

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **CXXV**
n. 2

RELAZIONE

SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOL- CORRELATI

(Anno 2023)

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

*Presentata dal Ministro della salute
(SCHILLACI)*

Trasmessa alla Presidenza il 18 luglio 2024

PAGINA BIANCA

INDICE

PREMESSA

PRESENTAZIONE

PARTE PRIMA

I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo	1
1.1 Il consumo di bevande alcoliche in Europa	1
1.2 Il consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana	12
1.3 Consumatori a rischio - le analisi dell'ISS	18
1.4 Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni	31
La morbilità e la mortalità alcol correlate	42
1.5 Accessi in Pronto Soccorso con diagnosi di patologie totalmente alcol attribuibili	42
1.6 Dimissioni ospedaliere con diagnosi di patologie totalmente attribuibili all'alcol	50
1.7 Alcoldipendenza	62
1.8 Le Associazioni di Auto Mutuo Aiuto	65
1.9 La spesa farmaceutica nell'alcoldipendenza	71
1.10 La Mortalità alcol correlata	86
1.11 Gli incidenti stradali e le violazioni del Codice della Strada	92

PARTE SECONDA

Gli interventi del Ministero della Salute in attuazione della Legge 30.3.2001 n. 125	
2.1 Gli interventi di indirizzo	100
2.2 La partecipazione alle politiche internazionali	108
2.3 Gli interventi in materia di informazione e comunicazione	111
2.4 L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001	112

PARTE TERZA

Progettualità' delle Regioni e PPAA ai sensi della L. 125/2001	
3.1 L'intervento in alcologia e nelle dipendenze nella forma della Telemedicina	113

APPENDICE – Tabelle e Grafici (Paragrafo 2.3 “*Alcoldipendenza: i servizi alcologici e l'utenza*”)

PREMESSA

L'art. 8 della legge 30.3.2001 n. 125 dispone che il Ministro della Salute trasmetta al Parlamento una relazione annuale sugli interventi realizzati ai sensi dell'art. 9 comma 2 della legge medesima. La presente Relazione illustra il quadro epidemiologico che descrive il fenomeno correlato al consumo di bevande alcoliche nel nostro Paese, aggiornato al 2022. Inoltre descrive i modelli di trattamento per l'alcoldipendenza e la capacità di assistenza dei Servizi alcologici con le eventuali criticità emerse, nonché la spesa farmaceutica per la terapia farmacologica delle alcoldipendenze. La Relazione riporta gli interventi e le iniziative intraprese dal Ministero della Salute nell'anno 2023 e, presenta i progetti finanziati con i fondi previsti dalla Legge 125/2001 (art. 3, comma 4), assegnati alle Regioni individuate dalla Commissione Salute.

La Relazione al Parlamento viene annualmente curata dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 6 (Dott.ssa Maria Assunta Giannini, dott.ssa Maria Migliore, dott.ssa Stefania Milazzo), avvalendosi anche di informazioni fornite da diversi uffici delle Direzioni Generali del Ministero della Salute: Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Uff. 6 (Dott.ssa Simona Carbone, dott.ssa Carla Ceccolini); Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti europei e internazionali (Dott. Sergio Iavicoli); Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica – Uff. 3 (Dott.ssa Serena Battilomo, dott.ssa Elisabetta Santori); Dott.ssa Natalia Magliocchetti, Direzione Generale degli Organi Collegiali per la Tutela della Salute.

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

Si ringraziano:

- Prof. Emanuele Seafato, dott.ssa Silvia Ghirini, dott.ssa Claudia Gandin, dott.ssa Alice Matone - Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping. Osservatorio Nazionale Alcol e *WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems*.
- Dott.ssa Monica Vichi - Istituto Superiore di Sanità - *Servizio Tecnico Scientifico di Statistica*.
- Dott.ssa Emanuela Bologna - ISTAT - *Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Censimento della Popolazione, Servizio Registro della popolazione, statistiche demografiche e condizioni di vita*.
- Dott.ssa Giordana Baldassarre e Dott.ssa Silvia Bruzzone - ISTAT - *Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Censimento della Popolazione, Servizio Sistema Integrato Salute, Assistenza, Previdenza e Giustizia*.
- Dott. Francesco Trotta, Dott.ssa Filomena Fortinguerra, Dott. Andrea Pierantozzi - Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) - *Ufficio Monitoraggio della Spesa Farmaceutica e Rapporti con le Regioni*
- Le Regioni che hanno svolto le attività previste dai progetti finanziati secondo la previsione della Legge 125/2001: Regione Lombardia, responsabile scientifico Dott.ssa Cinzia Cristina Sacchelli

PRESENTAZIONE

La Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati", all'art.8 dispone l'invio annuale di una relazione del Ministro della Salute al Parlamento per fornire un aggiornamento continuo sull'andamento temporale del fenomeno connesso al consumo delle bevande alcoliche e per illustrare le azioni di contrasto intraprese dal Governo e dalle Regioni per contenere i danni causati dall'abuso di alcol.

A tutt'oggi il consumo dannoso di alcol resta una criticità, tanto da indurre molti Paesi ad adottare raccomandazioni sul consumo di bevande alcoliche, suggerendo la prudenza, come esprime con chiarezza il concetto condiviso dalla Comunità Scientifica Internazionale che si sintetizza con la frase "Less is better".

Per quanto riguarda l'indicatore sui consumi a rischio, che ricomprende sia il consumo abituale eccedentario sia il *binge drinking*, le fasce di popolazione maggiormente interessate sono rappresentate dai giovani 16-17enni per entrambi i sessi, seguiti dagli anziani ultra 65enni, prevalentemente uomini. Un fenomeno in continua crescita riguarda le donne della fascia di età 18-24 anni per comportamenti di consumo a rischio.

Questi rappresentano i target di popolazione più vulnerabili, per i quali a livello internazionale sono raccomandate azioni d'intervento volte a sensibilizzarli sulla non conformità dei loro consumi alle indicazioni di sanità pubblica.

Sebbene molte iniziative siano state realizzate in questi anni sia in ambito nazionale che internazionale ed europeo, tuttavia restano ancora delle criticità. Una riguarda la necessità di rafforzare il personale dedicato nei servizi per la prevenzione e presa in carico delle persone che manifestano problematiche alcol correlate. Inoltre, siamo impegnati a implementare un sistema di rete più rispondente alla domanda di cura attuale e una presa in carico multidisciplinare ed integrata della persona con disturbo da uso di alcol e ai loro familiari.

La programmazione nazionale, nel settore della prevenzione in Sanità Pubblica, si avvale dell'analisi del quadro epidemiologico, illustrato nella relazione, che suggerisce le problematiche connesse ai disturbi da uso di alcol (DSM-5-TR) da affrontare e risolvere con interventi e piani di azione.

La ex Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria si avvale del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 che, attraverso il dialogo Ministero-Regioni, supporta azioni a livello territoriale in favore della promozione e prevenzione della salute in diversi ambiti. Nel corso dell'anno 2023 i referenti del Ministero della Salute hanno provveduto a valutare i risultati del primo anno di attività relativamente agli obiettivi ricompresi nei Piani Regionali di Prevenzione discendenti dal citato Piano Nazionale di Prevenzione. Per quanto concerne l'area delle dipendenze, con e senza sostanza, sono stati valutati gli obiettivi specifici e trasversali del Piano Predefinito n.4, attraverso indicatori definiti per permettere l'attuazione del monitoraggio e della stessa valutazione.

Inoltre, sono proseguiti i lavori del "Tavolo tecnico per la realizzazione del Piano Nazionale di Prevenzione in materia di Dipendenze", istituito con D.D. del 21/04/2021 per ottemperare alla Linea di supporto centrale n.11, con l'elaborazione di una prima bozza del documento concernente "Linee di indirizzo per l'intercettazione precoce/emersione precoce per le dipendenze patologiche da sostanza o comportamentali (early detection)" rispetto alle quali l'identificazione precoce del rischio alcolcorrelato risulta quello di provata efficacia e di più immediata ed efficace implementazione da

supportare a livello del setting di assistenza sanitaria primaria anche attraverso una più diffusa formazione specifica già richiamata nel PNP e nei piani regionali (corsi IPIB).

Il Ministro della Salute

Orazio Scillaci

PARTE PRIMA**IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO****I CONSUMI DI BEVANDE ALCOLICHE E I MODELLI DI CONSUMO****1.1 *IL MONITORAGGIO DEI CONSUMI IN EUROPA E NEL MONDO***

L'alcol è considerato **il quinto fattore di rischio** globale per il carico di malattie e, nel 2016, il 5,5% di tutte le morti nei 30 paesi dell'Unione Europea è stato causato dall'alcol, per un totale di 291.100 persone decedute principalmente a causa di cancro (29% delle morti attribuibili all'alcol), cirrosi epatica (20%), malattie cardiovascolari (19%), incidenti stradali, autolesionismo e violenza interpersonale (28%) [1,2]; la percentuale più alta di morti attribuibili all'alcol è stata registrata nei giovani adulti [2,3].

Tra le quasi **800 persone** che **muoiono ogni giorno in Europa per cause attribuibili all'alcol**, una proporzione relativamente elevata di danni alcol correlati si verifica nei giovani: **una morte su quattro di persone tra i 20 e i 24 anni è causata dall'alcol** [3].

Nel contesto della strategia globale dell'OMS per ridurre l'uso dannoso dell'alcol, e per la maggior parte dei documenti strategici internazionali sull'alcol, dal punto di vista della salute pubblica, il concetto di uso dannoso dell'alcol comprende il bere che provoca conseguenze dannose per il consumatore, sia sulla sua salute che sociali, per le persone intorno al consumatore, e per la società nel complesso.

L'impatto dell'uso dannoso dell'alcol sulla salute non si limita alle conseguenze sulla salute; esso comporta significative perdite sociali ed economiche legate ai costi nel settore della giustizia, alla perdita di produttività della forza lavoro e alla disoccupazione, e ai costi attribuiti al dolore e alla sofferenza [4].

Almeno 40 malattie e condizioni elencate nella 10^a revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10) dell'OMS sono totalmente attribuibili all'alcol e oltre 200 sono parzialmente attribuibili all'alcol [5]. Il carico di malattie deriva principalmente da due categorie: malattie croniche non trasmissibili (tra cui numerosi tipi di cancro, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica e disfunzioni metaboliche) e lesioni accidentali e intenzionali (autolesionismo e violenza interpersonale tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali) [6-10].

Secondo l'OMS, l'uso dannoso dell'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione a livello mondiale e ha un impatto diretto su molti obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*) delle Nazioni Unite da raggiungere entro il 2030 [11-14].

Il consumo di alcol *pro-capite*, definito come litri di alcol puro all'anno, è uno dei due indicatori per l'obiettivo di sviluppo sostenibile 3.5: "Rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, inclusi l'uso dannoso di droghe e alcol" [15].

L'alcol è una sostanza cancerogena in grado di causare dipendenza: qualsiasi livello di consumo di alcol è associato a numerose malattie prevenibili come malattie cardiovascolari, vari tipi di cancro, disturbi da uso di alcol (DUA), malattie epatiche, eventi traumatici acuti come incidenti stradali, domestici e sul lavoro, danni alle persone diverse dai bevitori, disturbi comportamentali ed eventi psicotici [6-10].

Anche se vengono riportate in letteratura associazioni protettive riguardo al consumo occasionale di alcol e malattie coronariche, ictus ischemico e diabete, secondo l'OMS, considerando tutti i presunti vantaggi, gli effetti dannosi del consumo di alcol sulla salute sono ancora predominanti [16,17]. Infine, è stato dimostrato che il consumo di alcol ha pesanti ripercussioni sulle famiglie di coloro che bevono in modo rischioso o dannoso e sulla comunità in generale, a causa del deterioramento

delle relazioni personali e lavorative, atti criminali (come vandalismo e violenza), perdita di produttività e costi sanitari [18].

Nella regione europea dell'OMS, si stima che il 62,3% della popolazione adulta abbia consumato bevande alcoliche almeno una volta nell'ultimo anno, e che il consumo di alcol causi quasi un milione di morti ogni anno, pari a circa 2500 morti al giorno (di cui una su quattro è un giovane coinvolto o vittima di un incidente stradale causato dalla guida in stato di ebbrezza, la principale causa di morte prematura in Italia e in Europa, di malattie a lungo termine o disabilità tra i giovani maschi di età compresa tra 14 e 28 anni) [3,12].

I dati sul consumo di alcol e sulle malattie attribuibili all'alcol inclusi in questo capitolo saranno anche pubblicati, come ogni anno, nel rapporto ISTISAN sull'epidemiologia e il monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni a cura dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità.

Consumo di alcol pro-capite registrato in Europa

Le evidenze epidemiologiche provenienti da studi nazionali e internazionali confermano la correlazione tra un elevato consumo di alcol nella popolazione e l'aumentato rischio di morbilità e mortalità da alcune specifiche cause di morte. In generale, il rischio di morbilità aumenta con la quantità di alcol consumata [2,3,11,19-23].

La frequenza e l'intensità di avvelenamento acuto aumentano soprattutto il rischio di incidenti stradali e malattie cardiovascolari, come infarti e malattie coronariche [1,2].

Il consumo di alcol *pro-capite* fa parte di un insieme di indicatori di base, il cui scopo è monitorare l'entità, il modello e le tendenze del consumo di alcol nella popolazione adulta (15 anni e oltre).

Il consumo di alcol *pro-capite* è definito a livello globale dall'OMS e dalle Nazioni Unite come la quantità di alcol consumata *pro-capite* (15 anni e oltre) durante un anno solare in un paese, in litri di alcol puro, e l'indicatore tiene conto solo del consumo registrato dai dati di produzione, importazione, esportazione e vendita, spesso tramite la tassazione [15,24].

L'ufficio regionale dell'OMS per l'Europa ha sviluppato un quadro di monitoraggio congiunto per "Health 2020", gli SDG e gli indicatori delle malattie non trasmissibili per facilitare la segnalazione negli Stati membri e consentire modi coerenti e tempestivi per misurare il progresso in accordo con il quadro globale degli indicatori del Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite (ECOSOC). L'indicatore del quadro di monitoraggio congiunto per l'alcol nella regione europea (12) è stato concordato come "Consumo totale di alcol *pro-capite* tra le persone di 15 anni e oltre in un anno solare" (Health 2020).

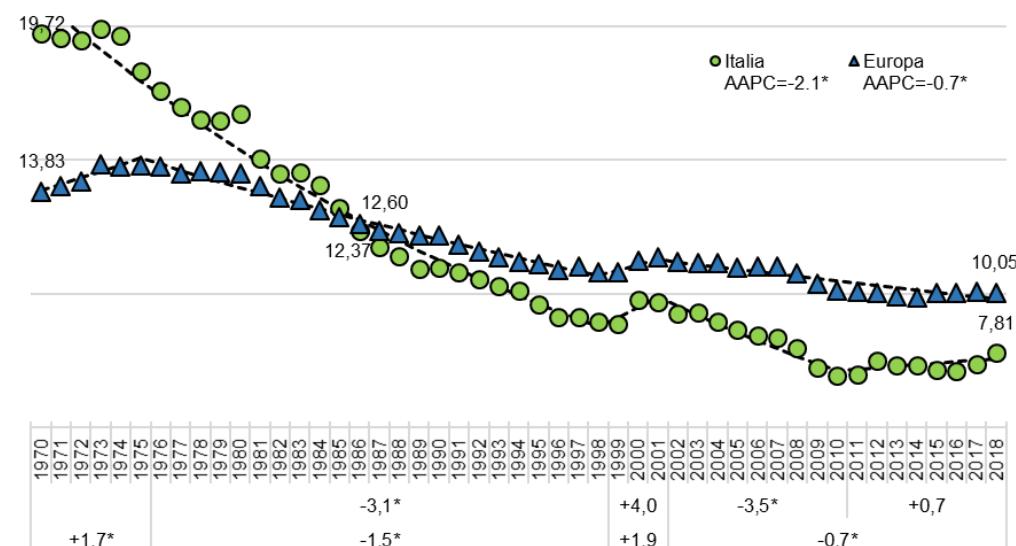
Il monitoraggio della strategia globale sulle malattie non trasmissibili, compresi gli obiettivi e gli indicatori legati all'alcol, mira specificamente a raggiungere entro il 2025 "una riduzione relativa di almeno il 10% dell'uso dannoso di alcol nel contesto nazionale" misurato dalla riduzione del consumo totale *pro-capite*, dalla prevalenza standardizzata per età del consumo episodico eccessivo tra gli adolescenti e gli adulti e, ultimo ma non meno importante, nella riduzione della morbilità e mortalità legate all'alcol tra adolescenti e adulti.

Nei paesi dell'Unione Europea, tra il 1970 e la fine degli anni '90, è stata osservata una diminuzione prolungata a seguito di un iniziale aumento annuale nel consumo *pro-capite*. Anche se apparentemente una riduzione del 10% del consumo *pro-capite* in un periodo di tempo accettabile sembra rappresentare un obiettivo di prevenzione realizzabile, i dati mostrano che anche per i paesi con un consumo *pro-capite* di base più basso e una riduzione costante e sostanziale osservata negli ultimi tre decenni (come l'Italia), si sta osservando un leggero aumento negli ultimi anni (Figura 1). Per quanto riguarda l'Italia, quanto accaduto a livello nazionale è un esempio delle difficoltà che devono essere superate per raggiungere un obiettivo sostenibile per la salute. A tal riguardo, in Italia, nel 1970, il consumo *pro-capite* era molto più alto della media dei paesi membri dell'UE (19,72 vs. 13,83); tuttavia, l'Italia è stata la prima nazione nella regione europea dell'OMS a

raggiungere l'obiettivo stabilito dalle strategie europee di riduzione del consumo *pro-capite* di alcol del 25%.

Negli anni successivi, tuttavia, nonostante la riduzione osservata tra il 2002 e il 2010 e le fluttuazioni osservate tra il 2011 e il 2018, il valore dell'indicatore a livello nazionale sta tornando ai livelli del 2008 di 7,81 litri *pro-capite*, annullando le riduzioni dell'ultimo decennio (Figura 1).

La comparabilità nell'analisi dei modelli di consumo di alcol è fondamentale per spingere gli Stati membri ad adottare azioni e misure che dovrebbero dare un nuovo impulso all'attuazione complessiva degli SDG in Europa, tenendo conto dei diversi comportamenti di consumo e delle bevande alcoliche che sono molto più rappresentative di una specifica cultura nazionale del bere.



*statisticamente significativa

Figura 1. Trend consumo registrato di alcol in litri di alcol puro *pro-capite* totale e stimato (in Italia e nei Paesi europei). Valore registrato (tondo) e stima (linea tratteggiata) ottenuta con Joint Point Analysis. Anni 1970-2018

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati pubblicati nel *European Health for All database* (HFA-DB), WHO-Europa

La **Figura 2** mostra che il consumo di rAPC per tipo di bevanda in Italia è diverso rispetto a quello osservato in media nei paesi dell'UE; è un modello caratteristico non solo in tutti i Paesi mediterranei ma sta influenzando lentamente molti altri Paesi europei in cui la dieta mediterranea è diffusa. In Italia, la diminuzione complessiva nell'APC è attribuibile principalmente alla diminuzione del consumo di vino, seguito dalla birra. Il consumo *pro-capite* del vino in Italia è diminuito da 16,58 nel 1970 a 4,45 nel 2010, ma negli ultimi anni il valore è aumentato nuovamente (4,83 nel 2019). Il consumo della birra ha avuto una tendenza molto diversa rispetto al vino; tra il 1970 e il 2019, c'è stata una crescita costante (0,75 nel 1970 vs 1,99 nel 2019). Infine, il consumo dei super alcolici (liquori, amari, cocktail, ecc.) è diminuito fino al 1995 (0,94 nel 1995) e successivamente è oscillato, raggiungendo 0,83 litri nel 2019. Nei paesi dell'UE, il rAPC è aumentato nel 1970 e poi è diminuito a 10,07 nel 2019. Il consumo di vino è diminuito tra il 1980 e il 1995 e poi è rimasto stabile, mentre il rAPC della birra e degli alcolici ha oscillato, raggiungendo rispettivamente il valore di 3,64 e 2,22 nel 2019 [23].

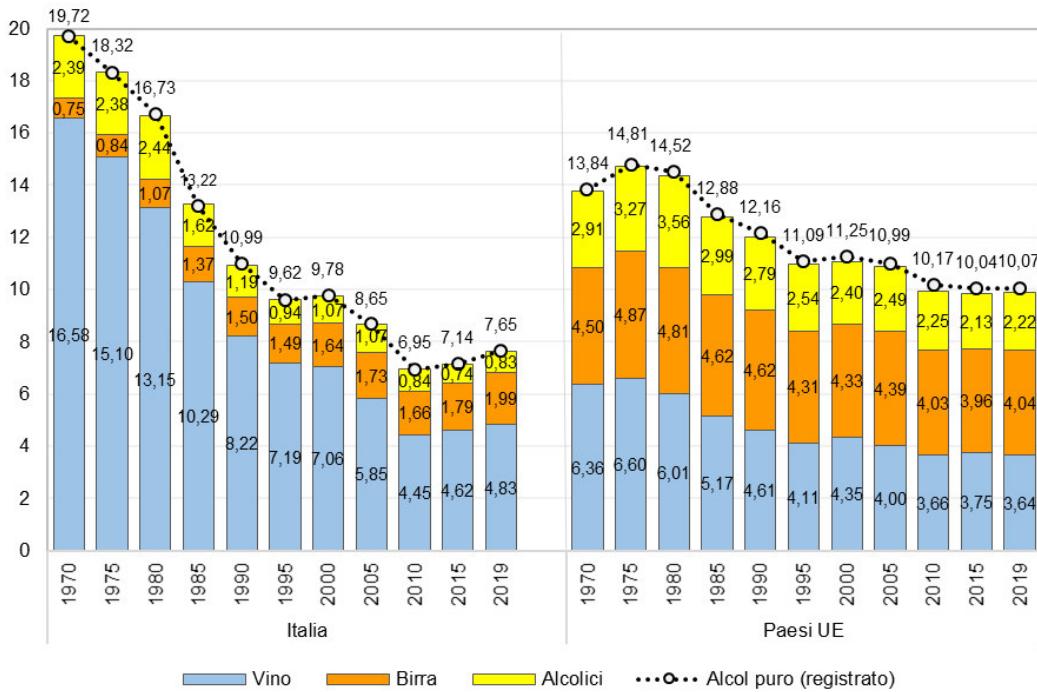


Figura 2. Consumo di alcol puro pro-capite (APC) negli adulti di età superiore a 15 anni per tipologia di bevanda in Italia e nei Paesi europei (anni 1970, 1980, 1990, 2000, 2010, 2018, 2019)

Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati WHO

Consumo totale di alcol pro-capite

Il consumo dannoso di alcol è responsabile di circa 3 milioni di morti nel mondo, pari al 5,3% di tutte le morti, più delle morti dovute all'ipertensione e al diabete messe insieme. L'OMS stima che nel 2016 il 5,1% del carico di malattia e lesioni a livello mondiale fosse attribuibile al consumo di alcol, equivalente a 132,6 milioni di anni di vita persi per invalidità (*Daily Adjusted Life Years - DALY*) [1].

La *World Mental Health Survey Initiative* dell'OMS, indagine conoscitiva effettuata in 27 paesi tra il 2001 e il 2015, ha dimostrato che la prevalenza dei DUA era molto più elevata negli uomini che nelle donne, e che il 15% di tutti i casi di DUA durante la vita si sviluppavano prima dei 18 anni. Un reddito familiare più elevato e l'essere più anziani, sposati e più istruiti erano protettivi durante la vita per i DUA [25].

Negli ultimi dieci anni, a livello dell'UE sono state sviluppate numerose iniziative sull'alcol, come la "Strategia dell'UE per sostenere gli Stati membri nella riduzione dei danni correlati all'alcol" [26] e il "Piano d'azione europeo dell'OMS per ridurre l'uso dannoso di alcol 2012-2020" [27]. Queste iniziative sono state supportate dalla "Strategia globale per ridurre l'uso dannoso dell'alcol" [4] e dal "Piano d'azione per la Strategia globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2008-2013" [28].

L'Italia, come altri Paesi dell'UE, ha aderito a molte attività progettuali europee, gli obiettivi di queste attività hanno sottolineato e rafforzato nel tempo l'importanza dello sviluppo e del supporto a un sistema locale di monitoraggio legato all'alcol. Il sistema dovrebbe garantire, da un lato, una valutazione dell'impatto sociale e sanitario del consumo di alcol nella popolazione e, dall'altro lato,

fornire informazioni tempestive sui progressi delle misure adottate ed eventualmente riadattate in base alle emergenti esigenze sociali e sanitarie.

L'indicatore principale attualmente utilizzato a livello europeo e internazionale per monitorare l'uso dannoso dell'alcol è il consumo nazionale di Alcol Totale *Pro-Capite* (tAPC) negli adulti di età superiore ai 15 anni, espresso in litri di alcol puro [14].

Il tAPC è un indicatore fortemente correlato all'uso dannoso dell'alcol. La possibilità di disporre di dati quasi per tutti i paesi su base annuale ha permesso di considerarlo il miglior indicatore disponibile per monitorare il Piano d'Azione Globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 [29] e per monitorare gli SDG [30,31].

Il tAPC è definito come la quantità totale (somma di consumo di alcol *pro-capite* totale e del consumo di alcol non registrato) di alcol consumata per persona (di età superiore a 15 anni) in un anno solare, in litri di alcol puro, corretta per il consumo turistico.

Le stime per il consumo totale di alcol sono prodotte sommando la media triennale *pro-capite* (15+) del consumo di alcol registrato e una stima del consumo di alcol non registrato *pro-capite* (15+) per un anno solare. Il consumo turistico tiene conto dei turisti che visitano il Paese e degli abitanti che visitano altri Paesi [14]. La differenza tra il consumo di alcol registrato e non registrato è legata alla quantità di alcol che non è tassata nei Paesi in cui viene consumata perché di solito è prodotta, distribuita o venduta al di fuori dei canali formali sotto il controllo governativo. L'alcol non registrato può essere prodotto, venduto e acquistato legalmente o illegalmente; nei Paesi dell'UE+, questo è un grande gruppo eterogeneo di prodotti diversi che variano tra e all'interno dei Paesi.

Quattro ampie categorie di alcol non registrato possono essere distinte:

- 1) bevande alcoliche fatte in casa (legali e illegali);
- 2) alcol prodotto illegalmente e/o prodotti alcolici contraffatti o alcol prodotto informalmente che non è stato dichiarato alle autorità statali per evitare la tassazione;
- 3) prodotti alcolici non destinati o non ufficialmente destinati al consumo umano, ma consumati come alcol surrogato (come alcolici medicinali o cosmetici);
- 4) alcol che viene portato oltre il confine (contrabbandato o portato legalmente, ma registrato in un'altra giurisdizione) [2].

Nel 2019, l'OMS ha stimato che il tAPC nella Regione Europea dell'OMS fosse di 14,88 (U=9,20, D=3,98), mentre in Italia il tAPC era di 12,72 (U=7,97; D=3,54) (Figura 3).

Guardando nuovamente all'Italia per confrontare anche questo indicatore con la media europea, si è scoperto che, sebbene in Italia il valore del tAPC sia inferiore alla media dei Paesi della regione europea dell'OMS, la tendenza dell'indicatore è molto diversa. Nell'OMS-Europa, il tAPC è diminuito lentamente tra il 2000 e il 2019, sia per gli uomini che per le donne; in Italia c'è stata una rapida diminuzione tra il 2000 e il 2010, seguita da un aumento che ha riportato l'indicatore al valore di 12,72, e la proiezione al 2025 sembra indicare un obiettivo mancato più che un obiettivo raggiunto.

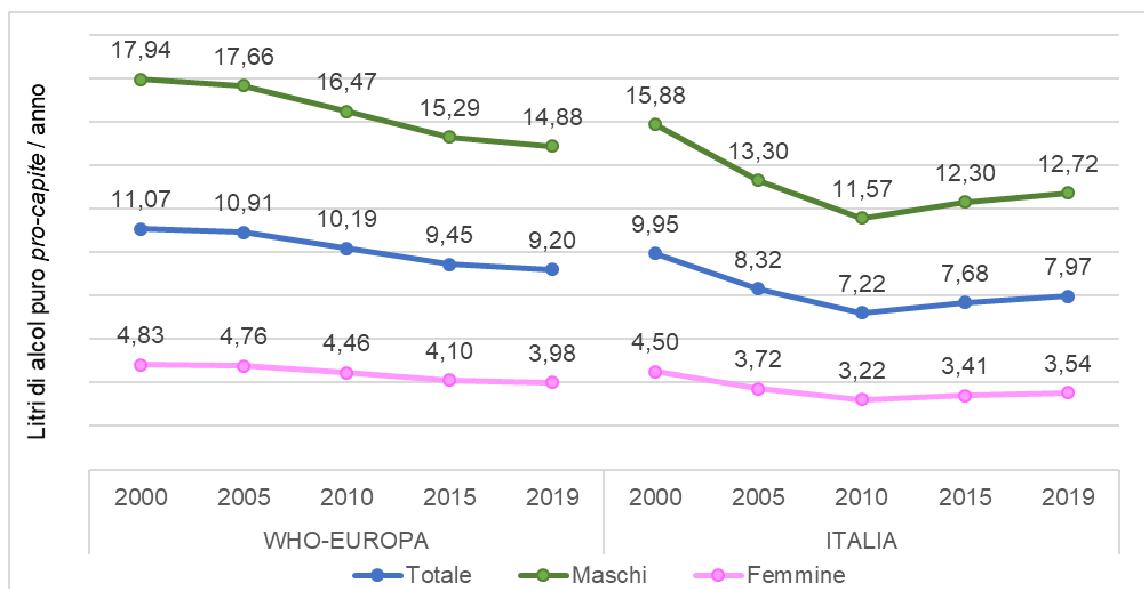


Figura 3. Consumo di alcol totale *pro-capite* (tAPC) negli adulti di età pari o superiore a 15 anni in Italia e nei Paesi europei (Years 2000, 2005, 2010, 2015, 2019).

Frequenza di consumo di alcol negli ultimi 12 mesi

I dati dell'Indagine europea sulla salute (*European Health Interview Survey - EHIS*) condotta da Eurostat [32], condotta in tutti gli Stati membri dell'UE nel periodo 2018-2020, rilevano il consumo di alcol nei paesi dell'UE nella popolazione di età pari o superiore a 15 anni che risiede in famiglie ubicate nel territorio nazionale.

La metodologia standardizzata di raccolta dati consente di confrontare le abitudini di consumo dei diversi Stati membri. I dati raccolti riguardano non solo bevande alcoliche come birra, vino, liquori, cocktail, ma anche alcolici fatti in casa.

I dati della terza indagine EHIS mostrano che nel 2019, l'8,4% della popolazione dell'UE di età pari o superiore a 15 anni ha dichiarato di consumare una bevanda alcolica ogni giorno, rispetto al 28,8% di consumatori settimanali e al 22,8% di consumatori mensili di alcol.

Al contrario, poco più di un quarto degli europei (26,2%) non ha consumato affatto alcol nei dodici mesi precedenti all'indagine o non ha mai bevuto alcun tipo di bevanda alcolica (Figura 4).

Italia e Spagna hanno la percentuale di soggetti con un consumo giornaliero superiore al 12% della popolazione di riferimento, precedute in Europa solo dal Portogallo (figura 4).

All'altro estremo, in Lituania, Lettonia, Estonia, Polonia, Svezia, Irlanda, Romania, Norvegia e Turchia, la percentuale della popolazione che consuma alcol quotidianamente era inferiore al 3%.

Le percentuali più elevate di persone che non consumano bevande alcoliche sono registrate in Croazia e Italia (34,8%), mentre le percentuali più basse sono registrate in Danimarca, Repubblica Ceca e Lussemburgo; la percentuale più alta di persone che non consumano alcol è stata riscontrata in Turchia [23,32].

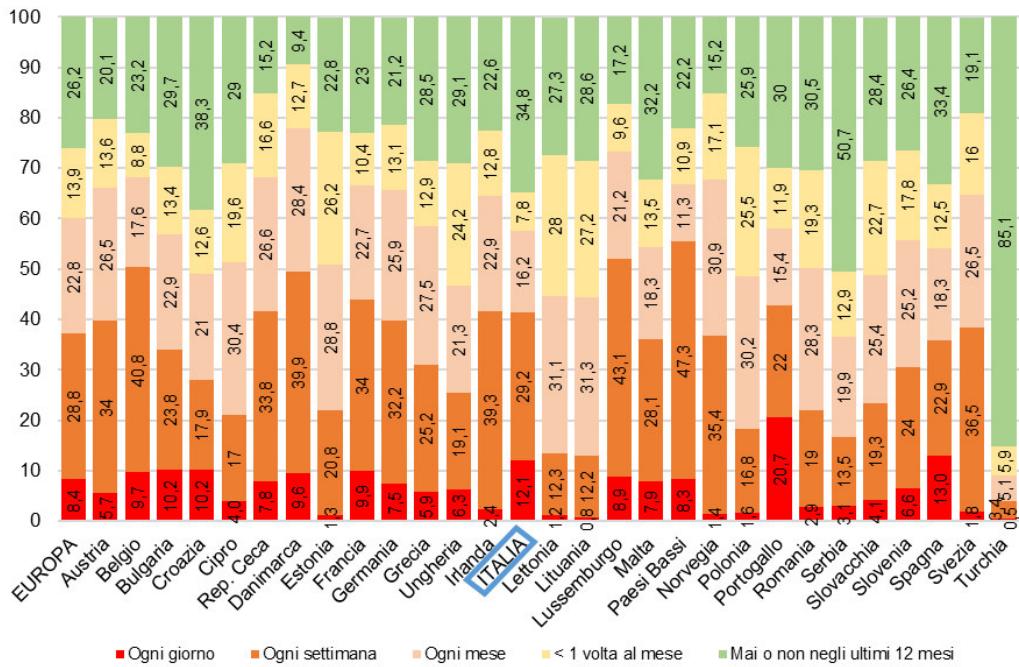


Figura 4. Distribuzione (%) delle persone di età pari o superiore a 15 anni in base alla frequenza del consumo di alcol, 2019.

Elaborazione ONA-ISS su dati Eurostat

Consumo dannoso di alcol

Il consumo dannoso di alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione nel mondo con un impatto diretto su numerosi obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG), compresi quelli per la salute materna e infantile, le malattie infettive (HIV, epatite virale, tubercolosi), le malattie non trasmissibili e la salute mentale, sugli infortuni e le intossicazioni.

La produzione e il consumo di alcol sono strettamente legati a molti altri obiettivi e target dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile. Il consumo dannoso è parte degli indicatori che forniscono informazioni sulle conseguenze dirette sulla salute alcol-attribuibili. Gli indicatori sono periodicamente calcolati dall'OMS come proporzione di adulti (15+ anni) con consumo dannoso di alcol (F10.1 secondo la classificazione ICD-10 dell'OMS) nell'anno solare [11,33].

Tra i Paesi europei, la prevalenza di consumo dannoso di alcol nei 12 mesi precedenti era più elevata tra gli uomini ovunque (Tabella 1).

Per entrambi i sessi, i valori più alti sono stati registrati in Ungheria (M=20,4; F=4,0), mentre valori oltre il terzo quartile sono stati riscontrati anche in Slovenia, Estonia e in Polonia; valori oltre il terzo quartile sono stati riscontrati anche in Lettonia, Lituania e Slovacchia per gli uomini e in Austria, Irlanda e Svezia per le donne.

Al contrario, la prevalenza del consumo dannoso di alcol è stata più bassa in Italia (0,9) per gli uomini e in Spagna (0,3) per le donne (Tabella 1).

Un altro modello di consumo di alcol, **l'intossicazione acuta da alcol (IAA)**, è una condizione intercorrente, potenzialmente transitoria, causata dal consumo di una quantità significativa di alcol. I sintomi sono tipicamente correlati alla concentrazione di alcol nel sangue e, nei casi gravi, l'IAA può portare a depressione respiratoria e ipotensione arteriosa, con il potenziale rischio di decesso. Vari fattori, come età, genere, peso corporeo e consumo a stomaco vuoto o pieno, influenzano la

concentrazione sanguigna di alcol, che dipende anche dalla quantità relativa di acqua totale nel corpo. I neonati, che hanno più acqua corporea, hanno una concentrazione di alcol nel sangue più bassa rispetto a bambini più grandi dopo dosi equivalenti di etanolo.

Tuttavia, l'attività immatura dell'alcol deidrogenasi epatica nei bambini sotto i 5 anni limita la capacità di metabolizzare l'alcol, potenzialmente causando un coma a una concentrazione più bassa rispetto agli adulti.

L'IAA influisce negativamente su diverse funzioni cognitive, inclusa memoria, pianificazione e controllo motorio complesso, portando a comportamenti imprevisti e lesioni.

Studi sull'incidenza di intossicazione da alcol nei pazienti traumatizzati ricoverati al pronto soccorso indicano che l'IAA è significativamente responsabile di incidenti stradali, lesioni da pedoni, atti di violenza (compresa la violenza domestica), tentativi di suicidio, lesioni alla testa dovute a cadute e incidenti stradali. Questi eventi sono associati a gravi disabilità post-traumatiche e mortalità.

Per quanto riguarda il monitoraggio dell'IAA, l'indicatore non è standardizzato tra i Paesi europei, e le definizioni variano per quanto riguarda la quantità di alcol consumato e il riferimento al periodo osservazionale. Ad esempio, in Italia, la prevalenza del *binge drinking*, identificato considerando la terza domanda del test AUDIT-C, relativa a soggetti che consumano più di 6 Unità Standard di alcol in un'unica occasione nei 12 mesi precedenti l'intervista, è del 1,6% tra gli uomini e dello 0,7% tra le donne di età compresa tra 11 e 25 anni nel 2021.

I dati dal Rapporto ESPAD 2019 (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs-ESPAD*, Progetto Europeo di Ricerca sul Consumo di Alcol e altre Sostanze nelle Scuole) indicano la prevalenza di studenti “*binge drinker*”, definiti come coloro che hanno consumato cinque bicchieri di bevande alcoliche in un'occasione almeno una volta negli ultimi 30 giorni. In Spagna, in particolare, più ragazze che ragazzi riferiscono un episodio di *binge drinking* negli ultimi 30 giorni (19% tra le ragazze contro il 14% tra i ragazzi) [34].

Tabella 1. Prevalenza di uso dannoso di alcol e di Disturbi da Uso di Alcol negli ultimi 12 mesi in Europa (2016)

Paese	Uso dannoso di alcol (15+), Prevalenza, ultimi 12 mesi (%)		Disturbi da Uso di Alcol (15+), Prevalenza, ultimi 12 mesi (%)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Austria	9.3	3.1	18.1	6.1
Belgio	5.8	2.0	12.1	4.3
Bulgaria	7.9	1.5	12.2	1.9
Croatia	4.2	0.8	9.8	2.2
Cipro	5.8	1.8	10.5	3.2
Rep. Ceca	5.6	0.9	10.6	1.7
Danimarca	5.3	2.0	10.9	4.2
Estonia	12.3	2.1	22.2	3.8
Francia	5.8	1.6	11.1	3.1
Germania	4.8	2.0	9.8	4.0
Grecia	5.2	1.6	9.4	2.9
Ungheria	20.4	4.0	36.9	7.2
Irlanda	7.2	2.3	13.0	4.1
Italia	0.9	0.5	1.7	1.0
Latvia	9.4	1.6	28.8	4.6
Lituania	11.0	2.0	19.9	3.6
Lussemburgo	5.8	1.5	10.5	2.7
Malta	3.1	0.9	5.6	1.6
Paesi Bassi	1.1	0.5	2.0	0.9
Norvegia	4.5	2.0	10.6	3.8
Polonia	18.6	3.3	22.7	3.7
Portogallo	6.1	1.8	11.0	3.2
Romania	2.5	0.8	4.5	1.4
Serbia	4.4	0.8	9.9	2.1
Slovacchia	12.6	1.4	22.8	2.5
Slovenia	13.0	2.5	23.5	4.5
Spagna	1.5	0.3	2.7	0.5
Svezia	8.3	3.5	14.7	7.3
Turchia	5.6	1.0	8.1	1.7

Leggenda

Min	<1 quartile	>3 quartile	Max
-----	-------------	-------------	-----

Disturbi da Uso di Alcol (DUA)

I disturbi da uso di alcol comprendono una serie di disturbi attribuibili all'alcol e, pertanto, rivelano una parte significativa della popolazione che soffre dell'impatto diretto dell'alcol. L'OMS calcola periodicamente gli indicatori come una proporzione degli adulti (15 anni e oltre) che soffrono di

disturbi attribuibili al consumo di alcol (secondo la classificazione ICD-10: F10.1 Uso dannoso di alcol; F10.2 Dipendenza da alcol) durante un determinato anno solare [35].

La prevalenza dei DUA negli ultimi 12 mesi varia per regione dell'OMS, con i valori più alti registrati nella Regione Europea (66,2 milioni di persone di età superiore ai 15 anni, pari all'8,8% della popolazione in tale fascia d'età) e nella regione delle Americhe (63,3 milioni, pari all'8,2% della popolazione di età superiore ai 15 anni).

Al contrario, la prevalenza dei DUA è più bassa nella regione del Mediterraneo Orientale (3,4 milioni, pari allo 0,8% della popolazione di età superiore ai 15 anni).

Tra i Paesi europei, la prevalenza negli ultimi 12 mesi era più elevata tra gli uomini rispetto alle donne ovunque. Tra gli uomini, i valori più alti sono stati registrati in Ungheria e oltre il 20% in Estonia, Lettonia, Polonia, Slovacchia e Slovenia; per le donne, i valori più alti sono stati registrati in Svezia, Ungheria e Austria.

L'Italia, d'altra parte, ha avuto una delle prevalenze più basse di DUA sia per gli uomini (1,7%) che per le donne (1,0%), insieme a Spagna, Paesi Bassi e Romania (Tabella 1).

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Fact Sheet on Alcohol Consumption, Alcohol-Attributable Harm and Alcohol Policy Responses in European Union Member States, Norway and Switzerland (2018)*. Copenhagen: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/europe/publications/m/item/fact-sheet-on-alcohol-consumption-alcohol-attributable-harm-and-alcohol-policy-responses-in-european-union-member-states--norway-and-switzerland-\(2018\)](https://www.who.int/europe/publications/m/item/fact-sheet-on-alcohol-consumption-alcohol-attributable-harm-and-alcohol-policy-responses-in-european-union-member-states--norway-and-switzerland-(2018)); ultima consultazione 22.01.2024.
2. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Copenhagen: WHO; 2019.
3. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>; ultima consultazione 22.01.2024.
4. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO, 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategyc.pdf. Edizione italiana a cura dell'Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESP. Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol. Roma: ISS; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 21.01.2024.
5. World Health Organization. *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione*. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità. Roma: Ministero della Sanità; 2001. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1929_allegato.pdf; ultima consultazione 22.01.2024.
6. Rehm J, Imtiaz S. A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2016;11:37.
7. Rehm J, Gmel GE Sr, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, Probst C, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Shield KD, Shuper PA. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction* 2017;112(6):968-1001.
8. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, Altieri A, Cogliano V; WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol*. 2007;8(4):292-293.
9. Stewart BW, Wild CP, ed. *World Cancer Report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.
10. Global Burden of Disease 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017;390(10100):1345-1422.

11. United Nation. Department of Economic and Social Affairs. *The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. New York, NY: United Nations; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>; ultima consultazione 22.01.2024.
12. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development* (2020). Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340806/WHO-EURO-2020-2370-42125-58041-eng.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 22.01.2024.
13. Movendi International. *Alcohol obstacle to development. How Alcohol Affects the Sustainable Development Goals*. Stockholm: Movendi International; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://movendi.ngo/wp-content/uploads/2020/02/Alcohol-and-SDGs-Movendi.pdf>; ultima consultazione 22.01.2024.
14. World Health Organization. *The Global Health Observatory. Indicators. Alcohol, total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) (SDG Indicator 3.5.2)*. Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-\(recorded-unrecorded\)-alcohol-per-capita-\(15\)-consumption](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-(recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15)-consumption); ultima consultazione 22.01.2024.
15. World Health Organization Europe, *European Health Information Gateway. Pure alcohol consumption, litres per capita, age 15+*. Disponibile all'indirizzo: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_426-3050-pure-alcohol-consumption-litres-per-capita-age-15plus/visualizations/#id=19443&tab=notes; ultima consultazione 22.01.2024.
16. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer S, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386(10010):2287–22323.
17. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155–173.
18. Anderson P. *Alcohol and the workplace*. In: Anderson P, Moller L, Galea G (Ed.). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO, 2012; pp. 69–82.
19. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Policy brief: tackling harmful alcohol use*. Paris: OECD Publishing; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Policy-Brief-Tackling-harmful-alcohol-use.pdf>; ultima consultazione 22.01.2024.
20. Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6. Relazione del Ministro della Salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 “legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati”. Roma: Ministero della Salute; 2023. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3338_allegato.pdf; ultima consultazione 22.01.2024.
21. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 125, 30 marzo 2001.
22. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2022*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/1)
23. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Piano Nazionale Prevenzione. Rapporto 2023*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/3)
24. World Health Organization. *The Global Health Observatory. Indicators. Alcohol, recorded per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol)*. Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-recorded-per-capita-\(15\)-consumption-\(in-litres-of-pure-alcohol\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-recorded-per-capita-(15)-consumption-(in-litres-of-pure-alcohol)); ultima consultazione 22.01.2024.
25. Glantz MD, Bharat C, Degenhardt L, Sampson NA, Scott KM, Lim CCW, Al-Hamzawi A, Alonso J, Andrade LH, Cardoso G, De Girolamo G, Gureje O, He Y, Hinkov H, Karam EG, Karam G, KovessMasfety V, Lasebikan V, Lee S, Levinson D, McGrath J, Medina-Mora ME, Mihaescu-Pintia C, Mneimneh Z, Moskalewicz J, Navarro-Mateu F, Posada-Villa J, Rapsey C, Stagnaro JC, Tachimori H, Ten Have M, Tintle N, Torres Y, Williams DR, Ziv Y, Kessler RC; WHO World Mental Health Survey Collaborators. The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys. *Addict Behav*. 2020

- Mar;102:106128. doi: 10.1016/j.addbeh.2019.106128. Epub 2019 Sep 16. Erratum in: Addict Behav. 2020 Jul;106:106381. PMID: 31865172.*
26. European Commission. *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm.* Brussels, Commission of the EC, 2006. Disponibile all'indirizzo: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52006DC0625>; ultima consultazione 22.01.2024.
27. World Health Organization. Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020.* Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe; 2012. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1. Edizione italiana a cura dell'Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS. Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020. Roma: ISS; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 22.01.2024.
28. World Health Organization. *2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases.* Geneva: WHO; 2008. Disponibile all'indirizzo: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44009/9789241597418_eng.pdf;jsessionid=0AEB340C72E5C21CB4C18A5773BA230D?sequence=1; ultima consultazione 21.01.2024.
29. World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020.* Geneva: WHO; 2013. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>; ultima consultazione 21.01.2024.
30. World Health Organization. *Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of Non Communicable Diseases of the WHO.* Geneva: WHO; 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; ultima consultazione 21.01.2024.
31. World Health Organization. *The SAFER initiative. A world free from alcohol related harm.* Geneva: WHO; 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/initiatives/SAFER>; ultima consultazione 21.01.2024.
32. Eurostat. *Statistics Explained. European health interview survey (EHIS) – methodology.* 2021. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics/index.php?title=European_health_interview_survey_methodology#Data_dissemination; ultima consultazione 21.01.2024.
33. World Health Organization. *The Global Health Observatory. Indicators. Alcohol, harmful use (15+), 12 month prevalence (%) with 95%CI.* Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-harmful-use-\(15-\)-12-month-prevalence--\(-\)with-95-ci](https://www.who.int/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-harmful-use-(15-)-12-month-prevalence--(-)with-95-ci); ultima consultazione 21.01.2024.
34. ESPAD group. *ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.* Lussemburgo: ESPAD; 2020. Disponibile all'indirizzo: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf; ultima consultazione 21.01.2024.
35. World Health Organization. *The Global Health Observatory. Indicators. Alcohol Use Disorders (15+), 12 month prevalence (%) with 95% CI.* Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-use-disorders-\(15-\)-12-month-prevalence--\(-\)with-95-ci](https://www.who.int/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-use-disorders-(15-)-12-month-prevalence--(-)with-95-ci); ultima consultazione 21.01.2024.

1.2 IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NELLA POPOLAZIONE ITALIANA

La valutazione dell'esposizione al rischio alcol correlato si basa sull'uso di un sistema d'indicatori validati a livello nazionale ed europeo a cui contribuiscono l'ISTAT, con le statistiche desumibili dall'indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", e l'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il Ministero della Salute.

Secondo i dati ISTAT nel corso del 2022 il 67,1% della popolazione italiana di 11 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica (pari a 35 milioni e 918 mila persone), con una prevalenza maggiore tra i maschi (77,4%) rispetto alle femmine (57,5%). Il 19,3% dei consumatori (10 milioni 310 mila persone) beve quotidianamente (28,4% tra i maschi e 10,7% tra le femmine).

Nel 2022 è in lieve aumento, rispetto all'anno precedente, il consumo di alcol nell'anno (66,3% nel 2021 e 67,1% nel 2022), tale aumento si osserva esclusivamente tra le donne (passate dal 56,1% al 57,5%); stabile il consumo giornaliero (19,4% nel 2021 e 19,3% nel 2022), mentre in aumento il consumo fuori pasto (30,7% nel 2021 e 31,7% nel 2022) e il consumo occasionale (46,9% nel 2021 e 47,9% nel 2022).

Nell'arco di tempo che va dal 2012 al 2022 (**tabella 2**) l'ISTAT ha, invece, rilevato:

- un aumento dei consumatori nell'anno (dal 64,6% al 67,1%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 23,6% al 19,3%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 41,0% al 47,9%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 26,0% al 31,7%).

Tabella 2 Persone 11 anni e più per consumo di bevande alcoliche nell'anno, tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto, sesso e classe d'età. Anni 2012 e 2022 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso e classe d'età)

CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE	11-17		18-24		25-44		45-64		65 e più		Totale	
	2012	2022	2012	2022	2012	2022	2012	2022	2012	2022	2012	2022
MASCHI												
Nell'anno	22,0	17,5	78,6	75,0	84,4	82,6	85,2	84,6	79,6	81,4	78,3	77,4
<i>Tutti i giorni</i>	1,1	1,4	13,5	8,6	27,4	20,3	46,1	33,2	55,2	46,3	35,6	28,4
<i>Occasionalmente</i>	20,9	16,0	65,1	66,4	57,0	62,3	39,1	51,4	24,3	35,1	42,7	48,9
Fuori pasto	10,6	8,7	50,7	50,9	48,6	54,6	37,0	42,8	24,0	29,5	37,2	40,8
FEMMINE												
Nell'anno	17,3	15,5	61,0	68,5	59,2	69,1	55,8	62,6	45,2	49,4	51,8	57,5
<i>Tutti i giorni</i>	0,4	0,7	2,0	1,8	8,0	7,4	15,9	11,6	20,1	17,1	12,5	10,7
<i>Occasionalmente</i>	16,9	14,7	59,0	66,8	51,2	61,7	39,8	51,0	25,1	32,4	39,3	46,9
Fuori pasto	7,0	7,4	36,6	43,5	23,4	38,6	12,9	23,0	5,7	9,1	15,6	23,2
MASCHI E FEMMINE												
Nell'anno	19,7	16,5	70,2	71,9	71,8	75,9	70,2	73,4	59,9	63,5	64,6	67,1
<i>Tutti i giorni</i>	0,8	1,1	8,0	5,3	17,7	13,9	30,7	22,2	35,1	29,9	23,6	19,3
<i>Occasionalmente</i>	18,9	15,4	62,2	66,6	54,1	62,0	39,5	51,2	24,8	33,6	41,0	47,9
Fuori pasto	8,8	8,1	44,0	47,4	36,0	46,7	24,7	32,7	13,5	18,0	26,0	31,7

Fonte: Istat – *Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"*. Anno 2012 e 2022

I cambiamenti nelle abitudini a distanza di 10 anni sono diffusi in tutte le fasce d'età e mettono in evidenza un generalizzato e forte calo di consumo giornaliero e, parallelamente, un aumento del consumo occasionale e fuori pasto, specialmente tra la popolazione adulta di 45 anni e più. Notevoli nel decennio gli incrementi nella quota di donne consumatrici che, per il consumo occasionale passano dal 39,3% al 46,9% e che passano dal 15,6% al 23,2% per il consumo fuori pasto.

Bevande alcoliche consumate dagli italiani nel 2022

Nel 2022, beve **vino** il 54,9% della popolazione di 11 anni e più, di cui 65,1% maschi e 45,2% femmine. Nella stessa popolazione considerata, beve **birra** il 51,3%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile pari al 63,7% rispetto al 39,6% di quella femminile. Gli **aperitivi alcolici, amari e superalcolici** sono consumati, nel 2022, dal 48% della popolazione di 11 anni e più (58,5% degli uomini e il 38,0% delle donne).

Nel 2022 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche che hanno bevuto vino sono stati il 16,7% (24,2% maschi e 9,6% femmine), mentre quelli che hanno bevuto **birra** il 5,4% (8,9% maschi e 2,1% femmine) ed infine hanno bevuto **aperitivi, amari, superalcolici** lo 0,9% (1,4% maschi e 0,4% femmine) (**Tabella 3**).

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

Tabella 3 Persone di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno e consumo giornaliero per tipo di bevanda alcolica (vino, birra, aperitivi, amari e superalcolici) e sesso. Anno 2022 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso)

TIPO DI BEVANDA ALCOLICA	Consumo di bevande alcoliche					
	Maschi		Femmine		Maschi e femmine	
	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>
Vino	65,1	24,2	45,2	9,6	54,9	16,7
Birra	63,7	8,9	39,6	2,1	51,3	5,4
Aperitivi, amari, superalcolici	58,5	1,4	38,0	0,4	48,0	0,9
Totale	77,4	28,4	57,5	10,7	67,1	19,3

Fonte: Istat – *Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”*. Anno 2022

Si consuma più alcol al Nord e al Centro Italia

Il consumo di alcol nell'anno è più forte nel Centro-Nord (il 69,3%), specialmente tra i maschi (Nord-est=80,5%; Centro=77,4%; Nord-ovest=77,3%). Anche la quota più elevata di consumatori giornalieri si concentra nel Centro-nord (circa il 21%).

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

Il consumo di alcol aumenta al crescere del titolo di studio

Tra le persone di 25 anni e più, la quota di consumatori di bevande alcoliche aumenta al crescere del titolo di studio conseguito. Ciò avviene soprattutto per le donne: tra quelle con licenza elementare consuma alcol almeno una volta all'anno il 41,4%, quota che sale al 74,3% fra le laureate. Le differenze di genere, pur permanendo, diminuiscono all'aumentare del titolo di studio, anche a parità di età. Andamento inverso ha, invece, il consumo quotidiano, che risulta crescente al diminuire del titolo di studio, per entrambi i sessi ma soprattutto per gli uomini.

I MODELLI DI CONSUMO DEI GIOVANI

Nel 2022, il 47,6% dei ragazzi e il 42,1% delle ragazze di **età compresa tra 11 e 24 anni** ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; rispetto al 2012 si rileva una diminuzione della prevalenza tra i ragazzi (-3,8 punti percentuali) e, viceversa, un aumento tra le ragazze (+2,7 punti percentuali), aumento che risulta significativo anche rispetto all'ultimo anno precedente (nel 2021 la quota delle ragazze consumatrici giornaliera era pari al 39,2%).

Nella fascia di età 11-24 anni è soprattutto diffusa la consuetudine di bere alcolici fuori dai pasti (più di 1 ragazzo su 4 ha questa abitudine), anche con una frequenza di almeno una volta a settimana, ciò indica un comportamento nel consumo di alcol adottato in modo abituale e potenzialmente a rischio.

Pertanto, possiamo considerare il consumo di alcol tra i giovani, a tutt'oggi, una criticità che suggerisce di mantenere alta l'attenzione su questa fascia di popolazione.

I comportamenti a rischio sul consumo di alcol nella popolazione giovanile sono particolarmente diffusi **nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni**.

Il fenomeno è differenziato per genere, con valori più elevati tra i ragazzi, sebbene nel tempo stia aumentando in modo significativo il numero di ragazze in questa fascia di età con comportamenti di consumo a rischio.

Nel 2021 il consumo abituale eccedentario nella stessa classe di età era il 2,1%, di cui il 2,3% maschi e l'1,8% femmine.

Nel 2022 il consumo abituale eccedentario, nella classe di età 18-24 anni è stato l'1,6%, di cui il 2% maschi e l'1,1% femmine.

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

Nel 2021 il fenomeno del *binge drinking* riguardava il 14,8% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 18,3% maschi e l'11% femmine.

Nel 2022 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il 15% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 18,9% erano maschi e il 10,8% erano femmine.

Tabella 4 Persone di 11-24 anni per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche, sesso e classe d'età. Anno 2022 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso e classe d'età)

Classe di età	Almeno un comportamento di consumo a rischio			Tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche								
				Consumo abituale eccedentario			Binge drinking					
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11-15	9,1	6,8	8,0	9,1	6,8	8,0	1,4	0,3	0,8			
16-17	38,6	36,8	37,7	38,6	36,8	37,7	8,3	6,0	7,2			
11-17(*)	17,5	15,5	16,5	17,5	15,5	16,5	3,3	1,9	2,6			
18-19	14,8	11,8	13,3	1,0	0,9	1,0	13,8	10,9	12,3			
20-24	22,1	10,9	16,9	2,4	1,1	1,8	20,8	10,7	16,1			
18-24	20,2	11,2	15,9	2,0	1,1	1,6	18,9	10,8	15,0			

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

Fonte: ISTAT - *Indagine "Aspetti della vita quotidiana"* - Anno 2022

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni, in Italia con la Legge 8.11.2012 n.189 vige il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, da ciò si deduce che i giovani di età inferiore ai 18 anni che consumano anche una sola bevanda alcolica durante l'anno presentano un comportamento a rischio

nel consumo di alcol. È assolutamente rilevante, quindi, il fatto che nella **fascia di età 11-17 anni il 16,5% abbia consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno, valore che dovrebbe invece tendere allo zero.**

In questa fascia d'età, il 3,4% ha le **abitudini più rischiose** perché si caratterizza per un consumo giornaliero di bevande alcoliche ed anche per l'abitudine al *binge drinking* e/o al consumo fuori pasto almeno settimanale, mentre il 13,1% ha un consumo più occasionale (beve almeno una bevanda alcolica nell'anno o ha un consumo fuori pasto occasionale).

C'è da osservare come in questa fascia di età si osservino differenze di genere meno marcate e i comportamenti di consumo delle ragazze sono quasi sovrapponibili a quelli dei ragazzi.

I MODELLI DI CONSUMO DEGLI ANZIANI

Nella fascia di popolazione anziana è ormai consolidata l'abitudine a consumare bevande alcoliche soprattutto durante i pasti, questo fenomeno è da sempre parte della tradizione italiana. Con l'avanzare dell'età, tuttavia, troppo spesso non si tiene in considerazione che il fisico risponde diversamente rispetto alla tossicità dell'alcol e che i cambiamenti sopravvenuti nell'organismo a partire dai 65 anni rendono le persone ancora più vulnerabili perché si riduce la capacità di metabolizzare (digerire) l'alcol, si riduce la quantità di acqua presente nell'organismo e di conseguenza si ha una minore capacità di diluire l'alcol e tollerarne gli effetti, inoltre spesso si assumono farmaci. Per ridurre il rischio per la salute degli ultra 64enni, è importante rispettare ciò che suggeriscono i LARN, le linee guida nutrizionali, il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, la Società Italiana di Alcologia e cioè di non superare il limite giornaliero di consumo pari a 1 UA (12 grammi di alcol) senza distinzioni tra uomini e donne in stato di buona salute.

Nel 2022 il 63,5% delle persone di 65 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 81,4%; F: 49,4%). La prevalenza dei consumatori ultra 64enni nel 2022 è stata più elevata per il vino (M: 75,7%; F: 43,0%) e decisamente più alta rispetto alla prevalenza dei consumatori di birra (M: 53,8%; F: 24,8%) per entrambi i sessi; valori molto più bassi sono stati calcolati per il 2022 per le prevalenze dei consumatori di amari (M: 33,7%; F: 11,6%), di aperitivi alcolici (M: 28,9%; F: 12,1%) e di superalcolici (M: 27,7%; F: 8,0%) (**Tabella 5**).

Nel corso degli ultimi anni, sia tra gli uomini che tra le donne ultra sessantaquattrenni si sono registrate delle oscillazioni dei valori di prevalenza dei consumatori delle bevande alcoliche che tuttavia non hanno mai evidenziato particolari variazioni significative degli andamenti nel tempo, sebbene si vada comunque segnalando anche in questa fascia di età una tendenza all'aumento delle prevalenze di consumo tra le donne come registrato nelle altre classi di età.

In totale si stima che nell'anno 2022 siano stati **2.547.000 le persone di 65 anni e più** che hanno adottato almeno un comportamento di consumo a rischio per la loro salute di cui 1.919.000 uomini e 628.000 donne, pari al 31,3% e 8,0% rispettivamente.

Il comportamento a rischio più diffuso tra gli anziani è il **consumo abituale eccedentario**, verosimilmente in virtù della mancata conoscenza da parte delle persone dei limiti da non superare per non incorrere in problemi con la salute; la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari nel 2022 è stata pari al 29,7% degli uomini e il 7,2% delle donne.

Hanno inoltre dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti il 29,5% degli uomini e il 9,1% delle donne.

Tabella 5 Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2022)

	65-74		75-84		≥85		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	82,8	54,8	81,2	47,0	75,3	39,8	81,4	49,4
Consumatori di vino	75,5	46,0	77,0	41,7	72,4	37,4	75,7	43,0
Consumatori di birra	63,0	33,4	47,4	20,6	32,9	10,4	53,8	24,8
Consumatori di amari	39,5	14,9	29,6	9,9	20,3	6,2	33,7	11,6
Consumatori di aperitivi alcolici	35,6	16,4	24,0	9,8	14,4	5,0	28,9	12,1
Consumatori di super alcolici	33,1	11,4	23,8	5,5	15,5	3,9	27,7	8,0
Consumatori di alcolici fuori pasto	33,7	11,7	25,7	7,5	22,6	5,1	29,5	9,1
Almeno un comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche (Consumo abituale eccedentario/Binge drinking)	32,4	8,6	31,5	7,5	25,9	7,7	31,3	8,0
Consumatori abituali eccedentari	30,2	7,6	30,6	6,9	24,9	7,0	29,7	7,2

Fonte: ISTAT - *Indagine "Aspetti della vita quotidiana"* - Anno 2022

1.3 COMPORTAMENTI A RISCHIO

Le analisi dell'Istituto Superiore di Sanità

Il consumo di alcol può causare morte prematura e oltre 200 malattie tra cui sette tipi di cancro, disturbi neuropsichiatrici, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica e diverse malattie infettive e nella Regione europea della OMS si registrano i consumi più elevato [1] sebbene sia un fattore di rischio totalmente prevenibile [2].

La OMS identifica almeno 40 malattie e condizioni totalmente alcol-attribuibili che sono descritte nel manuale per la Classificazione Internazionale delle Malattie, 10^a revisione (*International Classification of Diseases 10th revision, ICD-10*) [3]; tuttavia sono oltre 200 le patologie definite parzialmente alcol-attribuibili, ossia quelle patologie per le quale è stata dimostrata la relazione tra il consumo di alcol e insorgenza della patologia [4,5]. Fra le conseguenze del consumo di alcol vi sono sia le malattie croniche non trasmissibili (*Non Communicable Diseases*, NCD) inclusi molti tipi di cancro, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica, diverse disfunzioni metaboliche sia episodi di violenza auto ed etero diretta (tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali) [6,7,8,9]. L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) ha classificato l'alcol come cancerogeno del Gruppo 1, indicando che esistono prove convincenti che dimostrano che può causare il cancro negli esseri umani, essendo un importante fattore di rischio per molteplici tumori tra cui quello orale, della faringe, della laringe, dell'esofago, del fegato, del pancreas, del colon-retto e della mammella [10,11,12]. L'impatto del consumo di alcol sulle famiglie può inoltre essere devastante con effetti che si ripercuotono per generazioni. L'alcol può infatti essere una delle cause della rottura delle relazioni sociali ed affettive, di problemi economici, di perdita del lavoro [13,14], della compromissione della salute e della perdita di felicità dell'intero nucleo familiare [15]. Col tempo, i membri della famiglia possono sviluppare sintomi di co-dipendenza, e i bambini hanno un elevato rischio di avere problemi emotivi, oltre a una probabilità quattro volte maggiore rispetto ad altri bambini di avere a loro volta problemi con l'alcol nella propria vita. E' infine dimostrato che la maggior parte dei figli di alcoldipendenti ha subito qualche forma di abbandono o abuso in casa nel corso della vita [16]. I danni causati dall'alcol iniziano presto nel corso della vita a causa dell'esposizione prenatale all'alcol. Il consumo di alcol durante la gravidanza è associato a numerosi esiti gestazionali, tra cui nati morti, aborti spontanei, parto pretermine, ritardo della crescita intrauterina e basso peso alla nascita [17], e una serie di condizioni permanenti note come disturbi dello spettro alcolico fetale (FASD) [18,19]. Uno dei potenziali esiti più invalidanti del consumo di alcol durante la gravidanza è il rischio di sviluppare la sindrome alcolica fetale (FAS), di cui la FASD è la forma più grave e visibilmente identificabile, che causa danni cerebrali permanenti, anomalie congenite e deficit cognitivi comportamentali, emotivi e psicologici [20].

Molti Paesi europei, al fine di promuovere la salute pubblica nella popolazione attraverso strategie sanitarie e alimentari, hanno sviluppato nel corso degli anni delle **linee guida o raccomandazioni per un consumo a basso rischio standardizzate dagli Stati Membri**, che sono state pubblicate nel rapporto *Good practice principles for low risk drinking guidelines* nell'ambito delle attività della Joint Action della Commissione Europea RARHA (*Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm*) [21,22,23].

Il monitoraggio di tutti i comportamenti legati al consumo di alcol è uno strumento fondamentale per la messa a punto e l'implementazione delle strategie politiche e sanitarie necessarie per garantire la promozione della salute pubblica. I consumi di alcol nella popolazione vengono monitorati da organizzazioni internazionali quali Eurostat, OMS, OECD tenendo conto delle modalità di consumo delle bevande alcoliche del volume complessivo consumato, della frequenza e della quantità di alcol ingerito oltre ai consumi episodici eccessivi di alcol. In Italia, il monitoraggio formale dei consumi di alcol è stato affidato dal Ministero della Salute all'Istituto Superiore di Sanità che, in ottemperanza al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 sulle sorveglianze, ha sviluppato e provvede ad aggiornare annualmente i dati del SISMA (SISStema

di Monitoraggio Alcol-correlato). All'interno del SISMA è presente una sezione dedicata al monitoraggio dei consumi e dei comportamenti a rischio per la popolazione. Gli indicatori sono stati costruiti basandosi sulle linee guida per il consumo a basso rischio, inserite nel dossier scientifico delle linee guida per una sana alimentazione [24]; il dossier è stato curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA), ribadendo che non esistono livelli sicuri di consumo di alcolici e che non bere è la scelta migliore per la prevenzione del cancro, escludendo qualità "benefiche" del vino o della birra per via dei suoi componenti bioattivi (flavonoidi, resveratrol, xantumolo) presenti in quantità assolutamente inefficaci a determinare un qualunque effetto, se non a fronte di ingestione letale di litri di bevanda alcolica incompatibili con lo stato in vita. Oltre al consumo abituale eccedentario in Italia vengono costantemente monitorati anche tutti quei comportamenti considerati occasionali, che hanno comunque un impatto immediato sulla salute, come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* – assunzione, in un'unica occasione di consumo, di elevate quantità di alcol [25].

Il monitoraggio delle abitudini di consumo a rischio in Italia viene effettuato attraverso l'analisi dell'indagine campionaria che viene condotta annualmente dall'ISTAT sulle famiglie denominata "Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana". L'indagine raccoglie informazioni sulle abitudini delle famiglie italiane e tra le varie sezioni indagate è presente un modulo specifico sui consumi di alcol. Tale attività è stabilita dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 3 marzo 2017 e dal Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma Statistico Nazionale (PSN) 2023 - 2025 ad integrazione delle elaborazioni annuali fornite nelle tavole di dati "Il consumo di alcol in Italia" dell'ISTAT [26,27,28].

Consumo fuori pasto

Sebbene il consumo di un bicchiere di bevande alcoliche contestualmente ai pasti, e in particolare del vino, sia nel nostro Paese generalmente considerato parte integrante dell'alimentazione e della vita sociale, da ormai molti anni si è assistito a un cambiamento delle abitudini di consumo alcolico che ha portato alla diffusione di comportamenti a rischio come il bere a stomaco vuoto. Uno studio condotto in Italia e in Svizzera ha inoltre mostrato che a qualsiasi livello di assunzione di alcol, i soggetti che bevevano anche fuori pasto hanno mostrato un rischio più elevato di sviluppare un cancro del tratto aero-digestivo superiore rispetto ai soggetti che bevevano solo durante i pasti [29]. I consumatori di vino o alcolici fuori pasto in Italia sono stati nel 2022 il 40,8% degli uomini e il 23,2% delle donne, pari a quasi diciassette milioni di persone di età superiore a 11 anni di cui dieci milioni e 600 uomini e 64 mila donne (Figura 5).

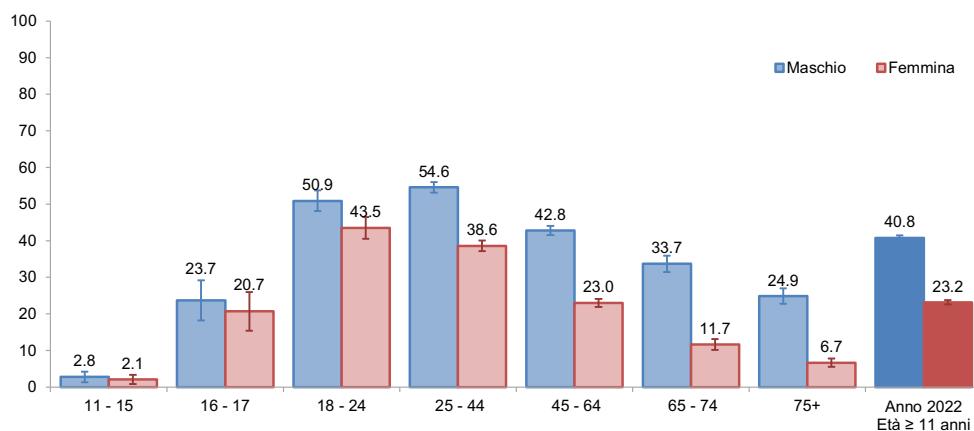


Figura 5. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere ed età (2022)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L’analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni (M=2,8%; F=2,1%) fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 25-44 anni, con oltre la metà degli uomini che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (M=54,6%) e tra le donne nella fascia di età 18-24 anni con il 43,5%; oltre tali età per entrambi i sessi le percentuali diminuiscono nuovamente arrivando tra gli ultra 75enni a 24,9 degli anziani e al 6,7% delle anziane. Tra i giovani e giovanissimi non si osservano differenze di genere statisticamente significative mentre la prevalenza dei consumatori è maggiore di quella delle consumatrici per gli individui maggiorenni (Figura 5).

L’analisi dell’andamento dell’indicatore relativo ai consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza è aumentata sia per le donne che per gli uomini. Per gli uomini non si registra complessivamente una variazione significativa rispetto al 2011 sebbene l’analisi per classi di età evidensi che la prevalenza è aumentata nella fascia di popolazione 16-17 anni passando da 15,5% a 23,7%; per le donne nel 2012 si conferma il trend in crescita con un incremento del 6,7% rispetto alla precedente rilevazione (Figura 6) da attribuire in particolare all’incremento rilevato nella fascia di popolazione adulta (25-64 anni) e come per i coetanei nella fascia di età 16-17 anni.

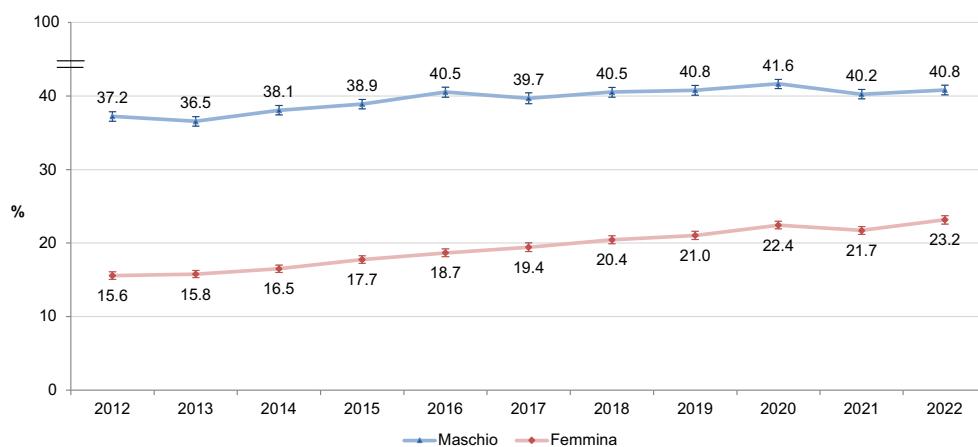


Figura 6. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto (2012-2022)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell’Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumo abituale eccedentario

Il “consumo abituale eccedentario” è una modalità di consumo di bevande alcoliche che eccede, sia in termini di frequenze che in termini di quantità, i limiti di consumo stabiliti oltre i quali si può incorrere in rischi per la salute in relazione al genere e all’età della persona, [4]. I limiti stabiliti per questa modalità di consumo sono descritti nel dossier scientifico delle linee guida per una sana alimentazione, curato dal CREA [24], e da ormai molti anni sono stati acquisiti dal Ministero della Salute, dall’ISTAT e dall’ISS per monitorare le abitudini di consumo della popolazione [25,30]. Le raccomandazioni riportate nei sistemi di monitoraggio istituzionali per non eccedere il consumo stabiliscono che, al di sotto dei 18 anni, qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare una UA mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le due UA al giorno, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata [24]. Le linee guida nutrizionali stabiliscono inoltre che i ragazzi minorenni devono astenersi dal consumare, anche occasionalmente, qualsiasi tipo di bevanda alcolica poiché il loro sistema enzimatico è ancora in grado di metabolizzare l’alcol. Sulla base delle queste evidenze scientifiche quindi, in questa fascia di popolazione, è vietata la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica.

Nel 2022 il 13,0% degli uomini e il 6,1% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.000.000 persone di cui 3.400.000 uomini 1.600.000 donne. Tra gli adolescenti di 16-17 anni si osserva la percentuale più elevata di consumatori abituali eccedentari (M=38,6%; F=36,8%) seguita dagli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa si registra invece nella fascia di età 18-24 anni (M=2,0%; F=1,1%). Si conferma anche per l'anno 2022 una differenza di genere significativa nella popolazione adulta (superiore a 25 anni) (**Figura 7**). L'analisi dell'andamento dei consumatori abituali eccedentari per genere in soggetti di età superiore a 11 anni, ha mostrato che la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita rispetto al 2012 del 18,6% tra gli uomini e del 16,5% tra le donne ma rispetto alla precedente rilevazione l'indicatore è rimasto pressoché costante (**Figura 8**).

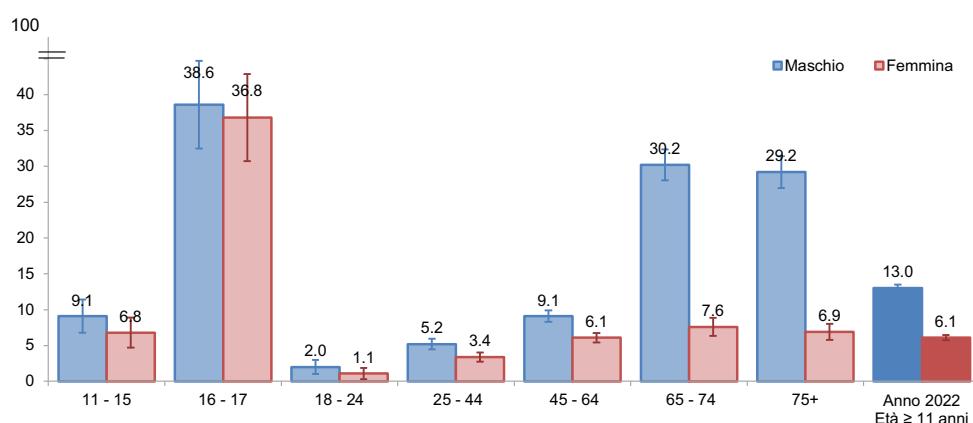


Figura 7. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per sesso ed età (2022)
Fonte: *Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie*

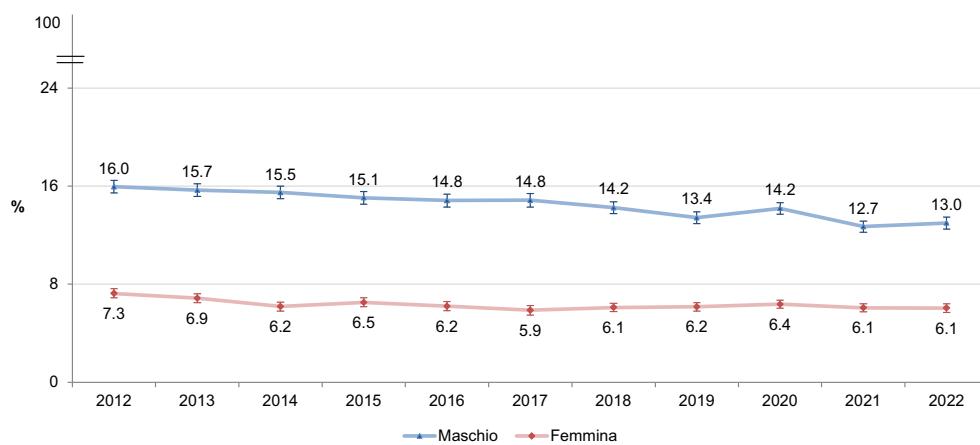


Figura 8. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2012-2022)
Fonte: *Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie*

Consumo giornaliero

Una recente metanalisi condotta su oltre 107 pubblicazioni ha mostrato che non esiste alcuna associazione protettiva relativa a comportamenti di consumo di alcol occasionali o di bere in quantità limitate sulla mortalità per tutte le cause e mentre aumenta del rischio di mortalità per tutte

le cause per i bevitori che bevevano alcol giornalmente [31]. La prevalenza dei consumatori di età superiore a 18 anni che hanno bevuto almeno una bevanda alcolica al giorno, indipendentemente dal tipo, è stata nel 2022 pari al 30,7% per gli uomini, 11,4% per le donne, per un totale di circa 10 milioni e duecentomila individui ($M=7.300.000$, $F=2.900.000$) che hanno consumato giornalmente almeno una bevanda alcolica (**Figura 9**). L'analisi per classi di età mostra che per entrambi i generi la prevalenza è minima nella classe più giovane ($M=8,6\%$; $F=1,8\%$), aumenta con l'età con i valori più elevati negli anziani dove quasi 1 uomo su 2 e 1 donna su 6 adottano questa tipologia di consumo; la prevalenza di consumatori giornalieri di sesso maschile è superiore a quella delle coetanee per ogni classe di età.

L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi 10 anni la prevalenza dei consumatori giornalieri è diminuita del 20,4% per gli uomini e del 14,7% per le donne. Nel corso dell'ultimo anno tuttavia, l'indicatore è rimasto pressoché costante per entrambi i generi (**Figura 10**).

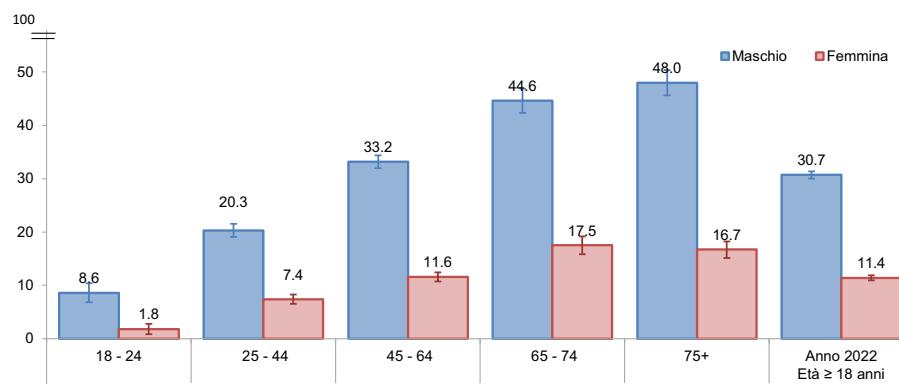


Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori giornalieri (età ≥ 18 anni) per genere e classi di età (2022)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

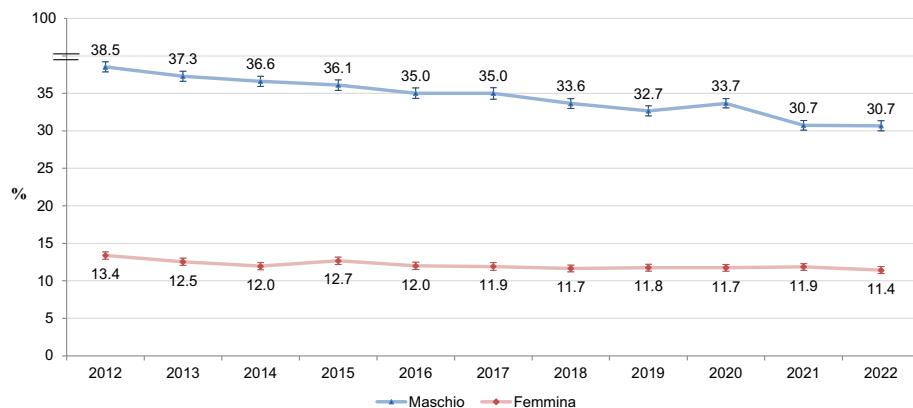


Figura 10. Prevalenza (%) di consumatori giornalieri (età ≥ 18 anni) per genere (2012-2022)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

CONSUMATORI A RISCHIO

Criterio elaborato dall'Istituto Superiore di Sanità

Molti studi hanno ormai dimostrato che i rischi aumentano all'aumentare della quantità di alcol ingerita e che non esiste un livello di alcol sicuro per la salute [32]; anche piccole quantità di alcol infatti aumentano la possibilità di sviluppo di tumori [9,10,11,12,31], danni cerebrali [33] e numerose altre patologie [2,7]. Anche altri fattori incidono sui rischi alcol-correlati, come la quantità di alcol assunta nel corso della vita, la frequenza del consumo, le quantità ingerite per singola occasione, il contesto (se si beve a stomaco vuoto o assunto insieme farmaci o a altre sostanze), oltre che la suscettibilità individuale (es. al sesso o all'età).

In Italia l'indicatore relativo all'identificazione dei consumatori a rischio è stato costruito mediante lo sviluppo di un indicatore di sintesi, sviluppato tenendo conto delle indicazioni della OMS, della Società Italiana di Alcologia (SIA), e dei nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia (LARN), e dell'ONA-ISS. L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale eccedentario e quello occasionale noto come *binge drinking* [22,24]. L'indicatore è stato validato da esperti statistici, epidemiologi e clinici che hanno condiviso l'appropriatezza e congruenza del nuovo indicatore utilizzandolo a livello formale nei sistemi di monitoraggio nazionale [25,26,28,30]. Secondo il criterio ISS sono da considerarsi consumatori a rischio tutti i minori di 18 anni di entrambi i sessi che hanno consumato anche solo una bevanda alcolica, i maggiorenni di sesso maschile che hanno consumato più di 2 UA standard al giorno, gli anziani (sopra i 65 anni), le donne che ne hanno consumata più di una, 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 2022 del 21,2% per uomini e dell'9,1% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8 milioni di individui (M=5.500.000, F=2.500.000) che nel 2022 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica (**Figura 11**).

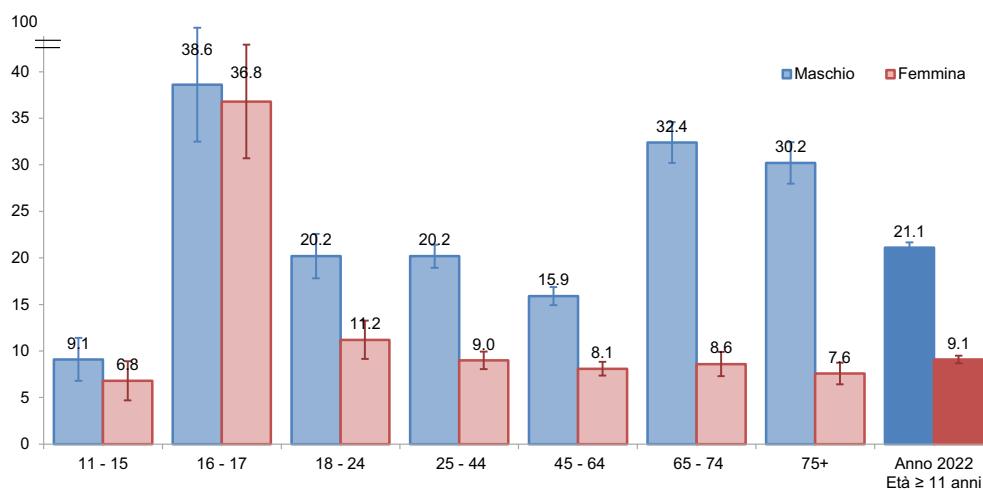


Figura 11. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2022)
Fonte: *Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie*

L'analisi per classi di età mostra che per gli uomini la fascia di popolazione più a rischio è quella dei 16-17enni per entrambi i generi (M=38,6%; F=36,8%) seguita dagli anziani ultra 65enni per i maschi (65-74 anni=32,4; 75+ anni= 30,2%) e le giovani 18-24enni per le femmine (11,2%); la prevalenza di consumatori a rischio di sesso maschile è superiore a quelle delle donne per la

popolazione maggiorenne (**Figura 11**). I target di popolazione più vulnerabili verso i quali la WHO e la Commissione Europea raccomandano azioni d'intervento volte a sensibilizzare sulla non conformità dei loro consumi alle raccomandazioni di sanità pubblica sono quindi quantificati in circa 650.000 minorenni e 2.550.000 ultra sessantacinquenni, individui da considerare a rischio verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol può causare alla loro salute.

L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi 10 anni la prevalenza dei consumatori a rischio è diminuita del 11,7% per gli uomini, del 6,5% per le donne tuttavia, a fronte del decremento rilevato tra il 2020 e il 2021, nel corso dell'ultimo anno il valore è nuovamente aumentato per gli uomini (+6,0%) tornando quindi ai valori precedenti la pandemia (**Figura 12**); analizzando l'ultimo anno, gli incrementi risultano statisticamente significative per gli uomini nelle classi di età 25-44 e 45-64 (quest'ultimo rilevato anche per la prevalenza dei consumatori *binge drinking*).

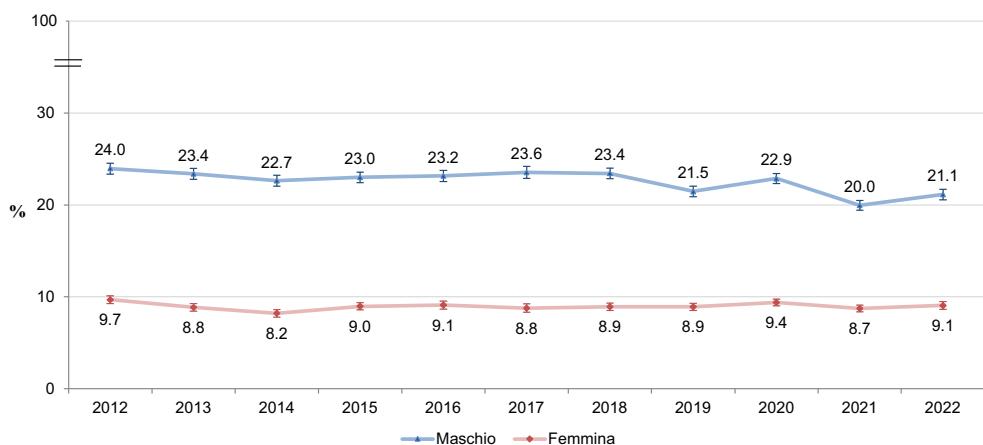


Figura 12. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere (2012-2022)
Fonte: *Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie*

Consumatori *binge drinking*

L'intossicazione acuta da alcol è una condizione intercorrente, potenzialmente transitoria, causata dal consumo di una notevole quantità di alcol che influisce negativamente su una serie di funzioni cognitive, tra cui la memoria, la pianificazione e il controllo motorio complesso e questa perdita può portare a comportamenti inaspettati e lesioni. Uno studio sull'intossicazione da alcol nei pazienti traumatizzati ricoverati al pronto soccorso mostra che l'intossicazione alcolica è in gran parte responsabile di incidenti stradali, lesioni ai pedoni, atti di violenza tra cui la violenza domestica, tentativi di suicidio, lesioni alla testa dovute a cadute e incidenti e questi eventi sono associati a grave disabilità post-traumatica e mortalità [34]. A livello europeo non esiste un indicatore standardizzato per il monitoraggio delle intossicazioni acute da alcol la cui definizione varia in termini di quantità di alcol consumato e in riferimento al periodo di osservazione. In Italia, al fine di monitorare le intossicazioni da alcol viene rilevata annualmente la prevalenza di consumatori *binge drinking*. Il *binge drinking* è un modello di consumo di alcol che porta la concentrazione di etanolo nel sangue a salire molto rapidamente con gravi conseguenze per la salute. In Italia il *binge drinking* è definito come il consumo di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche (un bicchiere corrisponde ad 1 UA contenente 12 g di alcol puro) in un'unica occasione [24,25,35,36], e la sua definizione prende in considerazione la 3a domanda del test AUDIT-C [37,38]. Il dato viene annualmente rilevato dall'Istat tramite l'“Indagine multiscopo sulle famiglie” dell'ISTAT.

Questa tipologia di consumo a rischio per la salute si è sviluppata inizialmente nel Nord Europa [39], ed è particolarmente diffusa nelle fasce di popolazione giovanile, proprio quella popolazione per la quale lo sviluppo del cervello entra in una fase molto importante e delicata che numerose; è infatti tra gli adolescenti che i ripetuti episodi di *binge drinking* è dimostrato possano alterarne lo sviluppo cerebrale e causare disturbi persistenti nelle funzioni sociali, di attenzione, nella memoria e delle altre funzioni cognitive [40].

Già nel 2010 era stata approvata dalla OMS la prima strategia globale per la riduzione del consumo dannoso di alcol [41] che prevedeva tra le 10 aree prioritarie d'intervento, la riduzione delle conseguenze negative del bere e delle intossicazioni alcoliche. Successivamente, a causa della diffusione della pratica del *binge drinking* tra i giovani dei Paesi europei dell'area mediterranea, i rappresentanti degli stati membri dell'UE, rappresentati dal CNAPA (*Committee on National Alcohol Policy and Action*) hanno approvato la strategia comunitaria *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2016)* [42,43] con l'obiettivo di sostenere gli Stati Membri nella riduzione dei danni alcol-correlati in questa fascia vulnerabile di popolazione. L'Action Plan è stato successivamente prorogato al 2020 e le attività sostenute nel periodo 2014-2016 sono state descritte nel report [44].

La prevalenza dei consumatori che hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi, nel 2022 è stata pari al 10,5% tra gli uomini e 3,7% tra le donne di età superiore a 11 anni pari a 3 milioni e 700 mila *binge drinker* di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere (M=2.700.000; F=1.000.000) e della classe di età (**Figura 13**).

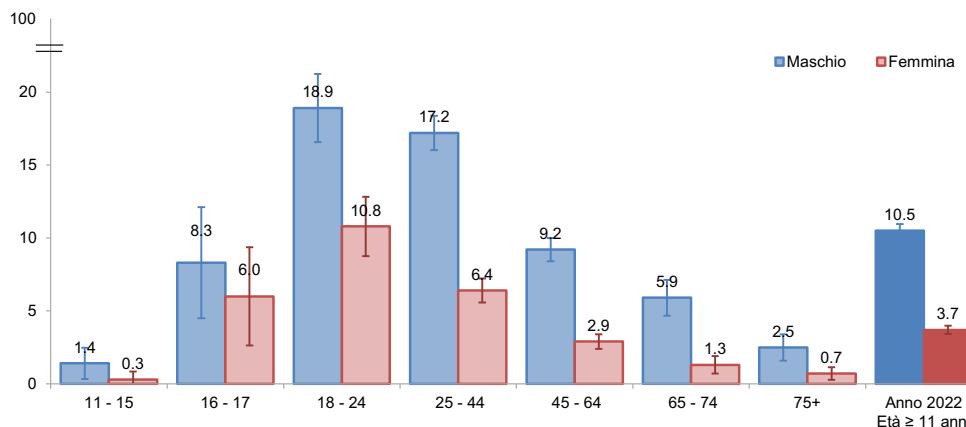


Figura 13. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2022)

Fonte: *Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie*

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24 anni (M=18,9%; F=10,8%) per poi diminuire nuovamente nelle età più anziane raggiungendo tra gli ultra 75 anni il valore di 2,5% tra gli uomini e 0,7% tra le donne. La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età a eccezione dei giovani di età inferiore a 18 anni, età peraltro dove il consumo dovrebbe essere pari a zero come richiesto anche dalla normativa sul divieto di vendita e somministrazione di alcolici ai minorenni.

L'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* di età superiore a 11 anni mostra che tra il 2012 e il 2014 la prevalenza dei consumatori *binge drinking* è diminuita per entrambi i generi mentre è aumentata in tra il 2014 e il 2020. Nel corso dell'ultimo anno, per il genere maschile, a fronte della diminuzione registrata tra il 2020 e il 2021, si osserva un nuovo aumento del 10,3% che riporta il dato ai valori precedenti la pandemia; l'analisi per classi di età relativa all'ultimo anno mostra che

l'incremento complessivo risulta statisticamente significativo nella classe di età 25-44 anni. Per il genere femminile invece non si osservano variazioni statisticamente significative (**Figura 14**).

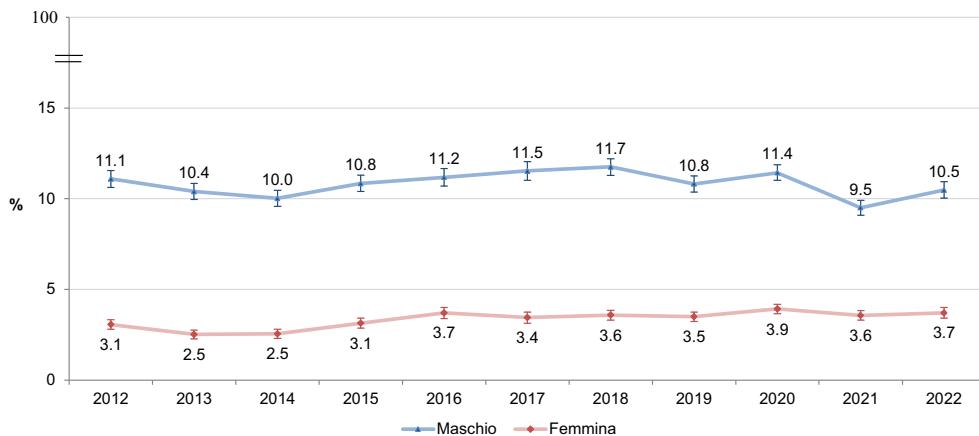


Figura 14. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere (2012-2022)

Fonte: *Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie*

Consumatori dannosi e disturbo da uso di alcol

Il consumo dannoso corrisponde a una modalità di consumo che causa danno alla salute a livello fisico e mentale e nel sistema di monitoraggio italiano viene rilevata attraverso il consumo giornaliero di oltre 40 g di alcol per le donne adulte (che corrispondono a circa 4 UA) e di oltre 60 g di alcol per gli uomini adulti (che corrispondono a circa 6 UA) [24,25].

La definizione di disturbo da uso di alcol (DUA) riportata nel manuale DSM-5 [45] è una patologia caratterizzata da una ridotta capacità di interrompere o controllare il consumo di alcol nonostante le conseguenze negative a livello sociale, professionale o sanitario [24,46,47]. Il rischio che una persona sviluppi un disturbo da uso di alcol può essere identificato sia utilizzando uno strumento di screening appositamente progettato a tale scopo, che misurando il consumo stesso.

Esistono numerosi test per valutare se un soggetto è affetto da DUA: quello attualmente più utilizzato è l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) [48]. A livello nazionale non esistono studi ad hoc che utilizzano questo strumento per rilevare e monitorare la prevalenza di disturbi da uso di alcol nella popolazione; è stato tuttavia sviluppato un indicatore in grado di stimarne la prevalenza attraverso la rielaborazione delle quantità di alcol rilevate attraverso l'indagine multiscopo sulle famiglie condotta annualmente dall'Istat.

Nel 2022 in Italia, la prevalenza dei consumatori dannosi di alcol nella popolazione adulta maggiorenne è stata del 2,04% tra gli uomini e dell'1,13% tra le donne, pari a circa 770.000 persone maggiorenni (M=480.000; F=290.000). L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza è più bassa per entrambi i generi nelle classi di età più giovani (18-44 anni); per tutte le classi di età considerate, il valore rilevato per i maschi è superiore a quello rilevato per le femmine (**Figura 15**). I consumatori dannosi sono a tutti gli effetti da considerarsi *"in need for treatment"* ai sensi del DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*) e assimilati clinicamente all'alcoldipendente e quindi da prendere in carico presso i servizi territoriali, insieme ai 63.490 alcoldipendenti in carico ai servizi (ultimo dato disponibile a cura del Ministero della salute per il 2021), in ulteriore diminuzione per mancata intercettazione da parte delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), rispetto ai 65.387 alcoldipendenti in carico nel 2020, che rappresentano, quindi, solo l'8,2% dei pazienti attesi.

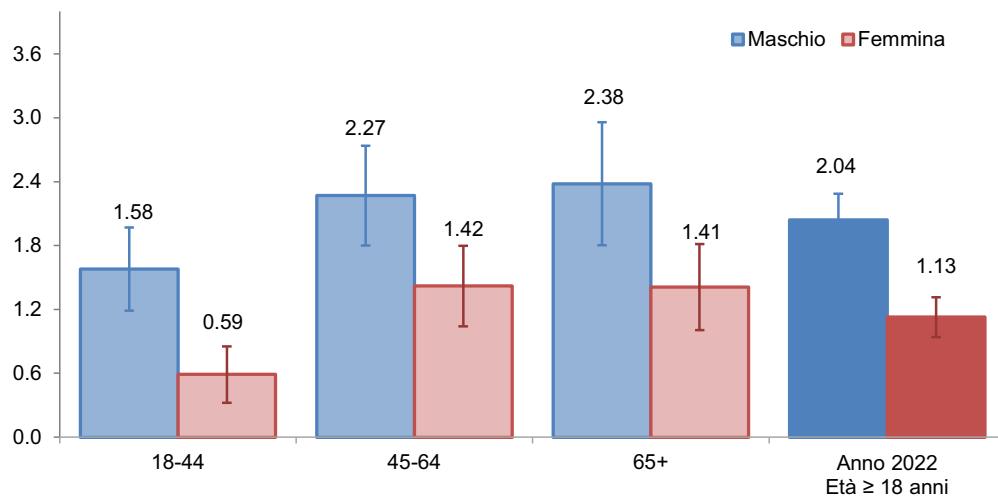


Figura 15. Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere e classi di età (2022)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Per gli uomini tra il 2012 e il 2017 l'indicatore è rimasto pressoché costante, successivamente ha ripreso ad aumentare arrivando nel 2020 al valore massimo registrato negli ultimi dieci anni di 2,19%; è poi diminuito nel 2021 ma nel 2022 si osserva un nuovo incremento che riporta il dato ai valori pre-pandemici; tra le donne la prevalenza delle consumatrici dannose ha subito delle oscillazioni tra il 2012 e il 2018, successivamente la prevalenza è aumentata arrivando nel 2021 a 1.18%, ed è rimasta pressoché stabile nel 2022 (1.13%) (Figura 16).

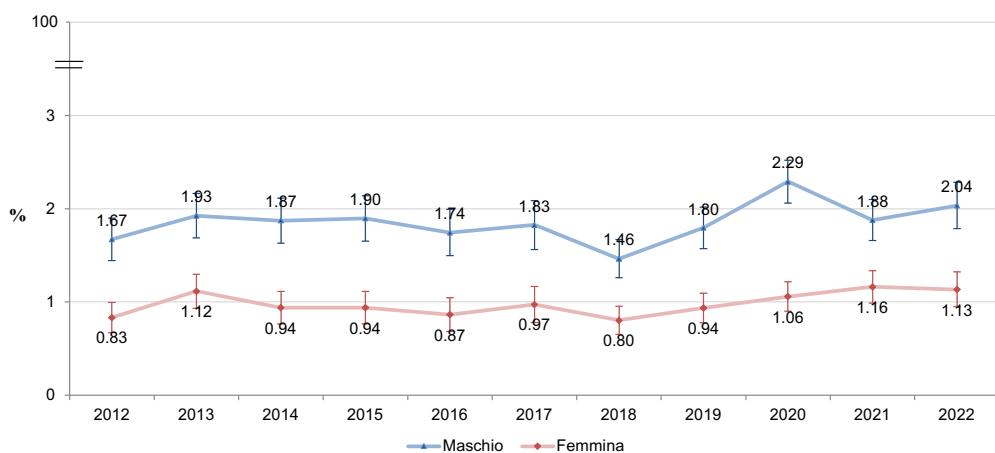


Figura 16. Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere (2012-2022)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Rumgay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I, Islami F, Lemmens VEPP, Rehm J, Soerjomataram I. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: A population-based study. *Lancet Oncol.* 2021;22:1071-80.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>; ultima consultazione 06.11.2023
3. Organizzazione Mondiale della Sanità. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità, Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato; 2001
4. Shield KD, Gmel G, Gmel G, Mäkelä P, Probst C, Room R, Rehm J. Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines. *Addiction.* 2017 Sep;112(9):1535-1544. doi: 10.1111/add.13827. Epub 2017 Apr 26. PMID: 28318072.
5. Shield K, Manthey J, Rylett M, et al. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *Lancet Public Health* 2020; 5: e51–61
6. Baan R, et al. Policy watch, carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology* 2007;8(4):292-3
7. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-73
8. International Agency for Research on Cancer. Alcohol drinking. Lyon: IARC; 1988. (IARC Monography on the evaluation of the carcinogenic risk to humans, 44).
9. Ronksley PE Brien SE Turner BJ Mukamal KJ Ghali WA. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2011;342:d671
10. IARC. World Health Organization. Regional Office for Europe. Alcohol and cancer in the WHO European Region. Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336595/WHO-EURO-2020-1435-41185-56004-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; ultima consultazione 06.03.2023.
11. Benjamin O Anderson, Berdzuli N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge H.P, Krech R, Mikkelsen B, Neufeld M, Poznyak V, Rekve D, Slama S, Tello J, Ferreira-Borges C. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet* 2023;8(1):E6-E7
12. Osservatorio Nazionale Alcol. 5 cose da sapere su alcol e cancro. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022.
13. Anderson, P. Alcohol and the workplace. In: Anderson P, Møller L, Galea G (Ed.). Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO Regional Office in Europe; 2012. p. 69-82
14. Borrelli I, Santoro PE, Gualano MR, Perrotta A, Daniele A, Amantea C, Moscato U. Alcohol Consumption in the Workplace: A Comparison between European Union Countries' Policies. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Dec 17;19(24):16964. doi: 10.3390/ijerph192416964. PMID: 36554848; PMCID: PMC9779578.
15. McCabe SE, Hughes TL, Fish JN, Hoak S, Kcomt L, Evans-Polce RJ, Engstrom C, Leary K, Veliz P, West BT, McCabe VV, Boyd CJ. Is it all in the family? Sexual identity differences in DSM-5 alcohol and other drug use disorders and associations with alcohol and other drug misuse history among parents, offspring, and other relatives. *Subst Abus.* 2022 Dec;43(1):1277-1285. doi: 10.1080/08897077.2022.2095080. PMID: 35849748; PMCID: PMC10469272.
16. McCabe SE, Hughes TL, Fish JN, Hoak S, Kcomt L, Evans-Polce RJ, Engstrom C, Leary K, Veliz P, West BT, McCabe VV, Boyd CJ. Is it all in the family? Sexual identity differences in DSM-5 alcohol and other drug use disorders and associations with alcohol and other drug misuse history among parents, offspring, and other relatives. *Subst Abus.* 2022 Dec;43(1):1277-1285. doi: 10.1080/08897077.2022.2095080. PMID: 35849748; PMCID: PMC10469272.
17. Henriksen TB, Hjollund NH, Jensen TK, Bonde JP, Andersson AM, Kolstad H. Alcohol consumption at the time of conception and spontaneous abortion. *Am J Epidemiol.* 2004;160:661–667.
18. Chudley A, Conry J, Cook JL, Loock C, Rosales T, LeBlanc N, et al. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *CMAJ.* 2005;172(5) Suppl:S1–S21

19. Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J, Burd L, Popova S. Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2017;171:948–956.
20. Popova S, Charness ME, Burd L, Crawford A, Hoyme HE, Mukherjee RAS, Riley EP, Elliott EJ. Fetal alcohol spectrum disorders. *Nat Rev Dis Primers.* 2023 Feb 23;9(1):11. doi: 10.1038/s41572-023-00420-x. PMID: 36823161.
21. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). Good practice principles for low risk drinking guidelines. Joint Action RARHA. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2016. Disponibile all'indirizzo: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item30909/WP5_Good_practice_principles_low_risk_drinking_guidelines.pdf; ultima consultazione 06.03.2023.
22. Scafato E, Galluzzo L, Ghirini S, Gandin C, Martire S. Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014/2016. Disponibile all'indirizzo: https://www.rarha.eu/Resources/Guidelines/Documents/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf; ultima consultazione 06.03.2023.
23. Montonen M. RARHA Delphi survey: “Low risk” drinking guidelines as a public health measure. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131323/RARHA%20lowrisk%20guidelines%20Delphi%20report.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 06.03.2023.
24. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione, Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Peparaio M, Poli A, Ranaldi G, Roselli M, Scafato E, Ticca M. Capitolo 9: Bevande alcoliche. In: Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018. Roma: CREA; 2020. p. 979-1086
25. E. Scafato, S. Ghirini, C. Gandin, A. Matone, M. Vichi e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Piano Nazionale della Prevenzione. Rapporto 2023. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/3)
26. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 109, 12 maggio 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/05/12/109/sg/pdf>; ultima consultazione 06.11.2023.
27. Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2020-2022. Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo: <http://www.sistan.it/index.php?id=592>; ultima consultazione 06.11.2023.
28. Istituto Nazionale di Statistica. Il consumo di alcol in Italia – Periodo di riferimento anno 2019. Tavole di dati Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/244222>; ultima consultazione 06.11.2023
29. Zhao J, Stockwell T, Naimi T, Churchill S, Clay J, Sherk A. Association Between Daily Alcohol Intake and Risk of All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analyses. *JAMA Netw Open.* 2023;6(3):e236185. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.6185
30. Dal Maso L, La Vecchia C, Polesel J, Talamini R, Levi F, Conti E, Zambon P, Negri E, Franceschi S. Alcohol drinking outside meals and cancers of the upper aero-digestive tract. *Int J Cancer.* 2002 Dec 1;102(4):435-7. doi: 10.1002/ijc.10723. PMID: 12402316.
31. Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 125/2002 “Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati” anno 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3202_allegato.pdf
32. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *Lancet.* 2018;392(10152):987-88.
33. Topiwala A, Ebmeier KP, Maullin-Sapey T and Nichols T.E. No safe level of alcohol consumption for brain health: observational cohort study of 25,378 UK Biobank participants. *MedRxiv* 2021. doi:<https://doi.org/10.1101/2021.05.10.21256931>
34. Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Rehm J, Poznyak V, Macdonald S, et al. Emergency room collaborative alcohol analysis project (ERCAAP) and the WHO collaborative study on alcohol and injuries. Multi-level analysis of alcohol-related injury among emergency department patients: a cross-national study. *Addiction* 2005;100(12): 1840–50

35. S. Ghirini, A. Matone, C. Gandin, M. Vichi, E. Scafato. Consumo di alcol. In: Rapporto Osservasalute 2022. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2023. Disponibile all'indirizzo https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2023/06/ro-2022-fattori_rischio.pdf; ultima consultazione 17.11.2023
36. Istat. Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà. Anno 2021. Glossario. Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/it/files//2022/05/Glossario_fattori_rischio_salute_2021.pdf; ultima consultazione 06.11.2023.
37. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 Jul;31(7):1208-17. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x. Epub 2007 Apr 19. PMID: 17451397.
38. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol*. 2002 Nov-Dec;37(6):591-6. doi: 10.1093/alcalc/37.6.591. PMID: 12414553.
39. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Understanding Binge Drinking. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2021. https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA_Binge_Drinking_3.pdf; ultima consultazione 06.03.2023
40. Jones SA, Lueras JM, Nagel BJ. Effects of binge drinking on the developing brain. *Alcohol Res*. 2018;39(1):87-96.
41. World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: WHO, 2010. http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstragegy.pdf
42. Committee on National Alcohol Policy and Action. Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2020*). CNAPA; 2014. Disponibile all'indirizzo: https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-03/alcohol_key-doc_cnapa_ap_2014_0.pdf ; ultima consultazione 06.03.2023.
43. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS. Piano d'Azione sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (binge drinking) (2014-2016). Traduzione e adattamento di "Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (binge drinking) (2014-2016)". Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. Disponibile all'indirizzo: [http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20\(binge%20drinking\)%202014-16.pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20(binge%20drinking)%202014-16.pdf) ; ultima consultazione 06.03.2023
44. World Health Organization. Regional Office for Europe. Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014–2016) endorsed by CNAPA: progress evaluation report. WHO. Regional Office for Europe; 2019. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/405371/Report-on-the-evaluation-of-CNAPA-Action-Plan-Final-May-2019-rev.pdf ; ultima consultazione 06.03.2023.
45. American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Arlington, VA: APA; 2013
46. Scafato E, Gandin C, Patussi V e il gruppo di lavoro IPIB (Ed.). L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. Roma: Istituto Superiore di Sanità – WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol; 2010. Disponibile all'indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf ; ultima consultazione 06.03.2023.
47. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia; 2005.
48. Babor T, et al. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. 2nd ed. Geneva: WHO; 2001

1.4 CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

La relazione sui dati di monitoraggio dalle Regioni e dalle provincie autonome di Trento e Bolzano è un documento redatto annualmente dall'ONA-ISS per il monitoraggio dei consumi e delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche, come stabilito dalla Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati 125/2001 [1].

L'attività di monitoraggio è da anni inserita nel Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e nel Piano Statistico Nazionale (PSN) per valutare sia le azioni di contrasto, che l'implementazione del PNAS e dei Piani Regionali di Prevenzione [1-3]. Al fine di agevolare le Regioni e le Province Autonome nella predisposizione dei Piani Regionali e nella programmazione regionale delle attività di prevenzione [4], il Ministero della Salute ha incaricato l'Osservatorio Nazionale Alcol di sviluppare un sistema utilizzando un sistema standardizzato di monitoraggio standardizzato di monitoraggio (denominato SISTIMAL) e di pubblicare ogni anno l'aggiornamento dei principali indicatori del sistema di monitoraggio alcol-correlato SISMA. Il sistema SISMA online è stato ristrutturato e reso disponibile a tutti gli utenti (sito www.epicentro.iss.it/alcol) e rappresenta lo strumento di riferimento del Ministero per monitorare l'andamento temporale delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche e delle quantità di alcol consumate dalla popolazione in tutte le regioni e le provincie autonome, che sono di seguito riportati raggruppati per macro area (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/index>).

In Italia il 77,4% degli uomini e il 57,5% delle donne di età superiore a 11 anni, pari a circa 36 milioni di abitanti, hanno consumato una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2022 e, mentre per gli uomini non si sono registrate variazioni significative rispetto al 2021, per le donne si la prevalenza è aumentata del 2,5%. A livello nazionale, per il sesso femminile è aumentata rispetto alla precedente rilevazione la prevalenza delle consumatrici di Vino (+3,4%), di birra (+5,4%), di aperitivi alcolici (+13,0%), di amari (+8,6%), e di super alcolici (+10,1%) mentre per il sesso maschile è aumentata rispetto al 2021 solo la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici (+5,7%). Si registrano variazioni significative nelle abitudini di consumo dei maschi, per i quali sono aumentati del 10,3% i consumatori *binge drinker* e del 6,0% i consumatori a rischio secondo il criterio ISS. Per le donne non ci sono state invece variazioni significative nei comportamenti a rischio ad eccezione del consumo fuori pasto che è aumentato rispetto al 2021 del 6,7%.

ITALIA NORD-OCCIDENTALE

Nel 2022 i consumatori di bevande alcoliche in Italia nord-occidentale sono stati il 77,3% degli uomini e il 60,5% delle donne, senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Le donne mantengono un valore al di sopra della media nazionale, al contrario degli uomini che hanno quest'anno un valore in linea con la media. La prevalenza dei consumatori delle singole bevande vede in aumento rispetto al 2021 le consumatrici di birra (+9,4%), che restano comunque in linea con la media nazionale, e le consumatrici di aperitivi alcolici (+13,1%), queste invece sopra la media nazionale così come sono sopra la media i maschi consumatori di aperitivi alcolici (50,1%).

Sono invece al di sotto della media i maschi consumatori di amari (41,7%). Restano invariati rispetto alla precedente rilevazione e in linea con la media nazionale le consumatrici di amari (19,8%), i consumatori di super alcolici di entrambi i sessi ($M=39,7\%$; $F=18,4\%$) e i consumatori maschi di vino (66,0%) e di birra (63,0%). Le prevalenze delle abitudini di consumo in Italia nord-occidentale nel 2022 sono invariate rispetto al 2021 e tutte sopra la media nazionale a eccezione dei consumatori abituali eccedentari maschi che sono invece in linea con la media nazionale (13,7%), mentre le consumatrici abituali eccedentarie sono sopra la media (7,1%). I consumatori fuori pasto sono il 43,5% dei maschi e il 26% delle femmine, i *binge drinker* sono l'11,6% dei maschi e il 4,5% delle femmine, e i consumatori a rischio secondo il criterio ISS sono il 22,6% dei maschi e il 10,6% delle femmine.

Tabella 6. Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e sesso (2022)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)											
	Vino		Birra		Aperitivi alcolici		Amari		Super alcolici		M	F
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
<i>Italia nord-occidentale</i>	66,0	48,5	63,0	39,7 [↗]	50,1	36,2 [↗]	41,7	19,8	39,7	18,4		
Piemonte	65,9	49,6	63,0	42,3 [↗]	50,6 [↗]	35,7 [↗]	45,7	22,0	40,1	16,9		
Valle d'Aosta	70,8	51,0	67,6	42,2	57,6	37,9	39,4	16,9	38,1	19,8		
Lombardia	65,8	47,6	62,1	38,5	49,9	36,8 [↗]	40,6	19,6	39,9	19,5		
Liguria	67,7	51,2	69,1	40,2	49,4	33,4	37,6	15,6	37,5	15,7		
<i>Italia nord-orientale</i>	69,4	51,8	67,1	42,3	53,5 [↗]	38,7 [↗]	40,7 [↗]	19,0	41,2	20,3 [↗]		
PA Bolzano	63,6	50,6	66,9	44,0	51,7	49,8 [↗]	40,3 [↗]	29,7 [↗]	43,4 [↗]	29,3 [↗]		
PA Trento	63,0	44,2	67,2	41,0	51,7	40,6	37,6	14,9	39,7	18,2		
Veneto	70,9	49,6	67,8	42,9	54,6	38,0 [↗]	40,1	17,4	40,4	18,4		
Friuli-Venezia Giulia	70,0	48,7	71,3	41,8	53,8 [↗]	38,8 [↗]	44,1	16,8	40,5	18,9		
Emilia Romagna	69,0	55,9 [↗]	65,2	41,6	52,6 [↗]	37,9 [↗]	40,9 [↗]	20,6 [↗]	42,1	21,9 [↗]		
<i>Italia centrale</i>	67,2	49,1	62,3	40,4	47,8	33,6	43,3	20,2	39,8	18,0		
Toscana	69,1	50,5	60,6 [↘]	38,5	48,3	34,6	39,6	18,6	39,2	18,1		
Umbria	69,4	50,9	60,6	37,0	48,8	33,1	44,7 [↗]	16,3	39,6	13,1 [↘]		
Marche	69,8	46,8	66,1	37,3	48,3	34,0	40,9	14,3	36,5	14,5		
Lazio	64,9	48,6	62,6	42,9	47,3	33,0	46,1	23,3	41,2	19,6		
<i>Italia meridionale</i>	62,5	38,0 [↗]	64,1	38,5 [↗]	45,3 [↗]	27,3 [↗]	49,0	22,0 [↗]	35,2	15,3 [↗]		
Abruzzo	68,1	42,0	69,7	43,9 [↗]	49,0	33,5 [↗]	49,0	19,1	42,3	13,8		
Molise	64,4	41,8	70,1	37,9	48,1	30,3	52,0	19,8 [↗]	33,1	14,9		
Campania	66,2 [↗]	40,7 [↗]	65,1 [↗]	40,6 [↗]	50,2 [↗]	29,3 [↗]	52,4 [↗]	23,3 [↗]	38,5 [↗]	16,4 [↗]		
Puglia	56,9 [↘]	35,5	61,3	36,1	38,9	25,4	45,6 [↘]	22,9	30,4 [↘]	16,2 [↗]		
Basilicata	64,3	35,8	62,7	30,9	45,4	24,6	46,4	16,3	38,1	12,4		
Calabria	58,4	32,5	62,3	35,6	41,0	21,1	46,4	20,1	30,1 [↘]	11,8		
<i>Italia insulare</i>	57,1	33,3	61,5	35,1	42,0	25,1	41,3	16,6	31,7	11,2		
Sicilia	57,2	32,7	61,0	36,1	41,5	25,4	41,5	16,8	31,7	10,6		
Sardegna	56,8	34,8	63,0	31,8	43,6	24,2	40,9	16,0	31,6	12,8		
<i>Italia</i>	65,1	45,2 [↗]	63,7	39,6 [↗]	48,4 [↗]	32,9 [↗]	43,4	19,9 [↗]	38,1	17,2 [↗]		

↘ diminuito rispetto al 2021
↗ aumentato rispetto al 2021

VALORE MINIMO NAZIONALE

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Tabella 7. Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e sesso (2022)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)											
	tutte le bevande alcoliche		abituale		fuori pasto		binge drinker		a rischio		(criterio ISS*)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
<i>Italia nord-occidentale</i>	77,3	60,5	13,7	7,1	43,5	26,0	11,6	4,5	22,6	10,6		
Piemonte	77,4	61,4	14,6	7,1	40,7	24,2	12,7	5,7	23,8	11,7		
Valle d'Aosta	79,7	63,4	15,4	7,6	54,8	33,4	21,5 ↗	5,9	32,1	12,6		
Lombardia	76,6	59,8	13,1	6,9	44,6	27,0	11,3	4,0	21,9	10,0		
Liguria	81,9	62,7	15,2	8,2	43,2	23,7	9,7	4,3	22,8	11,6		
<i>Italia nord-orientale</i>	80,5 ↗	63,1 ↗	14,3	6,5	51,1 ↗	32,5 ↗	13,7 ↗	4,8	25,1	10,5		
PA Bolzano	75,7	65,9	7,6	5,4	60,4 ↗	41,5	21,1	9,3	26,0	13,1		
PA Trento	77,7	59,3	10,5 ↘	4,5	56,5	31,8	19,8	7,1	26,9	10,6		
Veneto	81,5	61,6	15,9	6,1	51,9	32,2 ↗	14,9 ↗	4,4	27,6	9,8		
Friuli-Venezia Giulia	81,0	60,4	14,2	6,1	62,3 ↗	36,2 ↗	18,6	8,2 ↗	28,0	13,0		
Emilia Romagna	80,2	65,7 ↗	14,0	7,3	45,4	30,9 ↗	9,3	3,5	21,2	10,2		
<i>Italia centrale</i>	77,4	59,0	14,4	7,1	38,9	24,5	8,9	3,7	21,3	10,0		
Toscana	77,9	60,8	15,3	7,9	39,3	26,2	8,7	4,2	21,8	11,1		
Umbria	76,3	59,7	13,7	7,0	36,4	22,2	10,6	4,5	22,3	10,5		
Marche	81,0	59,4	16,8	7,1	41,2	23,0	11,9	4,8	26,0	11,2		
Lazio	76,2	57,7	13,2	6,6	38,3	24,1	8,0	2,8	19,7	9,0		
<i>Italia meridionale</i>	76,6	52,4 ↗	11,3	4,6	33,0	14,3	8,7	2,5	18,2	6,6		
Abruzzo	80,4	57,1 ↗	12,0	3,5	45,1	21,1	14,9	3,6	23,2	6,1		
Molise	80,5	57,1	15,7	7,1	44,0 ↘	21,2	14,7	3,9	26,5	9,8		
Campania	78,3	54,1 ↗	11,1	4,2	30,9	12,9	6,8	2,4	16,5	6,3		
Puglia	74,6	51,7	10,1	5,3	29,4	14,8	7,7	2,5	16,6	7,3		
Basilicata	75,5	48,4	14,8	4,3	39,8	17,6	11,3	2,3	23,2	6,5		
Calabria	73,2	46,0	12,6	4,7	34,5	10,6 ↘	10,7	1,8	20,2	6,2		
<i>Italia insulare</i>	73,4	47,9	9,7	3,9	35,5	15,4	8,5	2,3	16,2	5,8		
Sicilia	72,8	48,3	8,4	4,1	31,0	14,3	5,2	1,8	12,6	5,5		
Sardegna	75,3	46,9	13,4	3,4	48,4	18,5	18,1	3,9	26,8	6,7		
<i>Italia</i>	77,4	57,5 ↗	13,0	6,1	40,8	23,2 ↗	10,5 ↗	3,7	21,1 ↗	9,1		

↘ diminuito rispetto al 2021
↗ aumentato rispetto al 2021

VALORE MINIMO NAZIONALE

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

PIEMONTE

Nel 2022 in Piemonte il 77,4% degli uomini e il 61,4% delle donne hanno consumato almeno una bevanda alcolica, senza variazioni significative rispetto al 2021. Le donne sono al di sopra della media Nazionale, così come le consumatrici di vino (49,6%). Per entrambi i sessi i consumatori di

birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici sono in linea con la media nazionale, ma sono aumentati significativamente rispetto al 2021 i consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M +9,6%; F +15,2%) e le donne consumatrici di birra (+13,7%). Il 23,8% degli uomini e il 11,7% delle donne non si sono attenuti alle indicazioni di sanità pubblica e hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute (criterio ISS), dato al di sopra della media italiana. Per quanto riguarda gli altri comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale anche le prevalenze dei *binge drinker* di entrambi i sessi (M=12,7%; F=5,7%), mentre i consumatori abituali eccedentari e i consumatori fuori pasto sono in linea con la media nazionale per entrambi i sessi (*vedi* Tabella 6 e 7).

VALLE D'AOSTA

Nel 2022 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile rispetto al 2021 e pari al 79,7% tra gli uomini (valore in linea con la media nazionale) e al 63,4% tra le donne (valore superiore alla media nazionale).

I consumatori di aperitivi alcolici rimangono come nel 2021 sopra la media nazionale per entrambi i sessi (M=57,6%; F= 37,9%). Sono sopra la media nazionale anche i consumatori di vino di entrambi i sessi (M=70,8%; F= 51,0%). Sono invece in linea con la media nazionale e invariati rispetto al 2021 per entrambi i sessi i consumatori di birra (M=67,6%; F= 42,2%), di amari (M=39,4%; F= 16,9%) e di super alcolici (M=38,1%; F= 19,8%).

Per quanto riguarda le modalità di consumo il 32,1% dei maschi e il 12,6% delle femmine in Valle d'Aosta hanno consumato alcolici in modalità rischiosa per la salute secondo il criterio ISS, dato al di sopra della media nazionale. Sono anche sopra la media, e in significativo aumento rispetto al 2021, i *binge drinker* di sesso maschile (+54,7%). I consumatori di alcolici lontano dai pasti sono sopra la media per entrambi i sessi (M=54,8%; F= 33,4%), mentre i consumatori abituali eccedentari rimangono in linea con la media italiana (M=15,4%; F= 7,6%) (*vedi* Tabella 6 e 7).

LOMBARDIA

I consumatori di bevande alcoliche in Lombardia nel 2022 sono stati il 76,6% degli uomini e il 59,8% delle donne, dati in linea con la media nazionale e invariati rispetto al 2021. Per quanto riguarda i tipi di bevanda alcolica sono in aumento e sopra la media nazionale le consumatrici di aperitivi alcolici, ovvero il 36,8% delle donne (+13,3%). Sono sopra la media nazionale, anche se senza variazioni statisticamente significative rispetto al 2021, i consumatori maschi di super alcolici (39,9%). Si osserva invece un dato sotto la media nazionale per i consumatori maschi di amari, il 40,6%. La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2022 pari a 21,9% tra gli uomini 10,0% tra le donne, entrambi i valori in linea con la media italiana. Come l'anno scorso, gli indicatori di comportamenti a rischio sono tutti in linea con la media italiana ad eccezione dei consumatori fuori pasto che invece risultano superiori al dato medio per entrambi i sessi (M=44,6%; F=27,0%) (*vedi* Tabella 6 e 7).

LIGURIA

L'81,9% degli uomini e il 62,7% delle donne liguri ha consumato almeno una bevanda alcolica nel 2022, dati al di sopra della media nazionale. Sono statisticamente invariate rispetto al 2021 le prevalenze di consumatori per le diverse bevande alcoliche e rimangono sopra la media nazionale le consumatrici di vino (51,2%). Sono sopra la media per il 2022 anche i consumatori maschi di birra (69,1%), mentre sono sotto la media i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=37,6%; F=15,6%).

Gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio sono tutti in linea con la media italiana ad eccezione della prevalenza delle donne consumatrici abituali eccedentarie che risultano superiori

alla media italiana (8,2%). Nel 2022 il 22,8% degli uomini e il 11,6% delle donne (queste sopra la media nazionale) in Liguria hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabella 6 e 7).

ITALIA NORD-ORIENTALE

L’Italia nord-orientale si conferma, anche nel 2022, la zona con le percentuali di consumatori più alte: l’80,5% dei maschi e il 63,1% delle femmine hanno infatti consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell’anno. Va sottolineato, inoltre, che questi valori sono in significativa crescita rispetto all’anno precedente per entrambi i sessi (M +3,5%; F +4,6%). Si registrano i valori più alti di tutte le altre zone considerate, per entrambi i sessi, anche per il consumo di vino (M=69,4%; F=51,8%), di birra (M=67,1%; F=42,3%) e di aperitivi alcolici (M=53,5%; F=38,7%), questi ultimi in significativo aumento rispetto al 2021 (M +9,6%; F +16,2%). In aumento anche i consumatori di amari di sesso maschile (+9,7%) anche se il dato è sotto la media nazionale, e delle consumatrici di super alcolici (+15,3%), in questo caso il dato è di nuovo il più alto tra le ripartizioni nazionali. Sono infine sopra la media nazionale, ma invariati rispetto all’anno precedente i consumatori maschi di super alcolici.

Come nel 2020 e 2021, anche nel 2022 le prevalenze dei comportamenti a rischio analizzati sono le più elevate delle ripartizioni territoriali considerate, in particolare i consumatori fuori pasto per entrambi i sessi (M=51,1%; F=32,5%), i più elevati di tutte le altre ripartizioni territoriali e in significativo aumento rispetto al 2021 (M +8,0%; F +16,5%) e i *binge drinker* di sesso maschile (+21,2%), anche questi in aumento. Le consumatrici *binge drinker* sono il 4,8%, sopra la media nazionale così come i consumatori abituali eccedentari maschi (14,3%). I consumatori a rischi in Italia nord-orientale sono il 25,1% dei maschi (dato più alto nazionale) e il 10,5% delle femmine, sopra la media nazionale (vedi Tabella 6 e 7).

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Nel 2022 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 75,7% dei maschi e il 65,9% delle femmine e, per queste ultime, il dato è superiore alla media nazionale; entrambi i valori sono pressoché invariati rispetto alla precedente rilevazione.

Per quanto riguarda il consumo delle diverse bevande sono in aumento significativo rispetto al 2021 le consumatrici di aperitivi alcolici (+24,8%), sopra la media nazionale, i consumatori di amari di entrambi i sessi (M +21,1%; F +55,9%), di cui solo le donne sono sopra la media nazionale, e i consumatori di super alcolici di entrambi i sessi (M +20,3%; F +50,2%), entrambi sopra la media nazionale. Sono sopra la media nazionale, anche se invariati rispetto all’anno precedente, le consumatrici di vino (50,6%) e di birra (44,0%).

Il 26,0% dei maschi e il 13,1% delle femmine nella provincia autonoma di Bolzano sono consumatori a rischio per la salute secondo il criterio ISS, entrambe le prevalenze sopra la media nazionale. Sono sopra la media anche le percentuali di consumatori *binge drinker* (M=21,1%; F=9,3%) e fuori pasto (M=60,4%; F=41,5%), in questo caso i maschi sono in aumento rispetto al 2021 (+13,1%). Sono infine sotto la media nazionale i consumatori maschi abituali eccedentari (7,6%) mentre le femmine sono in linea con la media (5,4%) (vedi Tabella 6 e 7).

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2022 è stata del 77,7% tra gli uomini e del 59,3% tra le donne, entrambi in linea con la media italiana, e senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

Risultano sopra la media italiana le consumatrici di aperitivi alcolici (40,6%) mentre sono al di sotto della media i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=37,6%; F=14,9%). Tutti gli altri dati sulle

tipologie di bevande alcoliche sono in linea con la media nazionale e non mostrano variazioni significative rispetto al 2021.

Per quanto riguarda invece l'analisi delle modalità di consumo a rischio si evidenziano per entrambi i sessi valori superiori alla media italiana delle prevalenze di consumatori fuori pasto (M=56,5%; F=31,8%), dei *binge drinker* (M=19,8%; F=7,1%) e i maschi che bevono in modalità rischiosa secondo il criterio ISS (26,9%). Sono invece in linea con la media italiana le prevalenze di consumatori abituali eccedentari per entrambi i sessi che per i maschi sono in calo rispetto al 2021 (-32,6%) (vedi Tabella 6 e 7)

VENETO

In Veneto nel 2022 l'81,5% dei maschi e 61,6% delle femmine hanno consumato almeno una bevanda alcolica, entrambi i dati sono sopra la media nazionale e pressoché invariati rispetto al 2021.

Il consumo delle diverse tipologie di bevande alcoliche mostra dati sopra la media italiana per entrambi i sessi sia per quanto riguarda il vino (M=70,9%; F=49,6%), che la birra (M=67,8%; F=42,9%) e gli aperitivi alcolici (M=54,6%; F=38,0%), per quest'ultima bevanda le donne sono in aumento rispetto alla precedente rilevazione (+15,1%). Sono invece sotto la media nazionale i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=40,1%; F=17,4%) e in linea con la media i consumatori di super alcolici di entrambi i sessi (M=40,4%; F=18,4%).

Il 27,6% dei maschi veneti (sopra la media italiana) e il 9,8% delle donne venete nel 2022 hanno consumato alcolici in modalità a rischio secondo il criterio ISS (dati statisticamente invariati rispetto al 2021). Sono sopra la media anche i consumatori abituali eccedentari maschi (15,9%), i consumatori fuori pasto di entrambi i sessi (M=51,9%; F=32,2%), in questo caso le femmine in aumento rispetto all'anno precedente (+21,0%), e i *binge drinker* di sesso maschile, anche loro in aumento (+44,2%) (vedi Tabella 6 e 7).

FRIULI VENEZIA GIULIA

Nel 2022 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile, pari all'81,0% tra gli uomini e del 60,4% tra le donne, e solo per gli uomini il valore è superiore alla media nazionale. Sono al di sopra della media italiana anche le prevalenze dei consumatori di entrambi i sessi di vino (M=70,0%; F=48,7%) e di aperitivi alcolici (M=53,8%; F=38,8%), questi ultimi in significativo aumento rispetto al 2021 (M +12,6%; F +15,5%). Superano la media i soli maschi nel consumo di birra (71,3%) mentre sono sotto la media nazionale le consumatrici di amari (16,8%).

L'analisi dei diversi comportamenti a rischio evidenzia, per entrambi i sessi, valori superiori alla media italiana della prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=62,3%; F=36,2%), entrambi in aumento significativo rispetto alla precedente rilevazione (M +18,5%; F +20,0%), e i *binge drinker* (M=18,6%; F=8,2%), le femmine in forte aumento (nel 2021 erano il 3,5%). Sia i maschi che le femmine che hanno consumato alcolici in modalità a rischio per la salute secondo il criterio ISS sono sopra la media nazionale, e pari al 28,0% dei maschi e il 13,0 delle femmine (vedi Tabella 6 e 7).

EMILIA-ROMAGNA

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica in Emilia-Romagna nel 2022 è stata dell'80,2% per gli uomini e del 65,7% per le donne, per le quali il valore è aumentato rispetto alla precedente rilevazione (+7,5%). Per quanto riguarda i consumi delle diverse bevande alcoliche sono sopra la media nazionale i consumatori di vino di entrambi i sessi (M=69,0%; F=55,9%), le donne in aumento rispetto al 2021 del 9,1%, i consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi

(M=52,6%; F=37,9%), entrambi in aumento rispetto al 2021 (M +14,9%; F +16,8%), e i consumatori di super alcolici di entrambi i sessi (M=42,1%; F=21,9%), le donne in aumento rispetto al 2021 del 29,8%. Sono in aumento, ma in linea con la media nazionale, anche i consumatori di amari di entrambi i sessi (M +14,6%; F +25,7%).

Per quanto riguarda i comportamenti a rischio si evidenziano valori superiori alla media nazionale dei consumatori fuori pasto (M=45,4%; F=30,9%), che vedono le femmine in aumento rispetto all'anno precedente (+16,1%). Gli altri valori sono statisticamente invariati rispetto al 2021 e in linea con la media nazionale. Complessivamente il 21,2% gli uomini e il 10,2% le donne hanno consumato alcolici in modalità a rischio per la salute secondo il criterio ISS (vedi Tabella 6 e 7).

ITALIA CENTRALE

I consumatori di bevande alcoliche nell' Italia centrale sono stati nel 2022 il 77,4% dei maschi e il 59,0% delle femmine e la prevalenza è rimasta pressoché stabile rispetto al 2021 ed in linea con il dato medio nazionale. Come già rilevato lo scorso anno, la prevalenza dei consumatori di vino è superiore alla media nazionale per entrambi i sessi (M=67,2%; F=49,1%), sebbene non si registrino variazioni significative rispetto al 2021.

L'analisi delle abitudini di consumo a rischio evidenzia una prevalenza di consumatori abituali eccedentari superiore alla media nazionale sia per femmine sia per i maschi (M=14,4%; F=7,1%); per questi ultimi il valore della prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* risulta invece inferiore alla media (8,9%) (vedi Tabella 6 e 7).

TOSCANA

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2022 è stata del 77,9% per gli uomini e il 60,8% per le donne, e per queste il valore è per il terzo anno consecutivo superiore a quello medio nazionale. Nel 2022 sono sopra la media nazionale anche i consumatori e le consumatrici di vino (M=69,1%; F=50,5%) mentre per gli uomini è inferiore alla media italiana la prevalenza dei consumatori di amari (39,6%) e di birra (60,6%) e quest'ultimo indicatore è diminuito rispetto al 2021 del 7,4%.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia, come per lo scorso anno, valori superiori alla media nazionale per le donne che consumano in modalità abituali eccedentaria (7,9%), in modalità fuori pasto (26,2%) ed in modalità a rischio per la loro salute secondo il criterio ISS (11,1%) (vedi Tabella 6 e 7).

UMBRIA

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2022 è pari a 76,3% tra gli uomini e a 59,7% tra le donne e per entrambi i sessi non si registrano variazioni rispetto alla precedente rilevazione. L'analisi delle tipologie di bevande consumate mostra che per il terzo anno consecutivo, la prevalenza dei consumatori di vino è superiore a quella media nazionale per entrambi i sessi (M=69,4%; F=50,9%). La prevalenza dei consumatori di amari è aumentata tra gli uomini del 18,2% rispetto al 2021 mentre tra le donne il valore è inferiore alla media nazionale (16,3%); per le donne, inoltre, anche la prevalenza di consumatrici di super alcolici è inferiore alla media nazionale ed è diminuita del 27,9%.

I valori di tutti gli indicatori delle diverse categorie di rischio, come lo scorso anno, sono in linea con la media nazionale ad eccezione della prevalenza dei consumatori fuori pasto, che sono invece inferiori (vedi Tabella 6 e 7).

MARCHE

Nel 2022 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati l'81,0% degli uomini e il 59,4% delle donne e per i primi il dato è superiore alla media nazionale. Per gli uomini la prevalenza dei consumatori di vino è superiore alla media nazionale (69,8%) viceversa, per le donne, le prevalenze delle consumatrici di amari (14,3%) e superalcolici (14,5%) sono inferiori alla media nazionale.

Tutti gli indicatori relativi alle bevande consumate e alle abitudini di consumo sono rimasti pressoché stabili rispetto al 2021.

La prevalenza dei consumatori maschi abituali eccedentari (16,8%) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (26,0%) sono superiori alla media nazionale (*vedi* Tabella 6 e 7).

LAZIO

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata nel 2022 pari al 76,2% tra gli uomini e al 57,7% tra le donne e per entrambi i sessi il valore è rimasto stabile rispetto al 2021 ed in linea con la media nazionale. Come l'anno precedente, per le donne si rileva che le prevalenze delle consumatrici di vino (48,6%), birra (42,9%) e amari (23,3%) sono superiori al dato medio nazionale.

Per le abitudini di consumo a rischio, per entrambi i sessi, tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo a rischio in linea con la media nazionale ad eccezione della prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* di sesso maschile (8,0%) che risulta inferiore alla media nazionale. Non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione degli indicatori di rischio (*vedi* Tabella 6 e 7).

ITALIA MERIDIONALE

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nell'Italia meridionale è stata nel 2022 del 76,6% per gli uomini e del 52,4% per le donne e per queste ultime il valore è nuovamente aumentato rispetto al 2021 del 6,3%. I valori di prevalenza dei consumatori di vino (M=62,5%; F=38,0%) e aperitivi alcolici (M=45,3%; F=27,3%) sono inferiori al dato medio nazionale per entrambi i sessi così come la prevalenza delle consumatrici di sesso femminile di super alcolici (15,3%) che sono tuttavia aumentate rispetto al 2021 del 24,4%. La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici è aumentata rispetto al 2021 sia per gli uomini (+7,3%) che per le donne (+21,3%). Il dato relativo alla prevalenza dei consumatori di amari, come già rilevato lo scorso anno per il sesso maschile, è il più alto di tutte le ripartizioni territoriali analizzate (49,0%) e nel 2022 anche per le femmine si è osservata una situazione analoga a causa dell'incremento del 15,8% registrato rispetto al 2021.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i sessi, i valori di tutti gli indicatori considerati per il monitoraggio dei comportamenti a rischio per la salute sono inferiori al dato medio nazionale ad eccezione dei consumatori abituali eccedentari maschi che sono invece in linea con la media; non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione, a eccezione dei consumatori fuori pasto di sesso maschile (33,0%) che sono diminuiti rispetto al 2021 (*vedi* Tabella 6 e 7).

ABRUZZO

Nel 2022 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono l'80,4% degli uomini e il 57,1% delle donne e per queste ultime il valore è aumentato rispetto alla precedente rilevazione del 12,1%. L'analisi della tipologia di bevande consumate mostra che per le donne sono aumentate le

consumatrici di birra (+16,9%) e di aperitivi alcolici (+21,3%); la prevalenza dei consumatori di birra è superiore alla media nazionale per entrambi i sessi (M=69,7%; F=43,9%) così come la prevalenza dei consumatori di amari (49,0%) e super alcolici per i soli maschi (42,3%).

L'analisi dei comportamenti a rischio non evidenzia variazioni significative rispetto al 2021; per il sesso maschile risultano superiori alla media nazionale la prevalenza dei consumatori fuori pasto e dei consumatori in modalità *binge drinking* mentre per le donne risultano inferiori alla media nazionale la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie e delle consumatrici a rischio per il criterio ISS (*vedi* Tabella 6 e 7).

MOLISE

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2022 è stata del 80,5% per gli uomini e 57,1% per le donne, e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. La prevalenza dei consumatori di sesso maschile di amari (52,0%) si mantiene per il settimo anno consecutivo superiore alla media nazionale così come per il secondo anno consecutivo la prevalenza dei consumatori di birra (70,1%). Tra le donne la prevalenza delle consumatrici di super alcolici è inferiore alla media nazionale mentre si registra un incremento della prevalenza delle consumatrici di amari (+40,0%) che ha riportato l'indicatore al valore registrato nel 2020.

Per gli uomini i valori della prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* (14,7%) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (26,5%) si mantengono come l'anno precedente superiori alla media nazionale mentre, essendo diminuita la prevalenza dei consumatori fuori pasto del 14,7%, l'indicatore è tornato in linea con quello medio italiano; per le donne tutti gli indicatori sono in linea con il valore medio nazionale e non si registrano variazioni significative rispetto al 2021 (*vedi* Tabella 6 e 7).

CAMPANIA

I consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 78,3% dei maschi e il 54,1% delle femmine e queste ultime sono aumentate del 11,5% rispetto al 2021 sebbene il valore continui ad essere inferiore alla media nazionale. Per entrambi i sessi, sono aumentate rispetto al 2021 le prevalenze dei consumatori di tutte le bevande (Vino: M +7,9%; F +20,1%; Birra: M +8,5%; F 16,0%; Aperitivi alcolici M +22,7%; F +37,8%; Amari: M +11,5%; F +30,0%; Super alcolici M +21,5%; F +39,7%) ed è superiore alla media italiana la prevalenza dei consumatori di amari. Si mantengono invece inferiori alla media italiana le prevalenze delle consumatrici di vino e di aperitivi alcolici.

Per entrambi i sessi, tutti gli indicatori relativi ai diversi comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media nazionale ad eccezione della prevalenza degli uomini che consumano alcol in modalità abituale eccedentari, che si mantengono invece in linea con il dato medio (*vedi* Tabella 6 e 7).

PUGLIA

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2022 è stata del 74,6% tra gli uomini e 51,7% tra le donne e per queste ultime il valore è inferiore alla media nazionale. Per entrambi i sessi le prevalenze dei consumatori di vino e aperitivi alcolici sono inferiori alla media nazionale così come la prevalenza dei consumatori di super alcolici per i soli maschi e la prevalenza delle consumatrici di birra per le sole femmine. Per i maschi è diminuita rispetto al 2021 la prevalenza dei consumatori di vino (-8,6%), la prevalenza dei consumatori di amari (-11,0%) e la prevalenza dei consumatori di super alcolici (-20,4%); per quest'ultima bevanda si registra al contrario tra le donne un incremento rispetto alla precedente rilevazione del 31,2%.

Per gli uomini tutti gli indicatori di rischio considerati sono inferiori alla media nazionale così come per le donne la prevalenza delle consumatrici fuori pasto. Per entrambi i sessi non si osservano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione dei diversi comportamenti a rischio. (*vedi* Tabella 6 e 7).

BASILICATA

Nel 2022 il 75,5% degli uomini e il 48,4% delle donne ha consumato almeno una bevanda alcolica e, solo per queste ultime, il valore risulta inferiore alla media italiana così come la prevalenza di tutte le bevande considerate. Per entrambi i sessi non si osservano infine variazioni delle prevalenze dei consumatori delle bevande.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia valori inferiori alla media nazionale della prevalenza delle consumatrici fuori pasto e delle consumatrici a rischio secondo il criterio ISS. Rispetto all'anno 2021 non si registrano variazioni significative delle prevalenze dei comportamenti a rischio né tra gli uomini né tra le donne (*vedi* Tabella 6 e 7).

CALABRIA

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2022 è pari al 73,2% tra gli uomini e al 46,0% tra le donne e il dato, pressoché stabile rispetto all'anno precedente, si è mantenuto per entrambi i sessi al di sotto della media nazionale. Rispetto all'anno 2021 non si riscontrano variazioni statisticamente significativi delle prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche ad eccezione dei consumatori di super alcolici di sesso maschile (30,1%) che sono diminuiti del 17,6%.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che la prevalenza dei consumatori fuori pasto ($M=34,5\%$; $F=10,6\%$) è inferiore alla media nazionale per entrambi i sessi, e per le sole femmine è diminuita rispetto al 2021 del 27,7%. Si mantengono inoltre inferiori alla media nazionale la prevalenza delle consumatrici in modalità binge drinking e la prevalenza delle consumatrici a rischio per il criterio ISS. (*vedi* Tabella 6 e 7).

ITALIA INSULARE

Nel 2022 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche nell'Italia insulare è stata del 73,4% tra gli uomini e del 47,9% tra le donne ed il valore è il più basso rispetto alle altre ripartizioni territoriali considerate. Come lo scorso anno le prevalenze dei consumatori di vino ($M = 57,1\%$; $F = 33,3\%$), dei consumatori di aperitivi alcolici ($M = 42,0\%$; $F = 25,1\%$), e dei consumatori di super alcolici ($M = 31,7\%$; $F = 11,2\%$) sono, per entrambi i sessi, le più basse registrati rispetto alle altre ripartizioni territoriali italiane, così come la prevalenza delle consumatrici di birra (35,1%) e delle consumatrici di amari (16,6%). Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni significative dei consumatori delle diverse bevande alcoliche.

L'analisi delle abitudini di consumo a rischio mostra che i valori rilevati di tutti gli indicatori sono inferiori alla media nazionale per entrambi i sessi e senza variazioni rispetto alla precedente rilevazione, inoltre, la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari per gli uomini (9,7%) è la più bassa rispetto alle altre realtà territoriali considerate (*vedi* Tabella 6 e 7).

SICILIA

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2022 è stata pari al 72,8% tra gli uomini e al 48,3% tra le donne; per entrambi i sessi i valori sono inferiori ai valori medi italiani e non si osservano variazioni significative rispetto al 2021. I valori di prevalenza dei consumatori di vino ($M = 57,2\%$; $F = 32,7\%$), aperitivi alcolici ($M = 41,5\%$; $F = 25,4\%$) e di super alcolici ($M =$

31,7%; F = 10,6%) sono inferiori alla media italiana per entrambi i sessi, oltre alla prevalenza delle consumatrici di birra (36,1%) e di amari (16,8%) per le sole femmine. Per tutte le bevande non si rilevano variazioni significative rispetto all'anno precedente.

L'analisi delle abitudini di consumo evidenzia che, tutti gli indicatori di rischio sono inferiori alla media nazionale per entrambi i sessi, e i valori sono approssimabili a quelli del 2021 (vedi Tabella 6 e 7).

SARDEGNA

Nel 2022 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 75,3% degli uomini e al 46,9% delle donne e per queste ultime il valore è più basso di quello registrato a livello medio nazionale. L'analisi della tipologia di bevanda alcolica consumate mostra che, per entrambi i sessi, le prevalenze dei consumatori di vino (M = 56,8%; F = 34,8%), di aperitivi alcolici (M = 43,6%; F = 24,2%) e di super alcolici (M = 31,6%; F = 12,8%) sono inferiori alla media italiana oltre alla prevalenza dei consumatori di birra (31,8%) e amari (16,0%) per le sole femmine. Per tutte le bevande non si osservano variazioni significative rispetto all'anno precedente.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che, per gli uomini, come nelle rilevazioni precedenti, si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei consumatori fuori pasto (48,4%), dei *binge drinker* (18,1%) e dei consumatori a rischio ISS (26,8%). Si mantengono invece inferiori alla media italiana la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie (3,4%), la prevalenza delle consumatrici fuori pasto (18,5%) e delle consumatrici a rischio ISS (6,7%). Anche per i comportamenti a rischio non si osservano variazioni significative rispetto all'anno precedente né tra gli uomini né tra le donne (vedi Tabella 6 e 7).

BIBLIOGRAFIA

1. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 125, 30 marzo 2001.
2. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie-CCM. Piano Nazionale Alcol e Salute-PNAS 2007-2010. Roma: Ministero della Salute; 2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf; ultima consultazione 18.01.2024.
3. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie. Piano Nazionale Prevenzione-PNP. 2020-2025. Roma: Ministero della salute; 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?id=5772&area=prevenzione&menu=vuoto>; ultima consultazione 18.01.2024.
4. Ministero della Salute. Piani Regionali della Prevenzione. Roma: Ministero della salute; 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lingua=italiano&id=5771&area=prevenzione&menu=vuoto>; ultima consultazione 18.01.2024.

LA MORBILITA' E LA MORTALITA' ALCOL CORRELATE**1.5 ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO CON DIAGNOSI DI PATOLOGIE TOTALMENTE ATTRIBUIBILI ALL'ALCOL**

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

I dati EMUR PS che vengono presentati nella relazione sono riferiti all'anno 2022, disponibili nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute.

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

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

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

Diagnosi totalmente attribuibili all'alcol

Sindromi psicotiche indotte da alcool		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 alcolica
305.01	Abuso di alcool, continuo		
305.02	Abuso di alcool, episodico		
305.03	Abuso di alcool, in remissione		

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

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

Effetti tossici dell'alcool		Avvelenamento da altri e non specificati farmaci e medicamenti	
Codici ICD-9-CM	Descrizione	Codici ICD-9-CM	Descrizione
980.0	Effetti tossici dell'alcool etilico	977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool
980.1	Effetti tossici dell'alcool metilico		
980.2	Effetti tossici dell'alcool isopropilico		
980.3	Effetti tossici del fuselolo		
980.8	Effetti tossici di altri alcolli specificati		
980.9	Effetti tossici di alcool non specificato		

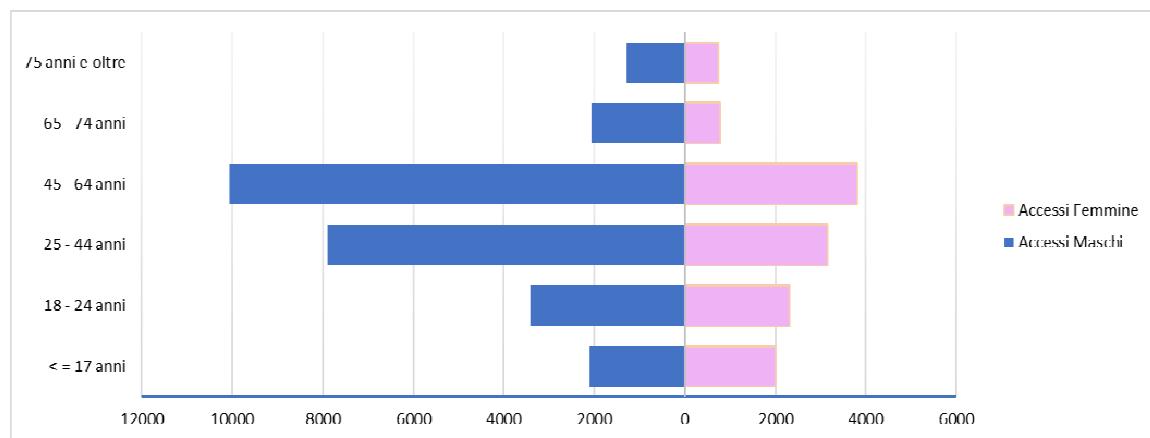
Nel corso del 2022 si sono verificati complessivamente 39.590 accessi in Pronto Soccorso caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 68% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 32% ad accessi di femmine (**Tabella 8**).

TABELLA 8 - Accessi in pronto soccorso per età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2022

REGIONE	Maschi							Femmine							Totale
	<= 17 anni	18 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale	<= 17 anni	18 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale	
Piemonte	168	384	1.142	1.527	274	166	3.661	155	208	405	542	92	117	1.519	5.180
Valle d'Aosta	1	6	9	10	1	4	31	1	2	2	2	5	5	5	36
Lombardia	320	606	1.408	1.704	311	150	4.499	354	421	579	672	97	45	2.168	6.667
P.A. Bolzano	48	110	246	270	92	49	815	61	63	80	107	24	13	348	1.163
P.A. Trento	8	17	29	48	6	6	114	8	7	9	11	3	3	38	152
Veneto	52	126	328	471	122	64	1.163	66	75	117	126	28	33	445	1.608
Friuli V.G.	338	201	613	888	314	373	2.727	256	134	379	482	214	316	1.781	4.508
Liguria	86	150	297	389	87	45	1.054	81	86	107	148	27	12	461	1.515
Emilia Romagna	198	379	943	1.056	170	72	2.818	175	284	336	392	50	22	1.259	4.077
Toscana	172	385	598	649	98	41	1.943	220	248	251	313	32	20	1.084	3.027
Umbria	22	47	100	108	35	13	325	21	28	55	58	12	10	184	509
Marche	55	98	210	231	37	40	671	49	71	102	117	29	21	389	1.060
Lazio	264	385	969	1.291	176	80	3.165	232	325	385	426	59	38	1.465	4.630
Abruzzo	32	34	85	139	46	26	362	14	28	41	33	8	5	129	491
Molise	4	15	36	40	12	4	111	4	9	8	8	4	5	38	149
Campania	107	120	207	343	92	64	933	96	92	72	123	63	65	511	1.444
Puglia	70	107	141	232	29	16	595	92	75	52	52	8	1	280	875
Basilicata	10	15	40	50	16	7	138	11	8	14	12	7	1	53	191
Calabria	11	20	53	62	18	5	169	28	11	12	15	3	69	238	
Sicilia	122	186	383	427	99	39	1.256	76	134	139	119	18	9	495	1.751
Sardegna	10	20	52	119	28	13	242	13	11	9	40	3	1	77	319
ITALIA	2.098	3.411	7.889	10.054	2.063	1.277	26.792	2.012	2.319	3.154	3.798	778	737	12.798	39.590

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2022) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

GRAFICO 1 – Piramide per classi di età e per genere degli accessi in PS - ANNO 2022



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

La **Tabella 9** che segue mostra la distribuzione percentuale degli accessi in Pronto Soccorso per cittadinanza. L'analisi è stata condotta sul 90% degli accessi.

TABELLA 9 - Accessi in pronto soccorso per cittadinanza con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol ANNO 2022

Cittadinanza	Percentuale accessi
ITALIA	78,95%
ROMANIA	3,64%
MAROCCO	1,85%
(vuoto)	1,81%
UCRAINA	1,20%
ALBANIA	1,09%
INDIA	1,01%
POLONIA	0,85%

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2022) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III

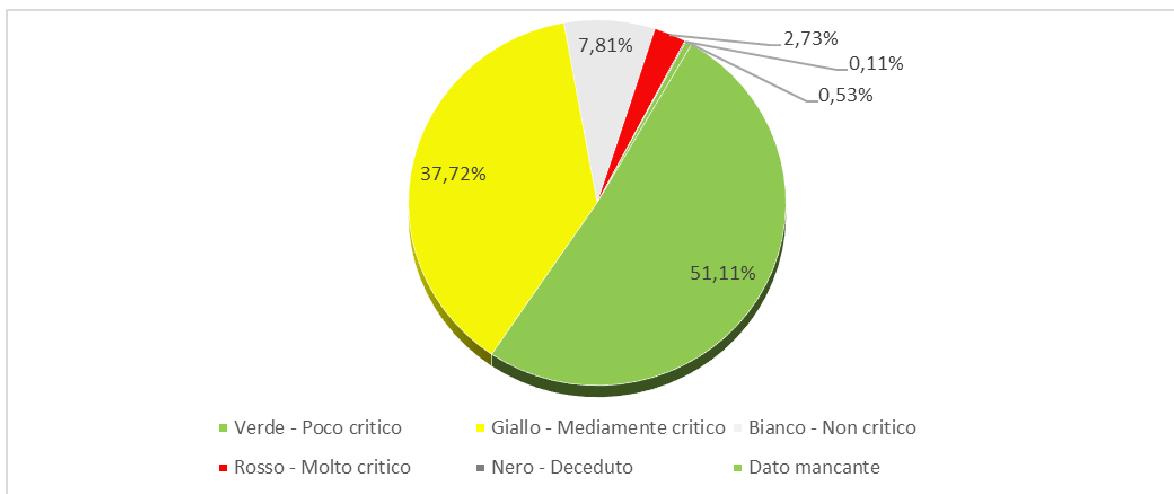
La **Tabella 10** che segue riporta la distribuzione dei tassi specifici per regione, genere e classe d'età. La distribuzione dei tassi di accesso, calcolati sulla popolazione residente, mostra una elevata variabilità tra regioni all'interno di ciascuna classe d'età considerata. Con riferimento ai maschi della classe 65-74 anni, si evidenzia un tasso di accessi molto elevato nella P.A. di Bolzano e in Friuli Venezia Giulia rispetto al valore medio nazionale. Nelle classi 18-24 e 25-44 si evidenziano tassi di accesso elevati nella P.A. di Bolzano e nelle regioni Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Lazio. 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 ad eccezione della fascia ≤ 17 anni per la quale risulta un consumo maggiore per il genere femminile.

TABELLA 10 – Tassi di accesso in Pronto Soccorso (x 100.000 residenti) specifici per classi di età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2022

REGIONE	Maschi							Femmine						
	<= 17 anni	18 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre		<= 17 anni	18 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	
Piemonte	52,35	267,09	245,05	233,37	108,77	70,07		51,20	158,90	90,06	80,74	32,95	33,56	
Valle d'Aosta	10,26	138,82	67,50	51,39	13,74	63,75		0,00	25,15	15,47	10,00	0,00	0,00	
Lombardia	39,00	171,83	120,58	110,64	59,27	31,53		45,79	131,70	51,42	43,67	16,53	6,28	
P.A. Bolzano	92,87	503,46	383,44	341,79	382,49	209,48		125,71	313,73	129,66	135,70	90,96	39,46	
P.A. Trento	17,04	82,28	46,45	59,31	19,99	23,67		18,12	36,65	14,87	13,37	9,61	0,00	
Veneto	13,42	72,80	60,38	61,39	45,62	26,43		18,06	47,05	22,18	16,38	9,62	9,31	
Friuli V.G.	387,60	501,17	473,81	473,71	447,82	544,99		309,25	374,07	310,70	253,36	271,30	309,08	
Liguria	82,86	308,60	193,99	165,93	95,16	47,64		82,62	195,54	72,62	60,58	26,06	8,21	
Emilia Romagna	56,44	251,18	185,85	154,80	71,38	30,75		53,09	209,70	68,07	56,24	18,62	6,52	
Toscana	62,35	316,22	148,92	115,85	46,79	19,71		84,67	225,21	63,56	53,62	13,60	6,61	
Umbria	33,93	163,76	106,15	84,90	69,15	26,19		34,16	107,66	58,99	42,99	21,41	13,90	
Marche	48,29	188,95	125,80	102,76	43,23	48,54		45,73	151,49	63,02	50,50	30,76	17,52	
Lazio	57,10	198,27	144,36	147,51	58,68	30,13		53,12	182,74	58,63	45,54	17,12	9,61	
Abruzzo	32,96	77,81	57,19	72,01	61,03	39,18		15,27	70,50	28,71	16,48	9,64	5,30	
Molise	19,44	142,94	104,58	89,90	65,03	25,68		21,00	96,55	24,98	17,68	20,28	21,95	
Campania	21,26	51,39	29,64	42,27	31,89	30,13		20,19	42,37	10,37	14,34	19,65	20,84	
Puglia	22,28	70,08	30,49	40,39	13,16	8,57		31,05	53,00	11,42	8,57	3,23	0,38	
Basilicata	25,05	72,26	61,81	61,15	49,06	26,23		29,47	43,54	23,01	14,16	19,90	2,62	
Calabria	7,21	28,71	23,51	23,30	16,60	5,80		19,41	17,06	5,45	5,31	0,00	2,52	
Sicilia	29,58	98,88	66,13	61,58	37,14	18,22		19,48	77,66	24,27	16,20	5,98	2,92	
Sardegna	9,22	39,66	28,70	46,31	28,15	15,81		12,84	23,77	5,21	15,30	2,77	0,84	
ITALIA	44,22	160,76	115,42	112,28	63,27	43,99		44,97	119,62	47,37	41,05	21,40	17,33	

Il **Grafico 2** mostra la distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per triage medico. Al 51% degli accessi viene attribuito il codice verde, al 38% il codice giallo, al 8% il codice bianco e al 3% il codice rosso.

GRAFICO 2 – Distribuzione degli accessi in PS per triage medico - ANNO 2022

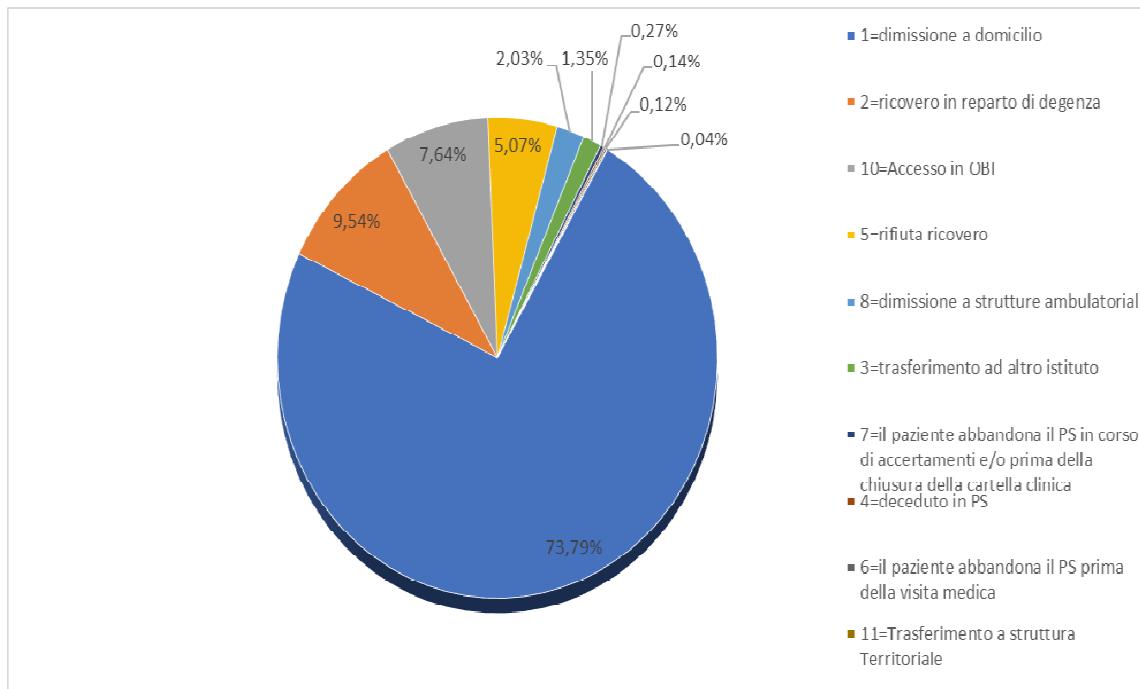


Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2022) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Nota: Ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2019 (Rep. Atti n.143/CSR), è stata introdotta la nuova codifica del triage non più basata su 4 codici colore ma su 5 codici numerici, i quali, a differenza del precedente sistema, tengono conto della complessità clinica del paziente, del suo bisogno assistenziale e del rischio evolutivo. Ai fini dell'analisi dei dati, i codici numerici sono stati ricondotti ai 4 codici colori in questo modo: R = Rosso → 1 = Rosso – EMERGENZA, B= Bianco → 5 = Bianco NON URGENZA, V= Verde → 4 = Verde – URGENZA MINORE, G= Giallo → (2 = Arancione – URGENZA + 3 = Azzurro – URGENZA DIFFERIBILE); ND si riferisce ai casi in cui il paziente abbandona il PS prima della visita medica oppure abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica, pertanto non è stato possibile effettuare il triage medico, N indica la quota di soggetti giunti deceduti in PS.

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

GRAFICO 3 – Distribuzione nazionale degli accessi in Pronto Soccorso per esito trattamento - ANNO 2022



Fonte: Ministero della salute - NSIS Flusso per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso, DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2022) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che il 74% degli accessi in pronto soccorso con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol esita a domicilio, mentre il 9,5% degli accessi viene ricoverato.

La **Tabella 11** che segue mostra le diagnosi principali più frequenti attribuite in Pronto Soccorso per il 90% circa degli accessi.

**TABELLA 11 – Diagnosi principali più frequenti
ANNO 2022**

Codigne Diagnosi principale	Descrizione diagnosi principale	Percentuale di accessi
30500	ABUSO DI ALCOOL, NON SPECIFICATO	18,17%
30502	ABUSO DI ALCOOL, EPISODICO	14,38%
9800	EFFETTI TOSSICI DELL'ALCOOL ETILICO	12,90%
30300	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, NON SPECIFICATA	11,20%
5712	CIRROSI EPATICA ALCOLICA	9,64%
30501	ABUSO DI ALCOOL, CONTINUO	8,48%
30302	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, EPISODICA	4,57%
2914	INTOSSICAZIONE ALCOLICA IDIOSINCRASICA	3,11%
9809	EFFETTI TOSSICI DI ALCOOL NON SPECIFICATO	2,59%
29189	ALTRI DISTURBI PSICHICI SPECIFICATI INDOTTI DA ALCOL	2,21%
29181	SINDROME DA ASTINENZA DA ALCOOL	2,15%
30301	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL	1,78%
3030	ALTRI DISTURBI PSICHICI SPECIFICATI INDOTTI DA ALCOL	1,43%
5710	STEATOSI EPATICA ALCOLICA	1,12%
2910	DELIRIUM DA ASTINENZA DA ALCOOL	0,75%
30390	DIPENDENZA DA ALCOOL, ALTRA E NON SPECIFICATA, NON SPECIFICATA	0,67%
53530	GASTRITE ALCOLICA SENZA MENTIONE DI EMORRAGIA	0,63%
5711	EPATITE ACUTA ALCOLICA	0,59%
30303	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, IN REMISSIONE	0,59%
30503	ABUSO DI ALCOOL, IN REMISSIONE	0,56%
5713	DANNO SPECIFICO DA ALCOL, NON SPECIFICATO	0,50%
2919	DISTURBI PSICHICI NON SPECIFICATI INDOTTI DALL'ALCOOL	0,40%
3575	POLINEUROPATIA ALCOOLICA	0,26%
2913	DISTURBO PSICOTICO CON ALLUCINAZIONI INDOTTO DA ALCOOL	0,22%

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2022) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che al 18% degli accessi in pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcool, non specificato, al 14% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcool, episodico, mentre al 13 % una diagnosi di effetti tossici dell'alcool etilico.

La **Tabella 12** che segue mostra la distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per modalità di arrivo.

TABELLA 12 – Distribuzione degli accessi in pronto soccorso per modalità di arrivo - ANNO 2022

Modalità di arrivo in Pronto soccorso	Percentuale di accessi
Ambulanza 118	64,64%
Autonomo (arrivato con mezzi propri)	28,47%
Altra Ambulanza	4,56%
Non rilevato	1,33%
Altro (in caso ambulanze di Esercito, Vigili del Fuoco, Polizia, ecc.)	0,83%
Elicottero 118	0,14%
Altro Elicottero	0,02%
Mezzo di soccorso 118 di altre regioni	0,01%

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2022) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che il 65% degli accessi arriva in Pronto Soccorso con il 118, mentre il 28% arriva al pronto soccorso con mezzi propri.

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

Come è noto la tossicità dell'alcol causa danni diretti a molte cellule dell'organismo, soprattutto a quelle del fegato e del sistema nervoso centrale. Pertanto lo stato di intossicazione causato dall'abuso di alcol provoca patologie che spesso necessitano il ricorso alle cure ospedaliere.

Il flusso informativo relativo alle dimissioni ospedaliere (SDO), rileva la diagnosi principale alla dimissione del paziente, ossia la principale responsabile delle cure erogate in regime di ricovero e le diagnosi secondarie concomitanti. Per la codifica delle diagnosi nel flusso SDO 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:

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

Nel 2022 si rilevano complessivamente 46.189 dimissioni ospedaliere, un incremento del 2,0% rispetto all'anno 2021, caratterizzate dall'avere indicata almeno una patologia attribuibile all'alcol, o in diagnosi principale di dimissione, o in una delle diagnosi secondarie, che coesistono al momento del ricovero e che influenzano il trattamento terapeutico somministrato.

La distribuzione per categorie diagnostiche delle diagnosi rilevate (**Tabella 13**) mostra la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (57,1% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriacatezza acuta in corso di alcolismo) e alcolismo cronico e dipsomania (19,6%).

I ricoveri per abuso di alcol, effetti postumi all'eccessiva assunzione più o meno occasionale di alcol, *hangover*, ebbrezza ed ubriachezza, si collocano al terzo posto (17,2%).

TABELLA 13 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2022

Diagnosi alla dimissione	Codici ICD-9-CM	Maschi		Femmine		Totale	
		Numero	%	Numero	%	Numero	%
Disturbi mentali indotti da alcol	291	1.455	4,0	403	4,0	1.858	4,0
Sindrome da dipendenza da alcol	303	6.425	17,8	2.619	25,8	9.044	19,6
Abuso di alcol	305.0	5.487	15,2	2.463	24,3	7.950	17,2
Polineuropatia alcolica	357.5	324	0,9	82	0,8	406	0,9
Cardiomiopatia alcolica	425.5	133	0,4	8	0,1	141	0,3
Gastrite alcolica	535.30 535.31	97	0,3	25	0,2	122	0,3
Malattia epatica cronica e cirrosi	571.0-571.3	21.911	60,8	4.472	44,1	26.383	57,1
Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	977.3	-	0,0	1	0,0	1	0,0
Effetti tossici dell'alcol	980	209	0,6	65	0,6	274	0,6
Totale		36.041	100	10.138	100	46.179	100

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
10 dimissioni nella regione Lazio, con sesso non specificato (ricovero ordinario e diagnosi di malattia epatica)

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

La distribuzione delle dimissioni per genere evidenzia una netta prevalenza dei ricoveri di maschi (78,0%) rispetto alle femmine (22,0%).

Le patologie epatiche croniche sono quelle prevalenti per questi pazienti (57,1%), anche in termini di distribuzione per genere: 60,8% nei maschi vs 44,1% nelle femmine. Seguono le diagnosi riconducibili alla sindrome da dipendenza da alcol e all'abuso di alcol, rispettivamente 19,6% e 17,2% rispetto alla totalità dei pazienti, con percentuali superiori nelle femmine rispetto ai maschi: per la sindrome da dipendenza 17,8% nei maschi vs 25,8% nelle femmine e per l'abuso di alcol 15,2% vs 24,3%.

Il tasso standardizzato di ricovero ospedaliero, caratterizzato da diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, è di 71,5 ricoveri per 100.000 residenti (**Tabella 14**), in aumento rispetto al 2021 (70,2 per 100.000).

Considerando la modalità di ricovero, si distinguono i ricoveri effettuati in regime ordinario (94,0%), con complessive 565.161 giornate di degenza, dai ricoveri diurni (6,0%), con 19.094 accessi giornalieri per accertamenti diagnostici e terapie.

TABELLA 14 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) per regime e regione di ricovero - ANNO 2022

REGIONE	Dimissioni					
	Totale (ordinario + diurno)		Regime ordinario		Regime diurno	
	Numero	Tasso STD x 100.000 ab.	Numero	Degenza media	Numero	Numeri medio accessi
Piemonte	4.248	90,9	3.970	17,6	278	4,9
Valle d'Aosta	248	181,6	205	11,6	43	5,6
Lombardia	6.273	58,3	6.173	14,1	100	3,4
P.A. Bolzano	1.009	185,6	995	10,1	14	5,1
P.A. Trento	740	124,7	722	13,7	18	4,6
Veneto	4.882	91,2	4.716	14,1	166	6,9
Friuli V.G.	1.494	103,3	1.283	12,2	211	11,9
Liguria	1.781	108,5	1.570	11,2	211	8,0
Emilia Romagna	5.430	115,5	5.290	12,5	140	8,9
Toscana	2.691	67,8	2.520	11,4	171	7,3
Umbria	597	63,6	593	10,1	4	2,0
Marche	1.877	119,6	1.841	18,1	36	2,3
Lazio	3.787	60,1	3.213	12,2	574	7,2
Abruzzo	999	68,6	903	11,9	96	8,8
Molise	237	68,8	228	11,1	9	8,0
Campania	2.482	41,2	2.251	10,7	231	6,2
Puglia	2.076	47,9	2.054	10,8	22	2,7
Basilicata	366	59,4	345	10,4	21	5,6
Calabria	1.005	48,3	850	11,0	155	5,3
Sicilia	2.186	42,3	2.051	10,9	135	3,0
Sardegna	1.781	93,7	1.644	10,9	137	8,8
ITALIA	46.189	71,5	43.417	13,0	2.772	6,9

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

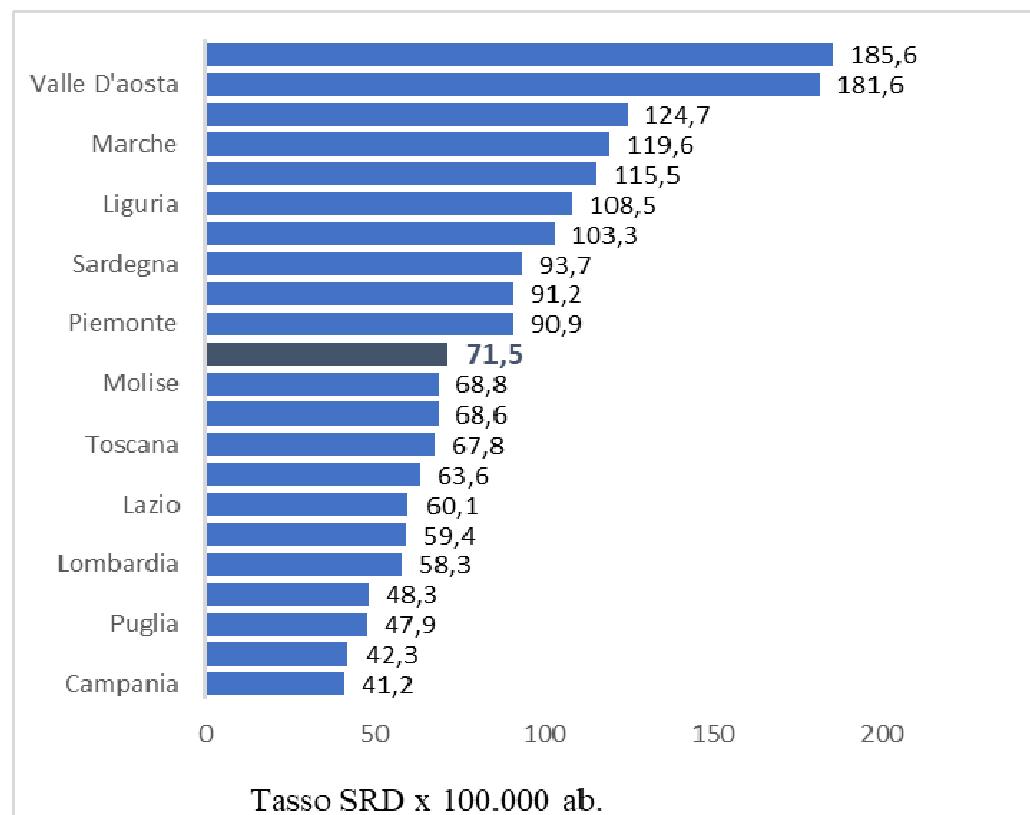
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

La **Tabella 14** riporta anche la distribuzione per regione della degenza media dei ricoveri in regime ordinario, che a livello nazionale è di 13,0 giorni (in lieve aumento rispetto a 12,7 giorni del 2021) ed il numero medio di accessi per i ricoveri diurni pari a 6,9 a livello nazionale, valore che non si discosta dal numero medio di accessi per prestazioni ed accertamenti diagnostici rilevato nel 2021. Analizzando la differente modalità di ricovero per cure ospedaliere, si rileva che il 74,1% dei ricoveri con degenza ordinaria avvengono in urgenza/emergenza e di questi, 0,9% è costituito dai ricoveri per trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Il restante 25,9% è costituito da ricoveri

ordinari, intesi come ricoveri programmati non urgenti, di cui il 5,3% è costituito da ricoveri programmati con pre-ospedalizzazione.

Il tasso di ricovero complessivo (regime ordinario e diurno), standardizzato per età, è rappresentato graficamente nel **Grafico 4**. I valori regionali del tasso di ricovero presentano ampie oscillazioni attorno al valore nazionale di 71,5 per 100.000 residenti.

GRAFICO 4 – Tasso di ricovero (*) standardizzato per età (x 100.000 ab.) - ANNO 2022



(*) 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)

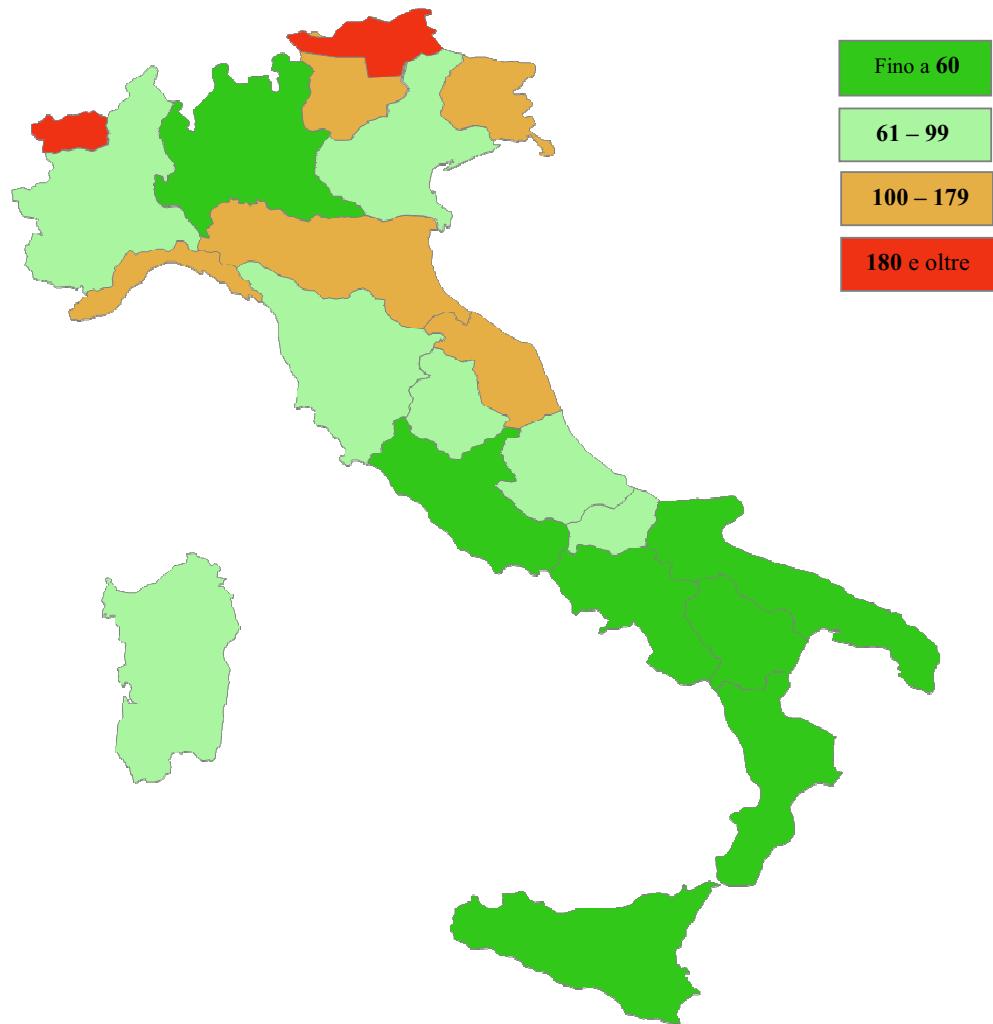
I valori più elevati del tasso di ricovero sono nella P.A. di Bolzano (185,6) per 100.000 residenti e in regione Valle d'Aosta (181,6), mentre in Campania (41,2) e Sicilia (42,3) si rilevano i valori più bassi della distribuzione.

La **Figura 17** rappresenta con differente colorazione le regioni, in base al valore assunto dal relativo tasso di ricovero standardizzato per età.

Nella rappresentazione grafica sono stati definiti 4 cluster dei tassi di ricovero (Tabella 14).

La colorazione delle regioni varia, passando dal verde brillante per le regioni con valori più bassi del tasso di ricovero, al rosso per le regioni il cui tasso di ricovero assume i valori più elevati.

FIGURA.17 - Dimissioni ospedaliere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol per regione di ricovero. Tassi di ricovero standardizzati per età (per 100.000 residenti) - ANNO 2022



Delle 46.189 dimissioni ospedaliere con almeno una diagnosi attribuibile all'alcol, il 40,6% presenta tale diagnosi come principale motivo del ricovero, mentre per il restante 59,4% tale diagnosi è indicata come una diagnosi secondaria. Si precisa a tal riguardo che la fonte informativa relativa alla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) rileva fino a cinque diagnosi secondarie.

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

Dalla **Tabella 15** si può rilevare come in presenza di patologie secondarie attribuibili all'alcol, la diagnosi principale dei ricoveri effettuati è prevalentemente riconducibile a disturbi mentali (complessivamente, senza distinzione di genere, essi rappresentano il 25%), seguono le malattie dell'apparato digerente (15%), tumori e malattie del sistema circolatorio (10%), malattie dell'apparato respiratorio (9%).

TABELLA 15 - Distribuzione delle dimissioni per raggruppamenti diagnostici della diagnosi principale, in presenza di diagnosi secondaria totalmente attribuibile all'alcol (*) - ANNO 2022

RAGGRUPPAMENTI DIAGNOSTICI (DIAGNOSI PRINCIPALE)	2022			
	Maschi		Femmine	
	Numero	%	Numero	%
1 - Malattie infettive e parassitarie (001-139)	750	3,5	180	3,0
2 - Tumori (140-239)	2.427	11,3	243	4,1
3 - Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, disturbi immunitari (240-279)	406	1,9	123	2,1
4 - Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)	360	1,7	122	2,1
5 - Disturbi mentali (290-319)	4.498	20,9	2.442	41,0
6 - Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	927	4,3	245	4,1
7 - Malattie del sistema circolatorio (390-459)	2.281	10,6	363	6,1
8 - Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	2.097	9,8	452	7,6
9 - Malattie dell'apparato digerente (520-579)	3.405	15,8	660	11,1
10 - Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	499	2,3	120	2,0
11 - Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)	-	-	11	0,2
12 - Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)	95	0,4	15	0,3
13 - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	214	1,0	53	0,9
14 - Malformazioni congenite (740-759)	18	0,1	3	0,1
15 - Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)	2	0,0	-	-
16 - Sintomi, segni e stati morbosamente maldefiniti (780-799)	1.083	5,0	241	4,1
17 - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)	1.521	7,1	436	7,3
Classificazione supplementare dei fattori che influenzano stato di salute e ricorso ai servizi san. (codici V)	672	3,1	184	3,1
Diagnosi principale non indicata	239	1,1	56	0,9
ITALIA	21.494	100	5.949	100

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

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

Con riferimento alla distribuzione per genere riportata in tabella, si rileva come la percentuale dei disturbi mentali e dei tumori varia notevolmente tra maschi e femmine: i disturbi mentali, nettamente prevalenti per entrambi i generi è di 20,9% nei maschi e 41,0% nelle femmine; al secondo posto per entrambi i generi vi sono le malattie dell'apparato digerente (15,8% vs 11,1%); i tumori compaiono al terzo posto per i maschi (11,3%) mentre sono al settimo posto per le femmine (4,1%); per le femmine al terzo posto vi sono le malattie respiratorie (7,6%).

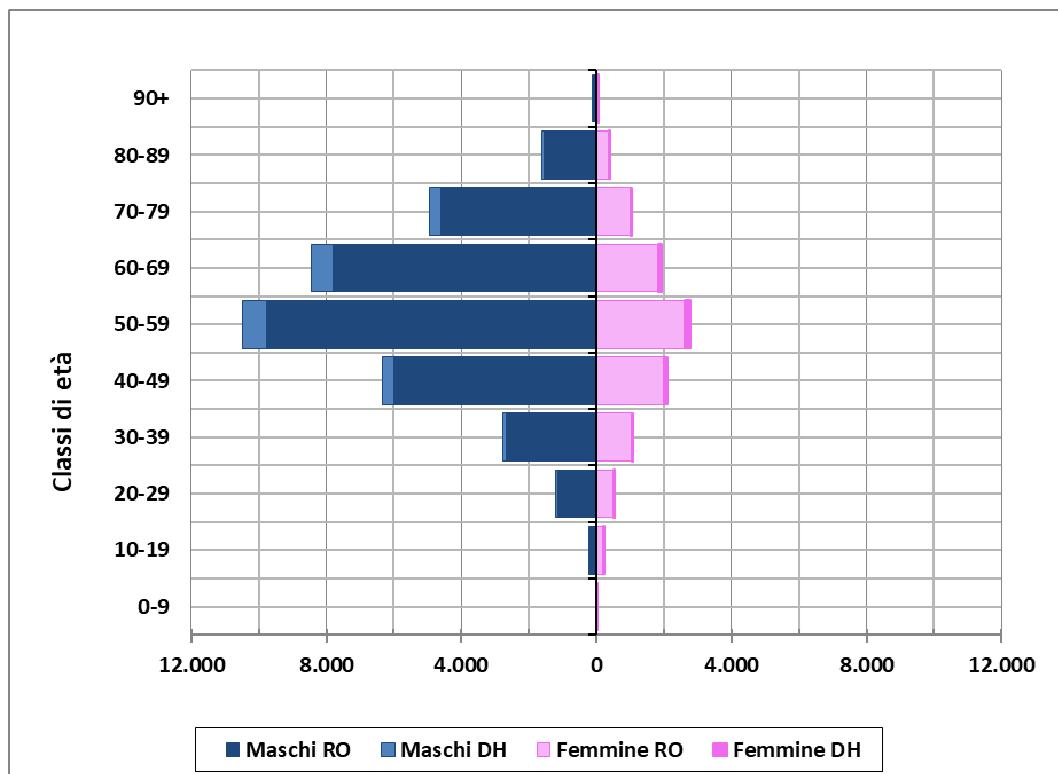
La rappresentazione grafica a forma di piramide (**Grafico 5**), fornisce una visione immediata sulla prevalenza di ricoveri dei maschi rispetto alle femmine per ciascuna classe di età considerata.

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

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

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

GRAFICO 5 – Piramide per classi di età decennali e per genere delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2022



(*) 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 **Tabella 16** fornisce indicazioni sul volume complessivo dei ricoveri per diagnosi attribuibili all'alcol, distinti per regione di ricovero, genere e per classi di età di differente ampiezza.

Il numero, in valore assoluto, più elevato di ricoveri, sono in Lombardia, Emilia Romagna e Veneto. Per entrambi i generi la classe di età 45-64 anni è quella in cui si rileva la percentuale più elevata di ricoveri: 52,7% per i maschi vs 51,1% per le femmine.

TABELLA 16 - Distribuzione delle dimissioni, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*), per regione, genere e fasce d'età - ANNO 2022

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	7	624	1.718	548	299	3.196	7	235	593	141	76	1.052
Valle d'Aosta	-	50	58	31	46	185	-	11	28	13	11	63
Lombardia	20	911	2.456	949	520	4.856	32	400	705	174	106	1.417
P.A. Bolzano	8	154	340	163	117	782	7	59	113	30	18	227
P.A. Trento	1	100	276	119	78	574	-	29	89	28	20	166
Veneto	4	624	1.747	812	511	3.698	7	286	567	196	128	1.184
Friuli V.G.	-	110	489	338	254	1.191	2	33	121	86	61	303
Liguria	4	249	727	249	120	1.349	11	111	213	51	46	432
Emilia Romagna	8	925	2.147	655	324	4.059	9	422	668	186	86	1.371
Toscana	2	348	978	353	204	1.885	8	226	424	85	63	806
Umbria	2	79	237	83	56	457	1	48	64	13	14	140
Marche	-	358	780	206	91	1.435	2	142	229	46	23	442
Lazio	7	561	1.732	433	232	2.965	13	174	445	119	61	812
Abruzzo	3	97	443	183	115	841	2	44	80	15	17	158
Molise	-	27	96	44	30	197	-	9	19	8	4	40
Campania	1	336	1.223	358	169	2.087	8	80	210	70	27	395
Puglia	7	274	1.045	274	129	1.729	8	76	195	37	31	347
Basilicata	1	43	180	54	28	306	1	7	34	12	6	60
Calabria	5	99	437	233	92	866	2	19	79	27	12	139
Sicilia	4	384	1.060	299	95	1.842	-	105	184	40	15	344
Sardegna	4	172	829	388	148	1.541	6	47	124	39	24	240
ITALIA	88	6.525	18.998	6.772	3.658	36.041	126	2.563	5.184	1.416	849	10.138

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
10 dimissioni nella regione Lazio, con sesso non specificato (ricovero ordinario e prevalente diagnosi di cirrosi epatica alcolica)

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

La distribuzione dei tassi di dimissione ospedaliera standardizzati per sesso ed età (**Tabella 17**), mostra una elevata variabilità tra regioni e per entrambi i sessi.

Relativamente ai maschi, valori della distribuzione superiori a 180 per 100.000 residenti si rilevano a partire dalla regione Marche (182,9) e a seguire la P.A. di Trento (191,9), Valle d'Aosta (267,1) per finire con la P.A. di Bolzano (283,4). I valori minimi della distribuzione si rilevano in Sicilia (72,6) e Campania (70,3).

La distribuzione del tasso di ricovero per le femmine presenta valori più elevati a partire dall'Emilia Romagna (59,5), P.A. di Bolzano (84,1) e Valle d'Aosta (92,3). Valori inferiori della distribuzione si rilevano, come per i maschi in Campania (13,2) e Sicilia (13,0).

TABELLA 17 - Tasso di ricovero (*) standardizzato per sesso ed età (x 100.000 residenti) - ANNO 2022

REGIONE	Maschi	Femmine
	Tasso STD x 100.000 ab.	Tasso STD x 100.000 ab.
Piemonte	136,9	45,4
Valle d'Aosta	267,1	92,3
Lombardia	89,3	27,0
P.A. Bolzano	283,4	84,1
P.A. Trento	191,9	55,6
Veneto	136,3	45,2
Friuli V.G.	162,3	42,7
Liguria	164,4	54,0
Emilia Romagna	172,2	59,5
Toscana	94,4	41,5
Umbria	96,6	31,6
Marche	182,9	57,6
Lazio	96,1	25,5
Abruzzo	113,5	23,4
Molise	111,3	25,3
Campania	70,3	13,0
Puglia	81,2	16,0
Basilicata	99,3	19,7
Calabria	83,5	13,2
Sicilia	72,6	13,5
Sardegna	160,4	26,7
ITALIA	111,6	31,9

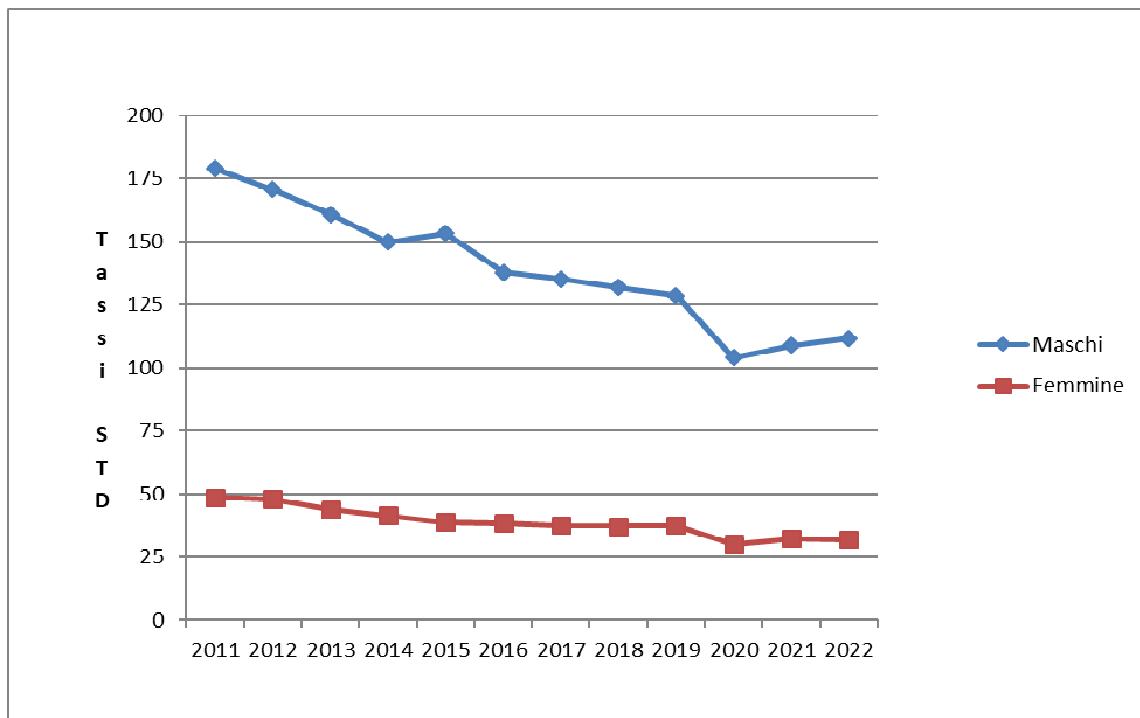
(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol. La standardizzazione è effettuata, per genere ed età, rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001.

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

A partire dal 2011 si osserva una progressiva riduzione dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera per entrambi i sessi, seppure con differente intensità (**Grafico 6**).

Nel 2020 a causa della pandemia da COVID-19, si è avuta in generale una drastica riduzione del numero complessivo dei ricoveri ospedalieri, di circa il 20% rispetto all'anno precedente. I tassi standardizzati di dimissione per alcol, già dal 2011 in continua riduzione, presentano una accentuata contrazione nel 2020 per entrambi i sessi. A partire dal 2021, per effetto di un incremento in generale delle ospedalizzazioni, seguito al periodo pandemico, anche i tassi di dimissione per alcol presentano un incremento, che si presenta più accentuato per i maschi.

GRAFICO 6 – Trend tassi standardizzati di dimissione (x100.000 residenti) con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNI 2011-2022



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

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

Il tasso di dimissione per diagnosi attribuibili all'alcol passa per i maschi da 178,9 per 100.000 residenti nel 2011 a 104,1 nel 2020; si incrementa nel 2021 fino a 108,9 e nel 2022 raggiunge il valore di 111,6.

Per le femmine il tasso di dimissione ospedaliera è più contenuto in tutto il periodo osservato; anche in questo caso si evidenzia una progressiva riduzione, passando da 48,6 nel 2011 a 30,2 nel 2020, per risalire nel 2021 a 32,2 e nel 2022 raggiunge il valore di 31,9 per 100.000 residenti.

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

Limitatamente ai ricoveri in regime ordinario effettuati nel corso del 2022, si rileva che il 92,8% delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol presenta un codice identificativo del paziente valido ai fini del tracciamento dei ricoveri ripetuti.

In particolare la **Tabella 18** presenta il numero delle riammissioni ospedaliere urgenti effettuate nel corso del 2022, ossia riammissioni a breve termine, non programmate, dei pazienti già ricoverati e dimessi nel corso dello stesso anno.

Le riammissioni ospedaliere sono distinte tra quelle effettuate entro 30 giorni, da quelle effettuate entro 7 giorni dalla data di dimissione del precedente ricovero.

TABELLA 18 - Distribuzione delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) e delle riammissioni non programmate entro 30 e 7 giorni dalla precedente dimissione - ANNO 2022

REGIONE	2022				
	Regime ordinario				
	Dimissioni con codici identificativi del paziente validi	Riammissioni entro 30 giorni	% riammissioni entro 30 giorni	Riammissioni entro 7 giorni	% riammissioni entro 7 giorni
Piemonte	3.922	245	6,2%	119	3,0%
Valle d'Aosta	205	33	16,1%	9	4,4%
Lombardia	5.988	349	5,8%	147	2,5%
P.A. Bolzano	962	54	5,6%	18	1,9%
P.A. Trento	713	38	5,3%	21	2,9%
Veneto	3.303	304	9,2%	140	4,2%
Friuli V.G.	1.273	110	8,6%	46	3,6%
Liguria	1.547	143	9,2%	63	4,1%
Emilia Romagna	4.539	335	7,4%	157	3,5%
Toscana	2.481	207	8,3%	87	3,5%
Umbria	503	55	10,9%	19	3,8%
Marche	1.770	94	5,3%	39	2,2%
Lazio	3.022	277	9,2%	110	3,6%
Abruzzo	898	77	8,6%	31	3,5%
Molise	226	15	6,6%	8	3,5%
Campania	2.047	106	5,2%	42	2,1%
Puglia	2.025	184	9,1%	68	3,4%
Basilicata	344	30	8,7%	7	2,0%
Calabria	841	56	6,7%	30	3,6%
Sicilia	2.033	187	9,2%	84	4,1%
Sardegna	1.628	173	10,6%	68	4,2%
ITALIA	40.270	3.072	7,6%	1.313	3,3%

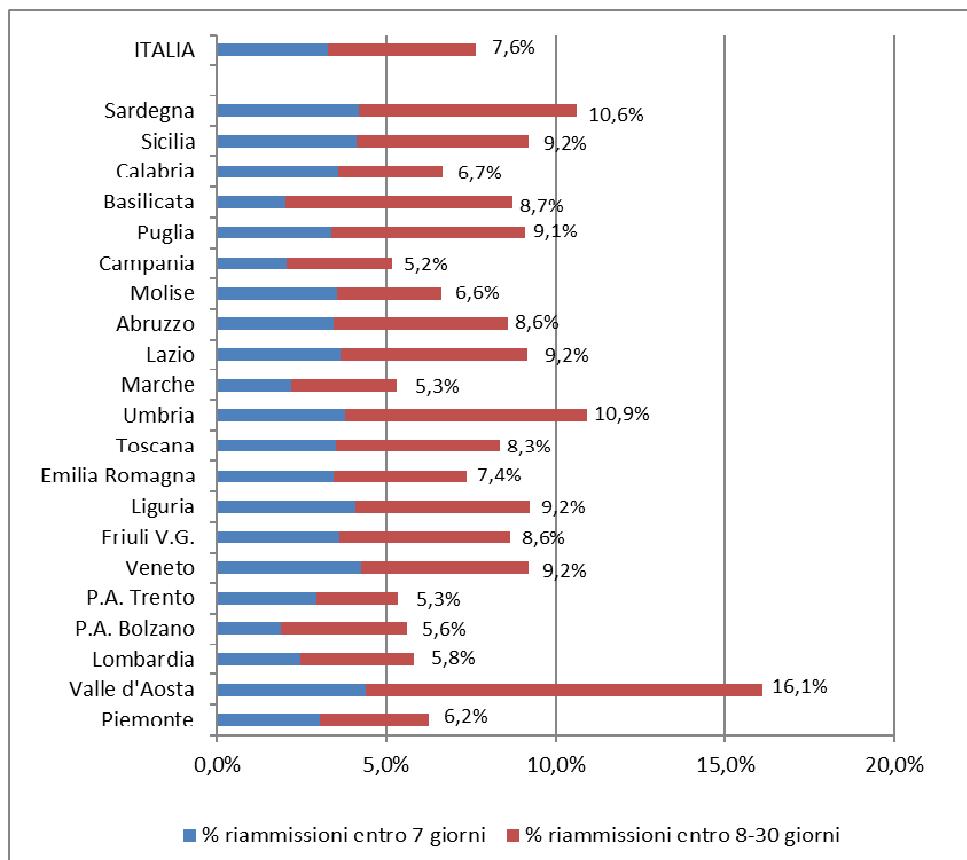
(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
 Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

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

Relativamente alle riammissioni ospedaliere urgenti, non programmate, effettuate entro 30 giorni dal precedente ricovero, il valore nazionale è di 7,6% riammissioni, valore che non si discosta sensibilmente dal valore osservato nel 2021 e 2020 (per entrambi gli anni è stato pari a 8,0%). I valori regionali oscillano dal valore minimo di 5,2% in Campania al valore massimo di 16,1% in Valle d'Aosta.

Il **Grafico 7** evidenzia il consistente distacco della percentuale di riammissioni entro 30 giorni in Valle d'Aosta (16,1%) dal valore immediatamente inferiore nella distribuzione regionale rilevato in Umbria di (10,9%).

GRAFICO 7 – Riammissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) non programmate, entro 7 e 30 giorni dalla precedente dimissione - ANNO 2022



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

Le riammissioni urgenti, non programmate, entro 7 giorni presentano ovviamente percentuali più contenute. Il valore nazionale è di 3,3% riammissioni, in lieve diminuzione rispetto al 2021 (3,6%) e al 2020 (3,4%). Il valore più elevato della distribuzione è quello della Valle d'Aosta (4,4%) ed il valore minimo è in P.A. di Bolzano (1,9%). Nel 2021 la distribuzione presentava i valori più elevati in Umbria (6,3%) e Sardegna (6,4%).

A livello nazionale le riammissioni ospedaliere non programmate, comprese tra 8 e 30 giorni dalla precedente dimissione, rappresentano il 4,4% dei ricoveri, valore che non si discosta da quello rilevato nel 2021 ed in lieve diminuzione rispetto al 2020 (4,6%).

La distribuzione regionale raggiunge il valore massimo anche in questo caso in Valle d'Aosta con 11,7% riammissioni ospedaliere ed il valore minimo nella P.A. di Trento (2,4%).

Nel 2021 la distribuzione presentava i valori più elevati in Molise (12,0%) e in regione Marche (2,0%).

In ultima analisi occorre evidenziare come l'elevato tasso di ricovero rilevato in regione Valle d'Aosta (181,6 per 100.000 residenti), vedi **Tabella 14** e grafico **Grafico 4**, è fortemente determinato dall'elevato ricorso alle riammissioni ospedaliere dei pazienti, non programmate e a breve termine.

1.7 ALCOLDIPENDENZA

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

Le finalità di tale rilevazione sono:

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

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

Vengono rilevate le seguenti informazioni:

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

Risultati della rilevazione statistica delle attività nel settore alcoldipendenza
ANNO 2022 – Tabelle e Grafici sono riportati in Appendice

Al 31.12.2022 sono stati rilevati 449 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza; l'82,2% sono di tipo territoriale (tab.1).

1.7.1 IL PERSONALE DEI SERVIZI

In totale nel 2022 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 4.512 unità di personale la maggior parte delle quali (82,8%) sono addette solo parzialmente a tali attività (tab.2; graf.1).

Considerando la distribuzione del personale totale per ruolo professionale, limitando l'analisi ai profili direttamente coinvolti nel trattamento dell'alcoldipendenza, si osservano le proporzioni più alte, in ordine, per gli infermieri professionali (28,5%), per i medici (20,9%) e per gli psicologi (17,6%); la percentuale degli infermieri aumenta se si considerano solo gli addetti esclusivi (32,8%) (graf. 2-3-4).

1.7.2 LE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELL'UTENZA

Nel 2022¹ sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 62.886 soggetti (tab.3). Il 26,7% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.

La numerosità dell'utenza totale, tendenzialmente crescente nel tempo fino al 2014, successivamente mostra un trend decrescente, presente anche negli utenti già in carico; per i nuovi utenti, il cui ammontare è sostanzialmente stabile nel tempo, si osserva nell'ultimo triennio una tendenza all'aumento (graf.5).

Il rapporto M/F è pari a 3,2 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 50-59 anni (30,0% dei soggetti) per l'utenza totale e per gli utenti già in carico (32,1% dei soggetti) e 40-49 anni (28,1% dei soggetti) per i nuovi utenti. Il 73,2% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,4% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 19,3% (tab.4).

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2022 si osserva che il 12,7% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i più vecchi questa percentuale è pari al 5,5%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 39,1% per i nuovi utenti e il 53,0% per quelli già in carico.

Analizzando distintamente i due sessi si nota che l'utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 23,7% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 20,8% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 48,5% nei maschi e al 52,0% nelle femmine.

Nel tempo si è assistito ad un tendenziale invecchiamento dell'utenza che negli anni più recenti si osserva soprattutto per gli utenti già in carico (graf.6).

¹E' importante sottolineare che le osservazioni seguenti, relative alle caratteristiche "demografiche" (sesso ed età) degli alcoldipendenti, riflettono presumibilmente le caratteristiche della popolazione generale da cui la sottopopolazione in esame (utenti dei servizi per l'alcoldipendenza) proviene e quindi andrebbero in qualche modo standardizzate rispetto ad un opportuno denominatore.

1.7.3 I CONSUMI ALCOLICI DELL'UTENZA

Nel 2022 la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (44,1%), seguito dalla birra (30,8%), dai superalcolici (10,3%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (6,2%). La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: il vino è utilizzato in genere più frequentemente al nord mentre la birra e i superalcolici al sud (tab.5; graf.7).

1.7.4 I MODELLI DI TRATTAMENTO

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2022 il 32,0% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,0% al “counseling” rivolto all'utente o alla famiglia, il 3,7% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 16,0% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 3,1% degli alcoldipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 13,4% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 3,3% del totale degli utenti rilevati (1,8% in istituti pubblici, 1,5% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (tab.6-7; graf.8).

1.8 LE ASSOCIAZIONI DI AUTO MUTUO AIUTO

1.8.1 ASSOCIAZIONE ITALIANA DEI CLUB ALCOLOGICI TERRITORIALI (AICAT)

L'AICAT è un'associazione di volontariato che promuove e coordina le attività delle reti territoriali dei Club Alcologici Territoriali (già Club degli Alcolisti in Trattamento). E' stata costituita nel 1990 per sostenere il processo di crescita e di diffusione dei Club, nati in Croazia nel 1964 e arrivati in Italia nel 1979, grazie al diretto impegno del Prof. Vladimir Hudolin, neuropsichiatra dell'Università di Zagabria. Il Metodo Hudolin, nel tempo si è evoluto nell'Approccio Ecologico Sociale ai problemi alcol correlati e complessi, pone le basi scientifiche e umanistiche nella psichiatria sociale, nella teoria generale dei sistemi e della complessità, nella cibernetica, nel lavoro di rete. Inoltre va in sintonia con tutti i documenti, risoluzioni, piani di azione emanati dall'OMS a partire dal 1978 con la Dichiarazione di Alma Ata che sanciva la centralità del lavoro nel territorio e del protagonismo dei cittadini nei programmi di promozione della salute. I Club, definiti comunità multifamiliari, sono momenti di incontro settimanale tra persone e famiglie della comunità, nati e ampiamente sperimentati per affrontare i problemi di alcol, oggi capaci di accogliere tutte le difficoltà e le sofferenze, dirette e indirette, legate ad altri stili di vita a rischio (fumo, droghe, azzardo, internet addiction, etc...) e agli squilibri ecologico sociali delle comunità. Promuovono la partecipazione diretta e responsabile di tutti i membri della famiglia e della rete relazionale prossima, stimolando, in un clima di solidale empatia e di condivisione, ogni partecipante in un processo di cambiamento di stile di vita, di crescita e maturazione relazionale, emozionale, culturale, spirituale. Le famiglie considerate prima in difficoltà, con il cambiamento del proprio stile di vita, diventano risorse per se stesse e per tutta la comunità nella quale sono inserite aumentandone il capitale sociale. Diventano, infatti, protagoniste di azioni di promozione e protezione della salute e del benessere sociale, migliorando la qualità delle relazioni e dei valori umani e sociali nella propria comunità. Ogni Club prevede la presenza anche di una "servitore-insegnante" ovvero una persona specificatamente sensibilizzata, formata e aggiornata ai principi dell'approccio ecologico sociale che si mette a servizio del bene comune stimolando, insieme a tutto il Club, il processo di crescita individuale, familiare, comunitario.

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

ATTIVITA' E SERVIZI PROMOSSI E SOSTENUTI DA AICAT E DALLE ARCAT REGIONALI

- **I Congressi:** AICAT promuove ogni anno il Congresso Nazionale delle famiglie e dei servitori insegnanti dei CAT ed il Congresso di Spiritualità antropologica e di Ecologia sociale ad Assisi.
- **Forum nazionali di EEC:** AICAT organizza ogni anno 2 Forum EEC (Educazione Ecologica Continua) uno a marzo e l'altro a novembre con l'obiettivo di promuovere il confronto e la formazione rispetto alla metodologia.
- Nelle varie regioni sono sviluppati **Corsi di sensibilizzazione sull'approccio ecologico sociale ai problemi alcol correlati (Metodo Hudolin).**
- **Corsi monotematici e seminari di approfondimento di tematiche specifiche.**
- **Aggiornamenti territoriali per i servitori insegnanti.**
- **Scuole alcologiche** di primo e secondo modulo rivolte alle famiglie e ai CAT.
- Numerose **Scuole alcologiche** di terzo modulo, eventi ed iniziative di informazione e sensibilizzazione della Comunità.
- **Interclub** provinciali e regionali rivolti alla Comunità.
- **Eventi di informazione e sensibilizzazione** realizzati in collaborazione con il mondo scolastico.
- **Banca Dati:** dal 2004 al 2016 l'AICAT ha sviluppato, in collaborazione con le ARCAT, una periodica rilevazione per fotografare le attività svolte nelle diverse regioni d'Italia da Club,

servitori insegnanti, ACAT, ARCAT.

- **Il Numero Verde: 800 974 250**
- **Il Sito Web: www.aicat.net**

COLLABORAZIONI

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

L'ORGANIZZAZIONE DELLE ARCAT

Le ARCAT sono le associazioni regionali dei Club con un compito organizzativo e di coordinamento dei Club e della ACAT della regione. Propongono eventi formativi e cercano di fare rete con le istituzioni locali. Attività formativa per eccellenza, per la sensibilizzazione delle comunità e per la formazione dei Servitori Insegnanti, è il **Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi (Metodo Hudolin)**. Il Corso della durata di 50 ore si svolge all'interno di un'intera settimana. È rivolto ai membri di Club e alla Comunità in cui il Club è inserito. Ha l'obiettivo di sensibilizzare il territorio rispetto ai problemi alcolcorrelati, diffondere la conoscenza dei Club e formare nuovi Servitori Insegnanti (d'ora in poi SI) da inserire nei Club. Ogni ARCAT è organizzata in APCAT o ACAT. Le APCAT fanno riferimento alle province, le ACAT a territori più piccoli.

CONCLUSIONI

L'AICAT rappresenta la rete associativa nazionale più importante nell'ambito delle problematiche alcol-correlate e tra le più organizzate in termini di sistema tra le associazioni del terzo settore. Ogni anno riesce a coinvolgere oltre 17.000 famiglie che si attivano per migliorare la propria salute e la salute della propria comunità. Il movimento dei Club risulta molto diffuso e ben radicato nel nord e centro Italia dove basta fare pochi chilometri per trovare un Club, questo grazie anche alla collaborazione con il sistema socio sanitario e sociale e al lavoro di rete. Al Sud e nelle isole, dove la collaborazione con le Istituzioni è stata in generale più difficoltosa, i Club sono comunque in aumento grazie al crescente impegno delle reti associative. Questo conferma la necessità continua di implementare il lavoro di rete, sia per quanto riguarda l'impegno associativo, sia per quanto riguarda l'investimento da parte delle istituzioni pubbliche (Governo, Ministeri, Enti regionali e locali, Servizi ed Istituzioni socio sanitarie) nella promozione del lavoro dei Club. Grazie all'impegno volontario di cittadini responsabili e solidali, i servizi offerti sono gratuiti e spesso diventano la risposta esclusiva a bisogni della comunità altrimenti non intercettabili. In questo senso risultano un concreto servizio alla comunità che permette, inoltre, un notevole risparmio per i servizi sociali e sanitari pubblici. Agli incontri settimanali dei Club, si accompagna un processo di formazione permanente, partecipato sia dalle famiglie che dai servitori-insegnanti. Questo permette all'approccio ecologico sociale di risultare un intervento efficace nella promozione e protezione della salute, nel cambiamento della cultura sociale e nell'aumento del capitale sociale della comunità.

1.8.2. ALCOLISTI ANONIMI ITALIA (AA Italia)

Alcolisti Anonimi è un'Associazione di auto mutuo aiuto fondata negli Stati Uniti nel 1935, da allora si è diffusa in tutto il mondo con oltre centoventicinquemila Gruppi presenti in 170 paesi e con circa due milioni di alcolisti in recupero. Alcolisti Anonimi è un movimento su scala mondiale autorganizzato ed autofinanziato ed è costituito con diverse forme giuridiche nei vari paesi in cui è presente. La grande intuizione dei fondatori è stata quella di applicare il meccanismo dell'auto mutuo aiuto alla dipendenza da alcol mettendo a punto un metodo che ha come scopo quello di permettere all'alcolista di raggiungere una stabile sobrietà per aiutare, a sua volta, il recupero di chi è ancora nel problema.

ALCOLISTI ANONIMI ITALIA

In Italia l'Associazione è attiva dal 1972 ed è costituita come Associazione di Promozione Sociale, iscritta nel Registro nazionale delle A.P.S. e all'elenco RUNTS del Terzo Settore. Non è un'Associazione di volontariato e non è affiliata ad alcuna setta, confessione, idea politica, organizzazione o istituzione. L'unico requisito per entrare a far parte di AA Italia è il desiderio di smettere di bere: chiunque può divenirne membro se manifesta il desiderio di smettere di bere. Non sono previste quote di iscrizione e non esiste alcuna discriminazione quale età, ceto sociale, genere, orientamento sessuale, fede religiosa o politica, livello culturale, trascorsi penali, professione, poli dipendenze... Tutti i membri hanno pari dignità, nessuno può essere estromesso, emarginato, giudicato. L'Associazione si sostiene unicamente con i contributi volontari degli alcolisti anonimi... non richiede e non accetta contributi esterni pubblici o privati né donazioni o benefici di alcun genere.

ANONIMATO

AA Italia garantisce l'anonimato personale a tutti coloro che partecipano alle riunioni, ancora oggi senza di esso molte persone non troverebbero il coraggio di andare alla prima riunione, a gran parte dei nuovi venuti risulta ancora molto penoso ammettere il proprio alcolismo e ciò è reso meno difficile in un ambiente protettivo. L'anonimato è necessario per trasmettere un'atmosfera di fiducia e di apertura mentale, ha avuto e continua ad avere una finalità difensiva rispetto ai pregiudizi e allo stigma sociale spesso riservato agli alcolisti. Anche se i nuovi venuti danno grande importanza alla riservatezza, molti di essi tuttavia non resistono al desiderio di rendere partecipi i propri familiari o amici della loro partecipazione ad un gruppo di AA Italia. Questa rivelazione comunque rimane una scelta personale: AA nel suo insieme cerca di assicurare che i singoli membri abbiano tutto il riserbo e la protezione che desiderano, come pure qualsiasi grado di apertura in merito alla loro appartenenza all'Associazione. L'anonimato a livello di stampa, radio, televisione e cinema è indispensabile per mantenere la sobrietà e la crescita continua, sia a livello personale che di gruppo. Esso riguarda solo i singoli membri e non l'Associazione che al contrario opera apertamente nella società tramite i propri organi di servizio. In AA Italia vi sono alcune persone con una profonda conoscenza e collaborazione con l'Associazione, di solito professionisti sanitari o sociali, che entrano a far parte di AA pur non avendo un problema con l'alcol e che non sono tenuti a rispettare il principio dell'anonimato né a preservare la propria identità personale ma, proprio perché conoscono AA, possono apparire a viso aperto sul video e parlare apertamente di AA Italia con cognizione di causa.

I GRUPPI

I Gruppi sono l'entità tramite la quale si realizza il recupero: nelle riunioni, in assoluta libertà, vengono raccontate le proprie storie, condivisi i problemi personali e messo in pratica il programma di recupero conosciuto in tutto il mondo come il "Metodo dei Dodici Passi". I Gruppi svolgono la propria attività in piena autonomia, tuttavia non sono indipendenti dalla vita dell'Associazione: collaborano con altri Gruppi confrontando e scambiando le proprie esperienze al fine di arricchire

ed elevare la “Coscienza di Gruppo”. I Gruppi si costituiscono in qualsiasi parte d’Italia quando vi sia la volontà espressa di due o più alcolisti di operare in continuità nel rispetto del metodo. **Attualmente i Gruppi sono più di 400 su tutto il territorio nazionale. Le riunioni di gruppo sono mediamente partecipate da circa 12 membri. Soltanto il 20% effettua riunioni con cadenza di tre giorni a settimana. La maggior parte dei Gruppi si riunisce con una cadenza compresa tra due e un giorno a settimana; qualche Gruppo più numeroso fa riunioni fino a sette giorni la settimana.**

Come è risaputo, gli scogli dell’alcolista sono da un canto quello di riuscire ad interrompere l’assunzione di alcolici e dall’altro quello di scongiurare le ricadute, che d’un sol colpo possono vanificare il lavoro fatto. Il passaggio da una precaria astinenza a una stabile sobrietà avviene se si accompagna alla rottura dei vecchi schemi comportamentali un radicale mutamento interiore. Ovviamente è difficile che ciò possa accadere in tempi brevi e senza aiuto, perciò occorre un intervento costante, una motivazione alimentata di continuo e un sostegno esterno efficace. E’ soprattutto in questa fase che il Gruppo può rivelarsi uno strumento prezioso: partecipare regolarmente alle riunioni, praticando uno specifico Programma di recupero volto al cambiamento dello stile di vita, consente all’alcolista anonimo di rafforzare progressivamente la propria sobrietà trovando valori nuovi e stimoli propositivi da sostituire a quelli tipici dell’alcolista ancora nel problema.

LE RIUNIONI DI GRUPPO

Le riunioni possono essere “chiuse” o “aperte”. Le riunioni chiuse sono dedicate ai membri del Gruppo e a coloro che pensano di avere un problema con l’alcol; le riunioni aperte sono uno strumento di presentazione AA Italia e del Metodo, a disposizioni di tutti coloro che sono interessati e contribuiscono a far conoscere l’Associazione e i Gruppi nel territorio. Le riunioni chiuse sono frequentate soltanto da alcolisti e sono condotte esclusivamente dagli alcolisti anonimi ... all’interno di un Gruppo non vi sono figure professionali, psicologici, educatori o altro. Ogni AA è impegnato a non divulgare ciò che ascolta e che vede durante le riunioni di recupero tenute nei Gruppi. Ognuno è invitato a parlare solo di sé stesso e delle proprie esperienze, in AA nessuno viene giudicato. Nelle riunioni vi è un alcolista che funge da segretario che coordina gli interventi, liberi e non regolamentati. Si osservano solo alcuni tradizionali comportamenti, come il parlare uno per volta senza interrompere gli altri, autolimitando il tempo a disposizione. In una riunione aperta, come in una chiusa, il Gruppo persegue la sobrietà e il recupero stabile dei propri membri e al tempo stesso favorisce le relazioni con il mondo esterno. Un Gruppo pertanto tiene una riunione aperta perché è uno strumento di recupero (scopo di AA nel Gruppo) e perché contemporaneamente trasmette il Messaggio a persone non appartenenti all’Associazione (scopo di AA Italia attraverso il Gruppo). Il cosiddetto passaggio dall’IO al NOI.

CONOSCENZA DI AA ITALIA

L’approccio con l’Associazione e nello specifico con un Gruppo solitamente è mediato da una conoscenza attraverso familiari, amici, altri alcolisti, professionisti, servizi, operatori socio-sanitari, media. Nel complesso l’informazione arriva in grande maggioranza attraverso i primi tre canali su indicati. Interessante risulta la quota di persone che si sono affidate a internet negli ultimi anni.

RAPPORTI CON L’ESTERNO

Dal punto di vista delle Istituzioni l’alcolismo viene ormai recepito come un fenomeno complesso, sanitario e sociale insieme, che non può essere sottovalutato anche per gli elevati costi che scarica sulla collettività; la sua multidimensionalità (problematiche sanitarie, assistenziali, di recupero, familiari, di lavoro, legali, di informazione e formazione) sta rafforzando il convincimento che per operare utilmente sia necessario un approccio di Rete multiprofessionale con la collaborazione delle varie strutture che si occupano del problema. Alcolisti Anonimi Italia si rivolge all’esterno tenendo come costante riferimento il territorio in cui operano i Gruppi e collabora con medici di medicina

generale, con centri di alcologia, SERDP, strutture ospedaliere, operatori del sociale, università. Alcolisti Anonimi Italia ha una lunga esperienza di collaborazione, non di affiliazione, con molte realtà che operano a livello locale e Nazionale. I Gruppi e i Comitati di Servizio di Alcolisti Anonimi sono sempre disponibili a fornire informazioni ed a collaborare con professionisti e organizzazioni che lo richiedano. In alcune regioni italiane sono presenti dei protocolli d'intesa e collaborazione con le Università, i Servizi Sanitari (Centri Alcologici/SERDP) che riconoscono AA Italia come parte integrante del Sistema dei Servizi che opera in campo alcolologico (cfr. Protocollo di collaborazione tra RER e Associazione Alcolisti Anonimi). Collaborare con Alcolisti Anonimi Italia significa collaborare con una realtà che si aggiorna costantemente sul fenomeno alcol: i Gruppi fortemente radicati sul territorio e, come già scritto presenti in tutte le regioni, sono in grado di recepire in tempo reale le trasformazioni che si verificano al loro interno. Si pensi, ad esempio, all'abbassamento dell'età di coloro che entrano nell'area alcolismo, all'aumento del genere femminile, alla sempre più stretta presenza di poli dipendenze, all'ingresso sempre maggiore di immigrati e di persone appartenenti alla bassa soglia del disagio e dell'emarginazione, oltre al permanere del numero di alcolisti "tradizionali" trasversale a tutte le fasce d'età, sociali ed economiche. Esiste quindi la necessità di adeguarsi in modo quasi automatico all'emergere di queste nuove realtà con il mutare della composizione stessa dei Gruppi, proseguendo in una apertura verso l'esterno per rispondere alle istanze che provengono dal mondo sanitario e sociale. Ciò detto le attività esterne svolte dai Gruppi riguardano principalmente collaborazioni con Servizi di Alcologia e dipendenze patologiche, ospedali, comunità di recupero, cliniche private e attività di informazione/formazione presso Istituti scolastici e Università, convegni comunali e/o regionali. AA Italia collabora e svolge servizio, anche, presso quattro istituti di pena.

INTERNET E SITO WEB

AA Italia ha un sito nazionale che è molto visitato. Molte richieste di aiuto arrivano da persone che hanno visitato il sito. Non vi sono iniziative che riguardano la presenza sui social, per i quali si sta ancora valutando, con molta attenzione, le modalità e le procedure. Internet è stato di grande aiuto durante la pandemia di Covid ed è stato utile per consentire lo sviluppo di gruppi on line per i quali un apposito Tavolo di lavoro sta studiando il modo per inserirli nella struttura dell'Associazione.

CONCLUSIONI

Concludendo, si può affermare che, nel sistema che si va delineando in Italia per fronteggiare l'alcolismo, l'Associazione Alcolisti Anonimi Italia ha un ruolo definito che si colloca al termine di un processo che inizia con la prevenzione e si conclude con la riabilitazione. Ciò non significa che i Gruppi di AA Italia funzionino sempre e per tutti, alcune persone si rivolgono all'Associazione ma non vi rimangono, altre hanno prima la necessità di percorsi terapeutici individuali o di un'assistenza specializzata di tipo diverso. In ogni caso i Gruppi di auto mutuo aiuto di AA Italia dovrebbero essere considerati una risorsa utile ed un valore aggiunto nel percorso di "presa in cura" di una persona con problemi legati alla dipendenza da alcol.

COME CONTATTARE ALCOLISTI ANONIMI ITALIA

SITO <https://www.alcolistianonimiitalia.it>

1.8.3 Al-ANON e ALATEEN

Al-Anon è una associazione di auto-mutuo aiuto che opera con la finalità di **aiutare le famiglie di alcolisti** a recuperarsi dagli effetti negativi procurati dal problema di alcolismo di un familiare o di un amico. L'unica condizione richiesta per far parte della Associazione è di avere un parente o un amico che ha problemi con l'alcol. Chiunque si renda conto che la propria vita è stata condizionata dal rapporto con un alcolista può diventare membro di Al-Anon.

Al-Anon opera in maniera indipendente e senza alcuna affiliazione con altre organizzazioni. Il programma di recupero è adattato da Alcolisti Anonimi e si basa sullo stesso percorso dei "Dodici Passi" che costituisce il nucleo fondamentale del programma di A.A. L'anonimato ne è un aspetto fondamentale; nei gruppi i membri usano solamente il nome di battesimo e tutto quello che si dice nelle riunioni è considerato rigorosamente confidenziale.

Le persone sono incoraggiate a darsi reciproco sostegno e a comunicare tra di loro anche al di fuori del funzionamento dei gruppi. Nelle riunioni i membri del gruppo a turno svolgono il ruolo di conduttori.

Altro strumento di recupero utilizzato dalla associazione è la produzione, diffusione e lettura di letteratura specifica che riflette la filosofia del programma, anche scritta dagli stessi membri dei gruppi.

Alateen è lo specifico programma di **recupero per gli adolescenti di Al-Anon**, di cui costituisce parte integrante. Ogni gruppo Alateen fa riferimento a un membro adulto di Al-Anon, che funge da sponsor e guida attiva del gruppo verso la conoscenza dei dodici passi e delle altre regole previste dal programma.

I giovani di Alateen possono anche scegliere uno sponsor personale tra i membri di un gruppo Al-Anon o Alateen.

Al-Anon e Alateen tengono riunioni chiuse riservate esclusivamente ai propri membri ma anche un certo numero di riunioni aperte a chiunque sia interessato ai problemi relativi all'alcol.

1.9 LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE

Introduzione

Il presente documento è stato redatto ai sensi della “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati” (Legge n. 125 del 30 marzo 2001, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 2001) e ha l’obiettivo di analizzare i dati di consumo e di spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per i farmaci impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica nell’ambito dell’assistenza convenzionata (farmaci erogati dalle farmacie territoriali) e non convenzionata (acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche) e acquisto privato da parte del cittadino. Il documento, aggiornato con i dati relativi all’anno 2022, fornisce una descrizione dell’andamento degli indicatori di spesa e consumo nel tempo (sia a livello nazionale che a livello regionale), fornendo dettagli sul tipo di farmaco, sul canale distributivo e sulle caratteristiche della coorte individuale.

Descrizione dei sistemi informativi e indicatori utilizzati

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

- **Assistenza farmaceutica convenzionata:** il flusso riguarda le prestazioni farmaceutiche erogate attraverso le farmacie pubbliche e private in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito ai sensi della L. 448/1998 e ss.mm.ii., di cui è stata data attuazione con il D.M. n. 245/2004. Tale flusso rileva le ricette raccolte da Federfarma (Federazione nazionale delle farmacie private convenzionate con il SSN) e da Assofarm (Associazione Farmacie Comunali), che ricevono i dati delle proprie sedi provinciali e che successivamente aggregano a livello regionale. Il flusso OsMed presenta un grado di completezza variabile per area geografica e per mese; il tasso di copertura a livello nazionale dei dati nel 2022 è stata pari al 90%. La quota di spesa e consumi mancanti è stata ottenuta attraverso una procedura di espansione, che utilizza come valore di riferimento della spesa farmaceutica il dato proveniente dalle Distinte Contabili Riepilogative (DCR), aggiornato periodicamente dall’AIFA. Al fine di garantire confronti omogenei tra le Regioni, la procedura di espansione riporta al 100% la spesa regionale, nell’ipotesi che la distribuzione dei dati mancanti non sia significativamente differente da quella dei dati osservati e sia garantita l’invarianza del prezzo al pubblico della singola confezione medicinale.
- **Acquisti diretti da parte delle strutture sanitarie pubbliche:** il flusso della “Tracciabilità del Farmaco” è stato istituito con il Decreto del Ministro della Salute del 15 luglio 2004 e s.m.i. nell’ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Tale flusso finalizzato a tracciare le movimentazioni di medicinali con autorizzazione all’immissione in commercio (AIC) sul territorio nazionale e/o verso l’estero è alimentato dalle aziende farmaceutiche e dalla distribuzione intermedia e rileva le confezioni movimentate lungo la filiera distributiva, fino ai punti di erogazione finale: farmacie, ospedali, ambulatori, esercizi commerciali, ecc. I dati analizzati nel presente documento si riferiscono all’acquisto di medicinali, sia in termini di quantità che di valore economico, da parte delle strutture sanitarie pubbliche (i.e. l’assistenza farmaceutica non convenzionata). Pertanto, essi sono relativi alla fornitura di medicinali da parte delle aziende farmaceutiche alle strutture sanitarie pubbliche (*sell-in*) che, successivamente, vengono utilizzati all’interno delle strutture stesse (i.e. *sell-out* dei consumi ospedalieri), o

dispensati direttamente al paziente per una loro utilizzazione anche al di fuori delle strutture sanitarie (i.e. *sell-out* della distribuzione diretta e per conto).

- **Acquisto privato a carico del cittadino:** oltre ai farmaci rimborsati dal SSN, le farmacie territoriali dispensano anche medicinali di classe A e C acquistati privatamente dai cittadini, con ricetta medica non mutualistica. L'analisi dei consumi farmaceutici a carico del cittadino è effettuata utilizzando, per i medicinali di classe C, i dati rilevati attraverso il flusso della Tracciabilità del Farmaco, istituito ai sensi del D.M. Salute 15 luglio 2004, inviati dai grossisti alla banca dati centrale del Ministero della Salute, relativamente ai farmaci consegnati presso le farmacie territoriali. L'acquisto privato dei medicinali di classe C è derivato per differenza tra ciò che viene acquistato dalle farmacie (*sell-in*), rispetto a ciò che viene erogato a carico del SSN (*sell-out*, i.e. il flusso OsMed) e vede come destinatario il cittadino. È opportuno precisare che quando si analizzano i consumi relativi ad un ampio intervallo temporale si minimizza l'eventuale disallineamento tra *sell-in* e *sell-out*, conseguente alla ricomposizione delle scorte di magazzino della farmacia, il quale, al contrario, sul singolo mese potrebbe incidere in modo significativo.
- **Distribuzione diretta e per conto:** il flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto è stato istituito dal D.M. Salute 31 luglio 2007 disciplinante il NSIS. Tale flusso, alimentato dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, rileva l'erogazione di medicinali a carico del SSN all'assistito, per il consumo presso il proprio domicilio, alternativa alla tradizionale erogazione degli stessi presso le farmacie, nonché quelli erogati direttamente dalle strutture sanitarie ai sensi della L. 405/2001 e ss.mm.ii. Rientrano nell'ambito di rilevazione di questo flusso le prestazioni farmaceutiche erogate: alla dimissione da ricovero o dopo visita specialistica, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, ai pazienti cronici soggetti a piani terapeutici o presi in carico dalle strutture, in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale (i.e. distribuzione diretta), da parte delle farmacie convenzionate, pubbliche o private, per conto delle Aziende Sanitarie Locali (i.e. distribuzione per conto). La rilevazione è estesa alle prescrizioni di tutti i medicinali autorizzati all'immissione in commercio in Italia e identificati dal codice di AIC, indipendentemente dalla classe di erogazione a carico del SSN e dal regime di fornitura. Ai fini del presente documento, le analisi sulle prestazioni farmaceutiche in distribuzione diretta o per conto sono state condotte con esclusivo riferimento ai medicinali dotati di AIC.
- **Prescrizioni farmaceutiche in regime di convenzione:** il flusso informativo per la trasmissione delle prescrizioni farmaceutiche (c.d. Tessera Sanitaria, TS) è previsto dal comma 5 dell'art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n.269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n.326 e s.m.i. Le strutture di erogazione dei servizi sanitari (aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, policlinici universitari, farmacie pubbliche e private, presidi di specialistica ambulatoriale e altri presidi e strutture accreditate) hanno l'obbligo della trasmissione telematica al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) delle ricette a carico del SSN. Al fine del monitoraggio della spesa sanitaria, ai sensi della norma suddetta, è richiesta alle farmacie la trasmissione telematica dei dati delle ricette (e prescrizioni) conformi al comma 2, art 50, comunemente denominate "ricette rosse", quale che sia il contenuto della prescrizione e la modalità di erogazione del farmaco. Vale a dire che, nel caso di prescrizione di farmaci in modalità "distribuzione per conto" ovvero di prodotti relativi all'assistenza integrativa, effettuata su una "ricetta rossa", i relativi dati sono sottoposti all'obbligo di trasmissione e la mancata, incompleta o tardiva trasmissione è sanzionata ai sensi dell'art. 50. Le strutture di erogazione possono trasmettere anche ricette redatte su modelli diversi (ricette bianche, o moduli non trattati da Sistema TS, come il modulo a ricalco, ricette di classe C per soggetti esenti) e ricette relative all'erogazione di prodotti

farmaceutici in modalità diverse di erogazione: distribuzione per conto, distribuzione diretta, assistenza integrativa domiciliare e assistenza integrativa. I dati oggetto delle trasmissioni sono relativi all'assistito (codice fiscale, ASL di residenza, ecc.), alla ricetta (codice identificativo ricetta, ASL che l'ha evasa, ecc.), alle prestazioni erogate (codice prodotto, codice AIC, codice targatura, importo, ecc.) e al prescrittore (codice del medico, specializzazione, ecc.). La trasmissione dei dati delle ricette da parte delle strutture erogatrici, nel caso delle prescrizioni farmaceutiche, delle farmacie aperte al pubblico, avviene entro il giorno 10 del mese successivo a quello di utilizzazione della ricetta medica (o secondo la data presentata sul sito del MEF), anche per il tramite delle associazioni di categoria e di soggetti terzi a tal fine individuati dalle strutture.

Il consumo dei farmaci è espresso in dosi giornaliera (o giornate di terapia), definite come **DDD (Defined Daily Dose)**, al fine di consentire elaborazioni di confronto temporale. Le analisi di consumo e quelle di spesa sono espresse inoltre sulla base della popolazione residente, rispettivamente in “DDD per 1 milione abitanti die” e “euro per 100 abitanti”, al fine di consentire il confronto regionale. Infine, si rappresenta che le analisi sulle prescrizioni dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche sono comprensive sia dei consumi interni alla struttura ospedaliera, che dell'eventuale distribuzione territoriale (distribuzione diretta e distribuzione per conto). Le prescrizioni dei farmaci ottenute attraverso il flusso informativo della Tessera Sanitaria si basano su dati individuali e sono comprensive dei consumi erogati in regime di assistenza convenzionata e attraverso la distribuzione per conto (DPC).

La terapia farmacologica della dipendenza alcolica

Gli obiettivi del trattamento della dipendenza da alcol sono il mantenimento della completa astinenza e il recupero delle capacità psicofisiche e sociali. Il raggiungimento di tali obiettivi avviene tramite il trattamento dell'intossicazione acuta alcolica e della sindrome di astinenza da alcol (SAA), il mantenimento dell'astinenza da alcol e la riduzione del consumo di alcol, che si esplicano attraverso interventi di prevenzione della ricaduta (*relapse prevention*) e gestione del *craving*, definita come il desiderio irrefrenabile di assumere una sostanza, che, se non soddisfatto, provoca sofferenza fisica e psichica, accompagnata da astenia, anoressia, ansia e insonnia, irritabilità, aggressività, depressione e iperattività.

Le persone alcoldipendenti possono essere trattate nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria con presa in carico da parte del medico di medicina generale, qualora accettino di astenersi dall'alcol, rifiutino di essere inviati a un centro specializzato o in caso presentino gravi complicazioni psichiatriche, sociali o mediche; i pazienti dovrebbero essere inviati ai servizi specialistici se vi sono stati dei fallimenti precedenti del trattamento, quando presentano gravi complicazioni o rischi di crisi di astinenza moderate o gravi, quando vi è compresenza di patologie fisiche e psichiatriche o quando il trattamento non può essere gestito dall'équipe sanitaria di base.

Il trattamento farmacologico della dipendenza alcolica prevede l'impiego di diverse classi di farmaci, alcune dirette al trattamento dell'astinenza, altre dirette a prevenire le ricadute. **Attualmente in Italia sono approvati per il trattamento della dipendenza alcolica sei farmaci: disulfiram, sodio oxibato, acamprosato, naltrexone, nalnafetene e metadoxina.**

Tali molecole differiscono tra loro per il differente meccanismo d'azione, che si riflette poi sulle specifiche dell'indicazione terapeutica, dosaggio e durata della terapia, oltre alla diversa modalità di erogazione e rimborsabilità. Infatti, su un totale di 34 confezioni autorizzate in Italia 19 confezioni (54%) risultano in commercio nel 2022 e hanno contribuito alle analisi contenute nel presente documento. Di queste, 13 sono a totale carico del SSN: 2 confezioni a base di sodio oxibato classificate in fascia di rimborsabilità H e 11 confezioni (8 a base di naltrexone, 2 di acamprosato e 1 di disulfiram) classificate in fascia A; le restanti 6 confezioni risultano a totale a carico dei cittadini (fascia C): una a base di disulfiram e tutte quelle a base di metadoxina e nalnafetene.

Secondo le linee guida internazionali relative al trattamento farmacologico dei pazienti affetti da dipendenza da alcol (*Fairbanks J, et al. Mayo Clin Proc. 2020; Reus VI, et al Am J Psychiatry. 2018*) la scelta del farmaco deve tenere in considerazione, oltre le caratteristiche farmacologiche, le indicazioni d’uso e le eventuali controindicazioni dei diversi farmaci, anche altri fattori fra cui le eventuali esperienze, credenze e aspettative del paziente sul farmaco, la motivazione del paziente nel raggiungimento dell’astinenza e la storia del paziente sull’aderenza ai trattamenti. In generale per i pazienti motivati ad assumere la terapia, la durata del programma del trattamento dovrebbe essere di almeno 6-12 mesi o quantomeno di una durata sufficiente a determinare un miglioramento significativo della qualità della vita del paziente.

Il **disulfiram** (*Antabuse®*, *Etiltox®*), inibitore dell’enzima aldeide deidrogenasi, è un medicinale che presenta una lunga storia d’uso. L’interferenza del farmaco con il metabolismo dell’alcol causa il manifestarsi di sintomi sgradevoli durante l’assunzione dell’alcol e pertanto tale medicinale viene utilizzato come coadiuvante nella disassuefazione da alcol. È indicato nei pazienti che sono fortemente motivati a raggiungere l’astinenza, che possono essere “supervisionati” nell’assunzione del farmaco e che sono consapevoli degli effetti di una eventuale co-assunzione di alcol. I candidati “ideali” per questo farmaco sono i pazienti che sono “*in recovery*” che devono essere protetti se sottoposti a situazioni stimolanti una possibile ricaduta (es. durante il periodo delle festività) o che necessitano di un ulteriore “incentivo” per rimanere astinenti.

L’**acamprosato** (*Campral®*), derivato sintetico della taurina e strutturalmente simile all’acido gamma-amino-butirrico (GABA), agisce da antagonista del recettore N-metyl-D-aspartato del glutammato riducendo la trasmissione glutaminergica e modulando l’ipereccitabilità neuronale durante l’astinenza alcolica. Si ritiene che l’acamprosato riduca il consumo di alcol controllando la funzione del glutammato cerebrale che prende parte ai sintomi di astinenza e alle ricadute, innescate da segni lasciati da precedenti esperienze di crisi di astinenza. L’acamprosato è moderatamente efficace come terapia aggiuntiva per la riduzione del rischio di ricadute a breve termine così come terapia aggiuntiva a lungo termine (fino a due anni), per questo motivo il medicinale viene utilizzato nell’assistenza al paziente alcol-dipendente in associazione a un sostegno psicologico individuale o di gruppo. L’**acamprosato** è indicato nei pazienti che sono motivati a mantenere l’astinenza, piuttosto che ridurre solo parzialmente il consumo, nei soggetti con malattia epatica o in coloro che sono in trattamento con oppiacei per la terapia del dolore (l’acamprosato viene eliminato prevalentemente per via renale) e nei pazienti che sono in trattamento con diversi farmaci (le interazioni dell’acamprosato con altri farmaci sono minime). La terapia a base di acamprosato dovrebbe iniziare entro una settimana dalla fine della crisi di astinenza.

Il **sodio oxibato** (*Alcover®*), noto come il sale sodico dell’acido gamma-idrossi-butirrico (GHB), agonista del recettore GABA_B, è impiegato come coadiuvante nel controllo della sindrome di astinenza da alcol etilico e nella fase iniziale e/o nel trattamento prolungato della dipendenza alcolica. È indicato nei pazienti che necessitano, indipendentemente dal loro livello motivazionale, di raggiungere e mantenere l’astinenza e nei soggetti non astinenti che hanno bisogno di una efficace terapia disintossicante. Il farmaco deve essere utilizzato con cautela nei pazienti che presentano una storia passata di dipendenza da altre sostanze e nei soggetti con un elevato tratto di impulsività. Il farmaco ha una elevata capacità *anticraving* ed essendo ben tollerato può essere indicato anche nei soggetti in trattamento con altri farmaci. L’Alcover classificato in fascia H è utilizzato esclusivamente dalle strutture sanitarie pubbliche.

Il **naltrexone** (*Antaxone®*, *Nalorex®*, *Narcora®*), antagonista oppioide dei recettori μ e κ orale a lunga durata d’azione, inibisce gli effetti euforici e di gratificazione indotti dall’alcol. Il naltrexone è un farmaco che agisce sul forte desiderio di bere e come terapia aggiuntiva è più efficace nel ridurre la probabilità di ricadute piuttosto che nel rispettare l’astinenza dall’alcol o ridurne il

consumo. Per la sua alta selettività recettoriale è autorizzato, oltre che per il trattamento della dipendenza alcolica, anche per il trattamento della dipendenza da oppiacei, che rappresenta la principale motivazione di consumo di questo medicinale. Per tale ragione, le analisi indicate nel presente documento rappresentano una sovrastima dell'utilizzo nell'indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica, poiché non è possibile disporre dei dati di consumo in funzione di una specifica indicazione terapeutica.

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

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

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

Dati generali di consumo e spesa nel 2022

Nel 2022 il consumo complessivo a carico del SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica, dispensati sia dalle farmacie territoriali che acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, ammonta a circa **262,2 DDD per 1 milione di abitanti die**, in lieve riduzione rispetto al 2021 (-1,5%), con una spesa pari a **11,2 euro per 100 abitanti** (per una spesa totale di **6,62 di milioni di euro**), in aumento del 16,4% rispetto all'anno precedente (**Tabella 19**).

L' 86,2% della spesa totale per la categoria dei farmaci per la dipendenza alcolica è a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la restante parte (13,8%) è acquistato privatamente.

Il 55,5% delle dosi è erogato da parte delle Strutture Sanitarie Pubbliche mentre il 20,7% è erogato dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito dell'assistenza convenzionata; il restante 23,8% delle dosi è acquistato privatamente dal cittadino, con una spesa pari al 13,8% della spesa totale per la categoria. Solo una quota residuale (2,4%) degli acquisti diretti viene erogato attraverso il canale della DPC, a cui corrisponde un consumo di 6,4 DDD per 1 milione abitanti die e una spesa di 0,3 euro per 100 abitanti, indice della necessità di una particolare presa in carico dei pazienti alcol-dipendenti da parte delle strutture sanitarie pubbliche, in particolare da parte dei Servizi per le Dipendenze (SerD).

Tabella 19 Composizione dei consumi e della spesa dei medicinali con principale indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica nel 2022

	Consumi			Spesa		
	(DDD per 1 milione ab die)			(\u20ac per 100 ab)		
	N.	%	\u0394% 22-21	\u20ac	%	\u0394% 22-21
Convenzionata	54,2	20,7	-15,1	1,5	13,7	5,6
Strutture Sanitarie Pubbliche	145,6	55,5	10,2	8,1	72,5	21,2
<i>di cui DPC</i>	6,4	2,4	-18,8	0,3	3,0	-19,1
SSN	199,9	76,2	2,0	9,6	86,2	18,4
Acquisto privato	62,3	23,8	-11,3	1,5	13,8	5,0
TOTALE	262,2	100,0	-1,5	11,2	100,0	16,4

Nota: % calcolate sul totale di colonna

Se si considerano i consumi regionali espressi come numero di DDD per 1 milione di abitanti die nel corso nell'anno 2022 (**Tabella 20**), la Valle d'Aosta è la regione che registra i consumi più elevati (476,6 DDD), seguita dall'Emilia Romagna (426,2 DDD) e dalla PA di Trento (388,5 DDD). In generale le regioni del Nord (320,3 DDD) consumano più dosi di farmaco rispetto alle regioni del Centro (220,1) e del Sud (201,4 DDD). Nelle regioni del Centro la percentuale di dosi erogate in regime di assistenza convenzionata è quasi doppia rispetto a quella delle regioni del Nord e del Sud, con la percentuale più elevata raggiunta nella regione Lazio (58,8%).

La maggior parte delle regioni eroga i farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica prevalentemente attraverso le Strutture Sanitarie Pubbliche, raggiungendo la quota di quasi l'81,3% in Emilia Romagna; fanno eccezione la PA di Trento e il Lazio, che erogano rispettivamente il 68,4% e il 58,8% delle dosi in regime di assistenza convenzionata. Il Molise è la regione che dispensa più della metà delle dosi acquistate dalle strutture sanitarie pubbliche attraverso la distribuzione per conto (56,4 DDD per 1 milione abitanti die), mentre l'Abruzzo un terzo (20 DDD per 1 milione abitanti die). Le PA di Trento e di Bolzano e le regioni Campania, Emilia Romagna, Lombardia, Lazio e Marche non utilizzano il canale distributivo della DPC per questo tipo di farmaci.

Se si considera la spesa regionale espressa per 100 abitanti nel corso nell'anno 2022 (**Tabella 21**), è possibile osservare un'ampia variabilità regionale, concentrata soprattutto nell'assistenza convenzionata, dove le regioni del Centro (4,2 euro per 100 abitanti die) registrano una spesa quasi 4 volte maggiore rispetto alle regioni del Nord (1,2 euro) e 10 volte maggiore rispetto a quelle del Sud (0,4 euro). La Valle d'Aosta è la regione che registra la spesa pro capite per 100 abitanti più elevata (23,9 euro), il doppio della spesa media nazionale (11,1 euro). La quota di acquisto privato è più elevata in Abruzzo (oltre il 35% della spesa totale regionale), mentre in Emilia Romagna si osserva la quota percentuale più bassa per questo canale (6,9%).

Tabella 20. Composizione dei consumi (DDD per 1 milione abitanti die) dei medicinali con principale indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica nel 2022 per Regione

Regione	Convenzionata		Strutture Sanitarie Pubbliche				Acquisto privato	Totale	
			totale		quota DPC				
	N.	%	N.	%	N.	%			
Valle d'Aosta	63,9	13,4	303,9	63,8	5,4	1,1	108,7	22,8	476,6
Emilia-Romagna	29,5	6,9	346,5	81,3	-	-	50,1	11,8	426,2
PA Trento	265,7	68,4	33,3	8,6	-	-	89,5	23,0	388,5
Piemonte	32,0	8,7	265,1	72,5	28,1	7,7	68,8	18,8	365,8
Sardegna	92,2	27,1	183,6	54,0	0,6	0,2	64,3	18,9	340,1
Liguria	33,7	10,0	211,1	62,4	18,4	5,4	93,3	27,6	338,0
Veneto	43,7	13,2	214,6	64,8	2,9	0,9	72,7	22,0	331,0
Umbria	64,4	20,6	153,2	49,0	18,0	5,8	94,9	30,4	312,5
Friuli-VG	57,4	21,9	138,7	53,0	7,2	2,7	65,6	25,1	261,6
Lombardia	73,4	29,1	102,4	40,5	-	-	76,9	30,4	252,7
Calabria	57,0	22,9	94,7	38,1	4,2	1,7	97,0	39,0	248,8
Toscana	53,5	23,0	129,6	55,7	14,5	6,2	49,4	21,2	232,5
Basilicata	46,5	20,3	105,0	45,8	13,0	5,7	77,6	33,9	229,2
Molise	97,7	43,6	76,5	34,1	56,4	25,2	49,9	22,3	224,1
Campania	14,6	6,7	144,1	66,2	-	-	58,9	27,1	217,6
Lazio	119,5	58,8	32,2	15,8	-	-	51,6	25,4	203,2
Marche	51,8	26,3	109,7	55,8	-	-	35,3	17,9	196,7
Abruzzo	27,4	15,5	78,3	44,2	20,0	11,3	71,4	40,3	177,1
PA Bolzano	42,9	25,7	80,2	48,0	-	-	44,0	26,3	167,1
Sicilia	30,1	18,6	94,8	58,7	6,8	4,2	36,6	22,7	161,5
Puglia	25,1	16,8	80,4	54,0	8,8	5,9	43,4	29,2	148,8
ITALIA	54,0	20,7	145,0	55,5	6,4	2,4	62,0	23,8	261,0
NORD	54,4	17,0	195,1	60,9	6,5	2,0	70,8	22,1	320,3
CENTRO	85,3	38,8	82,7	37,6	6,0	2,7	52,0	23,6	220,1
SUD E ISOLE	34,1	16,9	111,6	55,4	6,5	3,2	55,7	27,7	201,4

Nota: % calcolate sul totale di riga

Tabella 21. Composizione della spesa (€ per 100 abitanti) dei medicinali con principale indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica nel 2022 per Regione

Regione	Convenzionata		Strutture Sanitarie Pubbliche				Acquisto privato		Totale (€ per 100 ab)
			totale (€ per 100 ab)		quota DPC (€ per 100 ab)				
	(€ per 100 ab)	%	(€ per 100 ab)	%	(€ per 100 ab)	%	(€ per 100 ab)	%	
Valle d'Aosta	0,9	3,8	21,2	88,9	0,3	1,3	1,8	7,3	23,9
Emilia-Romagna	0,2	1,0	16,9	92,1	-	-	1,3	6,9	18,4
PA Trento	8,5	47,8	7,2	40,8	-	-	2,0	11,4	17,8
Piemonte	0,2	1,2	15,2	89,2	1,5	8,7	1,6	9,6	17,1
Campania	0,2	1,0	15,1	88,4	-	-	1,8	10,5	17,0
Sardegna	0,6	3,7	12,2	77,5	0,1	0,3	3,0	18,8	15,8
Marche	3,0	22,4	9,4	70,4	-	-	1,0	7,2	13,3
Lazio	7,7	63,5	2,9	24,2	-	-	1,5	12,3	12,2
Basilicata	1,3	12,7	6,6	67,1	0,8	7,7	2,0	20,2	9,9
Molise	3,7	39,6	4,8	51,1	3,3	35,4	0,9	9,2	9,4
Liguria	0,5	5,3	6,4	71,0	1,1	11,9	2,2	23,7	9,1
Umbria	0,4	4,4	6,8	75,8	0,9	9,9	1,8	19,7	9,0
Lombardia	2,3	25,6	5,0	56,6	-	-	1,6	17,8	8,9
Abruzzo	0,2	2,5	5,3	60,9	1,1	12,4	3,2	36,7	8,7
Puglia	0,4	4,3	7,0	82,1	0,5	6,1	1,2	13,6	8,6
Calabria	0,5	6,4	5,8	70,6	0,2	3,0	1,9	23,1	8,2
Sicilia	0,3	3,6	7,0	85,4	0,2	2,1	0,9	11,0	8,2
Veneto	0,3	4,0	5,0	73,4	0,1	1,5	1,6	22,6	6,8
Toscana	0,4	6,1	4,5	75,0	0,8	13,3	1,1	18,9	6,0
PA Bolzano	1,2	20,3	3,9	68,0	-	-	0,7	11,7	5,7
Friuli-VG	0,5	9,7	3,2	64,3	0,4	8,4	1,3	26,0	5,0
ITALIA	1,5	13,7	8,1	72,5	0,3	3,0	1,5	13,8	11,1
NORD	1,2	10,2	8,7	76,2	0,3	3,0	1,6	13,6	11,4
CENTRO	4,2	41,6	4,6	45,2	0,3	3,2	1,3	13,2	10,1
SUD E ISOLE	0,4	3,5	9,3	82,0	0,3	2,8	1,6	14,5	11,4

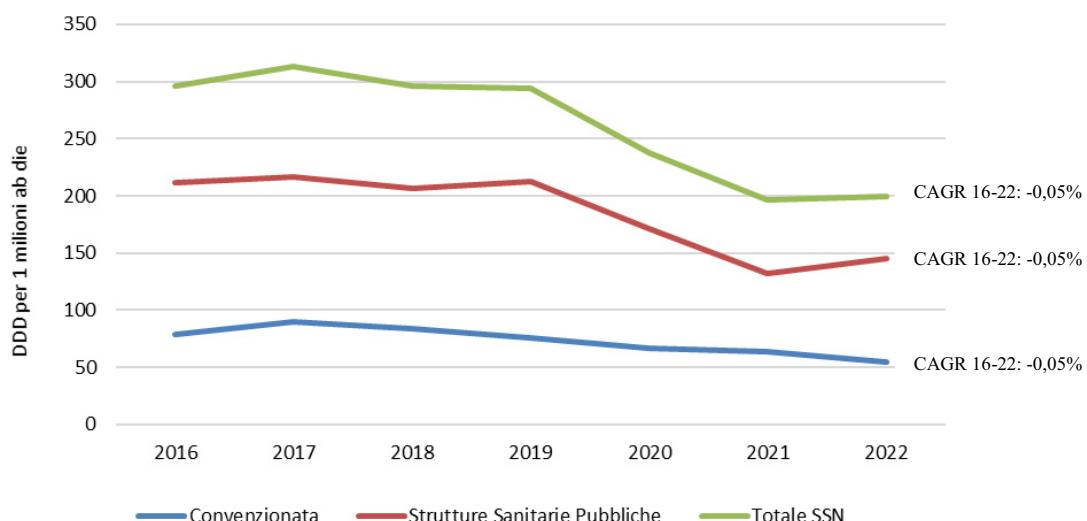
Nota: % calcolate sul totale di riga

Consumi e spesa a carico del SSN

Nel 2022 i consumi a carico dell'SSN (convenzionata e strutture sanitarie pubbliche) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica ammontano a circa **199,9 DDD per 1 milione di abitanti die**, in aumento del 2% rispetto al 2021 (**Figura 18**). Il lieve aumento dei consumi è attribuibile all'aumento rispetto all'anno precedente delle dosi di farmaco erogate da parte delle strutture sanitarie pubbliche (+10,2%), mentre si riducono quelle erogate in regime di assistenza convenzionata (-15,1%). Il 72,9% del consumo a carico del SSN viene erogato dalle strutture sanitarie pubbliche, il 3,2% attraverso la distribuzione per conto; il restante 27,1% è dispensato dalle farmacie pubbliche e private.

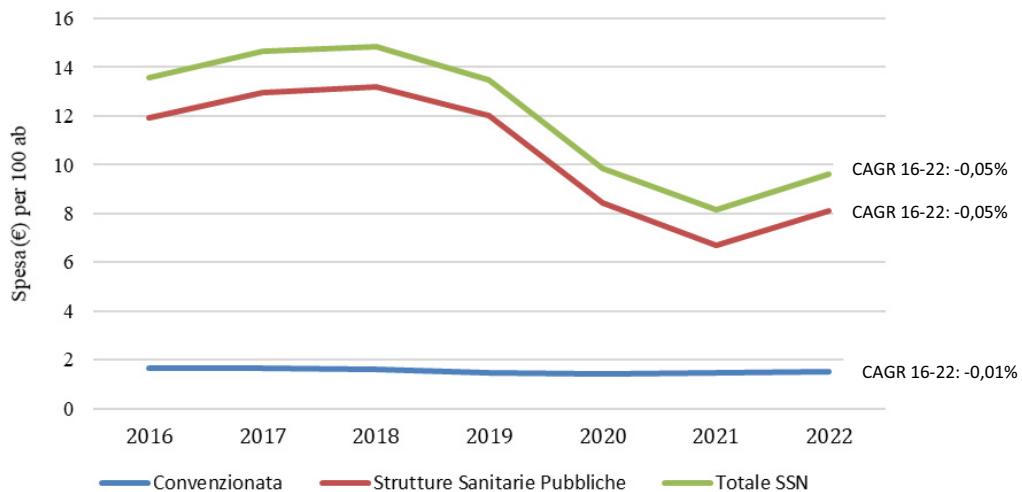
Considerando il periodo 2016-2022, si osserva un CAGR stabile in entrambi i canali distributivi (-0,05%).

Figura 18. Trend dei consumi (DDD per 1 milione abitanti die) su base annuale a carico del SSN nel periodo 2016-2022



Nel 2022 la spesa farmaceutica complessiva SSN (convenzionata e strutture sanitarie pubbliche) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica ammonta a circa **5,66 milioni di euro (9,6 euro per 100 abitanti)**, che incide sulla spesa pubblica totale italiana (comprensiva di ossigeno, vaccini e DPC) per lo %. (**Figura 19**). Circa l'84% di tale valore è attribuibile agli acquisti effettuati dalle strutture sanitarie pubbliche, il 3,5% alla distribuzione per conto, e il restante 15,9% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico. Nel 2022 la spesa SSN per questa categoria di farmaci è in aumento rispetto all'anno precedente (+18,4%), aumento attribuibile sia all'aumento della spesa da parte delle strutture sanitarie pubbliche (21,2%) che alla crescita della spesa convenzionata (+5,6%) mentre nel canale DPC si osserva una riduzione della spesa (-19,2%).

Nel periodo 2016-2022, si osserva un CAGR stabile in entrambi i canali distributivi (rispettivamente -0,01% per il canale della convenzionata e -0,05% per il canale degli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche).

Figura 19. Andamento della spesa a carico del SSN nel periodo 2016-2022

Consumi e spesa a carico del SSN per principio attivo

Il disulfiram è il principio attivo più prescritto e da solo assorbe circa il 51% dei consumi totali dei farmaci per la terapia della dipendenza alcolica a carico del SSN, con un totale di circa 101,5 DDD per 1 milione abitanti die (-6,1% rispetto al 2021), seguito con il 24,9% dei consumi dal sodio oxibato, farmaco classificato in fascia H, utilizzato esclusivamente nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, con un consumo di 49,7 DDD (+20,3% rispetto al 2021) e dall'acamprosato per il 14,9% con un consumo di 29,9 DDD, che cresce di poco (+3,3%) rispetto all'anno precedente.

Il sodio oxibato è il principio attivo con la spesa SSN complessiva più alta (62,4% della spesa nazionale per questa categoria di farmaci), in aumento rispetto all'anno precedente (+29%), seguito dall'acamprosato (20,8% della spesa nazionale), sebbene con una spesa complessiva nettamente inferiore, pari a 2,0 euro per 100 abitanti.

Il CAGR complessivo computato sui consumi totali è stabile (-0,05%).

Lo stesso trend si osserva nel CAGR calcolato sulla spesa (-0,05%).

Se si prende in considerazione la distribuzione regionale dei consumi, al Nord si erogano più dosi di farmaco rispetto al Centro e al Sud, rispettivamente 250,4 DDD per 1 milione di abitanti die vs 168,7,3 DDD e 146,5 DDD, mostrando un aumento dei consumi del 6,4% rispetto allo scorso anno, in opposizione al trend del Centro e del Sud dove si osserva una riduzione dei consumi (rispettivamente -5,3% e -2,7%). L'Emilia Romagna è la regione che registra il consumo più alto con 377,3 dosi per 1 milione di abitanti die, rappresentate per circa il 60% dal disulfiram, seguita dalla Valle d'Aosta con 370,2 dosi, rappresentate per circa la metà dal disulfiram (52,6%) e dal Piemonte con 299,1 dosi, anche in questo caso rappresentate per quasi la metà dal disulfiram (46,7%).

La maggior parte delle regioni registra nel 2022 variazioni negative dei consumi a carico dell'SSN, con una punta del 16,2% per la Sicilia; solo sei regioni registrano un aumento dei consumi, raggiungendo valori piuttosto rilevanti (+46,3%) in Basilicata.

A livello nazionale il 50,8% delle dosi consumate sono rappresentate dal disulfiram, mentre 24,9% dal sodio oxibato; per questi principi attivi si osserva una forte variabilità regionale delle dosi erogate: ad esempio, oltre il 75% dei consumi della Campania è rappresentato dal sodio oxibato, dispensato dalle strutture sanitarie pubbliche (es. SerD), mentre circa l'80% delle dosi di Friuli

Venezia Giulia, Veneto e Umbria sono rappresentate dal disulfiram, farmaco erogato sia dalle farmacie territoriali che dalle strutture sanitarie pubbliche. L'ampio *range* dei consumi osservato tra i vari principi attivi sottende una differente presa in carico dei pazienti a livello regionale, in parte spiegabile dalla diversa gravità della condizione clinica dei pazienti residenti nella regione.

Considerando la corrispondente spesa regionale per 100 abitanti, le regioni del Nord registrano valori di spesa di poco più elevati (9,88 euro) rispetto alle regioni del Centro (8,80 euro) e del Sud (circa 9,79 euro) con incrementi maggiori al Nord (+28,5%) rispetto al Centro (+7,8%) e al Sud (+11,8%). Tutte le regioni registrano un aumento della spesa nel 2022, ad eccezione di Molise (-11,1%), Calabria (-11,4%) e Veneto (-2,1%) e Toscana (-0,4%).

La Valle d'Aosta è la regione con la spesa più elevata (22,29 euro per 100 abitanti), in crescita del 43,2% rispetto all'anno precedente, seguita da Emilia Romagna, con una spesa di 17,15 euro (+41,5% rispetto al 2021) e dalla P.A. di Trento, con una spesa di 15,73 euro per 100 abitanti, che quasi si triplica rispetto all'anno precedente (+258,6%). Le regioni con il maggiore incremento della spesa rispetto allo scorso anno, sono P.A. di Trento (+258,6%), Basilicata (+56,0%).

La contrazione maggiore della spesa si verifica in Molise (-11,1%) e Calabria (-11,4%). L'acamprosato è il farmaco che registra la spesa maggiore in quasi tutte le regioni, ad eccezione del Lazio dove si osserva una spesa maggiore per il naltrexone (4,29 vs 2,89 euro per 100 abitanti) e del Molise, che registra una spesa maggiore per il disulfiram (3,81 vs 1,11 euro).

A livello nazionale il costo medio è pari a 1,32 euro per DDD, in crescita rispetto all'anno precedente (+16,2%), oscillando da un minimo di 0,52 euro del Friuli Venezia Giulia a un massimo di 2,63 euro della Campania. Il principio attivo meno costoso è il disulfiram (0,18 euro per DDD), che è anche il più utilizzato in Italia, mentre quello più costoso è il nalmefene (4,15 euro per DDD), farmaco che risulta essere utilizzato non in tutte le regioni, verosimilmente perché non rimborsato dal SSN. Per ogni principio attivo si osserva una scarsa variabilità regionale del costo medio per DDD spiegabile verosimilmente dal ridotto numero di aziende produttrici.

Dall'analisi per quantità e costo medio per giornata di terapia si osserva una certa variabilità regionale, con la maggior parte delle regioni del Sud che consumano più quantità con un costo medio per DDD più basso e quelle del Nord che consumano meno quantità ma più costose. La Valle d'Aosta risulta essere la regione che consuma più quantità ad un costo medio per giornata di terapia maggiore, mentre la PA di Bolzano consuma un numero inferiore di dosi, ad un costo medio per dose giornaliera più basso rispetto alle altre regioni italiane.

Dall'analisi della distribuzione percentuale dei consumi per canale distributivo emerge che il **disulfiram** è dispensato per metà a carico del SSN (in misura maggiore nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche), mentre la rimanente quota del 50% viene acquistato privatamente dal cittadino; per l'**acamprosato**, principio attivo per cui si osserva un acquisto privato molto più basso rispetto al disulfiram, la quota erogata dalle strutture sanitarie pubbliche è doppia rispetto a quella erogata nel canale della convenzionata. Per entrambi i principi attivi si osserva tuttavia una marcata variabilità regionale nella modalità di erogazione. Ad esempio, la PA di Trento eroga la maggior parte delle dosi rimborsate a livello territoriale, mentre l'Emilia Romagna eroga più dosi attraverso le strutture sanitarie pubbliche.

Per quanto riguarda il **naltrexone**, la dispensazione avviene principalmente a livello territoriale, con la quota rimborsata che supera largamente quella relativa all'acquisto privato.

Il **sodio oxibato**, il principio attivo più utilizzato dopo il disulfiram, è erogato per la maggior parte in distribuzione diretta attraverso i SerD, coerentemente con il regime di fornitura del medicinale.

Il **nalmefene** e la **metadoxina**, medicinali non rimborsati dal SSN, risultano essere poco utilizzati rispetto agli altri principi attivi e il loro costo è per la maggior parte a carico del cittadino.

Acquisto privato a carico del cittadino

Nel 2022 il consumo delle confezioni di farmaci di classe A e C acquistate privatamente da parte del cittadino per il trattamento della dipendenza alcolica è stato pari a quasi 62,3 DDD per 1 milione di abitanti die, quota **in riduzione di circa l'11,4% rispetto all'anno precedente** e con una incidenza pari al 23,8% sul consumo totale della categoria.

La maggior parte del consumo privato è rappresentato dal **disulfiram (80,0%)**, e per la restante parte da **metadoxina (10,0%)**, **acamprosato (4,8%)**, **naltrexone (3,9%)** e **nalmefene (1,2%)**.

Per l'acamprosato si osserva il maggior aumento dei consumi rispetto all'anno precedente (+83,6%), a differenza del disulfiram, che riduce invece il suo acquisto privato del 17,6% rispetto all'anno precedente.

La corrispondente spesa a carico del cittadino si è attestata su un valore di quasi a 1,54 euro per 100 abitanti, **in aumento di quasi il 5% rispetto all'anno precedente** e con una incidenza pari al 13,8% della spesa totale rilevata per questa categoria di farmaci.

Circa **il 44,2%** della spesa privata è relativa all'acquisto del **disulfiram**.

In termini di consumi, circa il 90% delle dosi acquistate privatamente sono farmaci di classe A.

Confrontando le quote di DDD di acquisto privato con quelle erogate negli altri canali si osservano comportamenti eterogenei da parte delle regioni: l'Abruzzo con 71,4 DDD per 1 milione di abitanti die ha la quota di acquisto privato maggiore (40,3%) rispetto agli altri canali distributivi presi singolarmente; in Emilia Romagna l'acquisto privato è invece residuale (11,8%) rispetto agli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche (81,3%); nel Lazio e PA di Trento prevale invece il canale della convenzionata (rispettivamente 58,8% e 68,4%), con l'acquisto privato che raggiunge circa un quarto dei consumi totali in entrambe le regioni. Questa variabilità denota la diversa presa in carico dei pazienti a livello regionale.

Se si considera la distribuzione regionale dei consumi per i farmaci di fascia A e C acquistati privatamente dal cittadino emerge che la Valle d'Aosta registra il consumo più alto (quasi due volte il consumo medio nazionale) con 109,4 dosi per 1 milione di abitanti die (il 22,8% del consumo regionale per la categoria dei farmaci considerata), seguita dalla Calabria con 97,7 dosi per 1 milione di abitanti die (il 39% del consumo regionale) e dall'Umbria con quasi 95,6 dosi per 1 milione di abitanti die (il 30,4% del consumo regionale). La PA di Trento registra gli aumenti più rilevanti (+49,5%), mentre in Umbria, Abruzzo, Sardegna, Puglia, Calabria e Basilicata gli aumenti raggiungono al massimo il 17,5%; in tutte le altre regioni si osservano contrazioni dei consumi in acquisto privato, con picchi rilevanti in Sicilia (-36,9%) e PA di Bolzano (-36,4%).

Il disulfiram è stato il farmaco maggiormente acquistato dal cittadino in tutte le regioni, sebbene per undici di queste le dosi acquistate privatamente si attestino su valori inferiori rispetto alla media nazionale. In generale, al Sud la quota di acquisto privato sul totale della categoria è maggiore (27,7%) rispetto al Centro (23,7%) e al Nord (22,1%), sebbene questi valori siano in riduzione in tutte le aree geografiche (Sud: -10,3%; Centro: -12,0%; Nord: 11,7%).

Se si considera la spesa regionale per 100 abitanti emerge che l'Abruzzo è la regione con il valore di spesa per acquisto privato di questi farmaci più elevato (3,2 euro per 100 abitanti), in forte aumento rispetto all'anno precedente (>100%) e con una incidenza del 36,7% rispetto alla spesa regionale totale per questa categoria di farmaci; segue la Sardegna con una spesa di 3,0 euro (incidenza del 18,8% sulla spesa totale della categoria) e la Liguria con una spesa di 2,2 euro (incidenza del 23,7% sul totale).

Il disulfiram è il primo principio attivo per spesa privata a livello nazionale, che si attesta a 0,68 euro per 100 abitanti, e solo per otto regioni si osservano valori più elevati rispetto alla media nazionale.

Caratteristiche della popolazione in trattamento per la dipendenza alcolica

L'obiettivo di questa sezione è quello di fornire, nell'ambito dell'assistenza convenzionata e distribuzione per conto (DPC), una descrizione delle caratteristiche della popolazione di pazienti in trattamento prevalente con i farmaci per la terapia della dipendenza alcolica (distribuzione per età, sesso e regione), intesa come almeno una dispensazione di farmaco; a questo scopo è stata analizzata l'eventuale co-prescrizione con uno o più farmaci appartenenti ad altre categorie farmaco-terapeutiche per i pazienti in trattamento con i farmaci per la dipendenza alcolica.

Per condurre tale analisi sono stati presi in esame i dati relativi all'utilizzazione dei medicinali nel singolo paziente provenienti dal flusso delle prescrizioni farmaceutiche in regime di convenzionata (c.d. Tessera Sanitaria). I dati utilizzati sono relativi a tutte le Regioni italiane e si riferiscono ai medicinali utilizzati a livello territoriale e pertanto erogati in regime di assistenza convenzionata o attraverso la DPC, pertanto rappresentano solo una quota di tutti i pazienti trattati.

Per l'anno 2022 il suddetto flusso delle prescrizioni farmaceutiche rende conto del **30,5% del totale dei consumi a carico del SSN**, raggiungendo valori massimi nella PA di Trento (89,0%) e nella Regione Molise (79,9%) e del **29,7% della spesa farmaceutica complessiva** per questa categoria di farmaci a carico del SSN.

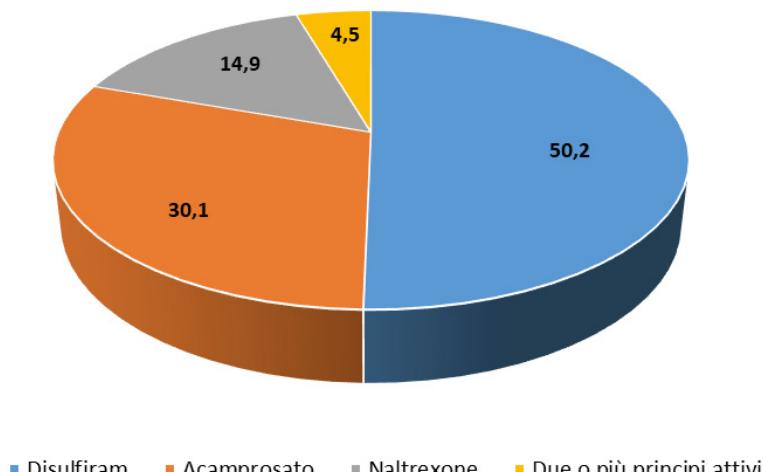
Se si considera la distribuzione regionale dei pazienti prevalenti in terapia per la dipendenza alcolica (n=12.152) per fascia di età, il numero di pazienti aumenta all'aumentare dell'età, fino a raggiungere il valore massimo nella fascia 45-54 anni di età (31,6% degli utilizzatori totali); l'età media dei pazienti è di 50 anni, con un *range* che va da un minimo di 44,5 anni della Sicilia a un massimo di 54,9 anni del Friuli Venezia Giulia.

Per quanto riguarda la distribuzione regionale dei pazienti, Lazio e Lombardia sono le regioni in cui si concentra la maggior parte dei pazienti, rispettivamente 19,2% e 19,1% del totale, rappresentando oltre un terzo dei pazienti totali trattati a livello territoriale in Italia.

In generale, non sono state osservate differenze rilevanti per la distribuzione percentuale dei pazienti per fascia di età tra le diverse regioni; solo la Valle d'Aosta, che registra il più basso numero di pazienti totali in regione (20 pazienti, 0,1% del totale) non registra pazienti nella fascia tra 25 e 34 anni di età e oltre i 74 anni.

Per quanto riguarda la distribuzione dei pazienti in base al genere, il 71,3% erano maschi, mentre il 28,7% femmine; le regioni che mostrano il più ampio divario tra i due sessi sono la Sicilia (16,6% femmine vs 83,4% maschi) e la Calabria (17,8% femmine vs 82,2% maschi), mentre la Valle d'Aosta è l'unica regione in cui si registrano percentuali uguali per maschi e femmine.

Se si considera la distribuzione percentuale dei pazienti trattati per principio attivo, il farmaco più utilizzato in regime di assistenza convenzionata e per conto nel corso del 2022 è il disulfiram (50,2% del totale), seguito dall'acamprosato (30,1%) e dal naltrexone (14,9%); il 4,5% dei pazienti ha assunto nell'arco dell'anno più di un farmaco (**Figura 20**).

Figura 20. Distribuzione dei pazienti in trattamento per principio attivo nell’anno 2022

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

Il numero medio di prescrizioni per i due farmaci più utilizzati è di 3,3 per il disulfiram e di 2,5 per l’acamprosato, con un numero medio di confezioni pari a 1,5 per entrambi i principi attivi.

Inoltre, la distribuzione del numero di prescrizioni nell’arco dell’anno mostra che il 25% dei pazienti riceve una sola prescrizione, la metà ne riceve fino a 2, il 75% dei pazienti ne riceve al massimo 4, e infine il 95% riceve fino a 10 prescrizioni in un anno.

Questi andamenti risultano coerenti con gli schemi posologici previsti per i due farmaci.

Nel corso del 2022 poco più di 11 mila pazienti (il 91,2% di tutti quelli che assumono farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica erogati in regime di assistenza convenzionata e DPC) hanno ricevuto almeno una prescrizione di un farmaco per il trattamento della dipendenza alcolica e almeno una prescrizione di un altro farmaco nell’arco dello stesso anno; la categoria farmacoterapeutica più frequentemente co-prescritta è quella dei farmaci per il sistema nervoso (il 75,1% dei casi), seguita dalla prescrizione dei antimicobici per uso sistematico (il 46,9%), di farmaci per il sistema cardiovascolare (il 44,7%), di farmaci del sistema muscolo-scheletrico (33,3%).

Nell’ambito dei farmaci del sistema nervoso, gli antidepressivi rappresentano la prima classe di farmaci per frequenza di prescrizione (54,4% di tutte le co-prescrizioni di farmaci per il sistema nervoso). Seguono in ordine decrescente, i farmaci antipsicotici (30,6%) e gli antiepilettici (29,5%). Queste categorie di farmaci per il sistema nervoso centrale risultano essere quelle raccomandate come trattamento di prima scelta dalle linee guida per il trattamento farmacologico dei pazienti affetti da dipendenza da alcol, sebbene non abbiano una indicazione terapeutica autorizzata per il trattamento della dipendenza alcolica (Fairbanks J, et al. Mayo Clin Proc. 2020; Reus VI, et al Am J Psychiatry. 2018).

Se si considera la distribuzione dei pazienti in trattamento con un farmaco per la terapia dell’alcolismo per fascia di età e numero di altre sostanze (ATC V livello) prescritte durante l’anno, si osserva che all’aumentare dell’età aumenta il numero di categorie terapeutiche co-prescritte, in accordo con quanto descritto in generale in merito all’uso dei farmaci nella popolazione italiana.

Conclusioni

Come si evince dalle analisi, nel 2022 si registra una lieve riduzione dei consumi dei farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica (-1,5%) rispetto all'anno precedente, che per il 76,2% risultano a carico dell'SSN. Oltre la metà dei consumi (55,5%) si concentra nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, in aumento del 10,2% rispetto all'anno precedente, mentre le dosi erogate in regime di assistenza convenzionata o come acquisto privato, che raggiungono rispettivamente il 21% e il 24% dei consumi complessivi, risultano in riduzione (rispettivamente -15% e -11% rispetto al 2021).

Anche la spesa corrispondente, in aumento del 16,4% a livello complessivo, si concentra principalmente nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche (72,5%), indicando che l'erogazione di questa categoria di farmaci avviene principalmente tramite i Servizi per le Dipendenze (SerD).

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

Il disulfiram è il primo principio attivo per spesa privata a livello nazionale.

Le regioni del Nord consumano un numero maggiore di dosi di farmaco rispetto alle regioni del Centro e del Sud, sebbene la spesa si attesti su livelli simili; la Valle d'Aosta è la regione con i consumi e la spesa più elevati a livello nazionale, rispettivamente 476,6 DDD e 23,9 euro pro capite per 100 abitanti, comprensivi della quota di acquisto privato.

I pazienti in trattamento con i farmaci a base di disulfiram e acamprosato in regime di assistenza convenzionata e per conto sono per lo più maschi con un'età media di 50 anni. La Valle d'Aosta è l'unica regione in cui la proporzione tra maschi e femmine si equivale.

I farmaci più frequentemente co-prescritti sono quelli del sistema nervoso, in particolare gli antidepressivi, come raccomandato dalle principali linee guida relative al trattamento della dipendenza alcolica.

Questo dato inoltre è in linea con quanto è già noto, ovvero che la dipendenza alcolica si associa frequentemente a disturbi neuropsichiatrici, come depressione, disturbi d'ansia e disturbo bipolare. Appare quindi evidente che l'utilizzo di farmaci per i disturbi alcol-correlati è indice di altre condizioni patologiche del sistema nervoso centrale, che verosimilmente potrebbero essere alla base dello sviluppo della dipendenza alcolica. Pertanto, dalla presente analisi appare evidente la necessità di una maggiore e più completa presa in carico di tali pazienti.

Bibliografia

Fairbanks J, Umbreit A, Kolla BP, Karpyak VM, Schneekloth TD, Loukianova LL, Sinha S. Evidence-Based Pharmacotherapies for Alcohol Use Disorder: Clinical Pearls. Mayo Clin Proc. 2020;95(9):1964-1977.

Reus VI, Fochtman LJ, Bukstein O, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Mahoney J, Pasic J, Weaver M, Wills CD, McIntyre J, Kidd J, Yager J, Hong SH. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. Am J Psychiatry. 2018;175(1):86-90.

1.10 MORTALITÀ TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILE

I decessi “totalmente alcol-attribuibili” (1-2) sono quelle morti che, in accordo con la ICD-10 (3), sono causate da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol. Nell’analisi della mortalità totalmente alcol-attribuibile vengono quindi analizzati i decessi avvenuti nel corso dell’anno a causa delle seguenti patologie: *Disturbi psichici e comportamentali dovuti all’uso di alcol* (ICD-10: F10), *Polineuropatia alcolica* (ICD-10: G62.1), *Cardiomiopatia alcolica* (ICD-10:I42.6), *Gastrite alcolica* (ICD-10: K29.2), *Epatopatie alcoliche* (ICD-10: K70), *Effetti tossici dell’alcol* (ICD-10: T51.0, T51.1), *Degenerazione del sistema nervoso dovuta all’alcol* (ICD-10: G31.2), *Pancreatite cronica indotta da alcol* (ICD-10: K86.0). Nella lista delle *patologie totalmente alcol-attribuibili* sono incluse anche la *Miopatia alcolica* (ICD-10: G72.1) e *Presenza di alcol nel sangue* (ICD-10: R78.0) ma, dal momento che queste patologie non sono causa di decessi non vengono incluse nelle seguenti analisi.

La rilevazione sui decessi e sulle cause di morte è un’indagine totale condotta dall’ISTAT che rileva informazioni di carattere sanitario e demosciale per tutti i decessi verificatisi in Italia (popolazione presente). I dati dell’ISTAT vengono successivamente elaborati dall’ONA-ISS e dal Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell’ISS. Il dato più recente si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nel 2020; le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese (4). Al fine di consentire confronti spazio-temporali corretti e non influenzati dalla diversa struttura per età della popolazione, i tassi sono stati standardizzati utilizzando come riferimento la popolazione italiana al Censimento 2011(5).

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

Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere

Nell’anno 2020 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.236, di cui 1013 uomini (81,0%) e 223 donne (18,0%) (**Tabella 22**); corrispondenti a poco meno di 40 decessi per milione di abitanti residenti tra gli uomini e a quasi 1 decesso per milione di abitanti residenti tra le donne.

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche ($M=727$; $F=164$) pari al 72,1% dei decessi alcol-correlati e i disturbi psichici e comportamentali dovuti all’uso di alcol ($M=214$; $F=48$) pari al 21,2% dei decessi alcol-correlati che, nel complesso, causano il 95,1% dei decessi alcol-attribuibili registrati nella popolazione di età superiore a 15 anni.

Il dettaglio delle patologie incluse in questi due codici è riportato nella **Tabella 23**.

Nel 2020, il tasso standardizzato di mortalità, nella popolazione di 15 anni e più, per le patologie totalmente causate dal consumo di alcol è stato pari 3,88 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,77 per le donne; leggermente diminuito rispetto al 2018 ma costante rispetto all’anno precedente per gli uomini e un lieve decremento per le donne (**Tabella 24 e Figura 21**).

La mortalità alcol-attribuibile è più elevata nella popolazione di età più avanzata sia per gli uomini che per le donne; infatti, tra la popolazione di 55 anni e più, il tasso di mortalità standardizzato assume il valore di 6,82 per 100.000 abitanti e di 1,27 per 100.000 rispettivamente per i due generi (**Tabella 24**).

Tabella 22. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2020

Codici	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
F10	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	214	21.1	48	21.5	262	21.2
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	20	2.0	4	1.8	24	1.9
G62.1	Polineuropatia alcolica	6	0.6	0	0.0	6	0.5
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	22	2.2	0	0.0	22	1.8
K29.2	Gastrite alcolica	3	0.3	1	0.4	4	0.3
K70	Epatopatie alcoliche	727	71.8	164	73.5	891	72.1
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	4	0.4	0	0.0	4	0.3
T51	Effetti tossici dell'alcol	17	1.7	6	2.7	23	1.9
Totale decessi		1,013	100.0	223	100.0	1,236	100

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

Tabella 23. Sottocodici delle patologie ICD-10 F10 e K70

ICD-10	Sottocodice
F10 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	F10.0 - Intossicazione acuta
	F10.1 - Abuso nocivo
	F10.2 - Sindrome da dipendenza
	F10.3 - Sindrome da astinenza
	F10.4 - Sindrome da astinenza con delirio
	F10.5 - Disturbo psicotico
	F10.6 - Sindrome amnestica
	F10.7 - Disturbo psicotico residuo o ad esordio tardivo
	F10.8 - Altri disturbi psichici e di comportamento
	F10.9 - Disturbi psichici e di comportamento non specificati
K70 - Epatopatia alcolica	K70.0 - Steatosi epatica da alcol
	K70.1 - Epatite alcolica
	K70.2 - Fibrosi e sclerosi alcolica del fegato
	K70.3 - Cirrosi epatica alcolica
	K70.4 - Insufficienza epatica alcolica
	K70.9 - Epatopatia alcolica non specificata

Tabella 24. Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati (*100.000). Italia, anno 2020.

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34 anni	13	0.22	4	0.07	17	0.15
35-54 anni	302	3.28	67	0.72	369	1.99
55+ anni	698	6.82	152	1.27	850	3.81
15+ anni	1013	3.88	223	0.77	1236	2.23

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

L'analisi del trend mostra che la mortalità per patologie alcol-attribuibili è diminuita tra il 2007 e il 2013 per gli uomini e fino al 2014 per le donne raggiungendo un minimo rispettivamente di 3,79 per gli uomini e di 0,73 per le donne. A partire dal 2013 per gli uomini e dal 2014 per le donne si osserva una risalita del tasso di mortalità che raggiunge nel 2016 il valore di 4,08 per gli uomini e di 0,89 per le donne. Negli ultimi anni di osservazione si registra una riduzione per le donne che nel 2020 fanno registrare un tasso pari allo $0,77*100.000$, mentre per gli uomini vi è una lieve diminuzione nel 2017 seguito da un nuovo aumento che porta l'indicatore nel 2020 al valore di $3,88*100.000$ (**Figura 21**).

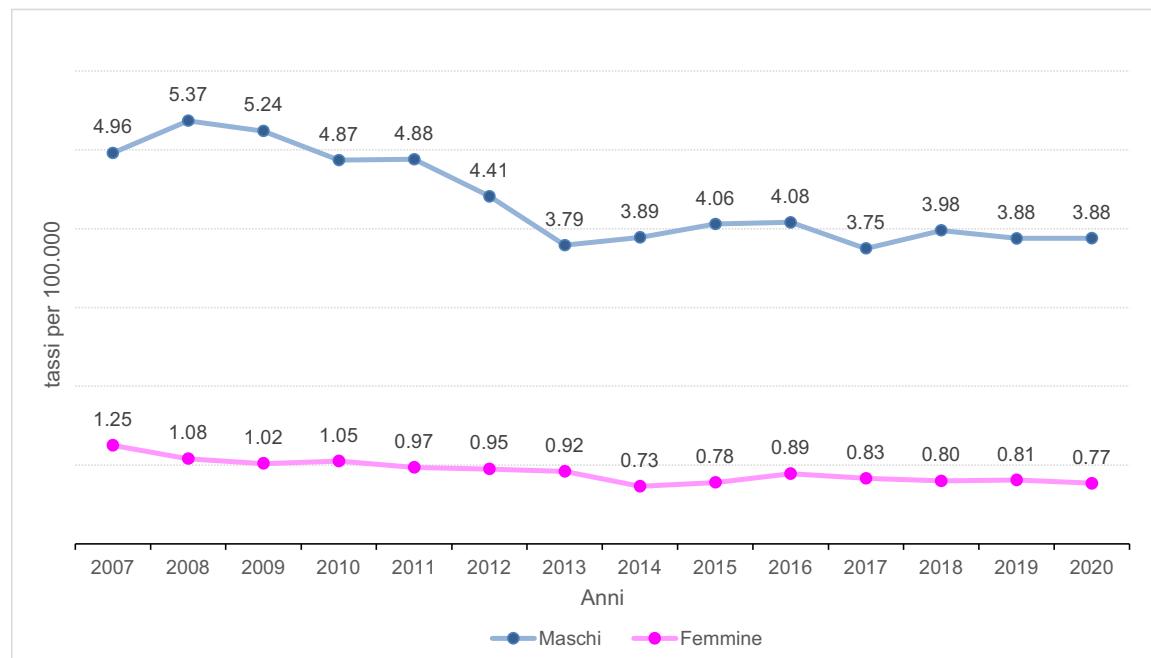


Figura 21. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Uomini e donne. Italia, anni 2007-2020

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

Analizzando nel dettaglio le diverse fasce di età negli uomini e nelle donne (**Figura 22 e 23**), si rileva che l'andamento temporale della mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili varia in base al sesso e alla classe di età. Per gli uomini di 55 anni e più, si osserva una riduzione del tasso dal 2007 al 2010 seguita, pur con oscillazione, da una lieve riduzione nel periodo seguente con una risalita nell'anno 2019 e successivamente tornata a 6,82 individui ogni 100.000 persone; per gli uomini di 35-54 anni al contrario, si osserva un tasso di mortalità massimo nel 2008, successivamente il tasso decresce linearmente fino al 2016, e successivamente si registra un nuovo incremento particolarmente evidente tra il 2019 e il 2020. Il contributo dei giovani di 15-34 anni all'andamento del complesso della mortalità totalmente alcol-attribuibile è marginale, sebbene nel corso dell'ultimo anno il valore è passato da 0,12 a 0,22 decessi totalmente alcol-attribuibili ogni 100.000 (**Figura 22**).

Il tasso di mortalità tra le donne di 55 anni e più diminuisce rapidamente tra il 2007 al 2010 e la diminuzione, nonostante alcune oscillazioni, è continuata fino al 2017; il valore è successivamente aumentato arrivando a 1,49 nel 2019 per poi diminuire nel 2020 ($1,27*100.000$). Per le donne della classe di età 35-54 anni si osserva invece una riduzione lenta ma costante del tasso dal 2010 al 2014, nel corso degli ultimi anni il valore era nuovamente diminuito ma tra il 2019 e 2020 si è registrato un nuovo incremento. Anche per le donne il contributo della classe di età più giovane alla

mortalità alcol-attribuibile complessiva non è rilevante sebbene nel corso dell'ultimo anno il valore è passato da 0,03 a 0,07, valore corrispondente al massimo registrato per le donne di questa classe di età nel corso del periodo osservato (**Figura 23**).

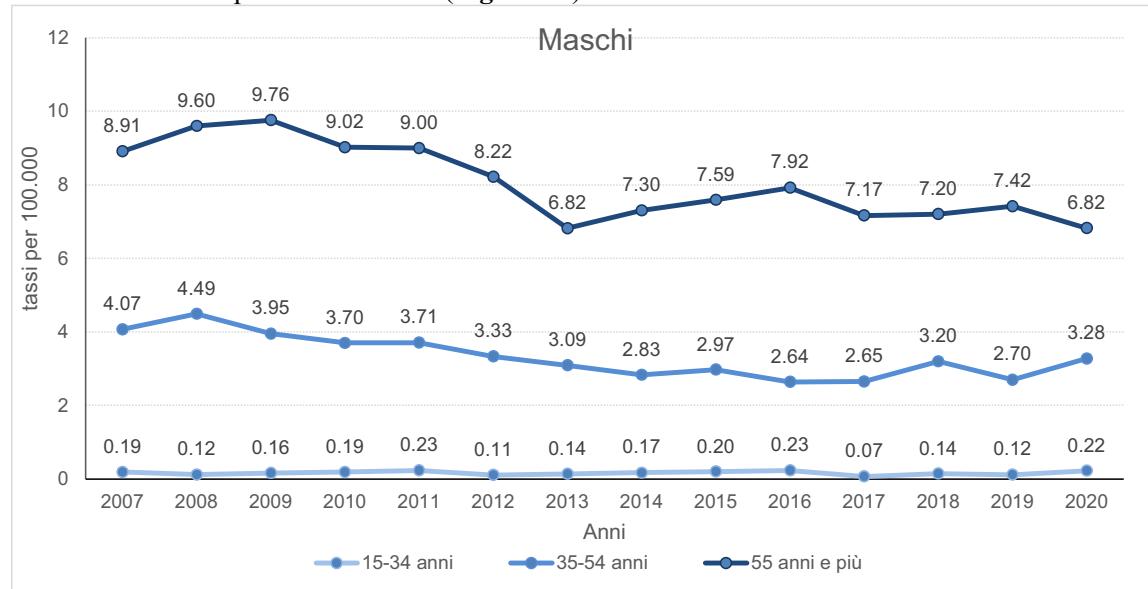


Figura 22. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Uomini. Italia, anni 2007-2020

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

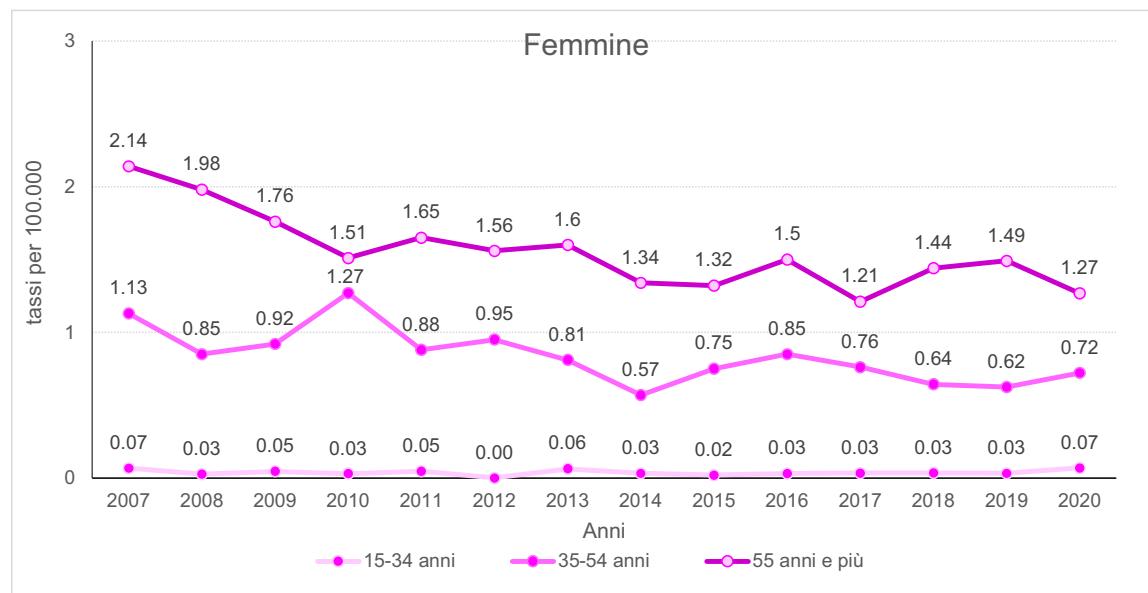


Figura 23. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Donne. Italia, anni 2007-2020

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

Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza

L'analisi della mortalità alcol-attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità territoriale piuttosto elevata, sia per gli uomini che per le donne (**Tabella 25 e Figura 24**).

Le regioni che nel 2020 hanno fatto registrare i livelli più elevati di mortalità (tassi standardizzati) tra gli uomini sono state la Valle d'Aosta (9,85 per 100.000 ab.), il Molise (9,21 per 100.000 ab.) e la Provincia Autonoma di Bolzano (6,03 per 100.000 ab.).

Per le donne, i livelli più elevati di mortalità sono stati registrati in Basilicata (1,27 per 100.000 ab.), in Piemonte (1,11 per 100.000 ab.) e la Liguria (1,02 per 100.000 ab.).

All'estremo opposto le Regioni con i livelli più bassi di mortalità sono state, per gli uomini la Toscana (1,90 per 100.000 ab.), l'Emilia Romagna (2,81 per 100.000 ab.), l'Abruzzo (2,96 per 100.000 ab.). La Toscana e l'Abruzzo si collocano tra le tre Regioni con i valori più bassi di mortalità per malattie totalmente alcol-attribuibili anche per le donne (0,50 e 0,49 per 100.000 ab. rispettivamente), precedute da dalla PA di Bolzano e la Calabria (0,46 per 100.000 ab.); nella Valle d'Aosta nel 2020 non si sono registrati decessi di donne per questo gruppo di cause (**Tabella 25**).

Tabella 25. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle Regioni italiane.
Tassi standardizzati per 100.000 abitanti (numero di decessi) e IC95(%).
Popolazione di 15 anni e più, per genere. Italia, anno 2020

Regione	Femmine				Maschi			
	decessi	Pop.	tasso STD°	IC95%^	decessi	Pop.	tasso STD°	IC95%^
Piemonte	25	1952381	1.11	0.71-1.70	71	1819049	3.64	2.84-4.66
Valle d'Aosta	0	55950	0.00	0.00-9.74	6	52699	9.85	3.59-25.82
Lombardia	43	4453054	0.91	0.65-1.24	171	4216594	3.95	3.37-4.63
Bolzano	1	229087	0.46	0.01-2.82	13	221706	6.03	3.19-11.08
Trento	2	239560	0.79	0.10-3.34	13	228179	5.82	3.07-10.37
Veneto	19	2178708	0.76	0.45-1.24	67	2067228	3.03	2.34-3.91
Friuli Venezia Giulia	6	548643	0.97	0.35-2.36	27	513521	4.90	3.22-7.27
Liguria	9	711045	1.02	0.46-2.21	37	643937	4.98	3.50-7.02
Emilia-Romagna	17	2005962	0.79	0.46-1.31	57	1877000	2.81	2.12-3.67
Toscana	10	1689336	0.50	0.24-0.98	32	1556551	1.90	1.29-2.72
Umbria	4	397558	0.85	0.23-2.50	12	364571	3.19	1.64-5.74
Marche	7	681692	0.87	0.35-1.96	27	635985	3.95	2.60-5.84
Lazio	27	2605065	0.97	0.64-1.44	112	2386924	4.46	3.67-5.41
Abruzzo	3	582384	0.49	0.10-1.60	18	547754	2.96	1.75-4.80
Molise	1	135048	0.85	0.02-5.34	13	129241	9.21	4.88-16.28
Campania	17	2512615	0.67	0.39-1.09	92	2345123	3.93	3.16-4.92
Puglia	9	1780098	0.51	0.23-1.01	84	1658464	4.94	3.93-6.18
Basilicata	3	248184	1.27	0.26-4.04	13	236868	5.18	2.74-9.12
Calabria	4	839528	0.46	0.12-1.28	37	791166	4.59	3.23-6.43
Sicilia	11	2173849	0.51	0.25-0.94	76	2019049	3.71	2.92-4.70
Sardegna	5	731232	0.51	0.16-1.41	35	694223	4.69	3.25-6.67
Italia	223	26750973	0.77	0.67-0.88	1013	25005828	3.88	3.64-4.13

[°]STD=standardizzato

[^]IC95% =Intervallo di Confidenza 95%

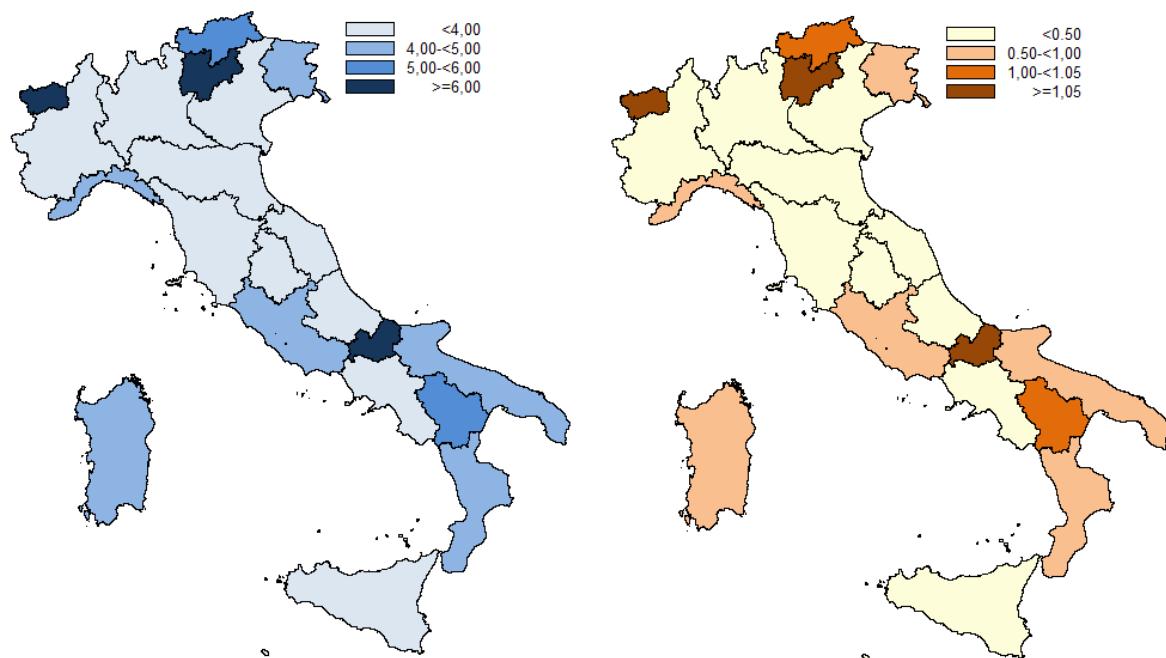


Figura 24. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle Regioni italiane.

Tassi standardizzati per 100.000 abitanti (numero di decessi).

Popolazione di 15 anni e più, per genere. Italia, anno 2020

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

Bibliografia

1. Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6. Relazione del Ministro della Salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 “legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati-Anno 2022”. Roma: Ministero della Salute; 2023. Disponibile all’indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3338; ultima consultazione 17.11.2023.
2. E. Scafato, S. Ghirini, C. Gandin, A. Matone, M. Vichi e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell’Osservatorio Nazionale Alcol sull’impatto del consumo di alcol ai fini dell’implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Piano Nazionale della Prevenzione. Rapporto 2023. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/3)
3. Organizzazione Mondiale della Sanità. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità, Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato; 2001
4. Istat. Indagine sui decessi e cause di morte. Anno 2020
5. Istat. 15° censimento generale della popolazione e delle abitazioni 9 ottobre 2011. Anno 2012

1.11 GLI INCIDENTI STRADALI E LE VIOLAZIONI DEL CODICE DELLA STRADA

Gli incidenti stradali in Italia nel 2022: l'analisi temporale, le circostanze di incidente e le violazioni al codice della strada

Il 2022 è caratterizzato da una netta ripresa della mobilità e, conseguentemente, anche dell'incidentalità stradale. Rispetto al 2021 gli incidenti e gli infortunati fanno registrare una crescita. Gli aumenti si concentrano soprattutto nel periodo da gennaio a luglio, negli stessi mesi del 2021 erano ancora in vigore misure per la limitazione del traffico e degli spostamenti per il contenimento del virus. A partire dal mese di agosto si rileva un calo di feriti e incidenti rispetto al 2021, mentre per le vittime si registrano ancora aumenti anche ad agosto, ottobre e dicembre.

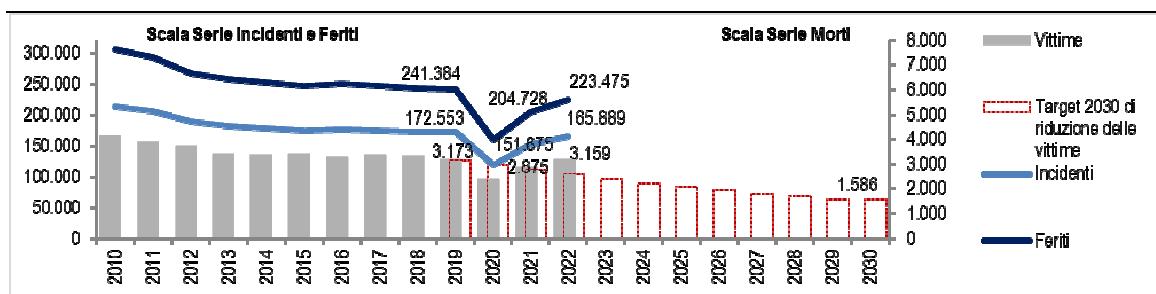
Nel 2022 sono 3.159 i morti in incidenti stradali in Italia (+9,9% rispetto all'anno precedente), 223.475 i feriti (+9,2%) e 165.889 gli incidenti stradali (+9,2%), valori tutti in crescita rispetto al 2021 ma ancora in diminuzione nel confronto con il 2019 per incidenti e feriti (rispettivamente -3,7% e -7,4%). Il numero di vittime è invece pressoché stabile, di poco inferiore a quello registrato nel 2019 (-0,4%). (**Figura 25**).

Ogni giorno, durante l'anno, si sono verificati in media 454 incidenti stradali con lesioni a persone, sono morte 8 persone e ne sono rimaste ferite 612.

Anche nel complesso della UE27 il numero delle vittime riprende ad aumentare nel 2022 (+3,7% rispetto all'anno precedente), dopo la drastica riduzione dei due anni di pandemia (-9,1% sul 2019). Complessivamente, nel 2022 le vittime sono 20.669, contro 19.932 del 2021 e 22.761 del 2019. Ogni milione di abitanti si contano 46 morti per incidente stradale nella UE27 e 54 nel nostro Paese, che passa dal 13° al 19° posto della graduatoria europea.

Tra tutti i sistemi di trasporto, quello su strada è di gran lunga il più pericoloso e comporta il prezzo più alto in termini di vite umane. Per far fronte a questa emergenza, anche per il decennio 2021-2030 sono stati proposti importanti obiettivi europei sulla sicurezza stradale. I target per la nuova agenda prevedono il dimezzamento del numero di vittime e feriti gravi entro il 2030 rispetto all'anno di benchmark (fissato nel 2019) e il monitoraggio di specifici indicatori di prestazione, *Key Performance Indicators*, che l'Italia si prepara a fornire. Tali indicatori riguardano: velocità, uso dei sistemi di protezione (casco, cinture di sicurezza e seggiolini per bambini), uso di alcol e droghe, livello di sicurezza del parco veicolare e della rete stradale nazionale, distrazione alla guida ed efficienza dei sistemi di soccorso in caso di incidente. Oltre agli obiettivi fissati per il prossimo decennio, sono state gettate le basi per nuovi e ambiziosi traguardi. In particolare, la **Dichiarazione di Stoccolma** del febbraio 2020 auspica una **vision “zero vittime” per il 2050**.

FIGURA 25. Incidenti stradali con lesioni a persone, morti e feriti. Anni 2001-2022 e target 2030 (valori assoluti)



Fonte: Rilevazione Istat degli incidenti stradali con lesioni a persone

Le cause degli incidenti stradali

La rilevazione degli incidenti stradali², condotta dall'Istat, con la partecipazione dell'Automobile Club d'Italia (ACI) e delle Regioni aderenti a un Protocollo di intesa, rileva, anche l'informazione sulla circostanza presunta di incidente stradale, limitatamente ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti. Le circostanze di incidente sono elencate in una lista, predisposta dall'Istat e organizzate in tre diverse categorie: per inconvenienti di circolazione, riferibili a difetti e avarie dei veicoli e allo stato psico-fisico del conducente o del pedone, tra queste ultime lo stato di ebbrezza alcolica e l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Tuttavia, seppure le informazioni sulle circostanze di incidente stradale³ rappresentino un bacino di dati ricco e prezioso, occorre segnalare che la comunicazione delle informazioni per le cause legate allo stato psicofisico alterato dei conducenti non avviene sempre, per cause di forza maggiore, in maniera tempestiva e completa da parte delle forze dell'ordine all'Istat. Per tale motivo il numero di incidenti legati allo stato di alterazione psicofisica comunicati dagli Organi di rilevazione appare spesso sottostimato. A seguito di tali verifiche nel 2010 l'Istat ha scelto, in maniera cautelativa, di sospendere la diffusione dei dati puntuali su tali circostanze.

Da segnalare, inoltre, che il Codice della Strada (D.L 285/1992) prevede la possibilità di rifiuto, da parte dei conducenti coinvolti, di sottoporsi agli accertamenti e, in questo caso, salvo che il fatto costituisca più grave reato, vengono applicate le sanzioni di cui al comma 2 dell'art. 186 e comma 2 bis e 3 dell'art. 187 del Codice della Strada (CdS), ma non viene inviata all'Istat l'informazione sulla sanzione.

Lo stato di ebbrezza o l'abuso di stupefacenti può, infine, non essere rilevato nel caso di incidenti a veicolo isolato nei quali il conducente sia deceduto, poiché non sempre viene disposto il riscontro autoptico sulle vittime. Per fornire elementi di valutazione alternativi sono state considerate anche altre fonti ufficiali di dati ed esaminati i contenuti e le potenzialità informative.

In particolare, sono state analizzate le informazioni sulle violazioni al CdS fornite dalle **Forze di Polizia di Stato, da quelle Locali e dai Carabinieri**.

Tra i comportamenti errati alla guida (escluso il gruppo residuale delle cause di natura imprecisa), si confermano come più frequenti la distrazione, il mancato rispetto della precedenza e la velocità troppo elevata.

I tre gruppi costituiscono complessivamente il 38,1% dei casi (82.857)⁴.

Si precisa che la rilevazione condotta dall'Istat include solo le circostanze accertate o presunte per i conducenti dei primi due veicoli coinvolti nell'incidente (gli incidenti che coinvolgono tre o più veicoli sono, nel 2022, l'8,7% del totale).

Tra le altre cause più rilevanti, la manovra irregolare (16.788), la mancanza della distanza di sicurezza (15.233 casi), la mancanza di precedenza al pedone (7.185) e il comportamento scorretto del pedone (5.899) rappresentano rispettivamente il 7,7%, il 7,0%, il 3,3% e il 2,7% delle cause di incidente.

Con riferimento alla categoria della strada, la prima causa di incidente sulle strade urbane è il mancato rispetto delle regole di precedenza o semaforiche (16,3%), seguita dalla guida distratta (12,7%); sulle strade extraurbane è la guida distratta o andamento indeciso (15,0%), seguita dalla velocità (13,7%) (**Tabella 26**).

² Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone Istat - <https://www.istat.it/it/archivio/286933>

³ Sono esclusi i casi di incidente con circostanza imprecisa.

⁴ Si precisa che la rilevazione condotta dall'Istat include solo le circostanze accertate o presunte per i conducenti dei primi due veicoli coinvolti nell'incidente. Gli incidenti stradali che coinvolgono tre o più veicoli rappresentano circa il 10% del totale.

TABELLA 26. Cause accertate o presunte di incidente stradale. Anno 2022 (valori assoluti e valori percentuali) (a)

DESCRIZIONE CAUSE	Strade urbane		Strade extraurbane		Totale	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Procedeva con guida distratta o andamento indeciso	20.159	12,7	12.542	21,4	32.701	15,0
Procedeva senza rispettare la precedenza o il semaforo	25.995	16,3	3.845	6,6	29.840	13,7
- procedeva senza rispettare lo stop	9.204	5,8	1.596	2,7	10.800	5,0
- procedeva senza dare la precedenza al veicolo proveniente da destra	6.762	4,3	896	1,5	7.658	3,5
- procedeva senza rispettare il segnale di dare precedenza	8.523	5,4	1.232	2,1	9.755	4,5
- procedeva senza rispettare le segnalazioni semaforiche o dell'agente	1.506	0,9	121	0,2	1.627	0,7
Procedeva con velocità troppo elevata	12.886	8,1	7.430	12,7	20.316	9,3
- procedeva con eccesso di velocità	12.455	7,8	7.150	12,2	19.605	9,0
- procedeva senza rispettare i limiti di velocità	431	0,3	280	0,5	711	0,3
Procedeva senza mantenere la distanza di sicurezza	8.750	5,5	6.483	11,1	15.233	7,0
Manovrava irregolarmente	12.572	7,9	4.216	7,2	16.788	7,7
Svoltava irregolarmente	4.014	2,5	585	1,0	4.599	2,1
Procedeva contromano	3.113	2,0	1.786	3,1	4.899	2,3
Sorpassava irregolarmente	2.974	1,9	1.425	2,4	4.399	2,0
Ostacolo accidentale	2.498	1,6	2.222	3,8	4.720	2,2
Animale domestico o selvatico urtato	160	0,1	333	0,6	493	0,2
Veicolo fermo evitato	703	0,4	527	0,9	1.230	0,6
Non dava la precedenza al pedone sugli appositi attraversamenti	7.025	4,4	160	0,3	7.185	3,3
Buche, ecc. evitato o urtato	394	0,2	508	0,9	902	0,4
Circostanza imprecisa	35.086	22,1	6.496	11,1	41.582	19,1
Veicolo fermo in posizione irregolare urtato	1.882	1,2	504	0,9	2.386	1,1
Altre cause relative al comportamento nella circolazione	5.977	3,8	1.932	3,3	7.909	3,6
Comportamento scorretto del pedone	5.328	3,4	571	1,0	5.899	2,7
Totale comportamento scorretto del conducente e del pedone	149.516	94,0	51.565	88,2	201.081	92,4
Altre cause	9.518	6,0	6.928	11,8	16.446	7,6
Totale cause (b)	159.034	100,0	58.493	100,0	217.527	100,0

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

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

Le violazioni al codice della strada

Al fine di fornire informazioni a corredo della rilevazione degli incidenti stradali e colmare alcune lacune informative, anche per il 2022 sono state rese disponibili le informazioni sulle violazioni agli articoli del Codice della strada contestate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie municipali o locali⁵. Di particolare interesse per lo studio dell'incidentalità stradale, è l'analisi delle violazioni al Titolo V del Codice della strada (norme di comportamento), riportate nella **Tabella 27** per tipologia di infrazione e organo di rilevazione.

Le sanzioni per violazioni alle Norme di comportamento elevate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo di provincia sono mediamente aumentate del 12,8% nel 2022 rispetto al 2021, collocandosi così nuovamente in linea con il 2019, anno in cui la mobilità non era ancora stata influenzata dalla pandemia.

⁵ Rilevazione ACI presso i Comandi di Polizia locale dei Comuni capoluogo di provincia e informazioni da Archivio Polizia di Stato (<https://www.poliziadistato.it/pds/stradale/archivio/>)

TABELLA 27. Contravvenzioni elevate da Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Municipali per violazioni sulle norme di comportamento. Anno 2022 (valori assoluti)

CODICE DELLA STRADA 6	Descrizione della violazione TITOLO V – Norme di comportamento	Infrazioni rilevate (Valori assoluti)		
		Polizia stradale (a)	Carabinieri (b)	Polizia locale (c)
Art.141	Velocità non moderata (caratteristiche strada, meteorologiche e del traffico)	40.563	25.648	35.619
Art.142	Superamento dei limiti di velocità	312.977	638	2.627.237
Art.143-144	Posizione dei veicoli sulla carreggiata, uso delle corsie, marcia in file parallele	10.155	11.666	10.897
Art.145	Obblighi di precedenza	4.791	9.629	21.013
Art.146	Inosservanza della segnaletica orizzontale e semaforica	25.741	16.861	615.162
Art.148	Disciplina del sorpasso dei veicoli	11.484	17.622	4.034
Art.149	Rispetto della distanza di sicurezza	5.714	3.410	4.072
Art.152-153	Uso dei dispositivi di segnalazione visiva e di illuminazione	7.118	1.929	1.092
Art.154	Disciplina del cambio di direzione e di corsia	6.270	3.025	19.820
Art.155	Limitazione dei rumori de silenziatori e degli apparati radio	497	1.197	529
Art.157-158	Disciplina dell'arresto, della fermata e della sosta fuori e dentro i centri abitati	13.506	25.182	2.888.133
Art.161-162-165	Ingombro della carreggiata, segnalazione e traino dei veicoli in avaria	2.391	407	2.776
Art.164	Norme sulla sistemazione del carico sui veicoli	6.489	687	1.228
Art.167	Trasporto di cose e superamento limiti di peso del veicolo	37.027	148	1.533
Art.168	Norme sul trasporto di merci pericolose	4.808	27	136
Art.169	Trasporto di persone animali ed oggetti sui veicoli a motore	4.683	1.966	2.141
Art.170	Trasporto di persone e di oggetti sui veicoli a motore a due ruote	423	1.160	624
Art.171	Uso del casco	3.676	9.481	28.857
Art.172	Uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta dei bambini	68.674	67.224	29.595
Art.173	Mancato uso di lenti o uso di radiotelefoni o cuffie	43.200	25.401	55.116
Art.174-178	Rispetto dei tempi di guida e di riposo dei conducenti dei veicoli pesanti	36.601	67	2.218
Art.175-176	Circolazione e comportamento sulle autostrade e strade extraurbane princ.	172.262	262	57
Art.179	Installazione, alterazione, manomissione del cronotachigrafo	8.461	139	1.263
Art.180-181	Possesso dei documenti della circolazione	97.471	75.045	118.127
Art.182	Norme di comportamento dei ciclisti	126	381	1.371
Art.186	Guida in stato di ebbrezza alcolica	15.754	15.787	6.137
Art.187	Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti	1.610	2.146	852
Art.189	Comportamento dei conducenti in caso di incidente	1.944	2.774	5.777
Art.190	Comportamento dei pedoni	147	351	2.363
Art.191	Comportamento dei conducenti verso i pedoni	641	1.133	6.655
Art.193	Obbligo di assicurazione	34.383	52.644	57.239
Totale	Violazioni al Codice della strada: Titolo V - Norme di comportamento	979.587	374.037	6.551.673

Fonte: Ministero dell'Interno - Servizio di Polizia Stradale;

(a) Fonte: Comando generale Arma dei carabinieri - Statistiche operative – Registro cronologico violazioni contestate

(b) Fonte: Rilevazione ACI presso i Comandi di Polizia municipale o locale dei SOLI Comuni capoluogo di provincia

La guida troppo veloce rappresenta il comportamento maggiormente sanzionato ed è il 38,7% del totale, valore solo di poco più alto rispetto a quello delle contravvenzioni comminate per disciplina della sosta (37,2%).

Tra le altre sanzioni, quelle per l'inosservanza della segnaletica orizzontale e semaforica rappresenta l'8,4%, valore in leggero aumento rispetto allo scorso anno (era l'8%).

In crescita anche le sanzioni per comportamento dei conducenti in caso di incidente (art.189), che sono 10.495, con circa 400 sanzioni in più rispetto al 2021.

Si riscontra invece un lieve calo sia delle sanzioni per mancato uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta per bambini, che rappresentano comunque il 2,1% del totale (-14,6% rispetto al 2021), sia di quelle per mancato uso del casco (-20,8% rispetto al 2021).

⁶ Codice della strada - Decreto Legislativo n. 285 del 30/04/1992 e Legge 29 luglio 2010, n. 120 Disposizioni in materia di sicurezza stradale.

Rimane alto il numero di sanzioni per uso improprio di dispositivi in auto, in particolare dello smartphone, pari al 97,6% di quelle elevate per art.173 del Codice della Strada (dato fornito dalla Polizia Stradale).

Alla maggiore diffusione dell'uso di biciclette corrisponde un aumento delle contravvenzioni per il comportamento dei ciclisti, soprattutto nei centri urbani.

Le contravvenzioni, elevate per lo più dalla Polizia Municipale (73%), sono aumentate del 6,5% rispetto allo scorso anno e sono in costante crescita se confrontate con gli ultimi anni.

Quanto alle sanzioni legate ai monopattini elettrici (inclusi tra i veicoli in circolazione dalla legge di conversione del decreto legge 121 del 2021), sono quasi 4.400 quelle elevate dal corpo di Polizia Municipale del Comune di Milano, oltre 1.000 a Torino, più di 450 a Bari e Padova, seguono Verona, Pescara, Parma e Bolzano/Bozen con oltre 150 sanzioni.

Nel complesso, nei Comuni capoluogo (mancanti i dati di Roma Capitale), sono state elevate 8.394 sanzioni a conducenti di monopattini.

Per quanto riguarda il trasporto delle merci, rispetto al 2021 sono in diminuzione le sanzioni per mancato rispetto dei tempi di guida e di riposo dei conducenti dei veicoli pesanti e per alterazione o manomissione del cronotachigrafo.

Incidenti stradali alcol correlati

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

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

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

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

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

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

Da tali fonti risulta che, nel 2022, su un totale di 56.284 incidenti con lesioni osservati dai due Organi di rilevazione, in **4.979 casi** almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era in stato di ebbrezza mentre in 1.672 casi era sotto l'effetto di stupefacenti.

L'8,8% e il 3,0% degli incidenti rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale nel complesso è correlato quindi ad alcol e droga, proporzioni in diminuzione rispetto al 2021 per lo stato di ebbrezza alla

guida e per la droga (9,7% e 3,2%). Le percentuali erano pari a 8,7 e 3,4 nel 2019 e a 9,2 e 3,5 nel 2020.

Per la guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, secondo i controlli effettuati dalle **Polizie Municipali**, indipendentemente dall'occorrenza di un incidente stradale, la percentuale di conducenti con stato alterato a causa di uso di droghe è risultata pari al 9,2% (8,9% nel 2021, 17,3% nel 2020 e 6,9% nel 2019), mentre i **positivi all'etilometro** sono risultati il **10,8%** (7,3% nel 2021, 8,3% nel 2020 e 7,4% nel 2019).

Si rilevano infine **aumenti delle sanzioni** pari al **21,5%** (alcol) e al 7,4% (sostanze stupefacenti) rispetto al 2021.

Focalizzando l'attenzione **sui soli dati** rilevati dai **Carabinieri**, più dettagliati nelle informazioni fornite, nel 2022 sono stati 3.636 gli incidenti stradali con lesioni a persone per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, **pari al 10,1% del totale degli incidenti con lesioni** verbalizzati dall'Arma dei Carabinieri (**Tabella 28**).

Rispetto al 2021 si registra una quota in lieve aumento di incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale, tale proporzione era, infatti, pari a 10,6 per cento nel 2021, 10,0 nel 2020 e 9,9 nel 2019.

Le vittime coinvolte in incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza, nel 2022, sono state 85 (6,5% sul totale) e i feriti 5.786 (11% sul totale). Tali percentuali erano rispettivamente 5,3% e 11,4% nel 2021.

TABELLA 28. Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dai Carabinieri e violazioni al codice della strada. Anno 2022 (valori assoluti e percentuali)

Violazioni al codice della strada (a)	Incidenti stradali con lesioni a persone	Incidenti stradali mortali	Vittime	Feriti
Guida sotto l'influenza dell'alcol (Artt. 186 e 186 bis) (b)	3.636	68	85	5.786
Art. 186	3.172	60	74	4.939
Art. 186 bis	464	8	11	847
Totale incidenti stradali, vittime e feriti (a)	35.971	1.223	1.310	52.772
Incidenti, vittime e feriti alcol correlati sul totale (%)	10,1	5,6	6,5	11,0

(a) Totale incidenti stradali, morti e feriti rilevati dall'Arma dei Carabinieri nel 2022.

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

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

Passando ad esaminare gli incidenti stradali alcol correlati, disaggregati per tipo di strada e per periodo di accadimento, si rileva che le percentuali citate in precedenza salgono notevolmente di **notte**.

Sono, infatti, il 27,3% gli incidenti stradali alcol correlati, avvenuti di notte, il 27,4% in ambito urbano, il 27,3% in ambito extraurbano, sul totale incidenti notturni. Anche le vittime raggiungono il 12,6% su strade urbane, sono l'14,2% sulle strade extraurbane (**Tabella 29**).

TABELLA 29. Incidenti stradali con lesioni a persone e vittime rilevati dai Carabinieri, per tipo strada e periodo del giorno o della notte. Anno 2022

Tipo di strada (a)	Periodo del giorno o della notte		
	Giorno	Notte (b)	Totale
	Incidenti stradali con lesioni a persone alcol correlati (valori assoluti)		
Strada Urbana	762	1.198	1.960
Strada Extraurbana	763	913	1.676
Totale	1.525	2.111	3.636
Vittime in Incidenti stradali con lesioni alcol correlati (valori assoluti)			
Strada Urbana	9	18	27
Strada Extraurbana	20	38	58
Totale	29	56	85
Percentuale Incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale incidenti con lesioni			
Strada Urbana	5,3	27,4	10,5
Strada Extraurbana	5,9	27,3	10,3
Totale	5,6	27,3	10,4
Percentuale Vittime in incidenti stradali alcol correlati sul totale incidenti con lesioni			
Strada Urbana	3,2	12,6	6,4
Strada Extraurbana	3,2	14,2	6,5
Totale	3,2	13,6	6,5

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

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

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

Con riferimento alle informazioni fornite dalla **Polizia Stradale**, dai dati elaborati emerge che il 17,4% delle violazioni al codice della strada per guida sotto l’effetto dell’alcol è registrato in concomitanza di un incidente stradale, con o senza lesioni a persone.

Focalizzando l’attenzione sulle violazioni contestate in occasione di incidente stradale con lesioni a persone, si osserva che il 6,6% degli incidenti stradali nel 2022 è alcol correlato (era 7,0% nel 2019, 7,9 nel 2020 e 8,0% nel 2021) (**Tabella 30**).

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

TABELLA 30. Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale e violazioni al codice della strada. Anno 2022

Totale violazioni Art. 186 o 186 bis del codice della strada (a)	
Art. 186 o 186 bis – Totale	15.754
<i>Di cui</i>	
Art. 186 o 186 bis - <i>In incidente stradale con o senza lesioni</i>	2.751
Violazioni Art.186 o 186 bis in incidente stradale con o senza lesioni sul totale violazioni rilevate (%)	17,4
Violazioni Art. 186 o 186 bis in incidente stradale (a)	
Art. 186 o 186 bis in incidente stradale con lesione a persone	1.343
Totale incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale	20.313
Violazioni art.186 o 186 bis in incidente stradale con lesioni sul totale incidenti rilevati (%)	6,6

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

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

Alcune considerazioni conclusive

I dati sulle infrazioni al codice della strada in occasione di incidente stradale, forniti all'Istat dall'Arma dei Carabinieri, e Polizia Stradale rappresentano una base informativa esaustiva e accurata.

Dall'analisi delle violazioni al Codice della Strada si desumono, infatti, risultati più completi rispetto ai dati sulle «circostanze di incidente» richieste con la rilevazione corrente.

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

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

Riferimenti bibliografici:

- (1) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2022 <https://www.istat.it/it/archivio/286933>
- (2) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2021 <https://www.istat.it/it/archivio/273324>
- (3) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2020 <https://www.istat.it/it/archivio/259825>
- (4) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2019 <https://www.istat.it/it/archivio/245757>
- (5) ETSC (European Transport Safety Council). Annual PIN Report. Anno 2023
<https://etsc.eu/17th-annual-road-safety-performance-index-pin-report/>
- (6) European Commission CARE (Community Data Base Road Accidents)
https://ec.europa.eu/transport/road_safety/specialist/statistics_en

PARTE SECONDA

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

2.1. Gli interventi di indirizzo

II PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE (PNAS)

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

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

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

1. Informazione /educazione

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

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

2. Bere e guida

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

Azioni: collaborazione per i controlli dell'aria spirata 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.

II PROGRAMMA “GUADAGNARE SALUTE”

Il programma “Guadagnare Salute - rendere più facili le scelte salutari” è un programma-quadro governativo di iniziative, azioni, alleanze e comunicazione, finalizzato a promuovere gli stili di vita salutari che possono contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche e far guadagnare ai cittadini anni di vita in salute. Obiettivo specifico del programma è quello di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. “Guadagnare Salute” punta su un approccio intersetoriale e interistituzionale, secondo i principi della “*Health in all policies*”, poiché buona parte degli interventi di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari va oltre gli ambiti di competenza del Servizio Sanitario Nazionale.

Il programma, promosso dal Ministro della Salute, è frutto del confronto con ben altri nove Ministeri ed è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007 e dalla Conferenza Stato-Regioni il 29 marzo 2007. Con il Decreto del Ministero della Salute del 16 ottobre 2017 la Piattaforma Nazionale di Guadagnare Salute era stata rinnovata per i successivi tre anni. La Piattaforma Nazionale G.S. ha quindi rivestito il compito di rafforzare l'attuazione dei macro-obiettivi della pianificazione nazionale previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione.

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

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

Strategie e ipotesi di intervento

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

• *Favorire la limitazione del consumo di bevande alcoliche in tutti i luoghi di lavoro e controllare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro a rischio, individuati ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125.*

- Definire categorie di ambienti e locali obbligatoriamente “alcol free” (strutture sanitarie, uffici pubblici, stadi, scuole).

2 Favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche

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

3 Informare correttamente i consumatori

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

4 Evitare gli incidenti stradali alcol correlati

- Aumentare su tutto il territorio nazionale il numero e la frequenza dei controlli sul tasso alcolemico condotti su base casuale, preliminari agli opportuni accertamenti di valenza medico-legale, in modo che ogni conducente abbia la probabilità statistica di essere testato secondo le migliori pratiche almeno una volta ogni tre anni.
- Monitorare la frequenza e i risultati dei controlli e analizzare i relativi dati, per acquisire e diffondere conoscenze utili ai fini di una puntuale azione preventiva o per valutare l’opportunità di ulteriori misure normative (quali ad esempio l’abbassamento del tasso alcolemico per i conducenti principianti o per chi guida veicoli particolarmente a rischio).
- Accrescere la visibilità dei controlli sul tasso alcolemico, per amplificarne le finalità preventive. Questo obiettivo potrebbe essere raggiunto anche rendendo note le eventualità di controlli in alcuni luoghi e ambienti strategici, quali quelli del divertimento giovanile a rischio di abuso alcolico; o attivando una collaborazione fra istituzioni interessate per organizzare ad hoc specifiche azioni di comunità.
- Introdurre l’obbligatorietà di corsi di informazione/educazione a pagamento, preliminari alla restituzione della patente a soggetti individuati con tasso di alcolemia illegale.
- Favorire la disponibilità e/o gratuità di dispositivi per l’automisurazione del tasso alcolemico.
- Diminuire le occasioni di consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani e degli utenti della strada, estendendo alle 24 ore il divieto di somministrazione di superalcolici attualmente vigente nelle stazioni di servizio autostradali (ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125 art. 14).
- Introdurre l’obbligo di una adeguata trattazione del rischio alcol-correlato nei programmi di informazione/formazione delle Scuole Guida.
- Sollecitare ed esortare i medici di famiglia ad una maggiore informazione nei confronti degli assistiti circa i rischi della guida in stato di ebbrezza alcolica ed i rischi di interazione e sinergia dell’alcol con i farmaci.

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

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

6 Trovare alleanze con il mondo del lavoro

- Utilizzare i luoghi di lavoro quale ambiente particolarmente adeguato, data l’alta e stabile concentrazione di persone di varia identità sociodemografica, per la realizzazione di azioni di prevenzione fondate sull’informazione, l’educazione e la tempestiva identificazione o autoidentificazione dei soggetti a rischio, anche in collaborazione, date le implicazioni dell’abuso di alcol sulla produttività lavorativa, col mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali.
- Implementare azioni di prevenzione ad hoc nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e la sicurezza di terzi individuati ai sensi della legge 125/2001 art. 15, per supportare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche sancito dalla stessa legge. Sarebbe opportuno attivare in merito la collaborazione del mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali, anche d’intesa con le amministrazioni regionali del Lavoro e nell’ambito di quanto previsto anche dalle normative sulla sicurezza.

- Favorire l'ingresso dei lavoratori con problemi alcolcorrelati che ne facciano richiesta, nel pieno rispetto della privacy, in programmi di trattamento per la disassuefazione resi disponibili presso le strutture sanitarie pubbliche o, in alternativa, in specifici programmi privati di trattamento attivati con il contributo economico dei datori di lavoro, prevedendo agevolazioni fiscali o di altro tipo per questi ultimi.

7 **Proteggere i minori dal danno alcol correlato**

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

8 **Formare gli operatori**

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

IL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2020-2025

Con Intesa Stato Regioni del 6 agosto 2020 è stato adottato il PNP 2020-2025, successivamente è stata apportata una integrazione al citato Piano che è stata recepita con Intesa Stato Regioni del 17 dicembre 2020. Sulla base delle suddette Intese, le Regioni e PPAA hanno recepito il Piano Nazionale di Prevenzione, pianificando e adottato con apposito Atto, il proprio Piano Regionale di Prevenzione.

Vision e Principi

Il nuovo PNP 2020-2025 ha inteso rafforzare la connessione con i Livelli Essenziali di assistenza (DPCM 12 gennaio 2017) e con i relativi sistemi di monitoraggio (verifica adempimenti LEA e Nuovo sistema di garanzia).

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

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

Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute sono necessarie **alleanze e sinergie intersetoriali** tra forze diverse, secondo il principio della “Salute in tutte le Politiche” (*Health in all Policies*). Il PNP intende consolidare l'attenzione alla **centralità della persona** e rafforza l'**approccio life course, per setting e di genere**.

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

Il Macro Obiettivo 2 del PNP 2020-2025 affronta la tematica delle Dipendenze.

Macro Obiettivo 2: Dipendenze e Problemi correlati

7 Obiettivi strategici

14 Linee strategiche di intervento

1 Programma Predefinito: PP4 “Dipendenze”

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

Obiettivi strategici:

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

Linee Strategiche di intervento:

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

- Sviluppo di protocolli operativi di prevenzione indicata con orientamento ai servizi e coinvolgimento del territorio per soggetti all'esordio di problemi di abuso e dipendenza (Ob.S5)
- Potenziamento dell'offerta di interventi di prevenzione selettiva e di riduzione dei rischi e del danno da parte dei Servizi per le Dipendenze Patologiche supportati da altri Servizi Sanitari, Enti locali e Terzo Settore (Ob.S6)
- Offerta di interventi di Counseling Breve nella medicina di base e in altri contesti (lavorativi ecc) (Ob.S5 e S6)
- Attuare Programmi integrati ed intersetoriali volti a rafforzare la collaborazione tra i Servizi per le Dipendenze, gli altri Servizi Sanitari, i Servizi Sociali, il Terzo Settore, le Associazioni di Auto Mutuo Aiuto (Ob.S7)

Programma Predefinito PP4 “Dipendenze”

I Piani Regionali di Prevenzione sono organizzati in programmi (*Programmi Liberi* e *Programmi Predefiniti*) e questi devono rispondere alle linee strategiche degli obiettivi strategici ai quali afferiscono; nello specifico i Piani Predefiniti devono avere caratteristiche uguali per tutte le Regioni e sono vincolanti.

Obiettivi Specifici del Programma Predefinito PP4

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

Obiettivi e Indicatori relativi alle Azioni Trasversali del PNP:

INTERSETTORIALITA'

OBIETTIVO: Sviluppare collaborazioni intersetoriali tra tutti gli attori del territorio

INDICATORE: **Accordo intersetoriale** con soggetti esterni al sistema sanitario che possono contribuire alle azioni del Programma (Scuola, ANCI, Prefetture, Forze dell'Ordine, Associazioni ecc.) – **ogni anno**

FORMAZIONE

OBIETTIVI: - Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale

- Formazione basata su EUCP Curriculum
- Attività di formazione sul *Counseling breve*

- Favorire la programmazione partecipata di interventi formativi multidisciplinari ed intersettoriali

INDICATORI: - Definizione di uno o più Percorsi Formativi che includono il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali, destinati alla formazione congiunta degli operatori sanitari, socio-sanitari e di tutti gli attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal PP4 – ogni anno

- Percorso formativo su EUPC Curriculum – ogni anno
- Percorso formativo sul *counseling breve* - ogni anno

COMUNICAZIONE

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

INDICATORE: realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (2021/2022/2023) mirati a target e contesti specifici (es. scuole, genitori, educatori, associazioni, opinion leader, ecc)

EQUITA'

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

INDICATORE: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA - ogni anno

STATUS QUO 2023

Nell'anno 2023 sono stati valutati dai referenti di ogni specifica area tematica del Ministero della Salute i Piani Regionali di Prevenzione di tutte le Regioni e Province Autonome. Nello specifico, l'ambito della valutazione ha riguardato la verifica degli indicatori del primo anno dei Programmi Predefiniti e dei Programmi Liberi dei PRP.

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

Le Linee di supporto centrali, pertinenti al livello di governo centrale, sono finalizzate a migliorare la capacità del sistema sanitario di promuovere e governare la prevenzione e a rendere più efficiente ed efficace l'insieme delle relazioni tra attori istituzionali (e tra questi e gli *stakeholder*) e, in generale, a facilitare il raggiungimento degli obiettivi del PNP. La Linea di supporto centrale n. 11 prevede l'elaborazione di un Piano Nazionale o di Linee di indirizzo per le dipendenze. A tal fine è stato istituito il “Tavolo Tecnico di Lavoro per la realizzazione del Piano Nazionale di Prevenzione in materia di Dipendenze” con Decreto Dirigenziale il 21/04/2021. Il predetto Tavolo tecnico si è insediato il 7 luglio 2021 e prevede una durata concomitante con la vigenza del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025. I componenti del Tavolo hanno deliberato di affrontare come prima tematica **l'intercettazione precoce/emersione precoce delle situazioni problematiche (early detection)**. Nell'anno 2023 si sono svolte numerose riunioni, in parte in forma plenaria, in parte per area tematica, al fine di giungere, entro la durata di vigenza del PNP 2020-2025, all'elaborazione di Linee di indirizzo sull'intercettazione precoce delle persone che presentano comportamenti “a rischio” dipendenza da sostanze (alcol e sostanze stupefacenti) o da comportamenti (DGA, dipendenza online). Il documento prodotto sarà presentato in Conferenza Unificata.

DPCM 03.03.2017

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

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

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

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

PROGETTI CCM

Progetto finanziato con i fondi per le riassegnazioni:

SIAS-SISTIMAL International: Sistema e Azione di Supporto a SISTIMAL (Sistema di indicatori per il monitoraggio dell’impatto alcol-correlato in relazione alla partecipazione al monitoraggio in ambito internazionale)

Finalità: Migliorare un sistema dinamico già avviato, rendendolo più flessibile e integrato, costante e formalizzato, rappresentativo delle esigenze di monitoraggio epidemiologico attraverso indicatori coerenti con le esigenze di valutazione periodica e reporting utile alla programmazione socio sanitaria e all’azione di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione. Il sistema mira, nello specifico, a integrare ove possibile e richiesto le aree a oggi non ricomprese nel SISMA quali quelle relative alla morbilità e all’utenza dei servizi mirando alla sistematizzazione delle attività di elaborazione, analisi, studio e reporting di dati e di flussi informativi disponibili.

Risultati: Nel corso delle attività progettuali è stata condotta una raccolta e produzione di dati e informazioni utili a adeguare il contributo nazionale e delle regioni ed a assicurare l’expertise richiesto dal livello europeo e internazionale per la partecipazione alle survey periodiche della WHO e internazionali. Gli indicatori sono stati riformulati con particolare attenzione all’attivazione di nuove aree di attenzione della WHO, tra i quali ad esempio l’introduzione del nuovo indicatore puntuale dei consumatori dannosi (consumo di alcol quotidiano >40 g nelle femmine, >60 g nei maschi). È infine stato predisposto un rapporto tecnico scientifico annuale, integrato dalle varie fonti, che è stato anche oggetto di acquisizione nella Relazione al Parlamento su alcol e problemi alcol-correlati, secondo quanto previsto dalla Legge 125/2001. Il progetto ha inoltre permesso la ristrutturazione del sistema di monitoraggio SISMA online, che verrà reso disponibile a tutti gli utenti il giorno dell’*Alcohol Prevention Day* (19 Aprile 2023), e rappresenterà lo strumento di riferimento del Ministero per monitorare l’andamento temporale delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche e delle quantità di alcol consumate dalla popolazione in tutte le regioni e le provincie autonome.

2.2 Attività europee e internazionali su prevenzione e politiche sull'alcol

Nel corso del 2023, Il Ministero della Salute ha partecipato alle attività europee ed internazionale sulla prevenzione e sulle politiche sull'alcol anche avvalendosi della collaborazione tecnico-scientifica dell'Istituto Superiore di Sanità. In particolare, l'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA-ISS), nel corso dell'anno 2023, è stato chiamato a svolgere su richiesta dell'OMS un ruolo più centrale, usufruendo anche di contratti di servizio rivolti ad attività di consulenza tecnico-scientifica internazionale, sulle tematiche emergenti dalle nuove strategie, globale e europea, fornendone un aggiornamento costante al Ministero della Salute. Ciò ha consentito la condivisione del Ministero della Salute alle attività inerenti le valutazioni delle migliori pratiche europee ed internazionali, la partecipazione a progettualità e a gruppi di lavoro di alto livello, per le quali l'ONA-ISS è stato nominato dall'OMS a partecipare nei *Technical Advisory Group of experts* (TAG-ADE) e nei *Technical expert group* internazionali.

Di seguito si riportano le principali attività del 2023:

- **Partecipazione al IV Forum on Alcohol, Drug and Addictive Behaviours (FADAB) della WHO, HQ.** Dal 27 al 30 Giugno 2023, a Ginevra, si è svolto il quarto Forum su alcol, droghe e dipendenze comportamentali dell'OMS. Il Forum, proseguendo il fruttuoso lavoro svolto nel corso delle edizioni precedenti, ha avuto l'obiettivo di rafforzare la collaborazione internazionale tra le principali parti interessate nei settori della prevenzione dell'uso di sostanze e delle dipendenze comportamentali con un focus sulla recente introduzione nella ICD-11 (*International Classification of Diseases 11th Revision*) del *gaming* come condizione patologica sinora non considerata dalle precedenti classificazioni della malattie, del *gambling* e della loro convergenza rispetto alle condizioni di attuazione online e offline. Di particolare rilievo è stata la sessione inerente allo stato dell'arte del progetto collaborativo mondiale della WHO sul *gaming*, come pubblicato sulla rivista *Addiction*, (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34882889/>), di cui l'ONA-ISS è membro formale e partner nel gruppo di esperti internazionali di nomina WHO. Nella sessione si è discusso della necessità di implementare metodologie e strumenti in grado di identificare precocemente il rischio legato a un'esposizione patologica al *gaming*, in particolare da parte di minori, adolescenti e giovani, anche sulla base dei dati e delle evidenze portati dai rappresentanti di numerose realtà nazionali nel mondo e presenti al Forum. L'attenzione dell'edizione 2023 del Forum si è concentrata sulla discussione degli impegni internazionali già attivati e da attivare, compresi quelli delineati nel Piano d'azione globale sull'alcol della WHO (*Global Alcohol Action Plan 2022-2030*) approvato dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel 2022, impegni che richiedono azioni da intraprendere nei prossimi sette anni ma con obiettivi intermedi, come quello della riduzione del consumo dannoso di alcol da raggiungere nel 2025. Per ulteriori approfondimenti sull'evento è possibile consultare la pagina di epicentro dedicata ove sono segnalati una serie di link di interesse specifico: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/IV-forum-mondiale-alcol-droghes-dipendenze-comportamentali>
- **Consultazione: Global Alcohol Action Plan 2022-2030 della WHO, HQ.** Dal 18 al 20 gennaio 2023 si è svolta la consultazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità con le associazioni professionali e il mondo accademico sull'implementazione del piano d'azione globale sull'alcol 2022-2030. Il Piano, alla cui stesura ha contribuito l'ONA-ISS già dalle prime fasi e cioè a partire dal 2019, mira a promuovere l'attuazione della strategia globale sulle bevande alcoliche e sfruttare le evidenze disponibili, e il know-how politico, nel controllo dell'alcol e nell'affrontare i danni associati al suo consumo. Esso è parte della più ampia strategia mondiale di lotta alle malattie cronico-degenerative, azione principe dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite e degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals*)

che prevedono la riduzione del 10% del consumo rischioso e dannoso di alcol entro il 2025. Gli obiettivi della consultazione dello scorso gennaio 2023 sono stati quelli di informare le associazioni professionali e il mondo accademico (compresi i centri collaborativi della WHO) sul piano d’azione globale sull’alcol 2022-2030 e sulle azioni proposte nel piano per esplorare opportunità ed eventuali collaborazioni internazionali, discutere potenziali ruoli e attività delle associazioni professionali e del mondo accademico stesso, partecipanti alla consultazione, nell’attuazione del piano d’azione globale sull’alcol 2022-2030. Il piano d’azione stabilisce sei aree d’azione cruciali a cui corrispondono obiettivi e indicatori specifici: per ciascuna delle sei aree, il piano propone azioni e misure da parte degli Stati membri, del segretariato della WHO e di altre parti interessate, quali le associazioni professionali e il mondo accademico inclusi i centri collaborativi della WHO e con quest’ultimi si è lavorato sulla sfida di sviluppare e implementare misure efficaci per ridurre il consumo dannoso di alcol a tutti i livelli. La consultazione ha consolidato il consenso dei rappresentanti mondiali della comunità scientifica e accademica e quello del settore dei professionisti della salute sul messaggio centrale di una prevenzione basata sulle evidenze (come quelle pubblicate sulla rivista Lancet a gennaio, che hanno ribadito che non esistono limiti sicuri di consumo di alcol per la nostra salute) e che hanno supportato scelte a tutela dei consumatori (come quelle della Commissione europea nell’approvazione delle informazioni di salute in etichetta degli alcolici proposte in Irlanda e le linee guida del Canada che hanno indicato in due bicchieri di bevanda alcolica a settimana i limiti da non superare). Sono state inoltre affrontate le tematiche prioritarie della diffusione dell’interferenza dell’industria nel raggiungimento degli obiettivi di salute sostenibili e, a livello nazionale, le dinamiche pervasive di conflitti d’interesse operanti nei contesti di decisione delle politiche di prevenzione ostacolate da logiche di convenienza economica prevalenti su quelli di prevenzione e di tutela della salute.

- **Consulenza sulle Survey sull’alcol:** L’ONA-ISS, su nomina della Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti con l’Unione europea ed Internazionali del Ministero della Salute, ha svolto le attività richieste garantendo i dati e le informazioni di merito per le tre diverse survey su “Alcol e capacità di servizio per i disturbi da uso di sostanze 2023” nelle sue tre componenti dell’indagine globale 2023: alcol e salute, capacità dei servizi di affrontare i disturbi da uso di sostanze, dipendenze comportamentali. Il report internazionale e i Country Report saranno resi disponibili dall’OMS nel 2024.
- **Consultazioni OMS:** nel corso del 2023 si sono svolte le consultazioni OMS per la valutazione dell’implementazione degli obiettivi delle strategie globale ed europea focalizzate sul livello di raggiungimento dei Sustainable Development Goals (3.5) e della creazione della baseline per la European framework for Action on Alcohol 2022-2025.
- **Monitoraggio Internazionale ed Europeo:** Sono continue nel 2023 le attività relative alla fornitura di informazioni ed i dati italiani richiesti per le survey annuali della WHO e per l’OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) attraverso il progetto SISMA GD, finanziato dal Ministero della Salute e affidato all’ONA-ISS, organismo incaricato per le attività di sorveglianza specifiche trasferite dal DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) marzo 2021. L’Italia, attraverso il progetto SISMA GD contribuisce quindi a livello internazionale alle numerose iniziative di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol in continuità con quelle svolte nel corso degli ultimi dieci anni, quali la “EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harms” (Commissione Europea-CE, 2006); la “WHO European Alcohol Action Plan- EAAP - to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020” (WHO, Ufficio Regionale per l’Europa, 2011), il Piano d’Azione sui giovani e sul consumo episodico eccessivo di alcol “Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2020) , la Strategia Globale “Global strategy

to reduce the harmful use of alcohol" (WHO, 2010) e l' "Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Disease" (WHO, 2008). Nello specifico, le principali attività del 2023 sono di seguito riportate: 1) Agosto 2023: Revisione dei dati per l'Italia per il rapporto State on Health in EU - Italy 2023 della Commissione Europea su richiesta del Ministero della Salute. 2) Settembre 2023: Partecipazione alla survey della WHO, HQ "WHO Alcohol and service capacity for substance use disorders global survey on SDG 3.5 Progress (2023)" modulo "Alcohol and Health".

- **Awareness Week on Alcohol Related Harm, AWARH.** La settimana europea di prevenzione sui danni alcol-correlati (*Awareness Week on Alcohol Related Harm, AWARH*) è stata istituita nel 2013 per aumentare la consapevolezza sui danni causati dall'alcol e sulla necessità di affrontarli attraverso un approccio politico integrato. Ogni anno viene scelto un tema su cui incentrare l'iniziativa e sul quale confrontarsi. Per il 2023, dal 27 novembre al 3 dicembre si è svolta l'undicesima settimana di sensibilizzazione sui danni provocati dall'alcol (AWARH 2023), organizzata come ogni anno da Eurocare (*European Alcohol Policy Alliance*) in collaborazione con prestigiose società scientifiche europee del settore. I Partner di AWARH sono l'*European Association for the Study of the Liver* (EASL), l'*European Brain Council* (EBC), l'*European Liver Patients Association* (ELPA), la *European Federation of Addiction Societies* (EUFAS), l'*European Alcohol Policy Alliance* (Eurocare) e l'*United European Gastroenterology* (UEG). In Italia AWARH è sostenuta dall'ONA-ISS, già Centro Collaborativo della WHO per le problematiche alcol-correlate, in collaborazione con la Società Italiana di Alcologia (SIA), incoraggiando a organizzare eventi a livello nazionale e locale e rendendo disponibili i materiali e le infografiche dell'iniziativa. L'importanza di incoraggiare la diffusione di messaggi di prevenzione, è supportata dai dati dell'ONA-ISS pubblicati ogni anno in un documento (pubblicato nella serie *Rapporti ISTISAN*) sul monitoraggio alcol-correlato e riportati ogni anno nella relazione al Parlamento del Ministero della Salute sugli interventi realizzati ai sensi della legge 125/2001 in materia di alcol e problemi alcol-correlati, nel marzo 2022 presentata in occasione della Conferenza Nazionale Alcol, e documentata nel Libro Bianco a cura del Ministero della Salute "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcologia italiana". Nell'edizione 2023, per una serie di "fatti" (*facts*, ovvero messaggi) in materia di alcol sono state prodotte pagine web che includono materiali diversi per la diffusione delle informazioni e collegamenti per approfondimenti rispetto alla tematica stessa. L'ONA-ISS ha partecipato alle riunioni di lavoro europee per l'identificazione dei messaggi fondamentali (tutti supportati da evidenze scientifiche) da diffondere e ricordare tutto l'anno. Per approfondimenti consulta la pagina del sito dedicata su Epicentro (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2022>), in corso di aggiornamento.
- **"Informare sull'alcol e i danni alcol-correlati: una guida della WHO per i giornalisti".** Nel 2023 il contributo assicurato dall'ONA-ISS e dal suo Centro Servizi Documentazione Alcol - CSDA ha garantito l'impegno del Ministero della salute alla resa disponibilità e disseminazione di rapporti della WHO per alcuni dei quali sono stati resi disponibili approfondimenti periodici e regolari sulla pagina dedicata dell'Osservatorio Nazionale Alcol (<https://www.epicentro.iss.it/alcol>) "Epicentro. L'epidemiologia per la sanità pubblica". E' stato reso disponibile on line, dallo scorso 15 aprile 2023, la guida della WHO dal titolo "*Reporting about alcohol: a guide for journalists*", che mira a supportare i giornalisti su come comunicare efficacemente le conoscenze sull'alcol e il danno alcol-correlato ai cittadini, le famiglie e la società. Questa guida fornisce ai giornalisti alcune strategie di comunicazione per meglio indirizzare alla popolazione informazioni e messaggi corretti sul consumo di alcol e sui danni alcol-correlati, e su eventuali soluzioni, di comprovata efficacia, a questo problema.

- L'ONA-ISS ha assicurato, su incarico diretto della **Less Alcohol Unit** dell'Health Promotion Department, Healthier Populations Division dell'Head Quarter OMS di Ginevra, le seguenti iniziative:
 - la consulenza e la revisione della survey relativa alle policy sull'alcol, già attuata a livello mondiale, al fine di apportare miglioramenti;
 - l'input sull'analisi dei trend correnti su alcol e giovani, delineando il futuro delle survey globali facendo riferimento al case study italiano e alla esperienza nazionale di prevenzione;
 - le competenze specifiche sui sistemi di monitoraggio epidemiologici governativi formali basati sul SISMA, sistema di monitoraggio alcol - DPCM 3/3/2017- per migliorare la Dashboard OMS sulla base dell'esperienza dell'Osservatorio Nazionale Alcol del Sisma online (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/index>);
 - la produzione di un *policy brief internazionale* pubblicato sul sito web OMS di Ginevra sulle bevande non alcoliche o a bassa gradazione alcolica;
 - la partecipazione e la co-creazione e realizzazione di una serie di webinar internazionali OMS.

2.3 Gli interventi in materia di informazione e comunicazione

La Legge 125/2001 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati” prevede all’art.3, comma 4, lettera c, un finanziamento dedicato alla promozione di attività di informazione e di prevenzione affidate al Ministero della Salute.

La Direzione Generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali (ex DGCOREI), nell’anno 2022, in collaborazione con Aci (Automobile Club Italia), ha realizzato una campagna di comunicazione sul tema ‘consumo di alcol e guida’ con affissioni stampa e digitali in 45 stazioni ferroviarie, 219 stazioni di servizio autostradale e nei due Aeroporti di Roma Fiumicino e Ciampino.

La campagna il cui slogan è ‘Non sfidare la sorte’ è stata indirizzata ad un target giovanile e in particolare a tutti quei ragazzi che al termine di una serata si mettono al volante all’uscita dei locali notturni.

Il periodo di programmazione, dal 15 luglio al 15 agosto, ha coperto volutamente il periodo centrale delle vacanze estive, considerato quello a maggiore densità di eventi musicali, concerti e feste di varia natura oltreché naturalmente quello a più alto transito nei luoghi della pianificazione (stazioni dei treni, aeroporti e autogrill).

Il visual di forte impatto visivo con un linguaggio giovanile diretto e senza filtri richiama la metafora della ‘sfida’ e mira a responsabilizzare il pubblico giovanile con una forte presa di coscienza dei rischi connessi alla guida in stato di ebbrezza.

Grazie a questo accordo sono state realizzate anche una serie di azioni di comunicazione sul tema della guida in sicurezza che sono state portate avanti con iniziative di varia natura quali:

- Contributi multimediali finalizzati all’acquisizione della consapevolezza da parte dei giovani delle norme e delle regole per una guida sicura, oggetto dell’accordo, che sono stati trasmessi sulla TV della Federazione automobilistica italiana e su altri network nazionali;
- Presentazioni video e/o multimediali e manifesti del progetto da utilizzare nel corso dei principali eventi sportivi motoristici;
- Creazione di un’apposita sezione dedicata sul sito web dell’ACI, in cui sarà pubblicato un resoconto sull’attività svolta.

2.4 L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001

La legge 125/2001, all'art. 3 comma 4, prevede che il Ministero della Salute predisponga l'assegnazione alle Regioni e Province Autonome delle risorse disponibili finalizzate al monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcol correlati. Il Ministero della Salute e la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni si sono quindi accordati affinché le risorse annuali fossero destinate alla realizzazione di uno o più progetti di interesse condiviso dal Ministero e dalle Regioni ed attribuite ad una o più Regioni che tuttavia si avvalgono del contributo di tutte le altre Regioni per giungere a risultati di comune interesse ed utilità.

Le risorse finanziarie dell'anno 2023 sono state assegnate dalla Commissione Salute, sentito il parere del Gruppo tecnico interregionale sub area dipendenze, alle Regioni Lombardia e Sicilia.

La Regione Lombardia ha presentato un progetto dal titolo “Buone pratiche di Telemedicina in alcologia e nelle Dipendenze” il quale intende dare un ulteriore sviluppo alle attività progettuali affrontate con il precedente progetto conclusosi nell'anno 2023.

La Regione Sicilia ha presentato il progetto dal titolo “Alcol e idoneità alla guida in Italia: dalla difformità attuale di approcci e linguaggi alla necessità di criteri e procedure uniformi”.

Entrambe le Regioni fruiranno di un *badget* pari a 48.504,00 euro ciascuno.

La Regione Lombardia, nell'anno 2023 ha concluso il progetto “***L'intervento in Alcologia e nelle Dipendenze nella forma della Telemedicina***”. L'evento finalizzato alla condivisione dei risultati del progetto, organizzato dalla Regione Lombardia, si è svolto online nel mese di Settembre 2023. La parte terza della presente relazione riporta una sintesi dei risultati del progetto che, comunque, sono pubblicati integralmente sul sito del Ministero della Salute nell'area dedicata ad “alcol e alcoldipendenze”.

Le Regioni Veneto e Valle D'Aosta, assegnatarie delle risorse finanziarie dell'anno 2022, stanno procedendo con le attività progettuali che, per entrambe, riguardano il tema “***Contrasto al binge drinking: interventi a favore dei giovani vulnerabili***”. Le Regioni concluderanno i progetti entro l'anno 2024 presentando pertanto i risultati in un apposito evento finale.

PARTE TERZA

PROGETTUALITA' DELLE REGIONI E PPAA ai sensi della L. 125/2001

Il presente Capitolo è stato ideato per riportare i documenti conclusivi dei progetti attuati dalle Regioni e Province Autonome finanziati con i fondi annuali previsti dalla Legge 125/2001.

La Relazione al Parlamento quest'anno illustrerà la sintesi della relazione conclusiva del progetto della Regione Lombardia dal titolo ***“L'intervento in Alcologia e nelle Dipendenze nella forma della Telemedicina”***, finanziato con i fondi dell'anno 2021.

Si ricorda che la relazione finale del progetto è pubblicata integralmente sul sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it) all'area tematica “alcol e alcoldipendenza”.

L'INTERVENTO IN ALCOLOGIA E NELLE DIPENDENZE NELLA FORMA DELLA TELEMEDICINA

Progetto realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute-capitolo 4392

Regione Lombardia, DG Welfare, U.O. Rete Territoriale Struttura Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria

Testo a cura della Responsabile Scientifica: dott.ssa Cinzia Sacchelli

Ente attuatore: ASST di Crema

Enti partner: ASST Fatebenefratelli-Sacco Miano, ASST Brianza, Università degli Studi di Brescia

Il Ministero della Salute ha voluto finanziare con il fondo ex Legge n. 125/2001 per l'anno 2021 il Progetto “L'intervento in Alcologia e nelle Dipendenze nella forma della Telemedicina”, proposto dal Gruppo Interregionale delle Dipendenze. Il Progetto ha avuto come finalità lo sviluppo della Telemedicina nell'ambito alcolologico e delle dipendenze ed il supporto alla messa a sistema delle *best practices* di Telemedicina nel settore delle dipendenze, a seguito delle esperienze di intervento da remoto implementate nel periodo della emergenza da Covid.

La Regione Lombardia, Capofila del Progetto, ha identificato quattro Unità Operative incaricate delle azioni progettuali: l'ASST di Crema come Ente attuatore e, come partner: l'ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano, l'ASST di Monza (divenuta ASST Brianza) e l'Università degli Studi di Brescia.

Si è quindi costituito il Gruppo di Progetto con gli operatori della U.O. che, dopo le fasi organizzative preliminari e l'acquisizione delle risorse necessarie, ha operato intensivamente con regolari incontri periodici. Il Gruppo di Progetto ha coinvolto in un Gruppo di Lavoro allargato quei Servizi e Professionisti interessati, segnalati e raggiunti tramite l'Interregionale delle Dipendenze - costantemente aggiornata sull'andamento dei lavori progettuali -, le maggiori Società Scientifiche in ambito alcolologico, le Associazioni di Auto-Mutuo Aiuto: alcuni degli operatori del Gruppo di Progetto e del Gruppo di Lavoro, oltre che essere professionisti esperti delle U.O. e dei Servizi di Alcologia e delle Dipendenze, erano contestualmente stimati membri delle maggiori Società Scientifiche nel campo alcolologico.

Il Gruppo di Progetto, avvalendosi dei contributi del Gruppo di Lavoro allargato, ha svolto:

- un lavoro di ricerca e Revisione della letteratura scientifica internazionale, al fine di individuare gli strumenti tecnologici sperimentati nell'ambito della Telemedicina e le evidenze scientifiche disponibili in merito alla Telemedicina in alcolologia e nelle dipendenze;

- una Mappatura delle esperienze più significative di intervento online e di gruppi online proposte dai Servizi di Alcologia e delle Dipendenze e dalle Associazioni di gruppi di auto-mutuo aiuto;
- la produzione e la messa alla prova sul campo di Strumenti tecnici per il supporto degli interventi in Telemedicina in Alcologia e nelle Dipendenze (Netiquette per gli operatori, Netiquette per gli Utenti, Format per il Colloquio di Monitoraggio Sanitario, Format per il Diario clinico digitale, Questionario di Customer per gli operatori, Questionari di Customer per gli utenti).

Il Progetto, durante i 18 mesi del suo svolgimento, in sinergia con il Gruppo Interregionale delle Dipendenze, ha più volte condiviso i propri obiettivi ed attività con Enti, Servizi, Società Scientifiche e Associazioni di Auto-Aiuto di tutto il territorio nazionale, alimentando un continuo e fruttuoso scambio di esperienze.

Di seguito verrà riportata una **sintesi** del Dossier elaborato dalla Regione Lombardia a conclusione del progetto. Il testo integrale del Dossier insieme agli allegati (Netiquette utenti, netiquette operatori, diario telemonitoraggio, FAQ) sono pubblicati sul sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it) in area “*alcol e alcoldipendenze*”.

Per una panoramica dei contenuti del testo integrale del Dossier, si ritiene utile riportarne l’indice degli argomenti trattati.

INDICE

INTRODUZIONE

CORNICE DEL PROGETTO

LA NORMATIVA ITALIANA SULLA TELEMEDICINA

ANALISI DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA INTERNAZIONALE SULLA
TELEMEDICINA NELLE DIPENDENZE

Revisione scientifica

Metodi

Risultati

Strumenti a supporto della Telemedicina nelle Dipendenze

Strumenti diagnostici e valutativi online

Strumenti per il monitoraggio dei pattern di comportamento

Netiquette

ANALISI DELLE ESPERIENZE DI INTERVENTO ONLINE NELLE DIPENDENZE

Strategie per la Mappatura

Risultati dei Questionari di mappatura

Questionario di rilevazione delle Best Practices di intervento online

Questionario di rilevazione dei Gruppi online

Risultati delle Interviste semi-strutturate

PRODUZIONE E MESSA ALLA PROVA DI STRUMENTI L'INTERVENTO ONLINE NELLE DIPENDENZE

Strumenti prodotti

Checklist per Netiquette

Netiquette per utenti

Netiquette per operatori

Questionari di *Customer satisfaction*

Monitoraggio Sanitario online: Colloquio, il format

Monitoraggio Sanitario online: Diario digitale, un prototipo

La Sperimentazione delle Netiquette e del Telemonitoraggio Sanitario

Risultati della Sperimentazione

PER UNA APPROPRIATA APPLICAZIONE DELLA TELEMEDICINA IN ALCOLOGIA E NELLE DIPENDENZE

I benefici della Telemedicina nelle Dipendenze

Ambiti di applicazione della Telemedicina in Alcologia e nelle Dipendenze

La Responsabilità sanitaria nella di Telemedicina

La strumentazione informatica

Telemedicina con l'utente

Telemedicina con il professionista

Consenso Informato

Rendicontazione

Formazione degli operatori alla Telemedicina

BIBLIOGRAFIA

APPENDICI

Appendice 1. Linee guida internazionali per la telemedicina nelle dipendenze

Appendice 2. Censimento delle esperienze più significative di Telemedicina nelle Dipendenze

2.1 Format delle Interviste semi strutturate sulle Best Practices di telemedicina nelle dipendenze

2.2 Format delle Interviste semi strutturate sui Gruppi online e sulla Telemedicina

2.3 Testimonianze di esperienze di attività in Telemedicina delle Dipendenze

Appendice 3. Netiquette in Telemedicina delle Dipendenze, versioni utente e operatore

Appendice 4. Questionario di soddisfazione della Telemedicina, versioni utente e operatore

Appendice 5. Format per il Colloquio di Monitoraggio Sanitario in Alcologia e Dipendenze

Appendice 6. Diario della astensione da alcol e *addiction* e analisi delle recidive

PER UNA APPROPRIATA APPLICAZIONE DELLA TELEMEDICINA IN ALCOLOGIA E NELLE DIPENDENZE

Con la Revisione scientifica sono stati censiti e brevemente descritti i lavori di ricerca più significativi nell'ambito della Telemedicina applicata alle Dipendenze. Sono state censite le Linee Guida internazionali già esistenti per regolamentare l'applicazione della Telemedicina. Sono stati illustrati gli Strumenti di Screening e di Valutazione dell'andamento del trattamento e dello stato del paziente, utilizzabili on line nel corso di Televisite, Videocolloqui e Telemonitoraggio sanitario, in funzione del bisogno dell'utente e delle finalità del trattamento.

Con la Mappatura svolta sulle *Best Practices* e dei Gruppi on line è stato analizzato ciò che permane dell'esperienza di intervento on line avviata nel periodo pandemico nelle Dipendenze. Ne emerge che i Servizi stanno portando avanti l'utilizzo della modalità on line per alcune attività, ciò anche nella misura in cui sono stati nel frattempo attrezzati dai loro Enti di appartenenza: dotazione informatica (pc, device, webcam, microfoni e casse; piattaforma, software, connessione...) e revisione del consenso informato sulla raccolta e trattamento dei dati personali. Si prosegue ad utilizzare la modalità on line per operare con professionisti operanti in altre sedi (Videocall con operatori e pazienti in altri Servizi, Reparti Ospedalieri, Comunità). Gli interventi da remoto sono utilizzati per ottimizzare l'attività clinica condivisa con altre realtà, si pensi per esempio ai videocolloqui con l'utente inserito in comunità e ai videoconsulti tra gli operatori dei servizi delle dipendenze e gli operatori delle strutture residenziali (Ospedale, Comunità, Carcere, ...) o alle riunioni online coi Servizi sociali, Tutela Minori, Tribunali e Prefetture.

Si sono concluse alcune sperimentazioni attivate nel periodo pandemico, per quanto si fossero dimostrate utili ed efficaci a garantire la continuità terapeutica con i pazienti già in carico ai Servizi; citiamo a titolo di esempio i Gruppi Motivazionali, Psicoeducazionali, di Sostegno e Monitoraggio dei NOA ed i Gruppi di Auto-Aiuto che erano temporaneamente transitati on line.

Gran parte dell'attività clinica con l'utente e la sua famiglia è tornata a svolgersi in presenza. La modalità erogativa on line viene ancora utilizzata dagli operatori dell'Équipe dei NOA e dei SERD per raggiungere attraverso videocolloqui quei pazienti in carico, ma temporaneamente impossibilitati ad accedere al servizio (per es. malattia, arresti domiciliari).

Proseguono alcune esperienze di intervento on line pregresse al periodo pandemico, ed anche alcune sperimentazioni di intervento che hanno dato evidenza di efficacia. Tra le prime possiamo ricordare il servizio "Gioca responsabile" proposto da FederSerD che aveva offerto una Help Line e che continua ad offrire Psicoeducazione e Psicoterapia cognitivo-comportamentale; tra le seconde ricordiamo il Gruppo di Disassuefazione dal tabacco del SerD di Cremona ed il Gruppo di Alcolisti Anonimi di Lecco.

Con la sperimentazione prevista nel Progetto, sono stati costruiti un Protocollo per il Telemonitoraggio dell'utente che prevede una **Netiquette per gli operatori** e una **Netiquette per gli utenti**; una **Traccia per il Videocolloquio** e un **Diario digitalizzato**. La sperimentazione è stata realizzata con la collaborazione di diversi Servizi di Alcologia e delle Dipendenze italiane, coinvolgendo un significativo numero di utenti e operatori.

Al termine dei lavori di questo Progetto è possibile trarre alcune indicazioni:

- a. Il Monitoraggio sanitario in Telemedicina ha avuto un bassissimo drop out (8%) ed un elevatissimo livello di gradimento da parte dei beneficiari: oltre il 95% degli utenti ha apprezzato la possibilità di usufruire di videocolloqui on line, applicando le Netiquette e utilizzando il Diario digitale. Ad un risultato così significativo ha certamente contribuito il fatto che gli utenti sono stati selezionati dalla Equipe curante, in funzione di alcuni criteri di inclusione ed esclusione. Il Diario Digitale, in formato *excell*, è lo strumento prodronico allo sviluppo di strumenti digitalizzati maggiormente *user friendly*.

- b. Il livello di gradimento del Monitoraggio sanitario in Telemedicina è alto in un'elevata percentuale di operatori (83%). E' necessario ricordare che anche gli operatori sono stati selezionati a monte, grazie alla autocandidatura nel partecipare alla sperimentazione: è quindi implicita la loro propensione all'utilizzo dell'intervento on line. Tuttavia essi segnalano resistenze nei servizi all'introduzione di questa modalità innovativa, a causa della scarsa dotazione della strumentazione necessaria, dell'assenza di indicazioni e di una idonea formazione, dell'abitudine degli operatori ad operare soltanto in presenza.
- c. Il Telemonitoraggio sanitario ed i Videocolloqui sono strumenti efficaci ed efficienti che possono arricchire la gamma degli strumenti dei Servizi delle Dipendenze nella attività con l'utenza, facilitando l'accesso alle prestazioni. Ciò è particolarmente utile con i pazienti già in carico ai NOA e SERD che possono avere difficoltà a raggiungere il servizio.
- d. I Videoconsulti, le Videoconsulenze, sono attività on line che gli operatori dei Servizi di Alcologia e delle Dipendenze stanno portando avanti, perché facilitano il confronto tra professionisti che hanno in carico il medesimo utente, risparmiando il tempo (ed il costo) dei trasferimenti.
- e. Per il buon uso della Telemedicina - oltre al necessario investimento tecnologico (piattaforma, strumenti digitali) e all'attenzione alla tutela della privacy - è necessario cominciare a definire procedure, buone pratiche, protocolli di erogazione delle diverse tipologie di prestazioni da parte delle diverse figure professionali, nonché strutturare su questi temi una diffusa e continua formazione degli operatori.

La Telemedicina oggi deve essere vista come una modalità innovativa da integrare alla pratica sanitaria tradizionale, da mettere a sistema anche nelle Dipendenze per come ha dato evidenza di utilità ed efficacia. Lo sviluppo della Telemedicina va considerato nella logica della presa in carico di prossimità, così come già prevista per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale di cui al DM 77/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale". La Telemedicina può infatti facilitare l'accesso ad un'assistenza qualificata nell'ambito dei LEA, anche in contesti svantaggiati ed in condizioni di svantaggio; ed è peraltro uno strumento di impatto per efficientare il Servizio Sanitario Nazionale in un periodo storico in cui purtroppo i professionisti sanitari sono di difficile reclutamento.

I benefici della Telemedicina nelle Dipendenze

Tra i maggiori benefici prodotti dall'intervento da remoto attuato nel periodo pandemico - e perseguiti attraverso la messa a regime della Telemedicina nelle Dipendenze - ricordiamo:

Facilitazione nell'accesso alle prestazioni in favore di particolari tipologie di utenti

La facilitazione dell'accesso all'assistenza sanitaria in favore della persona con problematiche da *addiction* può essere fortemente aumentata dall'uso della Telemedicina, specie quando questi:

- deve raggiungere il Servizio da un luogo lontano oppure da una zona remota e poco servita;
- si trova temporaneamente in altri luoghi (per es. trasferte lavorative);
- è privo di mezzi di trasporto, della patente, di un accompagnatore;
- ha orari di lavoro non compatibili con gli orari di apertura del servizio all'utenza;
- sta svolgendo un programma comunitario, è in ospedale, in struttura residenziale;
- è ammalato, infortunato, temporaneamente impossibilitato a raggiungere il servizio;
- è agli arresti domiciliari, sta scontando una pena detentiva (Carcere, REMS).

La facilitazione all'accesso attraverso l'utilizzo di videocolloqui vale anche per il Familiare della persona con disturbo da uso di alcol che non riesca ad accedere ai colloqui in presenza per uno dei motivi sopraelencati, o anche per residenza, o per impedimenti correlati all'assistenza di figli o di familiari.

Razionalizzazione e continuità delle cure al domicilio dell'utente

Grazie alla Telemedicina è possibile portare direttamente al domicilio dell'utente alcune prestazioni sanitarie, senza che questi sia costretto a muoversi, e senza che l'operatore debba allontanarsi dal servizio. Attraverso il Telemonitoraggio sanitario dell'andamento del programma individualizzato del paziente in carico all'*Equipe* multidisciplinare del servizio, è possibile per esempio:

- sostenere la *compliance* al programma e all'intervento farmacologico (alcune terapie prevedono somministrazioni quotidiane e non è infrequente che non vi sia un familiare di riferimento per l'utente);
- razionalizzare l'intervento al domicilio del paziente; prevenire e, al bisogno, intervenire precocemente sulle recidive anticipando gli appuntamenti delle visite e colloqui in presenza;
- mantenere un costante monitoraggio dell'andamento e della condizione psico-fisica del paziente. Possono rientrare in questa tipologia di attività i Videocolloqui previsti nel Programma individualizzato dell'utente ed effettuati dalle diverse figure sanitarie dell'*Équipe*: Medico, Psicologo, Infermiere professionale, Educatore professionale.

Miglioramento della efficacia, efficienza, appropriatezza

L'introduzione dell'intervento da remoto nel periodo pandemico ha avuto una immediata applicazione nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i professionisti dei Servizi delle dipendenze con terapeuti, operatori e volontari operanti altre realtà: Comunità residenziali e Centri diurni; Pronto Soccorso e Reparti Ospedalieri; Servizi Sanitari, Psichiatria, Consultorio Familiare, Neuropsichiatria, Carceri, REMS; Servizi Sociali; Servizi per la Tutela Minori; Prefettura; Associazioni di Auto-Aiuto; Cooperative per il reinserimento sociale, l'assistenza e l'inclusione.

Lo scambio di informazioni e documentazione sanitaria tra terapeuti che hanno in carico il paziente consente una maggiore integrazione degli interventi, riduce i rischi legati a inappropriatezza; ottimizza i tempi e l'impiego delle risorse.

Contenimento della spesa

La Telemedicina avrebbe un impatto sul contenimento di alcuni costi, tra cui per esempio quelli dei trasferimenti per il coordinamento e continuità assistenziale delle cure condivise con altri Enti e Servizi: si pensi ad esempio ai casi in cui il paziente è inserito in Comunità Terapeutiche o Strutture Ospedaliere, per cui il Videocolloquio col paziente o il Videoconsulto e la Videoconsulenza con le strutture residenziali (comunitarie, ospedaliere, carcerarie...).

Ottimizzazione delle risorse umane

Uno dei vantaggi della Telemedicina è rappresentato dalla ottimizzazione nell'impiego di risorse umane, alcune delle quali di difficile reperimento nell'attuale mercato del lavoro. L'erogazione di alcune prestazioni in Telemedicina consentirebbe un significativo risparmio di tempo.

Sostegno ai familiari e agli utenti privi del supporto di familiari di riferimento

I programmi trattamentali in favore delle persone con disturbo da uso di alcol e di altre forme di *addiction*, prevedono generalmente il coinvolgimento dei familiari con colloqui utili nel corso della valutazione e rivalutazione, con interventi per il loro *empowerment* (psicoeducazione e consulenza) e per l'orientamento del supporto che possono fornire al paziente (per es. nell'affiancamento per l'assunzione quotidiana dei farmaci e nel monitoraggio).

La Telemedicina faciliterebbe la erogazione di prestazioni al familiare che fatica ad accedere al servizio. La Telemedicina, specie il Telemonitoraggio, potrebbe parzialmente sopperire all'assenza di un familiare, che di solito supporta il paziente ed il processo di cura (motivazione, *compliance* alla terapia e al trattamento, monitoraggio, intervento precoce sulle recidive).

Sicurezza degli utenti e del personale sanitario

La Telemedicina ha trovato una sua larga applicazione per garantire la continuità assistenziale e la sicurezza sanitaria nel periodo del *lockdown* e della emergenza da Covid-19. Gli interventi da remoto continuano ad essere indicati in situazioni in cui sia in gioco la sicurezza sanitaria del paziente. A ciò si aggiunge la possibilità di garantire un maggior grado di sicurezza agli operatori nella erogazione di prestazioni in condizioni particolari: si pensi ad esempio alla possibilità di erogare videocolloqui in orario tardo pomeridiano, orario preferito dagli utenti con un maggiore livello di funzionamento ed integrazione sociale (lavoratori e studenti), ma poco accessibile perché nei servizi c'è una minore presenza di personale.

Facilitazione dell'intervento precoce e del trattamento in favore degli adolescenti

Le nuove generazioni hanno una maggiore propensione alle interazioni digitali. La integrazione di strumenti di Telemedicina nei Servizi delle dipendenze li doterebbe di soluzioni innovative, in linea con le modalità comunicative più fruite dai ragazzi.

Ambiti di applicazione della Telemedicina in Alcologia e nelle Dipendenze

Le Linee di Indirizzo del Ministero della Salute definiscono la Telemedicina come un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo la erogazione di servizi a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software delle reti di telecomunicazione. I servizi di Telemedicina sono assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico e terapeutico. Tuttavia la Telemedicina non può e non vuole sostituire la clinica tradizionale, ma potenziarla, migliorandone l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza.

Nell'ambito dell'Alcologia e delle Dipendenze, in funzione dell'appropriata implementazione della Telemedicina, è necessario prendere in considerazione alcuni aspetti:

- la metodologia di lavoro multidisciplinare, che prevede l'integrazione all'interno della *Equipe* clinica del lavoro delle diverse figure professionali (medico, psicologo, infermiere professionale, educatore professionale, assistente sociale, professionisti sanitari);
- la peculiare complessità della valutazione clinica dello stato psicofisico dell'utente con disturbo da uso di alcol/sostanze, anche per l'impatto degli effetti della sostanza psicoattiva che questi assume e per la non scontata attendibilità delle informazioni fornite dall'utente in stato di alterazione. Di norma, a garanzia della veridicità e validità della diagnosi, la valutazione viene attuata nei servizi delle dipendenze incrociando gli esiti di diversi strumenti diagnostici (esame obiettivo, esami di laboratorio, raccolta anamnestica e colloquio col paziente e coi familiari, osservazione clinica, test, raccordo con altri servizi e professionisti sanitari). Richiede quindi un certo arco di tempo anche per la necessità di eseguire diagnosi differenziali, valutando la comorbilità organica e psichica nonché le problematiche bio-psico-sociali correlate all'*addiction*;
- è il Programma di intervento individualizzato che nei NOA e SERD orienta l'attività clinica in favore del paziente; il *piano di interventi personalizzato* viene definito dalla *Equipe* a seguito della valutazione multidimensionale, e viene quindi concordato con i beneficiari. Il *Programma di intervento individualizzato* è oggetto di periodiche valutazioni da parte della *Equipe*.

In coerenza con la metodologia di prassi in Alcologia e nelle Dipendenze, ed in analogia a quanto già previsto per la implementazione della Telemedicina in altri ambiti di intervento, la Telemedicina potrebbe essere proposta in modo appropriato all'utente a completamento della valutazione multidisciplinare della *Equipe*, effettuata in presenza, con visite e colloqui ed esami strumentali.

La Telemedicina sarà quindi una modalità di intervento prevista dalla *Equipe* multidisciplinare all'interno del *Progetto di Intervento individualizzato* dell'utente, laddove ne sia stata preliminarmente valutata l'indicazione e la fattibilità. Nel *Progetto di Intervento individualizzato* verranno congiuntamente programmate le prestazioni sanitarie da svolgere in presenza ed atte a valutare nel tempo lo stato psicofisico del paziente e l'efficacia del programma stesso.

La Telemedicina nelle Dipendenze potrebbe essere di supporto per le seguenti finalità:

- **Prevenzione:** per es. videocolloqui di consultazione, psicoeducazione, sostegno, monitoraggio nell'ambito della diagnosi ed intervento precoce con persone con un problema episodico, lieve, o pregresso (ad esempio adolescenti, utenti con Disturbo da Gioco d'azzardo, persone con Disturbo da uso di sostanze in remissione protratta, familiari) che sono in carico per interventi mirati a ridurre il rischio di recidive, complicanze o aggravamenti. O anche per es. videocolloqui di informazione e consulenza - in un contesto online non stigmatizzato o anonimo - per orientare e facilitare l'accesso ai servizi (per es. dal Pronto Soccorso o dal Reparto Ospedaliero, dallo Ambulatorio del MMG o PLS, o altri Servizi Sociosanitari).
- **Diagnosi:** l'iter diagnostico multidisciplinare non è eseguibile attraverso l'uso esclusivo di strumenti di Telemedicina perché necessita di visite e colloqui in presenza e la esecuzione di esami strumentali. Tuttavia la Telemedicina potrebbe consentire l'acquisizione di informazioni, referti e approfondimenti clinici e la trasmissione di documentazione sanitaria utile al processo di diagnosi e cura. Possono essere utili Teleconsulti e Teleconsulenze degli operatori sanitari che hanno avuto in carico l'utente ai professionisti sanitari che devono intervenire sul medesimo paziente (ospedale, pronto soccorso, comunità, carcere...).
- **Cura:** a seguito del completamento dell'iter diagnostico multidisciplinare, l'Équipe che ha in carico l'utente può valutare di erogare una parte delle prestazioni online, in modo complementare a quelle erogate in presenza (Televisite, Videocolloqui, Monitoraggio).
- **Riabilitazione:** Videocolloqui o Gruppi di Psicoeducazione in favore dell'utente e dei familiari, Training abilitativi, riabilitativi; Teleconsulenze in favore degli operatori che hanno in carico l'utente in strutture residenziali riabilitative e Videocolloqui con l'utente che sta fruendo di interventi riabilitativi presso altre strutture.
- **Monitoraggio:** Videocolloqui per la valutazione dell'andamento del Programma con l'utilizzo del Diario digitale; per il supporto alla motivazione e alla *compliance* (anche all'assunzione delle terapie farmacologiche ed esecuzione degli esami); per la valutazione della condizione di benessere psicofisico anche con l'utilizzo di test e scale scelte in funzione dell'indicazione clinica e della finalità; per la prevenzione e l'intervento precoce delle recidive.

I servizi di Telemedicina vengono classificati dalle Linee di Indirizzo Ministeriali e dalle Indicazioni Nazionali per l'erogazione delle prestazioni in Telemedicina nelle seguenti macro-categorie:

1. **Telemedicina Specialistica**, che comprende le varie modalità con cui si forniscono interventi sanitari specialistici a distanza all'interno di una specifica disciplina sanitaria.

Include tra gli ambiti interessati alcune specialità che operano nei Servizi delle Dipendenze o in stretta collaborazione (per es. Telepsichiatria, Telepsicologia, Teleriabilitazione). Può avvenire tra lo Specialisti e l'utente oppure tra Specialisti e altri Operatori sanitari secondo le seguenti modalità:

- Televisita medica: è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con il paziente anche con il supporto del care-giver. Non può essere considerata il mezzo per condurre la relazione medico-paziente esclusivamente a distanza, né può essere considerata sostitutiva della prima visita medica in presenza. Durante la videochiamata deve essere garantita la possibilità di scambiare referti e dati clinici e può essere usata per la raccolta dell'anamnesi.
- Telerefertazione: è la relazione rilasciata a seguito di un esame clinico o strumentale il cui contenuto è quello tipico delle refertazioni eseguite in presenza, che viene scritta e trasmessa attraverso sistemi digitali e di telecomunicazione.
- Teleconsulto: indicazione di diagnosi o di scelta di una terapia attraverso l'attività di consulenza a distanza fornita dal Medico specialista a colleghi.
- Telecooperazione sanitaria: è un atto consistente nell'assistenza fornita ad un altro operatore impegnato in un atto sanitario con l'utente contestualmente presente.

Per le Dipendenze, la scelta potrebbe essere quella di ricondurre in questa categoria le prestazioni di Videocolloqui per la Televisita, Teleconsulto, Telecooperazione dei professionisti sanitari che erogano prestazioni sanitarie specialistiche.

2. Telesalute, attiene principalmente all’assistenza primaria e prevede un ruolo attivo dell’operatore (presa in carico) e del paziente (autocura). Lo scambio di dati tra il paziente ed il servizio avviene per supportare i programmi e le terapie, migliorare l’informazione e formazione del paziente. Include il Telemonitoraggio e la Teleconsulenza medico-sanitaria dei professionisti sanitari.

Per le Dipendenze, potrebbero essere ricondotte in questa categoria le prestazioni online degli operatori sanitari dell’*Équipe* con gli utenti, per es. i VideoColloqui per il Telemonitoraggio sanitario.

3. Teleassistenza ha la finalità di garantire la continuità assistenziale al paziente che, a causa della sua condizione di fragilità sanitaria o sociale, richiede interventi al domicilio e la predisposizione di un sistema di assistenza, gestione di allarmi (anche da parte del *care-giver*), chiamate di “supporto” da parte degli operatori dei servizi.

Per le Dipendenze, potrebbero essere ricondotte in questa categoria anche le prestazioni degli operatori dell’*Équipe* che trattano pazienti che, per la loro condizione di svantaggio, necessitano di accedere a prestazioni dal loro domicilio.

Al fine di poter ricondurre le attività di telemedicina ai Livelli Essenziali di Assistenza nell’ambito dei quali vengono erogate e quindi alle regole amministrative che devono essere applicate a tali prestazioni (in termini di tariffa, modalità di registrazione e rendicontazione, compartecipazione alla spesa), sarà importante precisare le diverse tipologie di prestazione erogate dagli operatori dei Servizi ai diversi target di utenza. Nell’ambito della telemedicina vi è infatti una ampia gamma di ambiti per le prestazioni a distanza, ognuna delle quali deve essere ricondotta al medesimo livello assistenziale che ne vede l’erogazione anche in presenza. Nei flussi utilizzati nei Servizi di Alcologia e delle Dipendenze vi sono alcune prestazioni che si prestano ad essere erogate nella forma della Telemedicina: Visita e Colloquio medico; Colloquio psicologico clinico; Colloquio dell’infermiere, Educatore; Counselling; Colloquio di consulenza ai familiari; Sostegno psicologico; Colloquio valutativo e motivazionale; Sostegno educativo; Incontri di gruppo con utenti; Colloquio di psicoterapia; Interviste strutturate e semistrutturate; Inserimento in Comunità. Esse possono facilmente essere ricondotte alla classificazione prevista dalla normativa vigente sulla Telemedicina nonché declinate in base a: tipologia di prestazione, professionalità dell’operatore erogatore, utente fruitore, tipologia di *addiction*.

Gli interventi on line potrebbero essere utilizzati nell’ambito della Prevenzione e dell’orientamento ai servizi, per fornire alle persone e agli operatori informazioni sulla patologia e sulle modalità di accesso ai trattamenti disponibili. La Telemedicina è un ottimo strumento da utilizzare nelle Dipendenze per la Psicoeducazione, il Monitoraggio sanitario, la Psicoterapia, le Riunioni di rete con altri Servizi ed Enti. Il Teleconsulto del medico specialista nel caso di pazienti con disturbo da uso di alcol o sostanze è un atto clinico complesso, specie nei casi di intossicazione o quando il paziente non è in carico al servizio. Tuttavia il confronto con il medico specialista potrebbe essere uno strumento utile al medico che si trovi improvvisamente a trattare un paziente in particolari condizioni di urgenza (per es. in Carcere, in Pronto Soccorso, Reparto Ospedaliero). In generale la Teleconsulenza sanitaria può essere un valido strumento per coordinare gli interventi sanitari di diversi professionisti che operano a distanza sul medesimo paziente. Le figure professionali dell’*Équipe* dei Servizi delle Dipendenze sono quasi tutte sanitarie (medici, psicologi, infermieri professionali, educatori professionali) e potrebbero pertanto erogare anche online le medesime prestazioni sanitarie che svolgono in presenza con l’utenza.

La figura della Equipe che non svolge attività sanitaria è l’Assistente Sociale, che tuttavia opera spesso in rete con altri Enti per i necessari interventi in favore delle persone con patologie da

addiction, che frequentemente hanno correlate problematiche sociali, economiche e legali. Tra le prestazioni sociali di teleassistenza che potrebbero essere svolte online, se fosse auspicabilmente previsto dalla normativa, potrebbero esserci i Colloqui sociali con il paziente e i familiari, e le Riunioni di rete con altri servizi ed Enti, con il conseguente risparmio degli oneri dei trasferimenti. Il beneficiario sarebbe l'utente con problematiche legali (tribunale ordinario, tutela dei minori, prefettura, carcere, commissione patenti...) o sociali (inserimento e dimissione del paziente da strutture residenziali; pratiche per il sostegno sociale ed il reinserimento).

Telemedicina con l'utente

L'attività in Telemedicina con l'utente nell'ambito delle Dipendenze è opportuno che venga pianificata dalla *Equipe* del Servizio di Alcologia e delle Dipendenze. E' raccomandabile che di norma la modalità di erogazione in telemedicina venga prevista all'interno del *Programma di intervento multidisciplinare individualizzato* del paziente, al termine della valutazione multidimensionale. Nel Programma sono da prevedere anche prestazioni in presenza e strumenti da utilizzarsi in presenza per la valutazione oggettiva dell'andamento del Programma medesimo e dello stato psicofisico del paziente.

La Televisita: è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente. La televisita nelle Dipendenze - in analogia a quanto già previsto per altri settori della sanità - è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso delle visite in presenza e con gli esami strumentali. Sono erogabili in televisita le prestazioni ambulatoriali che non richiedono la completezza dell'esame obiettivo del paziente.

Il Telemonitoraggio sanitario, previsto nell'ambito della Telesalute, permette il rilevamento di alcuni parametri (di salute psicofisica e benessere, di mantenimento della astensione da comportamenti di *addiction*) con maggiore frequenza ed uniformità e una minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona. Possono allo scopo essere utilizzati idonei strumenti informatici, test, diari digitalizzati. Grazie a Videocolloqui di Telemonitoraggio l'*Equipe* curante può sostenere il paziente nel suo percorso terapeutico, verificare la corretta assunzione delle terapie, programmare le visite in presenza o al domicilio in funzione del bisogno rilevato. Anche il Telemonitoraggio viene attivato all'interno del *Programma individualizzato multidisciplinare*.

Il Telemonitoraggio è stato sperimentato con successo in questo progetto, applicando le Netiquette, realizzando Videocolloqui almeno settimanali con il Format di Colloquio e l'utilizzo del Diario Digitale, il Questionario di Customer satisfaction. A questi strumenti possono esserne abbinati altri in funzione della opportunità di registrare altri parametri (per es. cardiaci, craving, depressione).

La Teleassistenza sanitaria è un atto professionale di pertinenza di ciascuna professione sanitaria: sarà svolta dall'operatore sanitario del servizio e prevederà l'interazione con il paziente o il familiare per mezzo di una videochiamata. Potranno essere utilizzati idonei strumenti informatici per somministrare questionari, diari clinici digitalizzati, condividere immagini o videotutorial.

A garanzia della indicazione ed appropriatezza delle attività in Telemedicina, si suggerisce che il processo di attivazione delle prestazioni con l'utente segua i seguenti passaggi:

- a. i professionisti dell'*Equipe*, svolgono la valutazione multidimensionale atta ad individuare il fabbisogno di interventi per rispondere alle necessità di presa in carico multidisciplinare del paziente e della famiglia (medico, psicologo, infermiere, educatore, professioni sanitarie, A.S.);
- b. l'*Equipe* multidisciplinare predispone il *Programma di Intervento individualizzato* per rispondere al fabbisogno di cura dell'utente e della famiglia, definendo le prestazioni e valutando la possibilità di erogarne una parte nella forma della Telemedicina, prevedendo la durata del Programma, le tempistiche e gli strumenti di valutazione - almeno semestrale - dell'andamento del programma di cura (*compliance* alla terapia, scomparsa/riduzione dei comportamenti da *addiction*; stato di salute; benessere psicologico ed adattamento sociale)

c. l'operatore sanitario/case manager effettua in presenza un Colloquio con l'utente preliminare all'avvio della Telemedicina durante il quale:

*propone all'utente il Programma di Intervento individualizzato e la effettuazione di alcune prestazioni nella forma della Telemedicina;

*verifica la possibilità per il paziente/familiare di accedere a sistemi ed infrastrutture tecnologiche che soddisfino almeno i requisiti minimi tecnici per una corretta e sicura fruizione della prestazione in telemedicina;

*verifica che il paziente abbia le competenze tecnologiche minime per poter utilizzare in modo appropriato le piattaforme informatiche;

*acquisisce il Consenso informato alla fruizione della telemedicina, espresso a seguito di specifica informativa, secondo le normative vigenti in materia di privacy e sicurezza;

* spiega all'utente delle modalità di fruizione delle prestazioni online, consegnando un Foglio di istruzioni che la persona potrà consultare al domicilio;

*effettua (o programma) una prova preliminare di connessione e videochiamata con l'utente;

*illustra e consegna la Netiquette dell'utente, condividendo le indicazioni da mettere in atto per avere una buona esperienza di telemedicina.

Le prestazioni erogate in telemedicina saranno registrate nel fascicolo sanitario/cartella elettronica del paziente con la specificazione della modalità di erogazione online. Le prestazioni saranno rendicontate nell'ambito del flusso utilizzato di norma per le medesime prestazioni in presenza.

Telemedicina con il professionista

Le Indicazioni nazionali per l'erogazione di Prestazioni in Telemedicina già definiscono il Teleconsulto medico e la Teleconsulenza medico sanitaria che potrebbero avere una loro attuazione in Alcologia e nelle Dipendenze. Il Teleconsulto medico potrebbe essere richiesto dal professionista che ha in carico il paziente con un problema di *addiction*, con lo scopo di condividere le scelte mediche relative al paziente da parte dei professionisti coinvolti e/o fornire la “*second opinion*” specialistica. Si svolgerà attraverso una videochiamata e l'eventuale condivisione telematica di referti, dati e documentazione clinica utili per l'adeguato svolgimento del teleconsulto.

Il Teleconsulto medico può essere utile in quei casi in cui il paziente accede ad altri servizi sanitari, per es. Pronto Soccorso, Reparto Ospedaliero, Medico di Medicina Generale, Carcere, Comunità Terapeutica; o ad altri Servizi delle Dipendenze per cambio di residenza o domicilio anche temporaneo (ferie o trasferte lavorative).

La Teleconsulenza medico-sanitaria è una attività sanitaria che si svolge online ed è eseguita da due o più operatori sanitari che, pur essendo a distanza, hanno differenti responsabilità rispetto al trattamento del paziente. Si attua attraverso una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali in favore del paziente. La Teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente. Anche la Teleconsulenza medico-sanitaria può essere utile in quei casi in cui il paziente accede ad altri servizi sanitari o è in carico a più servizi.

Consenso Informato

L'attivazione di un servizio di telemedicina richiede l'adesione preventiva del paziente, preceduta da una adeguata e puntuale informativa, in linea con quanto previsto dalla normativa vigente, che deve consentire al paziente di essere consapevole dei seguenti aspetti:

- in cosa consiste la erogazione in telemedicina della prestazione, qual è il suo obiettivo, quali i vantaggi che si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi;

- come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente; • quali professionisti saranno coinvolti;

- quali saranno i compiti dell'Ente e del servizio struttura e le relative responsabilità;
- quali sono gli estremi identificativi del/dei titolare/i del trattamento dei dati personali e di almeno un responsabile se individuato, indicando le modalità per conoscere l'elenco aggiornato dei responsabili;
- quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile;
- quali sono i diritti dell'assistito rispetto ai propri dati.

Il paziente dopo aver ricevuto tutte le informazioni, potrà scegliere se accettare o meno di usufruire delle prestazioni proposte in Telemedicina.

Rendicontazione

Le prestazioni erogate in Telemedicina potranno essere registrate e rendicontate nell'ambito dei consueti flussi informativi, in analogia alla prassi in uso per le medesime prestazioni erogate in presenza. L'operatore, specificherà nella cartella clinica/fascicolo sanitario che la prestazione è stata erogata on line. Ai fini della remunerazione, l'accesso on line potrà essere rendicontato analogamente all'accesso in modalità tradizionale e concorrerà al conteggio dei volumi di prestazioni effettivamente resi. Nelle more di una eventuale definizione di specifiche tariffe nazionali per la telemedicina, si applichi il sistema di remunerazione e tariffazione vigente per l'erogazione delle medesime attività assistenziali in modalità tradizionale.

Formazione degli operatori alla Telemedicina

Per gli operatori dei NOA e dei SERD dovrebbe essere predisposta un'idonea Formazione per l'acquisizione di alcune competenze necessarie per la buona attuazione della Telemedicina. Tale formazione dovrebbe essere diffusa a tutti gli operatori dell'*Equipe* e sistematica per includere i neoassunti e gli aggiornamenti determinati dallo sviluppo della Telemedicina ed il rinnovamento degli strumenti disponibili. A tale scopo potrebbero essere utili attività di Formazione fruibili in asincrono, FAD, Manuali per l'uso della Telemedicina.

In fase di avvio la Formazione degli operatori potrebbe puntare a creare e a sviluppare:

- competenze di tipo tecnico-informatico: piattaforma informatica, strumenti digitali, organizzazione e gestione di videocall sulla piattaforma aziendale; organizzazione e gestione del videoconsulto e telerefertazione; modalità di condivisione di materiali, documenti e video; modalità di costruzione di videotutorial.
- competenze di processo: procedure relative alla telemedicina: la proposta, la preparazione dell'utente, la tutela della privacy ed il consenso informato nelle attività dirette e con altri professionisti sanitari, la erogazione, la registrazione delle prestazioni; la valutazione di efficacia e di gradimento.
- competenze di tipo clinico: atti tipici e responsabilità professionale, Netiquette per gli operatori e per l'utente; costruzione del setting online, criteri di inclusione/esclusione dei pazienti; gestione della comunicazione online; Protocolli clinici per la Televisita, il Videocolloquio, il Teleconsulto, il Telemonitoraggio; Strumenti testistici e Scale di valutazione utilizzabili online, la Psicoterapia, conduzione di incontri di gruppo online.

APPENDICE

Tabelle e Grafici – Paragrafo 2.3 “Alcoldipendenza: i servizi alcologici e l’utenza”

Tab. 1- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2022

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	TOTALE
PIEMONTE	59	-	-	1	60
VALLE D'AOSTA	-	1	-	-	1
LOMBARDIA	33	-	-	9	42
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	-	-	6
PROV.AUTON.TRENTO	1	-	-	-	1
VENETO	16	2	1	8	27
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	-	-	-	6
LIGURIA	8	-	-	-	8
EMILIA ROMAGNA	12	-	-	29	41
TOSCANA	37	-	1	-	38
UMBRIA	10	-	-	-	10
MARCHE	14	-	-	1	15
LAZIO	22	-	-	13	35
ABRUZZO	8	-	-	-	8
MOLISE	5	-	-	1	6
CAMPANIA	30	-	-	-	30
PUGLIA	43	-	-	2	45
BASILICATA	5	-	-	2	7
CALABRIA	5	-	-	5	10
SICILIA	42	-	-	2	44
SARDEGNA	8	-	-	1	9
ITALIA	369	4	2	74	449

Tab. 2 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2022

REGIONE	MEDICI			PSICOLOGI			ASSISTENTI SOCIALI			EDUCATORI PROFESSIONALI		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	13	89	102	9	87	96	9	63	72	16	98	114
VALLE D'AOSTA	1	1	2	1	4	5	2	3	5	1	3	4
LOMBARDIA	20	71	91	14	70	84	16	63	79	9	42	51
PROV.AUTON.BOLZANO	1	9	10	3	27	30	2	5	7	2	1	3
PROV.AUTON.TRENTO	2	3	5	0	2	2	0	5	5	2	3	5
VENETO	6	53	59	3	52	55	9	56	65	8	63	71
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	12	17	6	11	17	5	8	13	5	3	8
LIGURIA	4	29	33	1	27	28	2	28	30	2	10	12
EMILIA ROMAGNA	1	26	27	0	9	9	1	21	22	0	22	22
TOSCANA	5	68	73	3	51	54	2	48	50	5	33	38
UMBRIA	0	8	8	2	9	11	1	4	5	0	2	2
MARCHE	4	26	30	2	20	22	2	19	21	0	3	3
LAZIO	17	100	117	18	77	95	12	39	51	0	3	3
ABRUZZO	9	13	22	7	10	17	6	11	17	1	6	7
MOLISE	0	11	11	0	5	5	0	9	9	0	0	0
CAMPANIA	45	85	130	30	73	103	17	45	62	5	22	27
PUGLIA	5	64	69	4	69	73	4	65	69	0	34	34
BASILICATA	4	11	15	6	5	11	3	3	6	7	2	9
CALABRIA	9	9	18	2	6	8	2	9	11	1	0	1
SICILIA	0	76	76	0	55	55	0	61	61	0	8	8
SARDEGNA	13	14	27	6	7	13	4	8	12	5	6	11
ITALIA	164	778	942	117	676	793	99	573	672	69	364	433

Segue tab.2

REGIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI			AMMINISTRATIVI			ALTRÒ			TOTALE		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	14	119	133	3	24	27	7	25	32	71	505	576
VALLE D'AOSTA	2	5	7	0	2	2	0	1	1	7	19	26
LOMBARDIA	17	96	113	5	24	29	1	1	2	82	367	449
PROV.AUTON.BOLZANO	2	17	19	1	6	7	0	2	2	11	67	78
PROV.AUTON.TRENTO	2	1	3	0	0	0	2	1	3	8	15	23
VENETO	11	89	100	2	16	18	4	24	28	43	353	396
FRIULI VENEZIA GIULIA	24	13	37	1	3	4	8	0	8	54	50	104
LIGURIA	12	51	63	0	8	8	0	5	5	21	158	179
EMILIA ROMAGNA	0	37	37	0	0	0	0	1	1	2	116	118
TOSCANA	14	96	110	1	4	5	1	6	7	31	306	337
UMBRIA	0	8	8	2	9	11	0	0	0	5	40	45
MARCHE	3	31	34	1	8	9	0	11	11	12	118	130
LAZIO	44	90	134	1	5	6	15	30	45	107	344	451
ABRUZZO	12	15	27	0	3	3	3	4	7	38	62	100
MOLISE	0	17	17	0	0	0	0	2	2	0	44	44
CAMPANIA	51	95	146	5	15	20	2	12	14	155	347	502
PUGLIA	10	114	124	0	6	6	0	9	9	23	361	384
BASILICATA	14	10	24	0	3	3	2	7	9	36	41	77
CALABRIA	4	15	19	1	2	3	1	2	3	20	43	63
SICILIA	0	94	94	0	8	8	0	19	19	0	321	321
SARDEGNA	18	20	38	3	3	6	0	2	2	49	60	109
ITALIA	254	1.033	1.287	26	149	175	46	164	210	775	3.737	4.512

Tab.3 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

UTENTI TOTALI

REGIONE	2017			2018			2019			2020			2021			2022								
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F								
PIEMONTE	5.948	1.774	7.722	3,4	2.752	1.108	3.860	2,5	4.931	1.706	6.637	2,9	4.369	1.536	5.905	2,8	4.302	1.586	5.888	2,7	4.320	1.548	5.868	2,8
VALLE D'AOSTA	239	82	321	2,9	216	68	284	3,2	228	82	310	2,8	208	85	293	2,4	230	84	314	2,7	228	92	320	2,5
LOMBARDIA	8.586	2.406	10.992	3,6	8.391	2.375	10.766	3,5	8.862	2.699	11.561	3,3	6.189	1.901	8.090	3,3	7.473	2.319	9.792	3,2	5.472	1.723	7.195	3,2
PROV.AUTON.BOLZANO	2.179	545	2.724	4,0	2.169	574	2.743	3,8	2.226	581	2.807	3,8	1.998	559	2.557	3,6	2.104	550	2.654	3,8	2.160	555	2.715	3,9
PROV.AUTON.TRENTO	2.070	344	2.414	6,0	1.944	350	2.294	5,6	1.850	352	2.202	5,3	1.651	318	1.969	5,2	1.766	341	2.107	5,2	1.934	392	2.326	4,9
VENETO	5.471	1.753	7.224	3,1	7.327	2.709	10.036	2,7	3.011	813	3.824	3,7	6.344	2.158	8.502	2,9	4.277	1.389	5.666	3,1	5.714	1.899	7.613	3,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.629	772	3.401	3,4	2.716	873	3.589	3,1	2.556	798	3.354	3,2	2.383	755	3.138	3,2	2.398	808	3.206	3,0	2.480	826	3.306	3,0
LIGURIA	825	373	1.198	2,2	1.399	522	1.921	2,7	1.412	545	1.957	2,6	1.325	561	1.886	2,4	1.458	600	2.058	2,4	1.431	585	2.016	2,4
EMILIA ROMAGNA	4.051	1.645	5.696	2,5	3.765	1.520	5.285	2,5	4.208	1.722	5.930	2,4	3.970	1.658	5.628	2,4	3.887	1.646	5.533	2,4	3.767	1.621	5.388	2,3
TOSCANA	3.994	1.518	5.512	2,6	3.956	1.471	5.427	2,7	4.024	1.539	5.563	2,6	3.697	1.434	5.131	2,6	3.787	1.547	5.334	2,4	3.756	1.488	5.244	2,5
UMBRIA	2.046	561	2.607	3,6	2.404	612	3.016	3,9	2.195	567	2.762	3,9	1.430	511	1.941	2,8	2.065	639	2.704	3,2	806	326	1.132	2,5
MARCHE	1.228	501	1.729	2,5	1.300	524	1.824	2,5	1.562	565	2.127	2,8	1.306	536	1.842	2,4	1.330	523	1.853	2,5	1.118	416	1.534	2,7
LAZIO	1.403	447	1.850	3,1	627	235	862	2,7	1.921	659	2.580	2,9	2.513	903	3.416	2,8	2.114	771	2.885	2,7	2.583	920	3.503	2,8
ABRUZZO	340	58	398	5,9	1.008	227	1.235	4,4	882	220	1.102	4,0	965	216	1.181	4,5	797	180	977	4,4	719	184	903	3,9
MOLISE	295	62	357	4,8	276	54	330	5,1	282	56	338	5,0	302	53	355	5,7	277	65	342	4,3	270	73	343	3,7
CAMPANIA	2.714	505	3.219	5,4	2.665	532	3.197	5,0	2.967	582	3.549	5,1	2.359	486	2.843	4,9	2.130	387	2.517	5,5	2.698	543	3.241	5,0
PUGLIA	2.039	465	2.504	4,4	2.034	456	2.490	4,5	1.325	320	1.645	4,1	2.014	444	2.458	4,5	1.435	309	1.744	4,6	1.460	336	1.796	4,3
BASILICATA	304	74	378	4,1	384	70	454	5,5	526	114	640	4,6	386	87	473	4,4	409	112	521	3,7	475	112	587	4,2
CALABRIA	1.163	207	1.370	5,6	988	149	1.137	6,6	1.009	155	1.164	6,5	319	64	383	5,0	850	156	1.006	5,4	1.093	199	1.292	5,5
SICILIA	2.999	633	3.632	4,7	1.499	309	1.808	4,9	2.751	579	3.330	4,8	3.435	737	4.172	4,7	3.358	719	4.077	4,7	3.070	651	3.721	4,7
SARDEGNA	2.213	514	2.727	4,3	2.131	530	2.661	4,0	1.625	380	2.005	4,3	1.873	489	2.362	3,8	1.817	495	2.312	3,7	2.277	566	2.843	4,0
ITALIA	52.736	15.239	67.975	3,5	49.951	15.268	65.219	3,3	50.353	15.034	65.387	3,3	49.036	15.491	64.527	3,2	48.264	15.226	63.490	3,7	47.831	15.055	62.886	3,2

Segue Tab.3

UTENTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI

REGIONE	2017				2018				2019				2020				2021				2022			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F																				
PIEMONTE	4.518	1.423	5.941	3,2	1.798	656	2.454	2,7	3.626	1.300	4.926	2,8	3.474	1.264	4.738	2,7	3.357	1.275	4.632	2,6	3.244	1.237	4.481	2,6
VALLE D'AOSTA	218	67	285	3,3	208	59	267	3,5	220	76	296	2,9	183	72	255	2,5	222	80	302	2,8	202	86	288	2,3
LOMBARDIA	6.113	1.686	7.799	3,6	5.871	1.596	7.467	3,7	6.337	1.935	8.272	3,3	4.641	1.428	6.069	3,2	5.369	1.601	6.970	3,4	3.895	1.205	5.100	3,2
PROV.AUTON.BOLZANO	1.683	434	2.117	3,9	1.699	444	2.143	3,8	1.775	444	2.219	4,0	1.676	457	2.133	3,7	1.670	431	2.101	3,9	1.651	429	2.080	3,8
PROV.AUTON.TRENTO	1.458	239	1.697	6,1	1.391	244	1.635	5,7	1.218	246	1.464	5,0	1.143	215	1.358	5,3	1.214	227	1.441	5,3	1.316	264	1.580	5,0
VENETO	4.198	1.321	5.519	3,2	5.747	2.192	7.939	2,6	2.178	579	2.757	3,8	4.941	1.657	6.598	3,0	3.335	1.096	4.431	3,0	4.130	1.379	5.509	3,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.913	566	2.479	3,4	2.020	655	2.675	3,1	1.815	589	2.404	3,1	1.747	581	2.328	3,0	1.818	624	2.442	2,9	1.942	637	2.579	3,0
LIGURIA	663	296	959	2,2	1.066	407	1.473	2,6	1.092	430	1.522	2,5	1.045	468	1.513	2,2	1.131	472	1.603	2,4	1.055	455	1.510	2,3
EMILIA ROMAGNA	3.171	1.322	4.493	2,4	2.950	1.217	4.167	2,4	3.264	1.359	4.623	2,4	3.254	1.345	4.599	2,4	2.990	1.294	4.284	2,3	2.944	1.280	4.224	2,3
TOSCANA	3.055	1.174	4.229	2,6	2.986	1.145	4.131	2,6	2.980	1.160	4.140	2,6	2.890	1.135	4.023	2,5	2.923	1.152	4.075	2,5	2.946	1.145	4.091	2,6
UMBRIA	853	254	1.107	3,4	979	232	1.211	4,2	739	199	938	3,7	1.027	383	1.410	2,7	917	353	1.270	2,6	261	122	383	2,1
MARCHE	825	360	1.185	2,3	915	388	1.303	2,4	1.143	423	1.566	2,7	1.026	428	1.454	2,4	961	380	1.341	2,5	783	299	1.082	2,6
LAZIO	904	299	1.203	3,0	432	177	609	2,4	1.065	372	1.437	2,9	1.511	565	2.076	2,7	1.453	528	1.981	2,8	1.528	544	2.072	2,8
ABRUZZO	178	31	209	5,7	699	164	863	4,3	627	156	783	4,0	728	154	882	4,7	590	124	714	4,8	561	126	687	4,5
MOLISE	220	51	271	4,3	211	42	253	5,0	200	42	242	4,8	223	46	269	4,8	229	52	281	4,4	218	53	271	4,1
CAMPANIA	2.070	360	2.430	5,8	2.100	413	2.513	5,1	2.276	452	2.728	5,0	1.945	376	2.321	5,2	1.657	286	1.943	5,8	2.074	371	2.445	5,6
PUGLIA	1.552	363	1.915	4,3	1.516	326	1.842	4,7	1.030	222	1.252	4,6	1.670	358	2.028	4,7	1.086	212	1.298	5,1	1.085	235	1.320	4,6
BASILICATA	230	62	292	3,7	293	56	349	5,2	428	95	523	4,5	275	67	342	4,1	284	75	359	3,8	336	79	415	4,3
CALABRIA	705	133	838	5,3	582	84	666	6,9	535	89	624	6,0	207	46	253	4,5	414	86	500	4,8	786	146	932	5,4
SICILIA	2.220	467	2.687	4,8	1.160	230	1.390	5,0	2.090	436	2.526	4,8	2.714	528	3.242	5,1	2.640	529	3.169	5,0	2.271	474	2.745	4,8
SARDEGNA	1.519	361	1.880	4,2	1.561	406	1.967	3,8	1.229	299	1.528	4,1	1.475	392	1.867	3,8	1.448	386	1.834	3,8	1.852	464	2.316	4,0
ITALIA	38.266	11.269	49.535	3,4	36.184	11.133	47.317	3,3	35.867	10.903	46.770	3,3	37.795	11.965	49.760	3,2	35.708	11.263	46.971	3,2	35.080	11.030	46.110	3,2

Segue Tab.3

UTENTI NUOVI

REGIONE	2017				2018				2019				2020				2021				2022			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F												
PIEMONTE	1.430	351	1.781	4,1	954	452	1.406	2,1	1.305	406	1.711	3,2	895	272	1.167	3,3	945	311	1.256	3,0	1.076	311	1.387	3,5
VALLE D'AOSTA	21	15	36	1,4	8	9	17	0,9	8	6	14	1,3	25	13	38	1,9	8	4	12	2,0	26	6	32	4,3
LOMBARDIA	2.473	720	3.193	3,4	2.520	779	3.299	3,2	2.525	764	3.289	3,3	1.548	473	2.021	3,3	2.104	718	2.822	2,9	1.577	518	2.095	3,0
PROV.AUTON.BOLZANO	496	111	607	4,5	470	130	600	3,6	451	137	588	3,3	322	102	424	3,2	434	119	553	3,6	509	126	635	4,0
PROV.AUTON.TRENTO	612	105	717	5,8	553	106	659	5,2	632	106	738	6,0	508	103	611	4,9	552	114	666	4,8	618	128	746	4,8
VENETO	1.273	432	1.705	2,9	1.580	517	2.097	3,1	833	234	1.067	3,6	1.403	501	1.904	2,8	942	293	1.235	3,2	1.584	520	2.104	3,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	716	206	922	3,5	696	218	914	3,2	741	209	950	3,5	636	174	810	3,7	580	184	764	3,2	538	189	727	2,8
LIGURIA	162	77	239	2,1	333	115	448	2,9	320	115	435	2,8	280	93	373	3,0	327	128	455	2,6	376	130	506	2,9
EMILIA ROMAGNA	880	323	1.203	2,7	815	303	1.118	2,7	944	363	1.307	2,6	716	313	1.029	2,3	897	352	1.249	2,5	823	341	1.164	2,4
TOSCANA	939	344	1.283	2,7	970	326	1.296	3,0	1.044	379	1.423	2,8	807	299	1.106	2,7	864	395	1.259	2,2	810	343	1.153	2,4
UMBRIA	1.193	307	1.500	3,9	1.425	380	1.805	3,8	1.456	368	1.824	4,0	403	128	531	3,1	1.148	286	1.434	4,0	545	204	749	2,7
MARCHE	403	141	544	2,9	385	136	521	2,8	419	142	561	3,0	280	108	388	2,6	369	143	512	2,6	335	117	452	2,9
LAZIO	499	148	647	3,4	195	58	253	3,4	856	287	1.143	3,0	1.002	338	1.340	3,0	661	243	904	2,7	1.055	376	1.431	2,8
ABRUZZO	162	27	189	6,0	309	63	372	4,9	255	64	319	4,0	237	62	299	3,8	207	56	263	3,7	158	58	216	2,7
MOLISE	75	11	86	6,8	65	12	77	5,4	82	14	96	5,9	79	7	86	11,3	48	13	61	3,7	52	20	72	2,6
CAMPANIA	644	145	789	4,4	565	119	684	4,7	691	130	821	5,3	414	110	524	3,8	473	101	574	4,7	624	172	796	3,6
PUGLIA	487	102	589	4,8	518	130	648	4,0	295	98	393	3,0	344	86	430	4,0	349	97	446	3,6	375	101	476	3,7
BASILICATA	74	12	86	6,2	91	14	105	6,5	98	19	117	5,2	111	20	131	5,6	125	37	162	3,4	139	33	172	4,2
CALABRIA	458	74	532	6,2	406	65	471	6,2	474	66	540	7,2	112	18	130	6,2	436	70	506	6,2	307	53	360	5,8
SICILIA	779	166	945	4,7	339	79	418	4,3	661	143	804	4,6	721	209	930	3,4	718	190						

Tab.4- DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2022

CLASSI DI ETA'	Nuovi utenti						Utenti già in carico o rientrati						Totale utenti					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<20	170	1,3	52	1,3	222	1,3	196	0,6	63	0,6	259	0,6	366	0,8	115	0,8	481	0,8
20-29	1.463	11,5	455	11,3	1.918	11,4	1.754	5,0	494	4,5	2.248	4,9	3.217	6,7	949	6,3	4.166	6,6
30-39	2.580	20,2	790	19,6	3.370	20,1	5.162	14,7	1.307	11,8	6.469	14,0	7.742	16,2	2.097	13,9	9.839	15,6
40-49	3.560	27,9	1.146	28,5	4.706	28,1	9.738	27,8	2.929	26,6	12.667	27,5	13.298	27,8	4.075	27,1	17.373	27,6
50-59	3.103	24,3	966	24,0	4.069	24,3	11.139	31,8	3.668	33,3	14.807	32,1	14.242	29,8	4.634	30,8	18.876	30,0
>=60	1.875	14,7	616	15,3	2.491	14,8	7.091	20,2	2.569	23,3	9.660	20,9	8.966	18,7	3.185	21,2	12.151	19,3
TOTALE	12.751	100,0	4.025	100,0	16.776	100,0	35.080	100,0	11.030	100,0	46.110	100,0	47.831	100,0	15.055	100,0	62.886	100,0

Tab.5 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%) - ANNO 2022

REGIONE	SUPERALCOLICI			APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI			VINI			BIRRA			ALTRO		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	9,5	10,3	9,7	3,8	3,4	3,7	38,5	47,8	40,9	27,9	20,2	25,9	20,3	18,3	19,8
VALLE D'AOSTA	6,7	7,5	7,0	1,3	0,9	1,2	33,1	34,9	33,6	19,2	18,9	19,1	39,7	37,7	39,1
LOMBARDIA	10,5	11,1	10,6	5,4	5,5	5,4	41,4	52,4	44,1	38,6	27,0	35,8	4,1	4,0	4,1
PROV.AUTON.BOLZANO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PROV.AUTON.TRENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	6,3	7,0	6,5	8,1	9,7	8,5	53,3	58,0	54,5	29,2	21,3	27,2	3,1	4,0	3,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	4,8	6,1	5,1	3,9	9,4	5,3	47,5	46,2	47,2	30,5	23,9	28,8	13,3	14,4	13,6
LIGURIA	12,0	12,1	12,0	4,1	7,0	5,0	43,9	46,1	44,6	31,3	24,7	29,3	8,7	10,1	9,1
EMILIA ROMAGNA	10,5	8,2	9,8	3,7	3,9	3,8	48,2	61,4	52,2	36,1	25,5	32,9	1,5	0,9	1,3
TOSCANA	11,3	8,8	10,5	5,8	6,8	6,1	46,8	52,6	48,4	30,1	26,4	29,0	6,0	5,5	5,9
UMBRIA	12,6	6,8	11,4	11,0	11,8	11,2	41,0	39,1	40,6	35,5	42,2	36,8	0,0	0,0	0,0
MARCHE	6,5	7,4	6,8	4,1	4,1	4,1	35,3	46,2	38,3	25,0	17,3	22,9	29,1	25,0	28,0
LAZIO	7,8	7,1	7,6	4,4	4,9	4,5	23,6	29,9	25,3	27,3	22,9	26,2	36,9	35,3	36,4
ABRUZZO	13,3	11,6	13,0	8,8	10,1	9,0	47,3	44,2	46,7	30,6	34,1	31,3	0,0	0,0	0,0
MOLISE	10,3	9,7	10,2	6,6	8,3	7,0	49,4	47,2	49,0	32,5	33,3	32,7	1,1	1,4	1,2
CAMPANIA	19,3	12,6	18,2	9,7	6,3	9,1	45,0	55,7	46,8	26,0	25,4	25,9	0,0	0,0	0,0
PUGLIA	19,3	16,0	18,7	5,7	7,3	6,0	34,9	41,9	36,2	35,6	29,7	34,5	4,5	5,2	4,6
BASILICATA	11,3	10,4	11,1	7,0	15,6	8,7	48,2	42,7	47,2	32,7	30,2	32,2	0,8	1,0	0,8
CALABRIA	10,9	11,4	11,0	9,1	12,9	9,6	39,7	45,7	40,6	37,3	25,0	35,4	3,1	5,0	3,4
SICILIA	16,4	12,9	15,8	8,4	10,0	8,7	32,0	34,0	32,4	35,0	34,2	34,9	8,2	8,9	8,3
SARDEGNA	6,7	7,9	6,9	4,5	11,5	6,0	40,1	44,3	40,9	48,7	36,4	46,2	0,0	0,0	0,0
ITALIA	10,6	9,3	10,3	6,0	6,8	6,2	42,3	49,5	44,1	32,6	25,5	30,8	8,6	9,0	8,7

Tab.7 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO
percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma

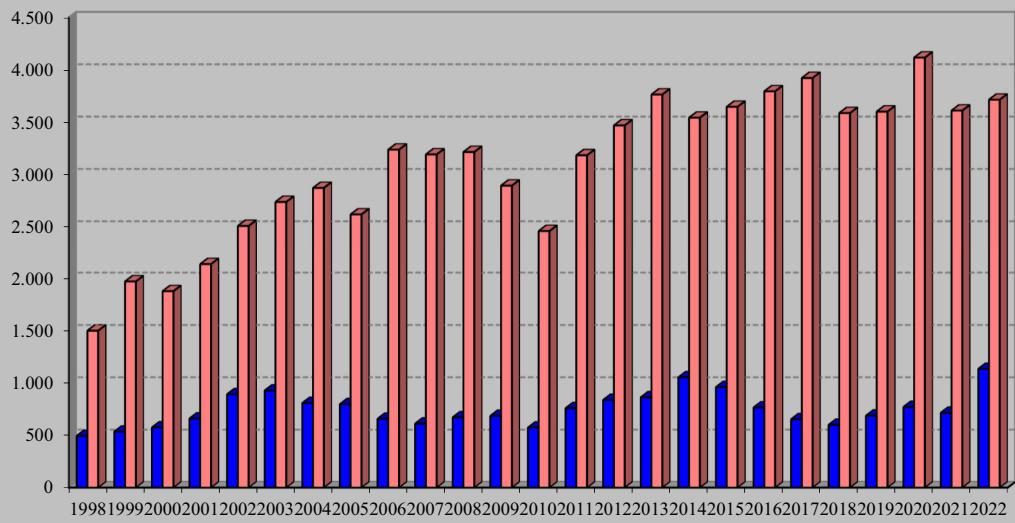
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Medico farmacologico ambulatoriale		28,2	30,3	29,4	30,0	28,9	27,0	26,8	27,3	27,1	25,7	27,3	28,1	30,1	29,3	30,2	32,0	31,4	32,0
Psicoterapeutico	individuale	7,0	7,1	6,6	6,7	6,9	8,1	7,9	7,5	8,3	8,2	9,1	8,7	9,2	8,8	9,0	10,0	10,3	10,4
	di gruppo o familiare	4,6	4,1	3,0	3,6	3,3	4,6	3,4	3,5	3,5	2,9	2,9	3,4	3,6	3,8	3,8	3,1	2,8	3,0
Counseling all'utente o alla famiglia		26,1	26,4	28,3	26,5	26,5	27,2	29,0	26,5	28,3	24,8	25,3	25,5	24,7	26,2	25,7	25,7	26,0	25,0
Inserimento nei gruppi di auto/mutuo aiuto		9,8	8,8	8,5	7,8	7,0	7,0	7,4	6,3	5,6	5,5	4,5	5,0	4,8	4,7	3,8	3,6	3,2	3,7
Trattamento socio-riabilitativo		12,1	13,0	13,7	14,0	14,5	14,6	13,3	13,5	12,1	15,8	16,0	15,3	16,3	16,6	17,4	16,6	15,9	16,0
Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.		2,5	2,5	2,9	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	2,5	2,5	2,9	2,9	2,9	3,0	3,0	3,0	3,2	3,1
Ricovero ospedaliero o day hospital per:	sindrome di dipendenza da alcool	2,7	2,8	2,3	2,3	2,1	2,3	1,7	1,9	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,7	1,4	1,1	1,2	1,0
	altre patologie alcoolcorrelate	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,3	1,0	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,7	0,6	0,7	0,7
	altro	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1
Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:	sindrome di dipendenza da alcool	1,6	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	0,7	0,8	1,0	0,9	1,0	0,9	1,0	1,2
	altre patologie alcoolcorrelate	0,4	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3
	altro	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4	0,4	0,0	0,2	0,5	0,5	0,9	0,3	0,5	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Altro		2,8	1,8	2,1	3,5	5,2	3,1	5,3	8,8	8,5	10,4	7,6	7,1	4,2	3,7	3,7	2,8	3,7	3,5

Tab.6 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2022

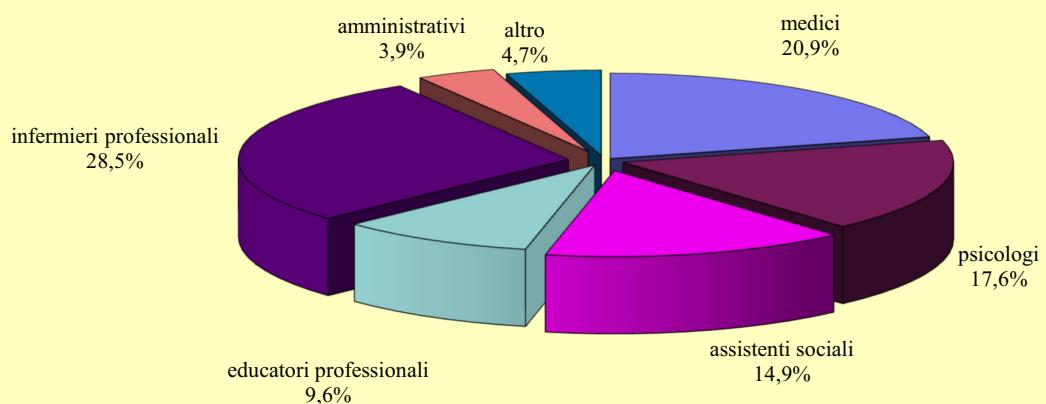
REGIONE	Medico farmacologico ambulatoriale	Psicoterapeutico		Counseling all'utente o alla famiglia	Inserimento nei gruppi di auto/muto aiuto	Trattamento socio-riabilitativo	Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.	Ricovero ospedaliero o day hospital per:			Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:			Altro
		individuale	di gruppo o familiare					sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	
PIEMONTE	26,7	7,9	1,3	22,3	1,4	24,4	3,9	1,4	0,4	0,3	3,5	0,1	0,5	6,0
VALLE D'AOSTA	30,6	12,0	1,4	14,9	1,3	18,9	6,9	2,5	7,7	3,7	0,1	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	29,2	12,2	2,6	23,9	1,5	18,9	2,0	0,6	0,2	0,0	0,7	0,0	0,0	8,1
PROV.AUTON.BOLZANO	25,9	28,8	0,0	28,4	0,0	11,5	1,8	1,4	0,0	0,0	2,0	0,2	0,0	0,0
PROV.AUTON.TRENTO	60,9	1,4	0,0	29,6	3,5	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0
VENETO	31,4	6,7	3,2	27,7	9,9	14,5	3,2	1,2	0,4	0,0	1,1	0,1	0,0	0,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	27,0	8,4	10,0	21,3	4,3	12,5	3,5	3,1	0,6	0,0	0,6	0,0	0,0	8,7
LIGURIA	39,8	9,6	1,3	19,3	1,7	21,5	2,6	2,2	0,5	0,0	0,4	0,0	0,1	1,1
EMILIA ROMAGNA	48,8	3,8	0,8	7,7	0,7	25,2	6,2	0,1	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	6,1
TOSCANA	28,2	6,5	1,1	25,9	8,0	16,5	3,1	0,6	1,5	0,0	2,0	4,4	0,1	1,9
UMBRIA	13,8	26,3	11,5	30,5	7,0	6,5	1,1	0,7	1,0	0,0	1,0	0,6	0,0	0,0
MARCHE	32,6	10,4	2,9	26,9	2,0	15,8	2,5	1,2	0,7	0,0	2,7	0,2	0,0	2,1
LAZIO	34,3	13,6	4,0	22,6	4,9	8,9	5,2	1,0	0,5	0,3	1,8	0,4	0,0	2,6
ABRUZZO	21,8	12,1	3,2	18,1	5,8	19,1	6,1	0,2	0,6	0,0	1,4	0,1	0,0	11,4
MOLISE	30,5	8,1	3,6	27,9	5,0	19,1	3,4	0,4	0,3	0,1	1,0	0,1	0,0	0,5
CAMPANIA	33,7	12,2	2,7	30,5	2,6	7,3	2,6	1,3	1,8	0,0	1,4	0,5	0,0	3,4
PUGLIA	38,4	8,8	1,5	17,5	2,5	20,2	3,4	0,9	0,7	0,5	0,3	0,3	0,1	4,9
BASILICATA	28,7	10,1	5,9	21,5	10,4	18,0	2,6	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6
CALABRIA	26,3	15,2	5,0	25,2	0,0	24,2	2,9	0,3	0,8	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
SICILIA	32,8	12,2	2,8	28,1	0,8	18,3	3,0	0,8	0,5	0,0	0,5	0,2	0,0	0,0
SARDEGNA	29,6	7,4	4,4	42,1	1,9	9,4	1,6	1,2	2,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0

Tab.7 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma</i>																			
Medico farmacologico ambulatoriale		28,2	30,3	29,4	30,0	28,9	27,0	26,8	27,3	27,1	25,7	27,3	28,1	30,1	29,3	30,2	32,0	31,4	32,0
Psicoterapeutico	<i>individuale</i>	7,0	7,1	6,6	6,7	6,9	8,1	7,9	7,5	8,3	8,2	9,1	8,7	9,2	8,8	9,0	10,0	10,3	10,4
	<i>di gruppo o familiare</i>	4,6	4,1	3,0	3,6	3,3	4,6	3,4	3,5	3,5	2,9	2,9	3,4	3,6	3,8	3,8	3,1	2,8	3,0
Counseling all'utente o alla famiglia		26,1	26,4	28,3	26,5	26,5	27,2	29,0	26,5	28,3	24,8	25,3	25,5	24,7	26,2	25,7	25,7	26,0	25,0
Inserimento nei gruppi di auto/mutuo aiuto		9,8	8,8	8,5	7,8	7,0	7,0	7,4	6,3	5,6	5,5	4,5	5,0	4,8	4,7	3,8	3,6	3,2	3,7
Trattamento socio-riabilitativo		12,1	13,0	13,7	14,0	14,5	14,6	13,3	13,5	12,1	15,8	16,0	15,3	16,3	16,6	17,4	16,6	15,9	16,0
Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.		2,5	2,5	2,9	2,7	2,7	2,7	2,6	2,5	2,5	2,9	2,9	2,9	3,0	3,0	3,0	3,2	3,1	
Ricovero ospedaliero o day hospital per:	<i>sindrome di dipendenza da alcool</i>	2,7	2,8	2,3	2,3	2,1	2,3	1,7	1,9	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,7	1,4	1,1	1,2	1,0
	<i>altre patologie alcoolcorrelate</i>	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,3	1,0	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,7	0,6	0,7	0,7
	<i>altro</i>	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1
Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:	<i>sindrome di dipendenza da alcool</i>	1,6	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	0,7	0,8	1,0	0,9	1,0	0,9	1,0	1,2
	<i>altre patologie alcoolcorrelate</i>	0,4	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3
	<i>altro</i>	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4	0,4	0,0	0,2	0,5	0,5	0,9	0,3	0,5	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Altro		2,8	1,8	2,1	3,5	5,2	3,1	5,3	8,8	8,5	10,4	7,6	7,1	4,2	3,7	3,7	2,8	3,7	3,5

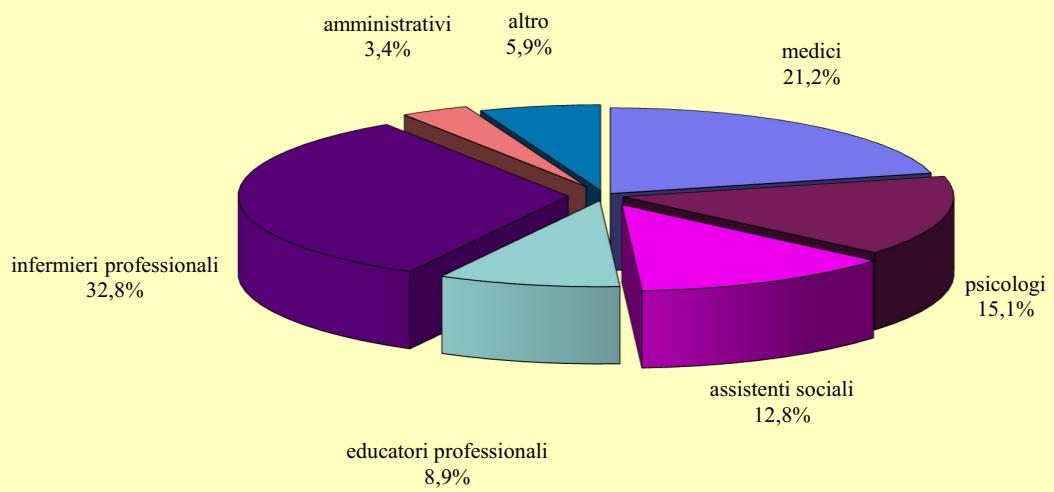
**Graf. 1 - PERSONALE ADDETTO ALLE ATTIVITA' RELATIVE
ALLA ALCOOLDIPENDENZA**



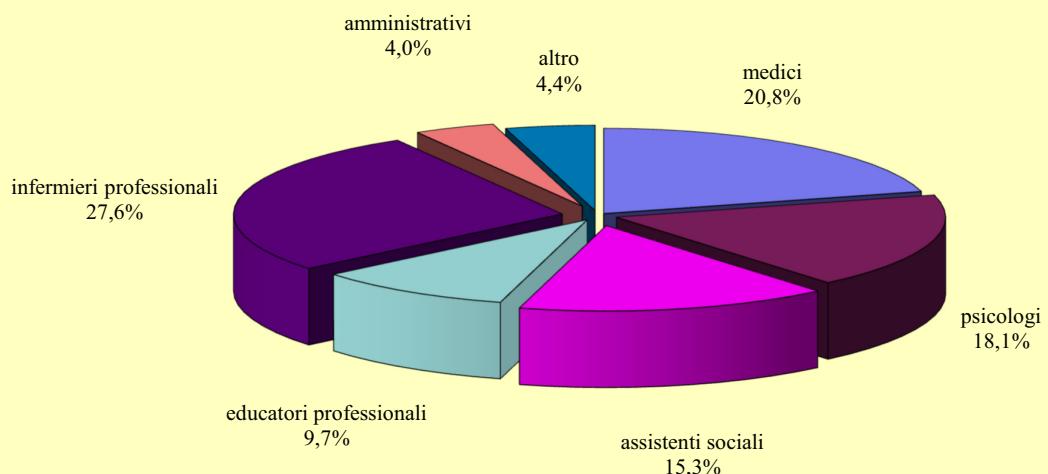
Graf.2 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE (TOTALE) PER QUALIFICA ANNO 2022



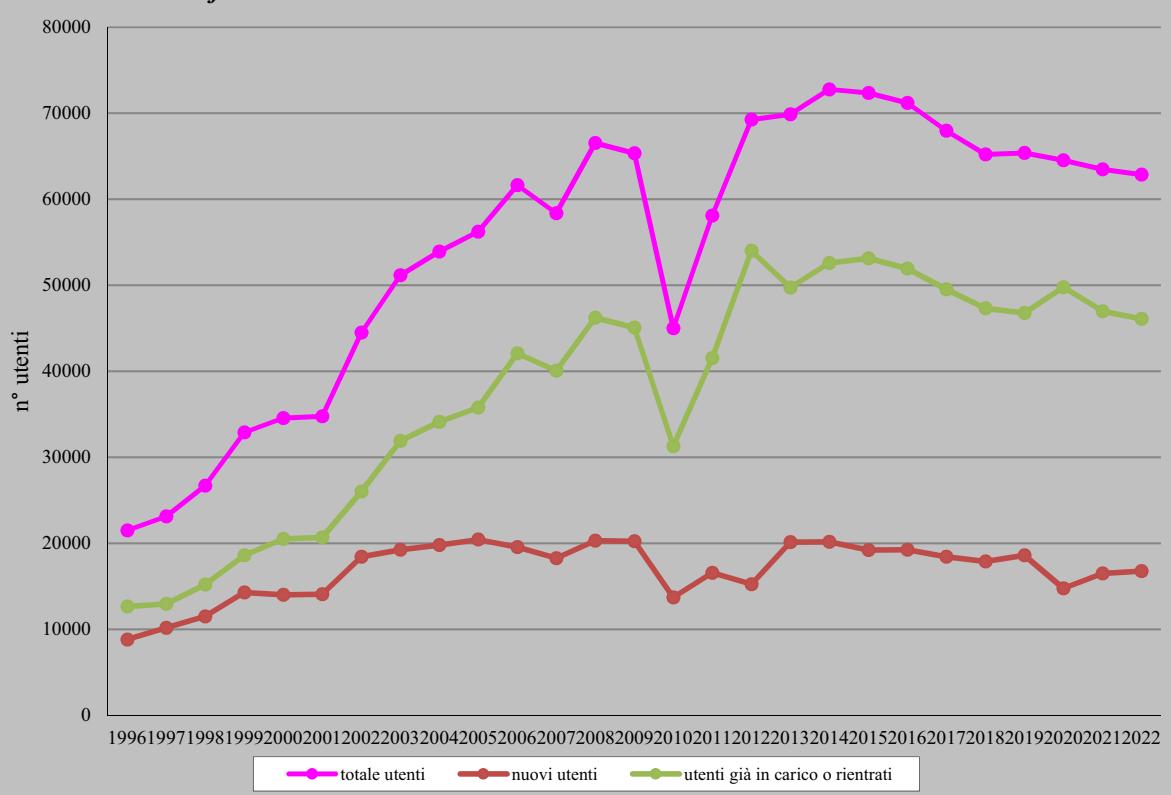
Graf.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2022

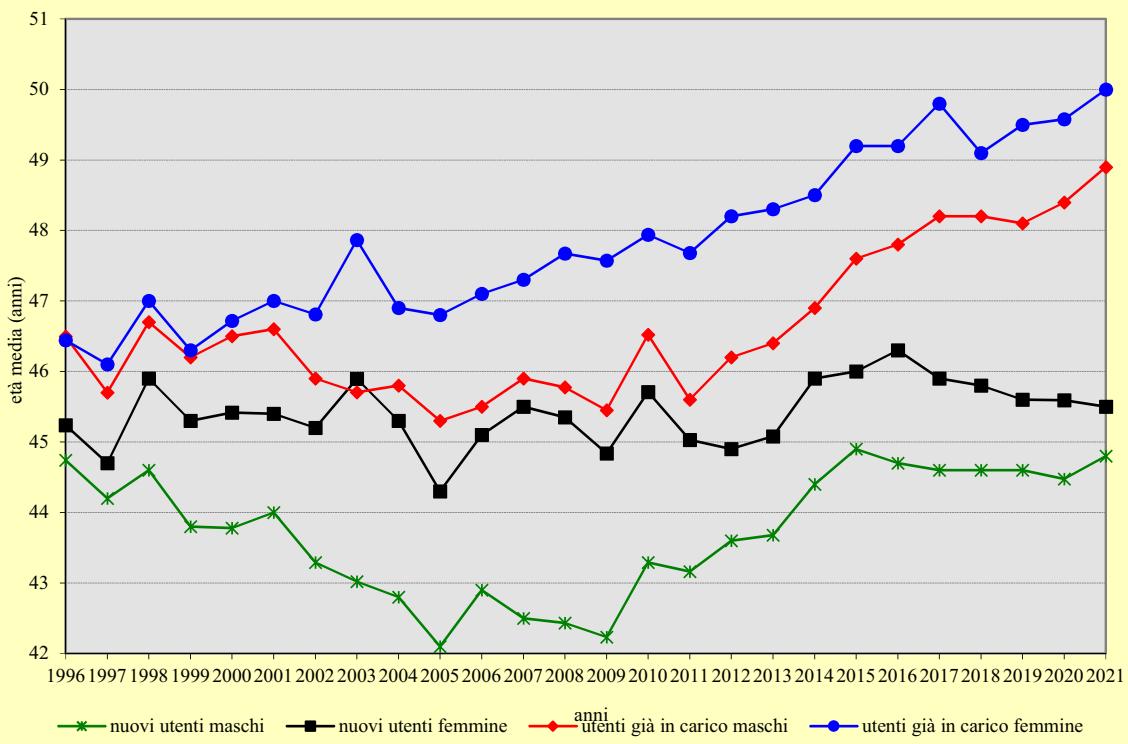
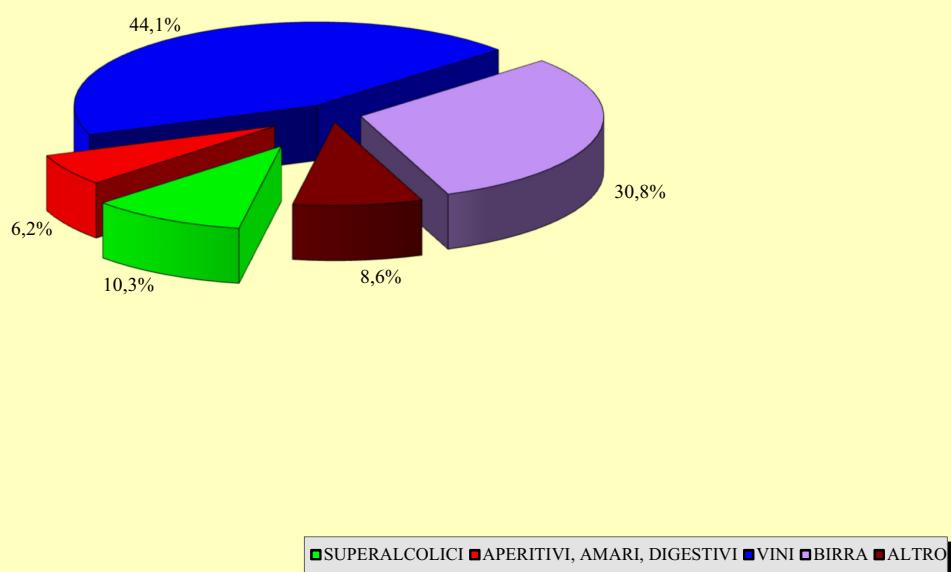


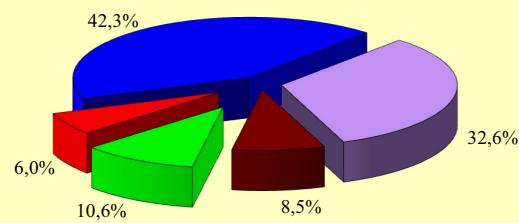
Graf.4 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO PARZIALMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2022



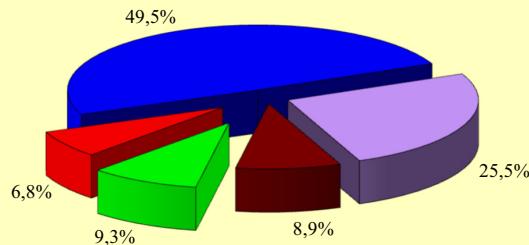
Graf.5 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI



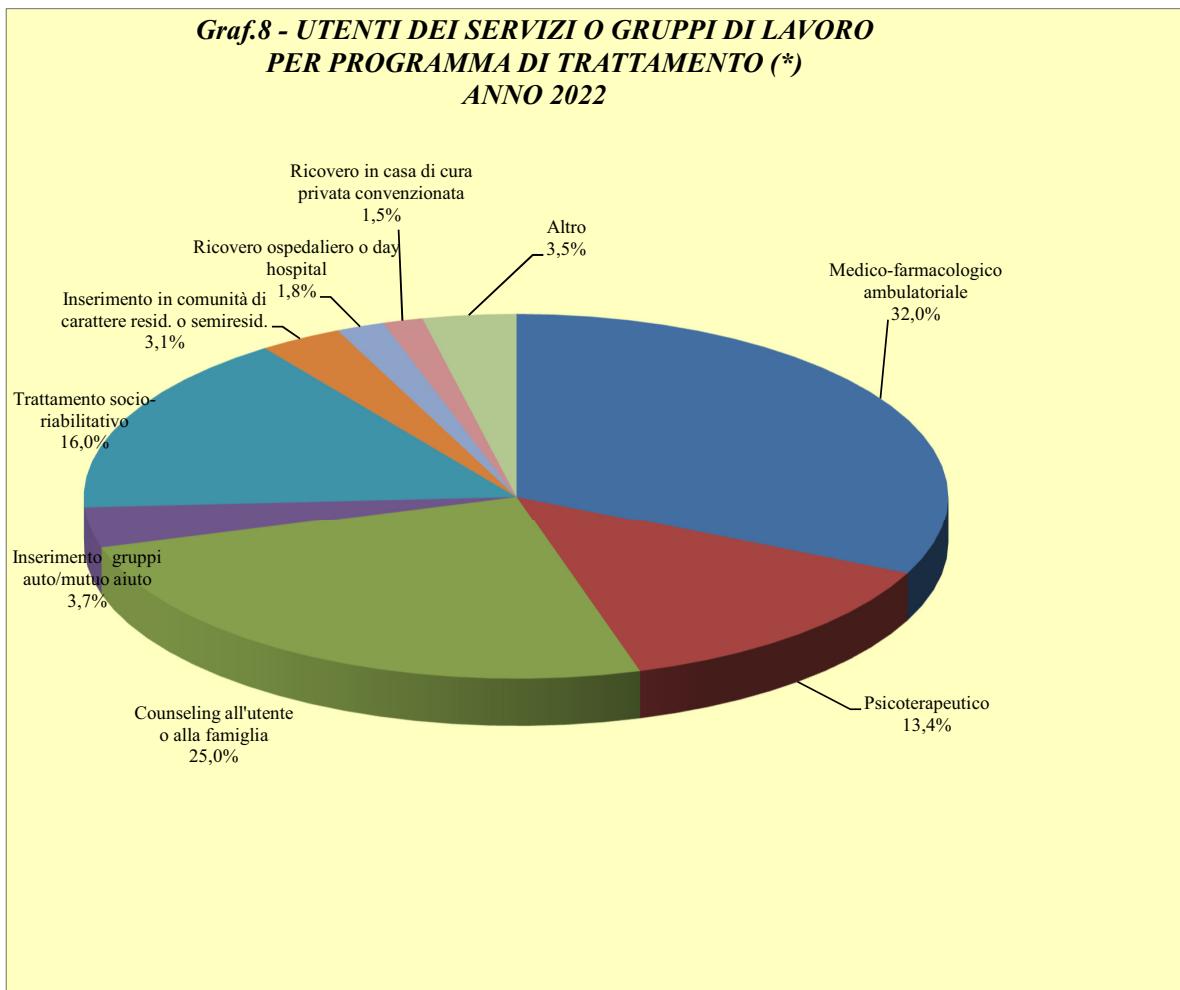
Graf. 6 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI**Graf.7 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE - ANNO 2022****a) Totale utenti**

b) Totale utenti maschi

■ SUPERALCOLICI ■ APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI ■ VINI ■ BIRRA ■ ALTRO

c) Totale utenti femmine

■ SUPERALCOLICI ■ APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI ■ VINI ■ BIRRA ■ ALTRO





191250101000