,0	174,9	1,2	42,4	105,0	78,2	32,1
Valle d'Aosta	-	207,3	545,1	1.468,3	739,3	-	35,0	136,6	108,8	122,3
Lombardia	5,4	90,2	209,8	251,5	181,4	5,7	31,2	66,2	52,2	27,7
P.A. Bolzano	15,4	214,6	722,2	1.037,3	666,5	18,4	65,1	244,8	196,5	161,2
P.A. Trento	-	91,9	395,5	649,8	624,8	-	31,0	123,4	135,6	77,3
Veneto	1,6	89,0	281,2	440,1	279,7	1,5	33,7	88,0	121,5	50,3
Friuli V.G.	4,2	59,3	367,3	714,6	526,6	4,5	19,5	109,2	159,4	107,6
Liguria	6,2	196,4	356,4	391,2	188,6	2,8	71,5	153,4	61,7	29,7
Emilia Romagna	1,4	128,2	326,9	310,7	206,1	1,2	53,1	113,0	62,8	33,1
Toscana	1,7	82,9	235,8	192,2	141,1	4,7	44,0	69,7	59,6	30,6
Umbria	8,4	73,4	176,4	194,2	186,1	8,9	37,8	51,5	44,5	26,6
Marche	1,6	197,0	393,0	270,1	148,8	3,4	84,5	107,3	58,8	33,8
Lazio	3,8	73,9	235,7	226,4	141,0	4,7	23,1	44,2	42,5	26,5
Abruzzo	10,3	70,9	318,3	264,7	255,0	11,0	21,4	51,4	59,6	39,5
Molise	-	128,3	381,0	300,9	227,9	-	17,7	68,0	88,4	32,7
Campania	1,4	57,8	178,6	157,3	128,3	2,6	13,2	39,1	30,9	31,2
Puglia	6,6	85,5	241,7	178,6	135,6	7,3	21,0	44,6	38,4	22,4
Basilicata	4,3	61,1	352,4	333,3	261,7	-	21,7	40,5	26,8	37,2
Calabria	7,6	40,5	217,9	279,3	146,2	4,3	11,8	30,2	26,8	25,5
Sicilia	2,0	50,3	151,3	108,8	55,7	0,9	11,9	24,5	17,3	7,6
Sardegna	12,9	125,3	499,3	587,1	444,8	13,8	30,2	65,8	50,9	32,7
ITALIA	3,8	89,4	262,7	284,9	191,5	4,1	30,6	69,4	59,0	33,1

(*) 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)

Si rileva infine che per i minori di 18 anni non ci sono dimissioni nelle regioni Valle d'Aosta, P.A. di Trento e Molise.

La **TAB.I.10** presenta il trend 2011-2015 dei tassi di ricovero, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, standardizzati per età. Il metodo della standardizzazione consente di confrontare i tassi regionali, avendone corretto l'effetto della diversa composizione regionale della popolazione residente.

TAB.I.10 - Tassi di ricovero standardizzati per età (x 100.000 residenti) dei dimessi con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNI 2011-2015

REGIONE	2011		2012		2013		2014		2015	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	213,4	65,4	191,2	62,2	182,2	58,2	175,6	57,4	163,1	52,6
Valle d'Aosta	414,4	126,7	539,1	96,6	499,5	93,1	411,1	62,6	410,6	72,0
Lombardia	172,9	50,2	160,6	48,3	145,3	43,7	136,6	39,5	124,5	37,1
P.A. Bolzano	496,5	153,6	482,1	142,8	422,2	118,7	389,5	122,2	423,8	128,2
P.A. Trento	323,9	78,8	296,0	64,9	282,5	61,5	244,5	73,1	241,4	65,4
Veneto	187,0	64,5	178,2	60,5	170,3	62,0	167,2	57,5	166,0	53,0
Friuli V.G.	289,9	81,5	281,3	84,7	276,5	77,6	236,3	67,3	221,8	65,1
Liguria	251,2	81,2	248,5	78,5	235,6	74,5	221,5	69,9	216,6	74,1
Emilia Romagna	218,7	66,6	213,8	69,7	209,3	64,5	192,0	65,2	174,5	56,8
Toscana	131,6	50,4	138,4	51,5	125,8	47,3	121,8	48,5	119,9	42,8
Umbria	143,7	39,7	135,4	44,8	125,3	37,7	120,5	32,3	106,3	36,3
Marche	211,3	66,5	217,9	72,8	220,2	66,5	213,6	62,6	210,9	66,8
Lazio	153,1	37,1	148,8	38,7	143,0	36,2	125,5	29,7	119,6	27,2
Abruzzo	191,1	42,7	178,5	36,2	178,6	41,5	161,5	37,2	152,4	32,6
Molise	231,6	55,4	210,5	34,9	245,8	39,7	201,1	32,2	190,6	35,7
Campania	126,6	25,3	119,0	27,0	105,9	21,2	97,8	20,1	92,1	21,5
Puglia	147,0	34,8	147,7	33,9	142,0	31,4	130,1	28,4	121,5	26,5
Basilicata	213,8	28,0	150,8	55,7	157,6	24,6	154,3	24,5	164,0	24,5
Calabria	157,7	29,9	146,9	29,1	117,8	21,2	109,0	24,4	109,4	18,3
Sicilia	109,7	20,1	95,6	19,9	88,3	16,0	80,5	15,3	73,2	13,3
Sardegna	296,2	46,2	301,5	46,4	293,6	37,3	285,8	40,4	261,3	38,7
ITALIA	178,9	48,6	170,8	48,0	160,9	43,8	149,8	41,4	153,2	38,8

(*) 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)