

SENATO DELLA REPUBBLICA

XVIII LEGISLATURA

Doc. CXXV

n. 4

RELAZIONE

SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI
DELLA LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL
E PROBLEMI ALCOLCORRELATI

(Anno 2021)

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

Presentata dal Ministro della salute

(SPERANZA)

Comunicata alla Presidenza l'8 marzo 2022

PAGINA BIANCA

INDICE**PREMESSA****PRESENTAZIONE****PARTE PRIMA**

1.	IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO	1
1.1	I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo	1
1.1.1	<i>Il consumo di bevande alcoliche in Europa</i>	1
1.1.2	<i>Il consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana</i>	5
1.1.3	<i>L'alcol nelle Linee Guida</i>	9
1.1.4	<i>Consumatori a rischio - le analisi dell'ISS</i>	11
1.1.5	<i>Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni</i>	21
1.2	<i>La morbilità e la mortalità alcol correlate</i>	33
1.2.1	<i>Accessi in Pronto Soccorso con diagnosi di patologie totalmente alcol attribuibili</i>	34
1.2.2	<i>Dimissioni ospedaliere con diagnosi di patologie totalmente attribuibili all'alcol</i>	43
1.2.3	<i>Alcoldipendenza</i>	55
1.2.4	<i>Le stime di mortalità dell'Istituto Superiore di Sanità</i>	56
1.2.5	<i>Gli incidenti stradali e le violazioni del Codice della Strada</i>	62
2.	LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE	70
3.	I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA	97
4.	LE ASSOCIAZIONI DI AUTO MUTUO AIUTO	100
5.	ATTUALITA' E PROSPETTIVE FUTURE	113

PARTE SECONDA

6.	GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125	
6.1	<i>Gli interventi di indirizzo</i>	116
6.2	<i>L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001</i>	127
6.3	<i>Gli interventi in materia di informazione e comunicazione</i>	128
6.4	<i>La partecipazione alle politiche internazionali</i>	129

APPENDICE – Tabelle e Grafici (*Capitolo 3 “I Servizi alcolologici 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 2020. Inoltre descrive i modelli di trattamento per l'alcoldipendenza e la capacità di assistenza dei Servizi alcolologici 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 2021 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 Liliana La Sala, dott.ssa Maria Migliore, dott.ssa Natalia Magliocchetti; dott.ssa Stefania Milazzo), avvalendosi anche di informazioni pertinenti fornite da diversi uffici delle Direzioni Generali del Ministero della Salute: Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Uff. 8 (Dott.ssa Daniela Galeone); 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).

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.

Pertanto si ringraziano:

- Prof. Emanuele Scafato, dott.ssa Silvia Ghirini, dott.ssa Claudia Gandin, dott.ssa Alice Matone - Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping. Osservatorio Nazionale Alcol e *WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems*.
- Dott.ssa Monica Vichi - Istituto Superiore di Sanità - *Servizio Tecnico Scientifico di Statistica*.
- Dott.ssa Emanuela Bologna - ISTAT - *Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Censimento della Popolazione, Servizio Registro della popolazione, statistiche demografiche e condizioni di vita*.
- Dott.ssa Giordana Baldassarre e Dott.ssa Silvia Bruzzone - ISTAT - *Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Censimento della Popolazione, Servizio Sistema Integrato Salute, Assistenza, Previdenza e Giustizia*.
- Dott. Francesco Trotta, Dott.ssa Filomena Fortinguerra, Dott. Andrea Pierantozzi - Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) - *Ufficio Monitoraggio della Spesa Farmaceutica e Rapporti con le Regioni*
- Dott.ssa Laura Rossi - CREA.
- Dott. Marco Orsega, dott. Pierfranco Severi - AICAT, *Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali*.
- AA, *Alcolisti Anonimi*
- Dott. Valentino Patussi - Centro Alcolologico Regionale, Regione Toscana
- Le Regioni che hanno svolto le attività previste dai progetti finanziati secondo la previsione della Legge 125/2001: Regione Piemonte con il Dott. Gaetano Manna e la Dott.ssa Valeria Zavan; la Regione Emilia-Romagna con il Dott. Alessio Saponaro, il Dott. Giovanni Greco e la Dott.ssa Barbara Leonardi. La Dott.ssa Angela Bravi - Coordinamento Interregionale Sub-Area Dipendenze della Commissione Salute.

PRESENTAZIONE

Il consumo dannoso e rischioso di alcol rappresenta un importante problema di salute pubblica, in quanto responsabile in Europa di circa il 4% di tutte le morti e di circa il 5% degli anni di vita persi per disabilità. Ciò ha indotto molti Paesi ad adottare raccomandazioni sul consumo di bevande alcoliche, suggerendo la prudenza come esprime con chiarezza il concetto condiviso "Less is better". Le *“Linee guida per una sana alimentazione”*, revisione 2018 presentate dal Centro di Ricerca e Nutrizione, definiscono “a basso rischio” un consumo di 2 unità alcoliche per l’uomo adulto e 1 unità alcolica per le donne adulte e per gli anziani di entrambi i sessi, corrispondenti rispettivamente a 24 e 12 grammi di alcol.

In Italia la Legge 8.11.2012 n.189 vieta la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche ai minori di 18 anni in considerazione dell’inefficienza dei meccanismi di metabolizzazione e smaltimento delle bevande alcoliche con maggiore compromissione per la salute e la sicurezza rispetto all’adulto. La disposizione normativa nazionale, tra le prime in EU ad essere stata adeguatamente variata negli anni recenti nel senso richiesto di rafforzamento del divieto di vendita e somministrazione ai minori e a innalzare l’età minima legale dai 16 ai 18 anni, ha rappresentato il più rilevante intervento del Ministero della Salute come risposta di salute pubblica nel pieno riconoscimento della maggiore vulnerabilità che presentano i minori ai danni causati dall’alcol.

Al danno biologico si possono associare danni indiretti causati da comportamenti irresponsabili che conducono ad azioni violente, sconsiderate, e nei maggiorenni anche ad incidenti spesso mortali o invalidanti.

L’anno 2020 al quale si riferiscono i dati che sono presentati in questa relazione è stato l’anno in cui si è verificata la pandemia da virus Sars-CoV-2 ed in cui si sono rese necessarie misure per il contenimento del contagio sia a livello nazionale sia a livello internazionale; tra le misure adottate vi è stata anche quella che ha riguardato il *lockdown* nel periodo 9 marzo 2020-18 maggio 2020. Il 2020 è stato, pertanto, un anno che ha assistito a notevoli cambiamenti nelle abitudini e nello stile di vita degli Italiani. Se dal punto di vista della protezione della salute causata da agenti infettivi trasmissibili si è potuto ottenere una migliore attenzione e precauzione, su altri versanti, sia conseguenti ad un ridotto accesso ai presidi del Sistema Sanitario sia soprattutto correlati al confinamento domiciliare e alla ridotta socializzazione si sono registrate criticità. Una delle criticità emerse ha riguardato il consumo rischioso e dannoso di alcol. L’isolamento ha incrementato il consumo incontrollato di bevande alcoliche anche mediante iniziative ex-novo come gli aperitivi digitali sulle chat e sui social network, spesso in compensazione della tensione conseguente all’isolamento, alle problematiche economiche, lavorative, relazionali e dei timori diffusi nella popolazione resa sicuramente più fragile dalla pandemia. L’approvvigionamento delle bevande alcoliche non ha conosciuto pause nel periodo del *lockdown* e il mercato ha rafforzato nuovi canali alternativi e meno controllati anche rispetto al divieto di vendita a minori.

I dati ISTAT riferiti all’anno 2020 confermano la tendenza degli ultimi anni dell’aumento dei consumi di bevande alcoliche fuori dai pasti. Si è registrato negli ultimi dieci anni un progressivo incremento della quota di donne consumatrici che, per il consumo occasionale, passano dal 38,8% al 45,3%, e quasi duplicano per il consumo fuori dai pasti, passando dal 14,2% al 22,4%. Il consumo di bevande alcoliche tra i giovani permane 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 2019 il consumo abituale eccedentario, nella classe di età 18-24 anni era l'1,7%, di cui il 2,3% maschi e l'1% femmine. Nel 2020 il **consumo abituale eccedentario** nella stessa classe di età è stato il 2,5%, con valore analogo per maschi e 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 2019 il fenomeno del *binge drinking* riguardava il 16% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 20,6% erano maschi e l'11% erano femmine. Nel 2020 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il 18,4% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 22,1% maschi e il 14,3% femmine.

Nel tempo si assiste anche a sensibili cambiamenti, in tutte le classi di età, nel **tipo di bevande consumate**. Il consumo esclusivo di vino e birra diminuisce in quasi tutte le fasce di età, mentre aumenta l'abitudine a consumare altri alcolici insieme al vino e alla birra, specialmente tra le donne di 45 anni e più. Il consumo di alcol è più marcato nel Centro-Nord, soprattutto nel Nord-est, e tra i maschi. La quota di consumatori di bevande alcoliche aumenta al crescere del titolo di studio conseguito, ciò avviene soprattutto per le donne e soprattutto in relazione al consumo fuori pasto. Andamento inverso ha, invece, il consumo quotidiano, che risulta crescente al diminuire del titolo di studio, soprattutto per gli uomini.

L'Istituto Superiore di Sanità (Osservatorio Nazionale Alcol) ha, ormai da anni, costruito un indicatore di sintesi per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana. L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale eccedentario ed il *binge drinking*. Le nuove indicazioni scientifiche (*"Linee guida per una sana alimentazione"* - CREA revisione 2018) hanno stabilito di considerare la popolazione di età inferiore ai 18 anni a rischio per il consumo di una qualsiasi bevanda alcolica. Sono da considerare a rischio gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di due Unità Alcoliche standard (UA), le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di una UA, nonché 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 quindi attraverso l'indicatore di sintesi, mostra che nel 2020 il 22,9% degli uomini e il 9,4% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8.600.000 individui (M=6.000.000, F=2.600.000), non hanno seguito le indicazioni di salute pubblica. L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi è quella dei 16-17enni, seguita dagli anziani ultra 65enni. Pertanto, circa 800.000 minorenni e 2.600.000 ultra sessantacinquenni, sono individui da considerare a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, esattamente quei target di popolazione sensibili per i quali la WHO e la Commissione Europea raccomandano azioni d'intervento volte a sensibilizzare le persone riguardo le raccomandazioni di sanità pubblica.

L'**Alcoldipendenza** è a tutt'oggi un ambito che continua a necessitare di grande attenzione per le implicazioni sanitarie e sociali che ne derivano. Nel 2020 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati (n=487) 64.527 soggetti. Il 22,9% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. Il rapporto M/F è pari a 3,2 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). Il 74,3% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,1% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 18,7%. La bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (46,3%), seguito dalla birra (29,2%), dai superalcolici (10,7%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,9%). Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2020 il 32,0% degli

utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,7% al “*counseling*” rivolto all’utente o alla famiglia, il 3,6% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 16,6% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l’inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 3,0% degli alcolodipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 13,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 3,2% del totale degli utenti rilevati (1,9% in istituti pubblici, 1,3% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol. Il buon funzionamento dei Servizi alcolologici viene favorito da una diffusa collaborazione con la rete dei gruppi di auto-mutuo aiuto, grande risorsa per il Sistema Sanitario Nazionale ed espressamente prevista dalla legge 125/2001. I Gruppi di auto-mutuo aiuto svolgono attività che riguardano prevalentemente la riabilitazione degli alcol dipendenti, ma spesso anche la sensibilizzazione e informazione della popolazione generale.

Dai dati elaborati e rappresentati dall’**Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)**, nel 2020 si registra, rispetto all’anno precedente, una forte riduzione del consumo dei farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica (-16,8%), che si concentra in gran parte nell’ambito delle strutture sanitarie pubbliche (-22,8%), a cui si associa una più marcata riduzione della spesa a carico del SSN (-17,5%), verosimilmente come risultato della riduzione degli accessi da parte dei pazienti alle strutture sanitarie pubbliche a causa dell’emergenza pandemica da COVID-19.

Il sodio oxibato è il farmaco più utilizzato nell’ambito delle strutture sanitarie pubbliche, mentre il disulfiram e l’acamprosato sono quelli più utilizzati nell’ambito dell’assistenza convenzionata. I farmaci a base di disulfiram sono acquistati in parte anche privatamente dal cittadino. Le regioni del Nord consumano un numero maggiore di dosi di farmaco rispetto alle regioni del Centro e del Sud, ma con un corrispettivo di spesa inferiore. 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 bipolari e disturbi d’ansia.

Nel corso del 2020 si sono verificati complessivamente 29.362 **accessi in Pronto Soccorso** caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all’alcol. Di questi il 71% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 29% ad accessi di femmine.

La distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per triage medico mostra che al 66% degli accessi viene attribuito il codice verde, al 22% il codice giallo, al 10% il codice bianco e al 2% il codice rosso. Si rileva che al 16% degli accessi in pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcol, non specificato, al 15% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcol, episodico, mentre al 13 % una diagnosi di effetti tossici dell’alcol etilico. Si rileva che il 73% degli accessi in pronto soccorso con diagnosi totalmente attribuibili all’alcol esita a domicilio, mentre il 12% degli accessi viene ricoverato.

I dati ricavati dalle **Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)** nel 2020 rilevano complessivamente 43.445 dimissioni ospedaliere, caratterizzate dall’aver indicata almeno una patologia attribuibile all’alcol, o come diagnosi principale di dimissione, o come una delle diagnosi secondarie, che coesistono al momento del ricovero e che influenzano il trattamento terapeutico somministrato. La distribuzione per categorie diagnostiche delle diagnosi rilevate mostra la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (58,2% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriachezza 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 (16,3%). La distribuzione delle dimissioni per genere evidenzia una netta prevalenza dei ricoveri di maschi (77,4%) rispetto alle femmine (22,6%). La distribuzione dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera per sesso mostra una elevata variabilità tra regioni e per entrambi i sessi si rilevano valori estremi nella Provincia Autonoma di Bolzano e Valle d'Aosta (valori massimi) ed in Sicilia (valori minimi). A causa della pandemia da nuovo Coronavirus (Sars-CoV-2), nel 2020 si è avuta una drastica riduzione del numero complessivo dei ricoveri ospedalieri, si rileva infatti una forte contrazione dei ricoveri di circa il 20% rispetto all'anno precedente.

Si definiscono “**morti totalmente alcol-attribuibili**” quei decessi che, in accordo con la *International Classification of Disease* (ICD10), sono causati da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol: *Sindromi psicotiche indotte da alcol* (ICD10: F10), *Polineuropatia alcolica* (ICD10: G62.1), *Cardiomiopatia alcolica* (ICD10: I42.6), *Gastrite alcolica* (ICD10: K29.2), *Epatopatie alcoliche* (ICD10: K70), *Effetti tossici dell'alcol* (ICD10: T51.0, T51.1), *Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol* (ICD10: G31.2), *Pancreatite cronica indotta da alcol* (ICD10: K86.0). I dati più recenti si riferiscono all'anno 2018, si rileva che il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.224, di cui 81,5% uomini e 18,5% donne; rapportato alla popolazione residente queste cifre corrispondono a poco meno di 40 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e a 1 decesso per milione di abitanti 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=749; F=174) e i disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol (M=213; F=45) che, nel complesso, causano il 94,8% dei decessi alcol-attribuibili tra gli uomini e il 95,6% tra le donne.

Di grande rilievo per completare la panoramica inerente la morbosità e la mortalità alcol-correlata rientra anche l'analisi del fenomeno riguardante **l'incidentalità stradale**. Il tema degli incidenti stradali alcol correlati rappresenta un argomento di estrema rilevanza per la sicurezza stradale, per il quale sono ancora presenti lacune informative soprattutto a causa della mancanza di un'unica Banca Dati alla quale possano afferire tutte le informazioni raccolte dalle diverse fonti ufficiali attualmente esistenti. La mobilità nell'ambito della crisi sanitaria esplosa nel 2020 ha subito un drastico cambiamento. Nel 2020 si rileva un decremento, mai registrato prima, di incidenti stradali e infortunati coinvolti. I periodi di *lockdown*, imposti dai decreti governativi per contenere la diffusione dei contagi, hanno determinato il blocco quasi totale della circolazione da marzo a maggio e successivamente anche nei mesi invernali influenzando in maniera determinante sull'incidentalità stradale. Rispetto al 2019 il numero di vittime diminuisce del 24,5%, gli incidenti scendono del 31,3% e i feriti del 34,0%. L'informazione sugli incidenti stradali correlati ad alcol e droga è stata dedotta da 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. Da tali fonti risulta che su un totale di 40.310 incidenti con lesioni osservati dai due Organi di rilevazione, sono stati 3.692 quelli con almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti in stato di ebbrezza e 1.391 quelli per i quali si è rilevato l'effetto di stupefacenti. Il 9,2% e il 3,5% degli incidenti rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale è correlato, rispettivamente, ad alcol e droga, proporzioni in aumento rispetto al 2019, soprattutto per lo stato di ebbrezza alla guida (8,7% e 3,4%). Sebbene il periodo sia stato caratterizzato da una forte diminuzione degli incidenti e delle vittime, l'incidentalità stradale correlata ad alcol e droga è dunque risultata in aumento nel 2020.

L'analisi del quadro epidemiologico è essenziale per definire i fenomeni connessi alle patologie ed alle problematiche correlate al consumo rischioso e dannoso di alcol. Da ciò quindi prende spunto la programmazione nazionale di interventi e piani di azione nel settore della prevenzione in Sanità Pubblica che mantiene attenta l'attenzione anche a recepire le indicazioni incluse nelle Strategie Comunitarie. Con Intesa Stato Regioni del 6 agosto 2020 è stato adottato il **Piano Nazionale della Prevenzione 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 completato la pianificazione dei Piani Regionali di Prevenzione e, entro il 31 dicembre 2021, hanno adottato, con apposito Atto, i propri PRP. Il nuovo PNP si è avvalso delle precedenti esperienze, pertanto ha adottato metodi, strumenti, buone pratiche validati e consolidati negli anni, rafforzato la connessione con i Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017) e con i relativi sistemi di monitoraggio (verifica adempimenti LEA e Nuovo sistema di garanzia) nell'affrontare le diverse macro aree. Il PNP 2020-2025 prevede il Macro Obiettivo 2 "Dipendenze e problematiche correlate". Il M.O.2 presenta 7 obiettivi strategici e 14 Linee strategiche di intervento con relativi indicatori. Il nuovo piano prevede i Programmi Predefiniti ed i Programmi Liberi. I Piani Regionali di Prevenzione sono organizzati in programmi 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. Nell'ambito delle dipendenze pertanto si ha il Piano Predefinito PP4, con obiettivi specifici, obiettivi trasversali a tutti gli obiettivi del piano, indicatori definiti per permettere l'attuazione del monitoraggio e della valutazione. Inoltre il piano prevede le Linee di supporto centrali, pertinenti al livello di governo centrale, esse 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, in generale, a facilitare il raggiungimento degli obiettivi del PNP. Per l'area delle dipendenze è prevista la Linea di supporto centrale n. 11 che ha come obiettivo un Tavolo di lavoro interistituzionale avente come finalità: *"Definire percorsi integrati, uniformi sul territorio nazionale, per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze, per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali"*. Il "Tavolo Tecnico di Lavoro per la realizzazione del Piano Nazionale di Prevenzione in materia di Dipendenze" è stato istituito con Decreto Dirigenziale il 21/04/2021 per ottemperare alla Linea di supporto centrale n.11. Il tavolo tecnico di lavoro prevede una durata concomitante con la vigenza del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025. Il detto Tavolo si è insediato il 7 luglio 2021 e si è riunito nell'arco dell'anno 2021 per tre volte nelle quali si è concordato di affrontare come prima tematica: *"l'intercettazione precoce/emersione precoce delle situazioni problematiche (early detection)"*.

In **ambito internazionale**, il Ministero della Salute, supportato dall'Istituto Superiore di Sanità, segue lo sviluppo del nuovo Piano d'azione europeo (2022-2030) per attuare efficacemente la strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol (OMS).

La **Legge 125/2001** "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" ha previsto diversi interventi da realizzare ai fini della prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie e delle problematiche alcol correlate. Tra questi sono da annoverare anche gli interventi per i quali la legge prevede uno stanziamento di risorse economiche (art. 3 comma 4) al fine di promuovere Campagne di Informazione Istituzionale volte alla prevenzione dei danni alcol correlati, e risorse destinate alle Regioni al fine di monitorare le attività regionali in attuazione del disposto legislativo.

Le risorse destinate alle Regioni, in accordo con la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e con il gruppo sub-area dipendenze di detta Commissione, vengono annualmente assegnate per uno o più progetti su tematiche alcologiche. Attualmente sono in corso progetti che hanno come finalità l'elaborazione di documenti di analisi e, ove possibile, di consenso da

presentare nella seconda Conferenza Nazionale Alcol, organizzata dal Ministero della Salute nel mese di Marzo 2022. I progetti prevedono lo sviluppo delle seguenti tematiche: 1) “*Prevenzione in ambito scolastico*”; 2) “*Alcol e Guida*”; 3) “*Giovani e alcol. Modalità di ingaggio e di intervento sui giovani con modalità di consumo problematiche*”; 4) “*Le reti curanti: lo stato dell’arte, dall’applicazione della Legge 125/2001 alle innovazioni normative e progettuali, gli attori coinvolti, le condizioni complesse, le necessità formative*”; 5) “*Pandemia Covid.19 e Servizi Territoriali per le Dipendenze. Criticità riscontrate e soluzioni adottate, al fine di individuare buone pratiche ed elementi innovativi da condividere su tutto il territorio nazionale*”. Le attività progettuali sono sviluppate dalle Regioni capofila: Piemonte ed Emilia-Romagna, con il coinvolgimento di tutte le Regioni, le Istituzioni Centrali coinvolte nelle tematiche, le Associazioni, le Società scientifiche, le Comunità, e con la supervisione costante e continua del Ministero della Salute.

La **Conferenza Nazionale Alcol 2022** ha come tema portante: ***“Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell’alcologia italiana”***. La Conferenza, a distanza di 21 anni dall’approvazione della Legge 30.3.2001, n° 125 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati”, si prefigge di fare il punto sullo stato dell’arte dell’applicazione dei principi riguardo alle tematiche che nell’ultimo decennio sono stati il *drive* delle azioni a livello nazionale, regionale e locale sul tema alcologico. Pur mantenendo alta l’attenzione su tematiche di sicuro impatto sanitario e sociale e che continuano ad avere un’ampia risonanza mediatica, come ad esempio “alcol e mondo giovanile” in tutte le sue declinazioni ed “Alcol e sicurezza stradale”; a questi temi va ad aggiungersi la consapevolezza dell’esperienza accumulata e solidificata non solo rispetto a modalità realistiche di approccio, costruzione e gestione di processi assistenziali, ma anche della necessità di tracciare tali processi all’interno di un itinerario, di una rete i cui nodi devono essere interconnessi in modo utile e coerente. La Conferenza 2022, attraverso una rinnovata collaborazione tra Ministero della Salute e Gruppo Interregionale sub area dipendenze della Commissione Salute, intende restituire non solo a coloro che hanno preso parte ai progetti preparatori della Conferenza ma a tutti gli *Stakeholders* in ambito alcologico, le considerazioni contenute nei documenti prodotti dalle attività progettuali. Considerazioni già condivise in fase pre-Conferenza e che si andranno ulteriormente ad implementare e ad arricchire in seno alla stessa, ove possono essere raccolte le proposte maggiormente condivise.

Il Ministro della Salute
On. Roberto Speranza

PARTE PRIMA

1. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

1.1 I CONSUMI DI BEVANDE ALCOLICHE E I MODELLI DI CONSUMO

1.1.1 IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE IN EUROPA

Il consumo pro-capite di alcol in Europa

Secondo la OMS, Il consumo dannoso di alcol causa circa 3 milioni di morti ogni anno a livello globale, nonché disabilità e cattive condizioni di salute di milioni di persone. Complessivamente, l'uso dannoso di alcol è responsabile del 5,1% del carico globale di malattie e la regione europea dell'OMS ha la più alta percentuale di bevitori e il più alto consumo di alcol nel mondo. Nella Regione europea dell'OMS si stima che il 62,3% della popolazione adulta ha consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'ultimo anno e che il consumo di alcol è causa di quasi un milione di morti ogni anno, pari a circa 2500 morti al giorno (di cui una su quattro è un giovane artefice o vittima di un incidente stradale causato dall'alcol alla guida, prima causa di morte prematura in Italia ed in Europa, di malattia di lunga durata o di disabilità tra i giovani maschi di età compresa tra i 14 e i 28 anni di età)^(i,ii). L'alcol è dimostrato essere causa di oltre 200 malattie e incidenti nella classificazione internazionale delle malattie, e circa 40 di queste sono del tutto attribuibili al consumo di alcol (1). Sono state individuate due ampie categorie di malattie alcol-attribuibili: Le malattie non trasmissibili e croniche (come ad esempio (malattie non trasmissibili; disturbi neurologici, il cancro, le malattie cardiovascolari e la cirrosi epatica) e le lesioni non intenzionali e intenzionali (1,ⁱⁱⁱ,^{iv}). La OMS ha stimato infatti che il 29% dei decessi alcol correlati sono avvenuti per patologie oncologiche, il 20% per cirrosi epatica, il 19% per malattie cardiovascolari (19%) e infine il 18% per incidenti. Si stima inoltre che, nello stesso anno 7,6 milioni di anni siano stati persi prematuramente a causa del consumo di alcol (^v). Come più volte ribadito anche dall'Osservatorio Nazionale Alcol e dal WHO *Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems* dell'Istituto Superiore di Sanità nel corso dei numerosi seminari e webinar formali svolti dall'OMS nel corso del 2021, le interferenze da parte del mondo della produzione sulle politiche di riduzione del consumo di alcol e quest'ultimo rappresentano i principali ostacoli per il raggiungimento di 13 dei 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) con ripercussioni su tutte e tre le dimensioni dell'Agenda 2030 (economica, sociale e ambientale) da raggiungere entro il 2030. L'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha suggerito di utilizzare il Consumo Pro-capite di alcol in litri di alcol puro (CPA) per garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età (obiettivo 3.5), rafforzando la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e uso dannoso di alcol (obiettivo specifico 3.5.1). (^{vi}) L'analisi del trend del consumo medio pro-capite di alcol puro, come somma del contributo di alcol di tutte le bevande alcoliche, mostra che in Italia il valore (figura I.1) è passato da 19,72 litri nel 1970 a 7,65 litri nel 2019 con una diminuzione maggiore rispetto a quella registrata a livello medio europeo. Va notato che nel 1970 il consumo pro-capite di alcol in Italia era

molto più elevato rispetto alla media dei Paesi Membri dell'Europa (19,72 vs 13,83) e ciò nonostante l'Italia è stata la prima Nazione della Regione Europea dell'OMS a raggiungere il target prefissato dalle strategie europee della riduzione del 25 % dei consumi pro-capite di alcol.

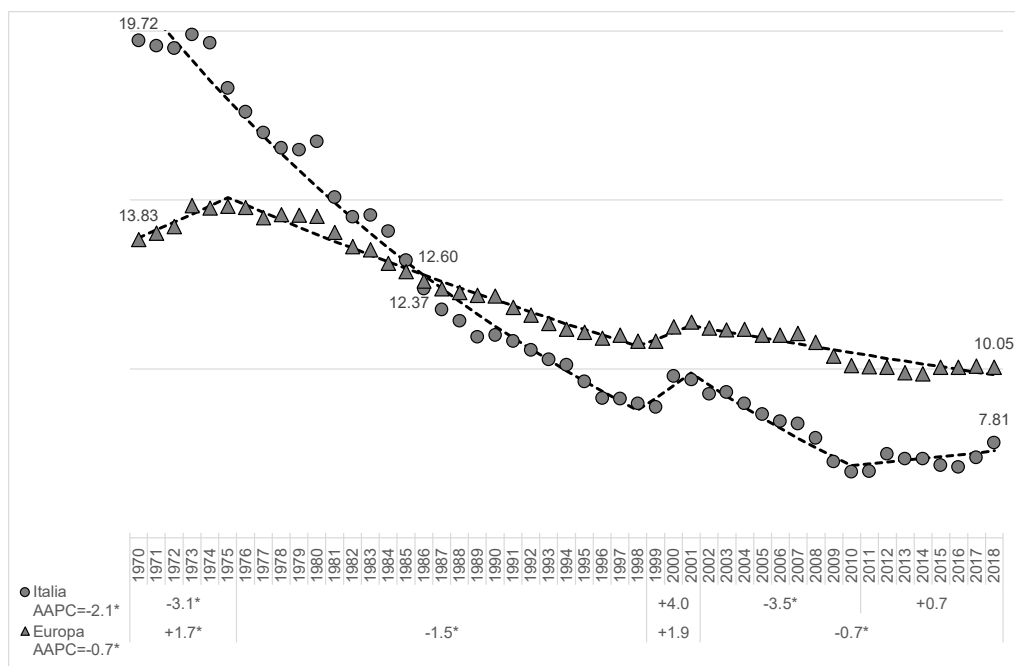


Figura I.1 Trend consumo registrato di alcol in litri di alcol puro pro-capite totale e stimato (in Italia e nei Paesi Europei. Valore registrato (tondo) e stima (linea tratteggiata) ottenuta con Joint Point Analysis (JP).Anni 1970-2018

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

In Europa, tra il 1970 e il 1998 a fronte di un iniziale incremento del consumo pro-capite (1970-1975: +1.7) si è osservata una prolungata diminuzione (1975-1998: -1.5) che in Italia si è rivelata più costante e più consistente (1970-1998: -3,1). Nel triennio successivo una evidente controtendenza ha fatto registrare un aumento, pur non statisticamente significativo, sia in Europa (1998-2001: +1.9) che in Italia (1998-2001: +4.0) che tuttavia non ha pregiudicato per l'Italia il raggiungimento, come prima Nazione Europea, dell'obiettivo OMS di una riduzione del 25 % dei consumi di alcol entro l'anno 2000 stabilito dal Piano d'Azione Europeo sull'Alcol. Tra il 2002 e il 2018 infine, il consumo pro-capite di alcol puro a livello europeo è diminuito annualmente di 0,7 litri di alcol puro mentre in Italia, a fronte di una diminuzione rilevata tra il 2002 e il 2010 (2001-2010: -3,5) il dato ha subito delle oscillazioni tra il 2011 e il 2018 e nel corso dell'ultimo anno, è risalito ulteriormente ai livelli del 2008 di 7,8 litri pro-capite, vanificando le riduzioni dell'ultimo decennio. È degno di nota rilevare che il reale consumo medio pro-capite di alcol puro è sicuramente superiore a quello sinora stimato essendo quest'ultimo elaborato e riferito all'intera popolazione e non ai soli consumatori per i quali, ovviamente, si registra e si realizza l'esposizione effettiva al rischio alcol-correlato. Analizzando i litri di alcol consumati per tipologia di bevanda si evince che in Italia la quota prevalente dei litri di alcol puro è attribuibile al vino, seguito dalla birra e in ultimo da liquori con andamenti nel tempo sostanzialmente differenti tra il 1980 e il 2019 (Figura I.2). Il consumo medio pro capite di vino è diminuito passando da 13,15 nel 1980 a 5,08 litri nel 2018 e 4,83 litri nel 2019. L'andamento del

consumo medio pro capite di birra ha avuto un andamento molto diverso rispetto a quello del vino e tra il 1980 e il 2019 si è assistito ad una costante crescita che, nel corso dell'ultimo anno, è stata pari al 2,6%. Il consumo medio degli altri alcolici (superalcolici, amari, cocktail ecc.) è diminuito tra il 1980 e il 1999, dal 2000 al 2018 ha subito delle oscillazioni e nel 2019 è stato pari a 0.83 litri, facendo registrare un incremento rispetto al precedente anno di 5,1%.

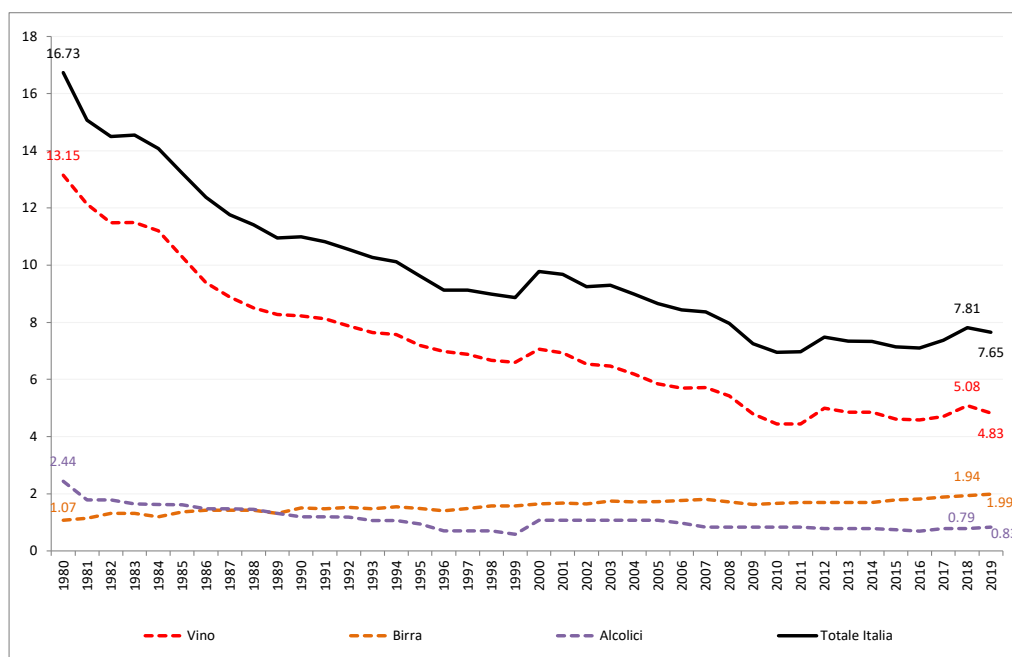


Figura I.2 Consumo registrato di alcol in litri di alcol puro pro-capite totale e per tipologia di bevanda. Italia. Anno 1980-2019

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati

Come purtroppo a tutti noto, la pandemia da Covid-19 ha richiesto l'adozione di numerose misure di sanità pubblica che hanno limitato la vita pubblica, spesso con blocchi a livello nazionale, che hanno avuto un impatto sullo stile di vita e sulle abitudini di consumo delle persone. Le misure di contenimento dell'epidemia adottate nel nostro Paese hanno inciso infatti su molti gli aspetti della vita quotidiana ed hanno aggravato problematiche relative a problemi di consumo di sostanze (tra cui l'alcol) a livello individuale e di popolazione [7-8]. Nel corso dell'anno 2020 si è assistito in molti Paesi ad un aumento delle vendite online di bevande alcoliche [9] ed alcuni studi hanno già evidenziato l'intensificarsi di comportamenti rischiosi per la salute (come ad esempio il *binge drinking*) in alcuni target sensibili di popolazione [10-11]. In Francia e Belgio ad esempio, la chiusura di bar e ristoranti durante il *lockdown* è stata associata a una riduzione complessiva del consumo di alcol, soprattutto tra i giovani adulti ma, allo stesso tempo, altri gruppi della popolazione (come persone di età compresa tra 35 e 50 anni e genitori di bambini piccoli) hanno riferito di aver bevuto più del solito durante il periodo di confinamento (12-13). Per questo motivo l'OMS ha incoraggiato i governi ad applicare misure che limitano il consumo di alcol [14]. Stime recenti prodotte dai diversi settori della produzione e da confermare (15), indicano una tenuta del consumo medio pro-capite di alcol puro, pur con una riduzione registrata nel 2020, in Italia come in altre Nazioni Europee e nel Mondo, a causa dei periodi di *lockdown* che hanno visto un più difficile approvvigionamento e acquisto di alcolici da parte dei consumatori attraverso la grande distribuzione e un forte aumento della vendita online e dell'home

delivery che, pur non compensando le perdite effettive in volume degli alcolici, si stima abbiano contribuito anche al sostanziale recupero dei consumi alcolici già nel corso del 2021 e con previsioni di tendenza ad un ulteriore aumento che sarà monitorato nel corso dei mesi. Sarà fondamentale, in tale ottica, valutare le eventuali variazioni relative alle abitudini di consumo dei prossimi anni parallelamente alla modalità di acquisto (difficilmente controllabile per i minori quella online), alla tipologia di bevanda consumata, alla modalità di assunzione, e al target specifico di popolazione a rischio, al fine di individuare le criticità emerse a seguito dell'epidemia in Italia, nei Paesi Europei e nel Mondo e promuovere politiche sanitarie di contrasto specifiche.

Bibliografia

1. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; ultima consultazione 24/01/2022
2. World Health Organization. Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development (2020). Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo:
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf
3. Coglian VJ, Baan R, Straif K, Grosse Y, LaubySecretan,B, El Ghissassi F et al. Preventable exposures associated with human cancers. J Natl Cancer Inst. 2011;103(24):1827–1839. doi: 10.1093/jnci/djr483.
4. Policy brief:tackling harmful alcohol use. Paris: OECD Publishing; 2015 <https://www.oecd.org/els/health-systems/Policy-Brief-Tacklingharmful-alcohol-use.pdf>.
5. World Health Organization. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Geneva: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019>; ultima consultazione 24/01/2020
6. United Nation. The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development; United Nations, 2015. Disponibile all'indirizzo:
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>; ultima consultazione 24/01/2020
7. Acuff SF, Tucker JA, Murphy JG. Behavioral economics of substance use: Understanding and reducing harmful use during the COVID-19 pandemic. Exp Clin Psychopharmacol. 2021;29(6):739-49. doi:10.1037/pha0000431
8. Farhoudian A, Radfar S, Mohaddes Ardabili H, et al. A global survey on changes in the supply, price, and use of illicit drugs and alcohol, and related complications during the 2020 COVID-19 pandemic. Front psychiatry. 2021;12. doi:10.3389/FPSYT.2021.646206
9. Eurocare. Alcohol consumption in times of COVID-19. Available from:
www.eurocare.org/cares.php?sp=alcohol-and-health&ssp=alcohol-consumption-in-times-of-covid-19.
10. Pollard MS, Tucker JS, Green HD. Changes in Adult Alcohol Use and Consequences During the COVID-19 Pandemic in the US. JAMA Netw open. 2020;3(9):e2022942. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.22942
11. Tran TD, Hammarberg K, Kirkman M, Nguyen HTM, Fisher J. Alcohol use and mental health status during the first months of COVID-19 pandemic in Australia. J Affect Disord. 2020;277:810-3. doi:10.1016/j.jad.2020.09.012
12. Drieskens S, Berger N, Vandevijvere S, Gisle L, Braekman E, Charafeddine R, De Ridder K, Demarest S. Short-term impact of the COVID-19 confinement measures on health behaviours and weight gain among adults in Belgium. Arch Public Health. 2021 Feb 22;79(1):22. doi: 10.1186/s13690-021-00542-2. PMID: 33618770; PMCID: PMC7897894.
13. V.Lemoine, M. Delibéros C Bessarion, Alcool : quel impact du confinement sur la consommation des Français ?Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/tabac-alcool-quel-impact-du-confinement-sur-la-consommation-des-francais>
14. WHO. Alcohol does not protect against COVID-19; access should be restricted during lockdown. April 2020. Available from: www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2020/04/alcohol-does-not-protect-against-covid-19-access-should-be-restricted-during-lockdown.
15. Annual report 2020. Assobirra . https://www.assobirra.it/wp-content/uploads/2021/06/AssoBirra_AnnualReport_2020_giugno2021_DEF.pdf

1.1.2 IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NELLA POPOLAZIONE ITALIANA

La valutazione dell'esposizione al rischio alcol correlato si basa sull'uso di un sistema d'indicatori validati a livello nazionale ed europeo a cui contribuiscono l'ISTAT, con le statistiche desumibili dall'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 2020 il 66,4% della popolazione italiana di 11 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica (pari a 36 milioni e 56 mila persone), con una prevalenza maggiore tra i maschi (77,2%) rispetto alle femmine (56,2%).

Il 20,6% dei consumatori (11 milioni 215 mila persone) beve quotidianamente (31% tra i maschi e 10,9% tra le femmine).

Nell'anno 2020 è stabile, rispetto all'anno precedente, il consumo nell'anno (66,8% nel 2019 e 66,4% nel 2020); analogo andamento per il consumo giornaliero (20,2% nel 2019 e 20,6% nel 2020), mentre continua ad aumentare il consumo fuori pasto (30,6% nel 2019 e 31,7% nel 2020) ed in lieve diminuzione il consumo occasionale (46,6% nel 2019 e 45,7% nel 2020).

Nell'arco di tempo 2010-2020 (tab.I.1) l'ISTAT ha, invece, rilevato:

- un lieve aumento dei consumatori nell'anno (dal 65,7% al 66,4%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 26,3% al 20,6%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 39,4% al 45,7%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 25% al 31,7%).

Tab I.1. 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 2010 e 2020 (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	
	2010	2020	2010	2020	2010	2020	2010	2020	2010	2020	2010	2020
MASCHI												
Nell'anno	26,7	18,2	77,6	76,9	84,4	82,8	86,3	84,4	80,2	81,0	78,9	77,2
Tutti i giorni	2,4	0,9	15,6	11,1	31,4	23,4	50,9	36,8	58,2	48,8	38,9	31,0
Occasionalmente	24,3	17,3	62,0	65,8	53,0	59,5	35,3	47,6	21,9	32,1	40,0	46,2
Fuori pasto	11,8	8,3	48,5	53,6	46,9	55,2	37,3	44,8	23,0	28,9	36,6	41,6
FEMMINE												
Nell'anno	20,6	18,8	60,3	69,7	58,8	66,3	59,2	61,4	47,0	47,9	53,4	56,2
Tutti i giorni	0,9	0,9	3,9	4,3	9,4	7,7	19,2	12,5	22,7	16,2	14,6	10,9
Occasionalmente	19,7	17,9	56,4	65,4	49,4	58,6	40,0	48,9	24,4	31,7	38,8	45,3
Fuori pasto	9,0	9,2	35,0	47,0	20,2	35,7	12,0	21,8	4,5	9,0	14,2	22,4
MASCHI E FEMMINE												
Nell'anno	23,7	18,5	69,1	73,5	71,6	74,6	72,5	72,6	61,1	62,4	65,7	66,4
Tutti i giorni	1,7	0,9	9,9	7,9	20,4	15,6	34,8	24,4	37,8	30,5	26,3	20,6
Occasionalmente	22,1	17,6	59,2	65,6	51,2	59,0	37,7	48,3	23,3	31,9	39,4	45,7
Fuori pasto	10,4	8,7	41,9	50,5	33,6	45,5	24,4	33,1	12,4	17,7	25,0	31,7

Fonte: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2010 e 2020

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 38,8% al 45,3%, e, quasi duplicano, per il consumo fuori dai pasti (dal 14,2% al 22,4%).

Bevande alcoliche consumate dagli italiani nel 2020

Nel 2020, beve **vino** il 53,8% della popolazione di 11 anni e più, di cui 65,1% maschi e 43,2% femmine. Nella stessa popolazione considerata beve **birra** il 51%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile (64,6%) all'incirca doppia rispetto a quella femminile (38,3%).

Gli **aperitivi alcolici, amari e superalcolici** sono consumati, nel 2020, dal 46,4% della popolazione di 11 anni e più (58,1% degli uomini e il 34,6% delle donne).

Nell'anno 2020 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche che hanno bevuto vino sono stati il 17,6% (26,1% maschi e 9,6% femmine), mentre quelli che hanno bevuto **birra** il 6% (9,9% maschi e 2,4% femmine) ed infine hanno bevuto **aperitivi, amari, superalcolici** lo 0,8% (1,3% maschi e 0,4% femmine) (**Tab.I.2**).

Nel tempo si assiste anche a sensibili cambiamenti, in tutte le classi di età, nel tipo di bevande consumate. Il consumo esclusivo di vino e birra diminuisce in quasi tutte le fasce di età, mentre aumenta l'abitudine a consumare altri alcolici insieme al vino e alla birra, specialmente tra le donne di 45 anni e più.

Tab I.2. 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 2020 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso)

TIPO DI BEVANDA ALCOLICA	Consumo di bevande alcoliche					
	Maschi		Femmine		Maschi e femmine	
	Nell'anno	di cui tutti i giorni	Nell'anno	di cui tutti i giorni	Nell'anno	di cui tutti i giorni
Vino	65,1	26,1	43,2	9,6	53,8	17,6
Birra	64,6	9,9	38,3	2,4	51,0	6,0
Aperitivi, amari, superalcolici	58,1	1,3	35,4	0,4	46,4	0,8
Totale	77,2	31,0	56,2	10,9	66,4	20,6

Fonte: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2020

Si consuma più alcol al Nord e al Centro Italia

Il consumo di alcol nell'anno è più forte nel Centro-Nord, soprattutto nel Nord-est (70,1%) e tra i maschi (Nord-est=79,4%; Centro=78,1%; Nord-ovest=77%). Anche la quota più elevata di consumatori giornalieri si concentra nel Centro-nord (circa il 22%).

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

Il consumo di alcol aumenta al crescere del titolo di studio

Tra le persone di 25 anni e più, la quota di consumatori di bevande alcoliche aumenta al crescere del titolo di studio conseguito. Ciò avviene soprattutto per le donne: tra quelle con licenza elementare consuma alcol almeno una volta all'anno il 41,6%, quota che sale al 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 2020, il 46,9% dei ragazzi e il 42,5% delle ragazze di età compresa tra 11 e 24 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; rispetto al 2010 si rileva una diminuzione della prevalenza tra i ragazzi (-10%) e, viceversa, un aumento tra le ragazze (+4,2%). Nella fascia di età 11-24 anni è soprattutto diffusa la consuetudine di bere alcolici fuori dai pasti, 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 2019 il consumo abituale eccedentario, nella classe di età 18-24 anni era l'1,7%, di cui il 2,3% maschi e l'1% femmine.

Nel 2020 il consumo abituale eccedentario nella stessa classe di età è stato il 2,5%, con valore analogo per maschi e 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 2019 il fenomeno del *binge drinking* riguardava il 16% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 20,6% erano maschi e l'11% erano femmine.

Nel 2020 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il 18,4% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 22,1% maschi e il 14,3% femmine.

Tab I.3. Persone di 11-24 anni per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche, sesso e classe d'età. Anno 2020 (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			Bingedrinking		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11-15	8,4	10,2	9,3	8,4	10,2	9,3	1,1	1,7	1,4
16-17	43,8	40,5	42,2	43,8	40,5	42,2	6,8	6,2	6,5
11-17(*)	18,2	18,8	18,5	18,2	18,8	18,5	2,7	3,0	2,9
18-19	25,6	13,7	19,9	2,4	2,3	2,4	25,1	12,3	18,9
20-24	22,4	15,9	19,3	2,5	2,5	2,5	20,8	15,1	18,1
18-24	23,3	15,2	19,5	2,5	2,5	2,5	22,1	14,3	18,4

(*) 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 2020

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 18,5% abbia consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno, valore che dovrebbe invece tendere allo zero. In questa fascia d'età, il 4,3% 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 14,2% 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. Molto preoccupante è il fatto che le ubriacature raggiungono già tra i 16-17enni livelli quasi allineati a quelli medi della popolazione (6,5% rispetto al 7,6% della media della popolazione di 11 anni e più).

I MODELLI DI CONSUMO DEGLI ANZIANI

Nella fascia di popolazione anziana è ormai consolidata l'abitudine a consumare bevande alcoliche soprattutto durante i pasti, questo fenomeno è da sempre parte della tradizione italiana. Con l'avanzare dell'età, tuttavia, troppo spesso non si tiene in considerazione che il fisico risponde diversamente rispetto alla tossicità dell'alcol e che i cambiamenti sopraggiunti nell'organismo a partire dai 65 anni rendono le persone ancora più vulnerabili perché si riduce la capacità di metabolizzare (digerire) l'alcol, si riduce la quantità di acqua presente nell'organismo e di conseguenza si ha una minore capacità di diluire l'alcol e tollerare gli effetti, inoltre spesso si assumono farmaci. Per ridurre il rischio per la salute degli ultra 64enni, è importante rispettare ciò che suggeriscono i LARN, le linee guida nutrizionali, il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, la Società Italiana di Alcolologia e cioè di non superare il limite giornaliero di consumo pari a 1 UA (12 grammi di alcol) senza distinzioni tra uomini e donne in stato di buona salute. Nel 2020 il 62,4% delle persone di 65 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 81%; F: 47,9%). La prevalenza dei consumatori ultra 64enni nel 2020 è stata più elevata per il vino (M: 75,4%; F: 42,2%) e doppia rispetto alla prevalenza dei consumatori di birra (M: 53,2%; F: 22,2%) per entrambi i sessi; valori molto più bassi sono stati calcolati per il 2020 per le prevalenze dei consumatori di amari (M: 32,7%; F: 11%), di aperitivi alcolici (M: 25,9%; F: 9,6%) e di superalcolici (M: 26,4%; F: 6,8%) (Tab.I.4). Nel corso degli ultimi anni, sia tra gli uomini che tra le donne si sono registrate delle oscillazioni dei valori di prevalenza dei consumatori delle bevande alcoliche che tuttavia non hanno mai evidenziato variazioni significative degli andamenti nel tempo.

In totale si stima che nell'anno 2020 siano stati 2.599.000 le persone di 65 anni e più che hanno adottato almeno un comportamento di consumo a rischio per la loro salute di cui 2.032.000 uomini e 568.000 donne, pari al 33,5% e 7,3% 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 2020 è stata pari al 32% degli uomini ed il 6,7% delle donne. Hanno inoltre dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti il 28,9% degli uomini e il 9% delle donne.

Tab I.4. Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2020) Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2020

	65-74		75-84		≥85		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	83,8	53,1	78,6	45,8	74,9	38,4	81,0	47,9
Consumatori di vino	76,8	45,3	74,1	41,2	72,3	35,9	75,4	42,2
Consumatori di birra	64,4	31,3	44,2	16,7	28,5	9,3	53,2	22,2
Consumatori di aperitivi alcolici	32,9	14,5	19,8	6,2	11,6	3,6	25,9	9,6
Consumatori di amari	38,5	15,0	28,0	8,6	19,5	5,5	32,7	11,0
Consumatori di super alcolici	33,1	9,1	20,7	5,6	12,4	3,3	26,4	6,8
Consumatori di alcolici fuori pasto	34,6	11,3	23,9	7,0	17,1	6,8	28,9	9,0
Almeno un comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche (Consumo abituale eccedentario/Binge drinking)	34,6	7,6	32,8	7,9	30,7	5,3	33,5	7,3
Consumatori abituali eccedentari	32,5	7,0	31,9	7,4	30,1	4,8	32,0	6,7

1.1.3 L'ALCOL NELLE LINEE GUIDA

Le bevande alcoliche, soprattutto il vino, sono un prodotto largamente utilizzato nel nostro Paese e il loro consumo è parte integrante della cultura e della tradizione italiana. Da qui la necessità di inserirle in un documento di salute pubblica come le “Linee guida per una sana alimentazione”, revisione 2018, curato dal Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione (CREA).

Il consumo ad alto rischio di alcol rappresenta un importante problema di salute pubblica, in quanto responsabile in Europa di circa il 4% di tutte le morti e di circa il 5% degli anni di vita persi per disabilità. Ciò ha indotto molti Paesi ad adottare raccomandazioni sul consumo di bevande alcoliche, suggerendo la prudenza come esprime con chiarezza il concetto condiviso “*Less is better*”.

Nei documenti di consenso, nelle Linee Guida più moderne non si usano più termini come “consumo moderato”, “consumo consapevole”, o simili, che potrebbero indurre il consumatore in una certa indulgenza nel bere alcolici, ma si preferisce parlare di consumi a basso rischio. Così come suggerito anche dal Codice europeo contro il cancro, documento frutto di un’iniziativa della Commissione europea e diretto all’informazione dei cittadini sulle azioni da intraprendere per diminuire il rischio di cancro, si è sostituito il concetto di “consumo moderato di bevande alcoliche” con “consumo a basso rischio”.

Secondo le principali Agenzie Internazionali di salute pubblica, **l'alcol è una sostanza tossica e cancerogena**, tanto che la IARC (*International Agency for Research on Cancer*) lo classifica nel gruppo 1 (sicuramente cancerogeno per l'uomo).

Il suo consumo prolungato e cronico è associato quindi ad aumentato rischio di cancro e non è possibile stabilire una quantità assolutamente sicura. Senza contare che può indurre assuefazione, dipendenza, alterazioni comportamentali.

Per questo motivo le indicazioni delle nuove linee guida italiane definiscono **a basso rischio un consumo di 2 unità alcoliche per l'uomo adulto e 1 per donne adulte e anziani di entrambi i sessi, corrispondenti rispettivamente a 24 e 12 grammi di alcol.**

L'etanolo, pur non considerato un nutriente in quanto privo di sostanze nutritive ad eccezione di zuccheri, ha un elevato potere calorico (7 Kcal/g). Pertanto, anche per consumi molto bassi come quelli rappresentati da un bicchiere al giorno pari a circa **una unità alcolica consumata apporta mediamente 70 kcal**. L'apporto energetico di un'unità alcolica si andrà ad aggiungere ad un apporto calorico complessivo già tendenzialmente maggiore del fabbisogno, come testimonia il fatto che un uomo di due e una donna su tre sono, nel nostro Paese, in eccedenza ponderale, oppure andrà a sostituire le calorie apportate da alimenti importanti per lo stato complessivo di nutrizione. Particolare attenzione deve essere quindi posta non solo per i rischi di varie patologie, ma anche per quelli legati all'aumento di peso.

I principali danni da alcol si riscontrano soprattutto per il fegato (epatiti alcoliche, steatosi, cirrosi), per il primo tratto dell'apparato digerente (gastriti acute e croniche, ulcere, emorragie, pancreatiti), per il sistema nervoso (conseguenze della neurotossicità dell'acetaldeide), e per l'insorgenza di tumori (bocca, faringe, laringe, esofago, fegato, mammella, colon-retto). Tuttavia nessun organo risulta completamente indenne dagli effetti dell'etanolo se si considera che quest'ultimo ha la capacità di sciogliersi nell'acqua corporea e diffondersi quindi in tutti i distretti corporei, con eccezione per il tessuto osseo e quello adiposo. Da un punto di vista degli effetti avversi dell'alcol, è importante non solo la quantità di alcol totale assunta ma anche il livello di concentrazione di etanolo nel sangue, cioè l'alcolemia. L'alcol assunto per via orale, in breve tempo, si distribuisce in tutti i liquidi corporei e, in 30-60 minuti, raggiunge il picco più alto nel sangue. Tale picco è variabile e dipende da molti fattori, tra i quali i più importanti sono la quantità di alcol ingerita, le modalità di assunzione (a digiuno o durante un pasto), la composizione corporea (soprattutto dalla quantità di acqua), il peso, il sesso, l'età, la genetica, l'etnia, la capacità individuale di metabolizzare l'alcol, l'abitudine al bere, l'uso dei farmaci.

E' importante tenere presente che le donne e gli anziani, avendo percentuali di acqua inferiori rispetto ai maschi adulti, presenteranno un'alcolemia più elevata rispetto agli uomini a parità di consumo. A ciò si somma una minore efficienza dei meccanismi di metabolizzazione dell'alcol delle donne e degli anziani che li rende più vulnerabili agli effetti dell'etanolo.

Non di meno lo sono i giovani, soprattutto i minorenni, sia per il minore peso corporeo, sia per la minore efficienza dei meccanismi di metabolizzazione dell'alcol. Inoltre, l'acetaldeide, metabolita primario dell'etanolo, è una sostanza neurotossica che va ad agire sui neuroni di un cervello ancora in crescita, danneggiandolo irreversibilmente.

1.1.4 CONSUMATORI A RISCHIO

Le analisi dell'Istituto Superiore di Sanità

L'alcol è una delle sostanze psicoattive più comunemente utilizzate in Europa ed è un fattore di rischio di malattia con un impatto non solo sui singoli bevitori ma anche sulla società in generale.

Il consumo dannoso di alcol è considerato il quinto fattore di rischio per il carico di malattia globale e nel 2016 il 5,5% di tutti i decessi nei 30 Paesi dell'Unione Europea (UE) sono stati causati dall'alcol, per un totale di 291.100 persone che sono morte in gran parte per patologie oncologiche (29% dei decessi attribuibili all'alcol), cirrosi epatica (20%), malattie cardiovascolari (19%), incidenti stradali e atti di autolesionismo e violenza interpersonale (28%); la percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol è stata riscontrata infine nei giovani adulti. Delle circa 800 persone che in Europa ogni giorno muoiono per cause attribuibili all'alcol, una percentuale relativamente alta di danni causati dal consumo di alcol si verifica in età giovanile, dove una morte su quattro dei ragazzi di età compresa tra 20 e 24 anni è causata dall'alcol.

Almeno 40 delle malattie e le lesioni riportate nella Classificazione Internazionale delle Malattie e dei problemi sanitari correlati, 10^a revisione (*International Classification of Diseases 10th revision*, ICD-10) sono totalmente alcol-attribuibili ed oltre 200 sono invece parzialmente alcol attribuibili. Il carico di malattie deriva principalmente da due categorie: le malattie croniche non trasmissibili (tra cui numerosi tipi di neoplasie, le malattie cardiovascolari, la cirrosi epatica e le disfunzioni metaboliche) e la violenza auto ed etero diretta (tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali). Nonostante siano quindi riportate in letteratura associazioni protettive tra consumo occasionale di alcol e cardiopatie coronariche, ictus ischemico e diabete, secondo la WHO, al netto di tutti i presunti vantaggi, gli effetti nocivi e di pregiudizio dell'alcol alla salute sono comunque preponderanti. È infine dimostrato che il consumo di alcol abbia ricadute pesanti sulle famiglie di chi beve secondo modalità rischiose o dannose e sulla comunità in generale, a causa del deterioramento delle relazioni personali e di lavoro, dei comportamenti criminali (come vandalismo e violenza), della perdita di produttività e dei costi a carico dell'assistenza sanitaria.

Molti Paesi europei, al fine di promuovere la salute pubblica nella popolazione attraverso strategie sanitarie e alimentari, hanno sviluppato nel corso degli anni le linee guida per un consumo a basso rischio standardizzate e condivise a livello europeo, che sono state pubblicate nel rapporto *Good practice principles for low risk drinking guidelines*.

In Italia, le linee guida per il consumo a basso rischio sono state inserite nel Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione, curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA), che riporta le quantità di bevande alcoliche da non superare per evitare di sconfinare in un consumo ad alto rischio. Inoltre precisano che non è corretto parlare di qualità "benefiche" del vino o della birra per via dei suoi componenti bioattivi (flavonoidi, resveratrol, xantumolo), ciò in quanto tali componenti sono 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.

Al fine di promuovere strategie sanitarie e alimentari basate su stili di vita salutari è infine necessario monitorare, oltre al consumo abituale eccedentario, anche tutti quei comportamenti occasionali che possono causare un danno immediato alla salute, come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* (assunzione, in un'unica occasione di consumo, di elevate quantità di alcol, ovvero 60 o più grammi di alcol, equivalenti 5-6 Unità Alcoliche, UA; una UA equivale a 12 grammi di alcol puro).

Consumatori abituali eccedentari

Si definisce “consumo abituale eccedentario” una modalità di consumo di bevande alcoliche che eccede, sia in termini di frequenze che in termini di quantità, i limiti di consumo di bevande alcoliche stabiliti in relazione al genere e all’età della persona, oltre il quale si può incorrere in rischi per la salute. I limiti stabiliti per questa modalità di consumo sono descritti nel Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione, curato dal CREA, 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. 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. È importante infine precisare che per i ragazzi minorenni, qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, è da considerare a rischio poiché il sistema enzimatico in questa fascia di età non è ancora in grado di metabolizzare l’alcol: è per questo motivo che in questa fascia di popolazione è vietata la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica. Nel 2020 il 14,2% degli uomini e il 6,4% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.500.000 persone. La percentuale più elevata per entrambi i sessi si rileva tra gli adolescenti di 16-17 anni (M=47,0%; F=34,5%) e tra gli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa si registra invece nella fascia di età 18-24 anni (M=2,5%; F=2,5%). Nella popolazione di età superiore a 25 anni la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari di sesso maschile è superiore a quella delle consumatrici di sesso femminile (Figura I.4).

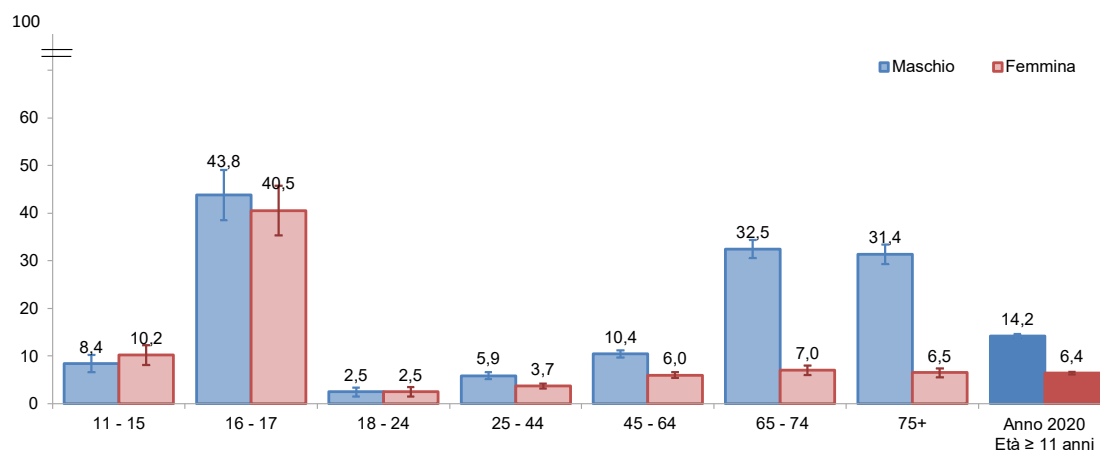


Figura I.4. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per sesso ed età (2020)

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

L’analisi dell’andamento dei consumatori abituali eccedentari, condotta separatamente per uomini e donne di età superiore a 11 anni, ha mostrato che la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita complessivamente rispetto al 2010 del 24,8% tra gli uomini e del 25,8% tra le donne ma, rispetto all’anno precedente, si registra un incremento di 5,7% tra gli uomini (Figura I.5).

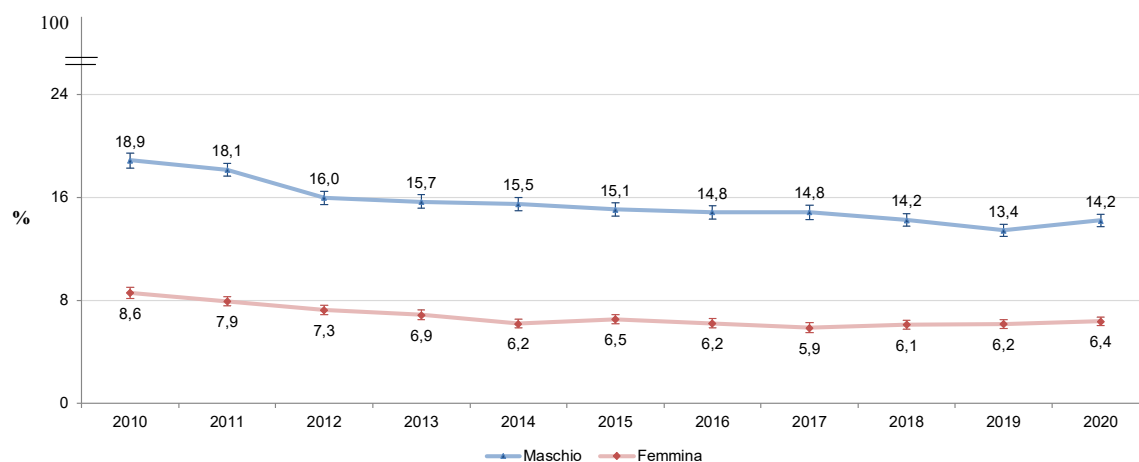


Figura I.5 Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2010-2020)

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

Consumatori 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, negli ultimi 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. I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2020 il 41,6% degli uomini e il 22,4% delle donne, pari a quasi sedici milioni di persone di età superiore a 11 anni (Figura I.6).

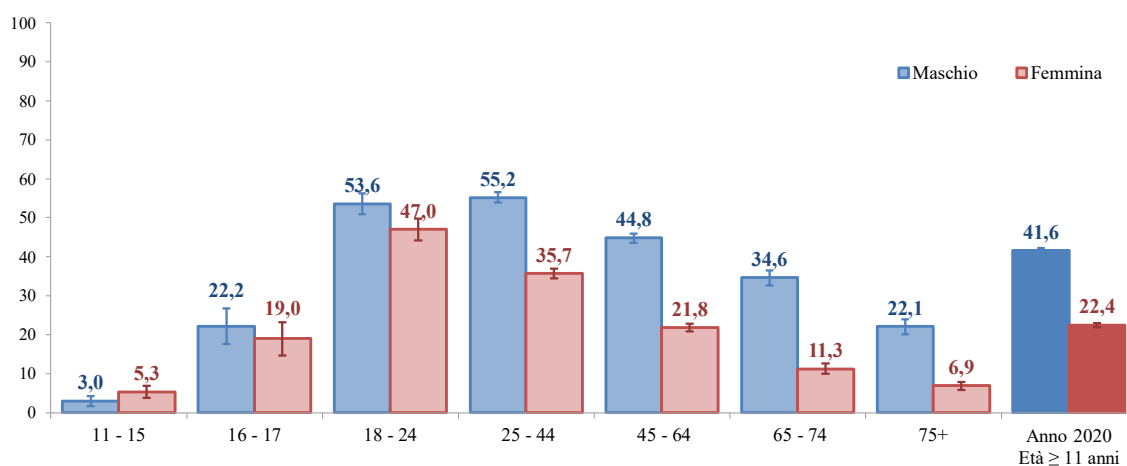


Figura I.6 Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere ed età (2020)

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

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 18-44 anni, con oltre la metà delle persone che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24 anni: M=53,6%; F=47,0% - 25-44 anni: M=55,2%; F=35,7%) per entrambi i sessi e oltre tali età le percentuali diminuiscono nuovamente. La prevalenza più bassa si rileva tra i giovanissimi di 11-15 anni (M=3,0%; F=5,3%) e in questa classe di età il dato relativo alle ragazze è più elevato di quello relativo ai ragazzi. Tra i 16-17enni non si osservano differenze di genere statisticamente significative mentre la prevalenza dei consumatori è maggiore di quella delle consumatrici per gli individui di età superiore a 18 anni (Figura I.7).

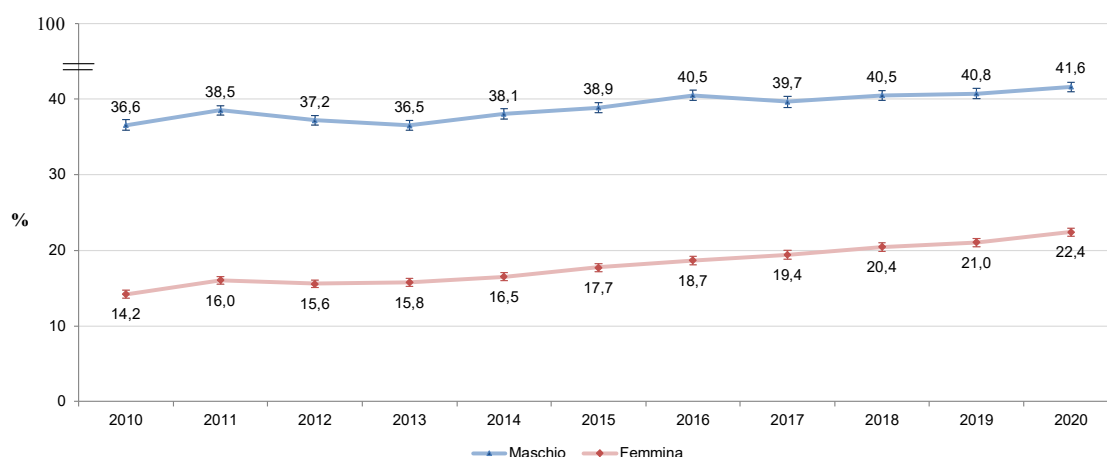


Figura I.7 Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto (2010-2020)

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

L'analisi dell'andamento dell'indicatore relativo ai consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che, per entrambi i generi, si conferma il trend in crescita con un aumento rispetto alla precedente rilevazione pari a +2,2% per gli uomini e +6,6% tra le donne. (Figura I.7).

Consumatori *binge drinking*

Il *binge drinking*, o anche “consumo eccessivo episodico”, è il consumo consecutivo, in un arco ristretto di tempo, di bevande alcoliche di qualsiasi tipo. In Italia è rilevato dall’ISTAT da molti anni, attraverso l’indagine Multiscopo sulle famiglie, come un consumo di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche (un bicchiere corrisponde ad una UA standard contenente 12 grammi di alcol puro) concentrato in un’unica occasione di consumo, indipendentemente dal sesso. Questa tipologia di consumo a rischio per la salute si è sviluppata inizialmente nei Paesi del Nord Europa, ed è particolarmente diffusa nelle fasce di popolazione giovanile.

La diffusione in tutti i Paesi europei dell’area mediterranea della pratica del *binge drinking*, ha portato gli stati membri dell’Unione Europea, rappresentati dal CNAPA (*Committee on National Alcohol Policy and Action*) ad approvare la strategia comunitaria denominata *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2016)* con l’obiettivo di sostenere gli Stati Membri nella riduzione dei danni alcol-correlati in questa fascia di popolazione particolarmente vulnerabile. L’*Action plan*, che era stato prorogato fino al 2020, ed è attualmente in fase di aggiornamento da parte degli Stati Membri, identificava sei aree su cui intervenire per contrastare il consumo episodico eccessivo di bevande alcoliche tra i giovani.

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 2020 è stata pari a 11,4% tra gli uomini e 3,9% tra le donne di età superiore a 11 anni e identifica quattro milioni e cento di *binge drinker* di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età (Figura I.8).

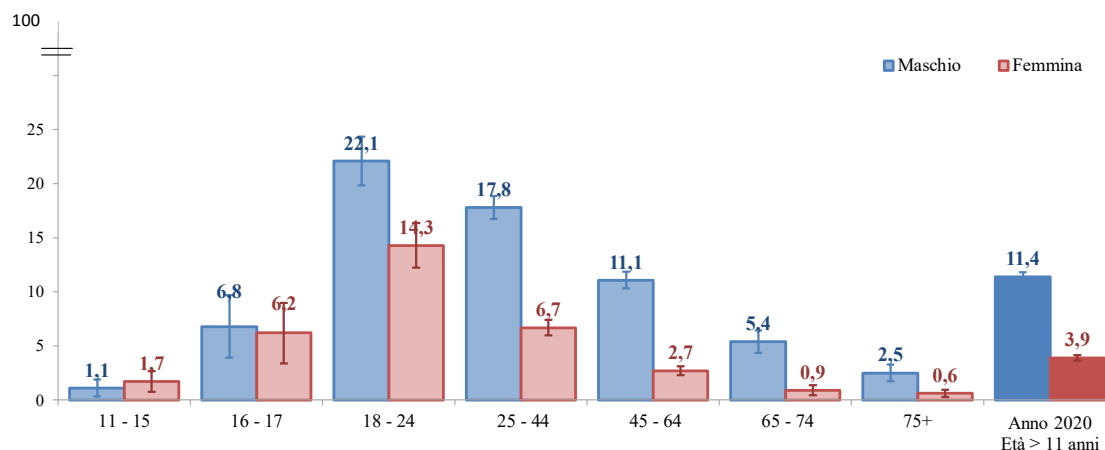


Figura I.8. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2020)

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

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell’adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=22,1%; F=14,3%) per poi diminuire nuovamente nelle età più anziane. La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età a eccezione dei minorenni, ossia quella fascia di

popolazione per la quale la percentuale dovrebbe essere zero a causa del divieto per legge della vendita e somministrazione di bevande alcoliche.

L'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* di età superiore a 11 anni mostra che tra il 2010 e il 2014 la prevalenza dei consumatori *binge drinking* è diminuita per entrambi i generi mentre è aumentata in maniera pressoché costante tra il 2014 e il 2020, con un incremento nell'ultimo anno pari al 7,3% (maschi+femmine), più marcato per il genere femminile (Figura I.9).

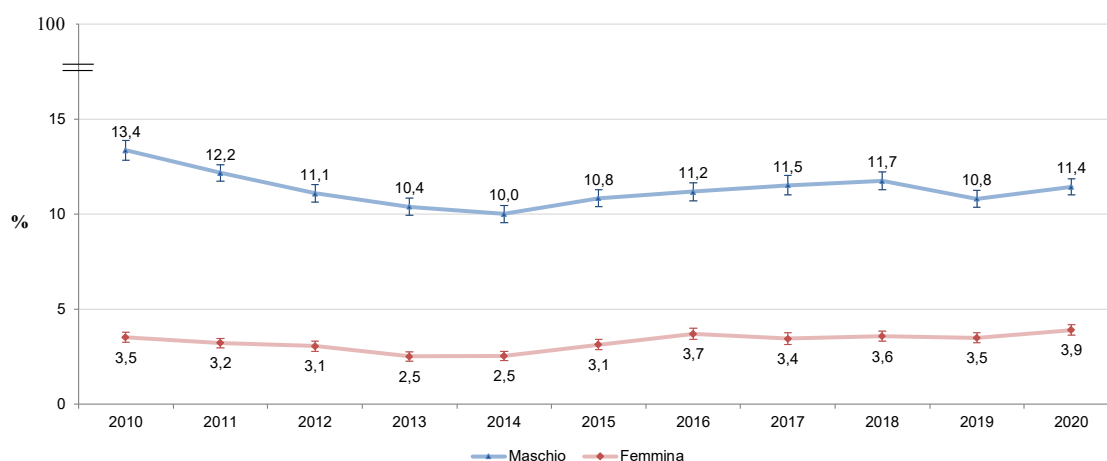


Figura I.9 Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere (2010-2020)

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

CONSUMATORI A RISCHIO Istituto Superiore di Sanità

Studi scientifici dimostrano come anche modeste quantità di alcol possono essere correlate con un aumento della possibilità di sviluppo di tumori ^(vii), con danni cerebrali ^(viii) e con numerose altre patologie ^(xiii). Partendo da un'assunzione di alcol pari a zero, che è, quindi, l'unica sicura per la salute, i rischi aumentano all'aumentare del consumo e in relazione a diversi altri fattori. La quantità di alcol assunta nel corso della vita, la frequenza del consumo, le quantità ingerite per singola occasione, il contesto (per esempio se si beve a stomaco vuoto o assieme a farmaci o ad altre sostanze), oltre che la suscettibilità individuale (per esempio al sesso o all'età) aumentano il rischio della vasta gamma di danni alla salute e sociali causati dall'alcol. Tuttavia, ai fini del monitoraggio dei consumi, è stato utile e necessario mettere a punto un indicatore di sintesi per definire i consumatori a rischio: tenendo conto delle indicazioni della WHO, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), e dei nuovi LARN, l'ONA-ISS ha costruito un indicatore che esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale eccedentario e quello occasionale noto come *binge drinking*. 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. Secondo il criterio

ISS sono da considerarsi quindi 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 due UA standard al giorno, gli anziani (sopra i 65 anni) e 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 2020 del 22,9% per uomini e dell'9,4% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8.600.000 individui (M=6.000.000, F=2.600.000) che nel 2020 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica (Figura I.10).

L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi è quella dei 16-17enni (M=43,8%, F=40,5%), seguita dagli anziani ultra 65enni. Verosimilmente, a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 800.000 minorenni e 2.600.000 ultra sessantacinquenni sono individui da considerare a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, esattamente quei target di popolazione sensibili per i quali la WHO e la Commissione Europea raccomandano azioni d'intervento volte a sensibilizzare le persone sulla non conformità dei loro consumi alle raccomandazioni di sanità pubblica. La prevalenza di consumatori a rischio di sesso maschile è superiore a quelle delle donne per tutte le classi di età a eccezione dei minorenni e si rileva che la differenza di genere aumenta all'aumentare dell'età (Figura I.11).

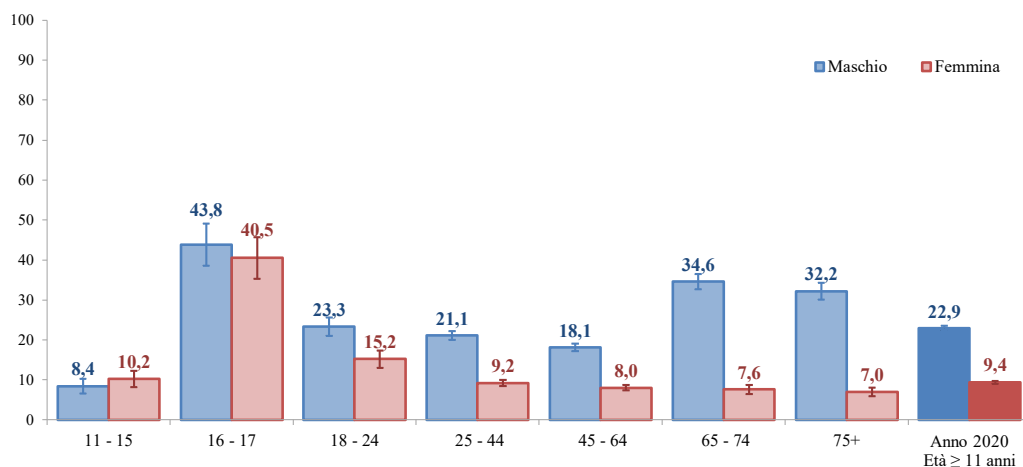


Figura I.11. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2020)

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

L'analisi del trend mostra che, a fronte della diminuzione registrata negli ultimi 10 anni, nel corso dell'ultimo anno la prevalenza è aumentata sia per gli uomini (+6,6%) sia per le donne (+5,3%) (Figura I.12).

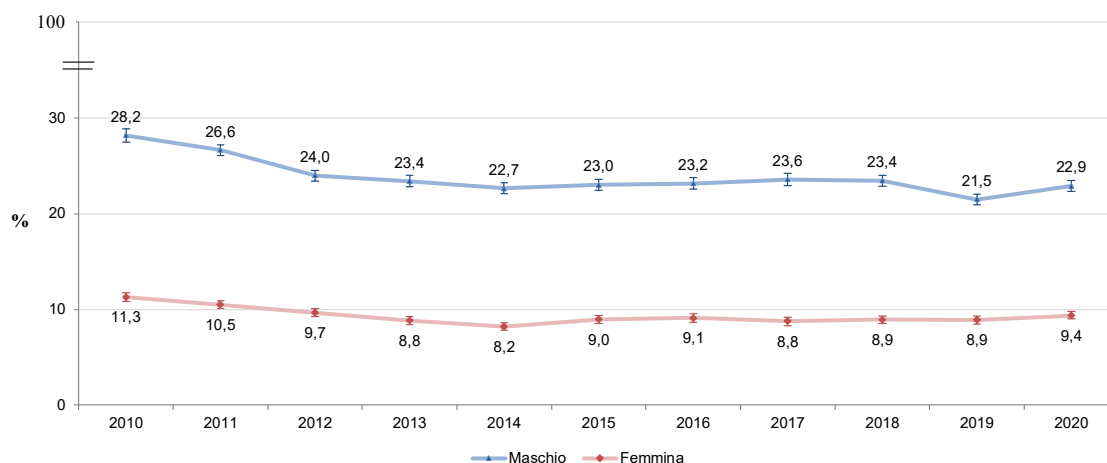


Figura I.12 Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere (2010-2020)

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

Consumatori dannosi e il disturbo da uso di alcol

In Italia 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 grammi di alcol per le donne adulte (che corrispondono a circa 4 UA) e di oltre 60 grammi di alcol per gli uomini adulti (che corrispondono a circa 6 UA)^(ix).

La definizione di disturbo da uso di alcol (AUD)^(x) riportata nel manuale DSM-5 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^(xi;xii). Il rischio che una persona sviluppi l'AUD può essere identificato sia utilizzando uno strumento di screening appositamente progettato a tale scopo, che misurando il consumo stesso. Esistono numerosi test utilizzati dagli operatori sanitari per valutare se un soggetto è affetto da AUD, tra cui il *Fast Alcohol Screening Test* (FAST, Test rapido di screening sull'alcol) (*Health Development Agency* 2002), il CAGE (Mayfield et al. 1974), il TWEAK (Russell et al. 1991), il MAST (Pokorny et al. 1972), il RAPS (Cherpitel 2000), il *Five-shot test* (Seppa et al. 1998) e il PAT (Smith et al. 1996), ma quello attualmente più utilizzato è l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT, Test per l'identificazione del consumo problematico di alcol) (Babor, T.F., et al., *The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. 2001, World Health Organization: Geneva*). A livello nazionale non esistono studi ad hoc che utilizzano questi strumenti per stimare e monitorare la prevalenza di AUD nella popolazione.

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'alcol dipendente e quindi da prendere in carico presso i servizi territoriali, insieme ai 67.000 alcol dipendenti già in carico che rappresentano, quindi, solo il 10 % dei pazienti attesi.

Nella figura I.13 si può osservare che il dato rilevato nel 2016 della prevalenza dei consumatori dannosi di alcol stimati dall'ONA-ISS sulla base dei dati dell'indagine multiscopo delle famiglie è approssimabile a quello della prevalenza dell'AUD stimata dall'OMS nello stesso anno e riportata nel Global status report on Alcohol ^(xiii). Sulla base di questa evidenza l'ONA-ISS effettua annualmente le stime dei consumatori dannosi di alcol al fine di monitorare l'andamento dell'AUD nella popolazione.

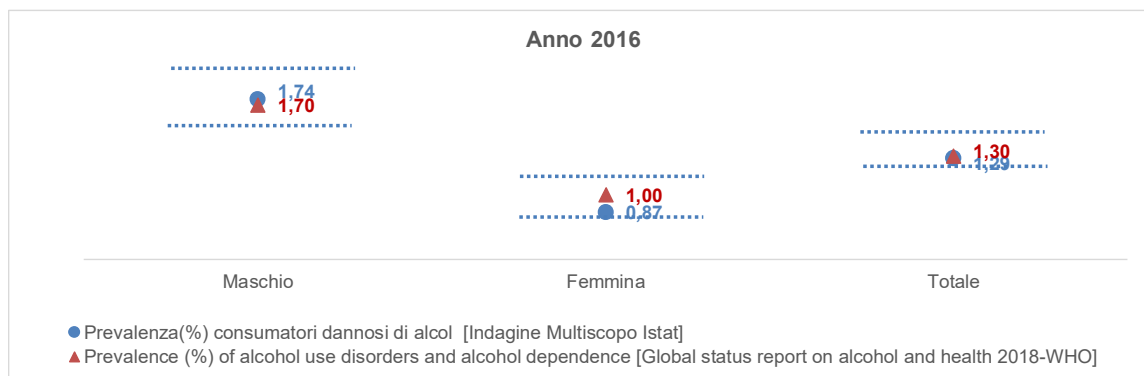


Figura I.13 Confronto tra prevalenza (%) di consumatori dannosi di alcol con IC95(%) (linee) e prevalenza di AUD in Italia per genere. Anno 2016

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

Nel 2020 in Italia, la prevalenza dei consumatori dannosi nella popolazione adulta (età ≥ 18 anni) è stata del 2,29% tra gli uomini e dell'1,06% tra le donne, pari a circa 830.000 persone maggiorenni (M=555.000; F=275.000); l'analisi per classi di età mostra che nella popolazione anziana la prevalenza è più elevata rispetto a quella registrata tra i 18-44enni, mentre, tra le donne, non si registrano in questo anno differenze statisticamente significative per le classi di età considerate. Nell'anno in cui la popolazione è stata sottoposta a un lungo periodo di *lockdown* a seguito della pandemia da Covid-19 si osserva che complessivamente la prevalenza dei consumatori dannosi è aumentata in maniera statisticamente significativa rispetto all'anno precedente del 27,6% nella popolazione maschile. L'analisi per classi di età evidenzia che l'aumento tra gli uomini si registra in tutte le fasce considerate mentre nella popolazione femminile invece la prevalenza è aumentata tra le 18-44enni e le 45-64enni mentre nella fascia di popolazione anziana la prevalenza è passata da 1,39% a 1,04% le variazioni riscontrate nell'analisi per classe di età non risultano statisticamente significative verosimilmente a seguito della ridotta numerosità campionaria (Figura I.14).

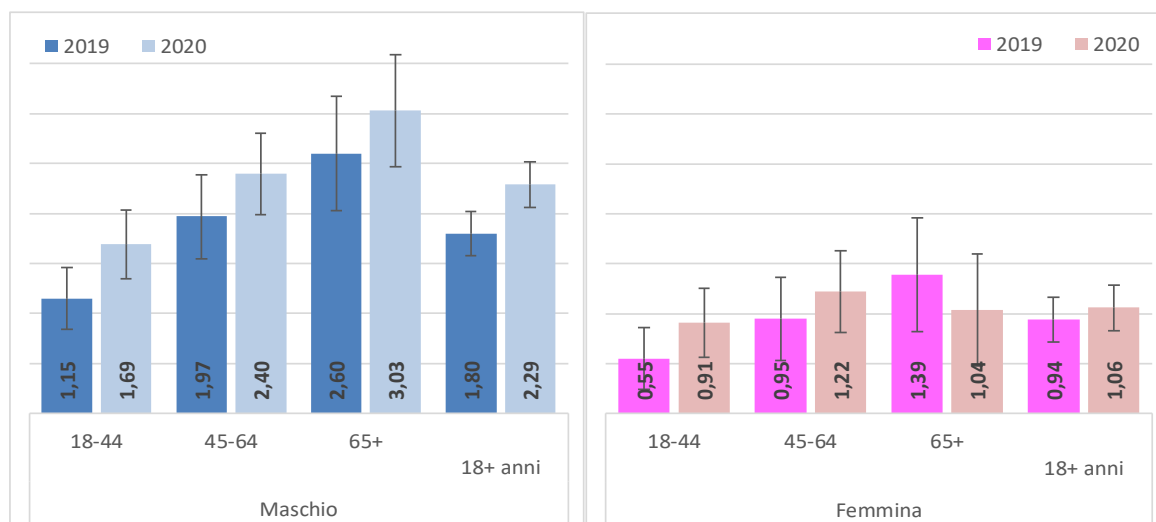


Figura I.14 Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere e classi di età (2019-2020)

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

Nella Figura I.15 è riportato l'andamento della prevalenza dei consumatori per genere registrata nel corso degli ultimi 10 anni. Tra gli uomini, si registra una diminuzione dei consumatori dannosi tra il 2007 e il 2012; nel periodo successivo l'indicatore si è mantenuto pressoché costante riprendendo ad aumentare nel corso degli ultimi due anni; tra le donne la prevalenza delle consumatrici dannose ha subito delle oscillazioni nel corso degli ultimi anni e non si registrano variazioni statisticamente significative nel periodo indagato.

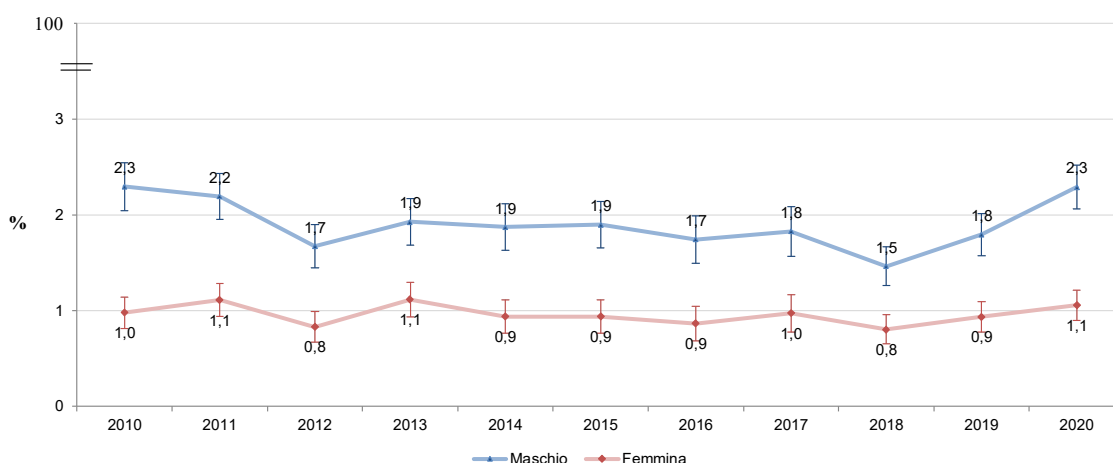


Figura I.15 Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere (2010-2020)

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

1.1.5 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'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità 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 alcolcorrelati 125/2001. 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. Al fine di agevolare le Regioni e le Provincie Autonome nella predisposizione dei Piani Regionali e nella programmazione regionale delle attività di prevenzione, il Ministero della Salute ha incaricato l'Osservatorio Nazionale Alcol di sviluppare un sistema utilizzando un sistema di monitoraggio standardizzato (denominato SISTIMAL) e di pubblicare ogni anno l'aggiornamento dei principali indicatori del sistema di monitoraggio alcol-correlato SISMA (sito www.epicentro.iss.it/alcol). Il sistema SISMA ON LINE che attualmente è in fase di ristrutturazione, è quindi 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 raggruppate per macro area.

In Italia il 77,2% degli italiani e il 56,2% delle italiane, pari a circa 36 milioni di abitanti di età superiore a 11 anni, hanno consumato una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2020 e non si osservano cambiamenti significativi rispetto alla rilevazione effettuata nel 2019. L'analisi delle tipologie di bevande consumate evidenzia che la prevalenza delle consumatrici di birra e aperitivi alcolici è aumentata rispetto all'anno precedente rispettivamente del 2,7% e del 3,2%. Osservando infine le abitudini di consumo delle bevande alcoliche a livello nazionale si registra per entrambi i generi un incremento statisticamente significativo rispetto al precedente anno della prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=+2,2%; F=+6,6%), della prevalenza dei consumatori *binge drinking* (M=+5,8%; F=+12,2%) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (M=+6,6%; F=+5,3%) e per il solo genere maschile della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari che sono passati da 13,4 nel 2019 a 14,2% nel 2020.

Tabella I.5 Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2020)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	Vino		Birra		Aperitivi alcolici		Amari		Super alcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	65.4	45.5	63.1	36.4	49.5	31.3	41.1	18.5	39.0	17.2
Piemonte	67.1	44.8 ↘	63.7	36.2	46.6	28.4	39.9	17.4	36.7	14.7
Valle d'Aosta	68.0	49.4	62.8 ↘	42.1	50.4	39.5	32.3	17.0	38.6	22.8
Lombardia	64.2	44.9	62.4	36.0	51.0	32.4	41.8	18.9	39.7	18.0
Liguria	68.7	51.6	66.6	39.3	47.7	32.2	41.4	18.6	41.2	18.5
Italia nord-orientale	68.6	49.6	67,1	40.3	51.1	35.0	39.9	18.4	41.6	18.8
PA Bolzano	68.0 ↗	49.8	69.3	37.3	54.1	44.0	40.8	26.6	41.0	21.4
PA Trento	60.4	39.9 ↘	70.1	40.0	50.5	37.6	39.6	14.1	39.0	18.8
Veneto	68.1	47.5	66.5	39.5	53.3	34.2	40.4	18.8	42.0	19.5
Friuli-Venezia Giulia	66.9	48.0	66.8	41.9	48.9	36.5	39.0	18.5	40.4	18.2
Emilia Romagna	70.6	53.4	67.3	41.1	49.0	34.1	39.4	17.4	41.7	17.9
Italia centrale	67.5	48.0	65.2	40,5 ↗	46.6	31.1	43.9	17.6	40.8	16.4
Toscana	69.4	51.8	64.4	41.8	47.0	35.1 ↗	41.4	16.0	40.3	16.7
Umbria	69.7	49.6	65.2	38.2	44.4	29.9	43.7	17.1	36.0	15.3
Marche	66.2	48.8	63.2	40.5	46.4	32.1 ↗	41.3	19.1	38.6	17.7
Lazio	66.3	45.1	66.3	39.9	46.7	28.5	46.3	18.3	42.5	16.1
Italia meridionale	62.6	36.6	64.2	37,9 ↗	41.7	23,5 ↗	48.8	19.8	34.0	12.5
Abruzzo	63.6	39.1	65.5	35.5	44.5	25.0	44.8	15.8	36.0	13.7
Molise	66.4	40.2	69.4	38.8	46.9	25.7	52.3	20.6	35.9	13.4
Campania	60.5	33.8	58.2	34.1	39.6	22.1	47.2	17.6	30.9	11.0
Puglia	61.0	37.8	67.1	41.0	39.9	24.4	49.5	23.4	34.7	14.6
Basilicata	68.9	38.8	69.3	35.4	44.9	21.7	50.2 ↗	16.2	35.4	9.7
Calabria	69.3	39.5	72.4	45.2 ↗	48.3	25.3	54.1	22.1	40.1	12.7
Italia insulare	58.9	31.1	63.5	36,6	44.1	26.5	44.3	19.3	32.2	12,4 ↗
Sicilia	58.1	31.1	63.3	37.9	43.0	25.7	45.7	20.1	31.2	11.5
Sardegna	61.3	31.1 ↘	64.0	32.5	47.6	28.8	40.4	16.9	35.3	15.2
Italia	65,1	43.2	64.6	38.3 ↗	46.9	29,7 ↗	43.6	18.7	38.0	15.8

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

Tabella I.6. Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e genere (2020)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	tutte le bevande alcoliche		abituali eccedentari		fuori pasto		binge drinker		a rischio (criterio ISS*)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	77.0	57.7	14.7	6.7	44.9	24.4	12.3	4.7	24,2	10.4
Piemonte	77.3	55.5 ↘	15.2	6.0	42.8	21.4	11.9	5.0	23.9	10.2
Valle d'Aosta	81.1	59.9	19.9	6.3	53.6	34.2	18.1	7.1	32.0	12.5
Lombardia	76.2	57.8	14.1	6.6	45.9	25.1	13.1	4.9	24.5 ↗	10.2
Liguria	81.0	63.1	16.2	9.4	43.3	27.1	7.6	3.1	22.3	11.7
Italia nord-orientale	79.4	61.3	16,8	8.1	49,6 ↗	28.7	14.9	5.0	28,4 ↗	12,0 ↗
PA Bolzano	80.5 ↗	61.8	12.8	3.9	62.8	40.5	25.2	7.8	35.3	10.4
PA Trento	78.4	58.7	12.5	5.4	57.8	33.7	22.5	5.2	31.8	9.5
Veneto	78.5	59.5 ↘	16.8	6.8	49.0	26.2	14.8	4.7	28.3 ↗	10.7
Friuli-Venezia Giulia	78.7	60.8	16.5	6.6	58.1	32.3	18.8	6.5	30.3	11.3
Emilia Romagna	80.5	63.8	17.9	10.7 ↗	45.5	28.6 ↗	11.8	4.5	26.8	14.1 ↗
Italia centrale	78.1	59.1	13.9	6.6	41.1 ↗	23.3 ↗	9.9	3.6	21.3	9.1
Toscana	77.6	61.9	16.8	7.5	42.5	26.7	11.3	4.2	25.0	10.1
Umbria	78.3	60.9	15.0	8.7	36.7	22.0	8.8	3.4	21.4	10.2
Marche	78.7	59.3	13.4	6.3	41.2	24.0	10.6	3.7	21.3	9.1
Lazio	78.2	56.9	12.0	5.9	40.7 ↗	21.1	9.1	3.3	19.0	8.3
Italia meridionale	76.1	51.8	13.5	5.6	33.4	16.3 ↗	9,8	3.0	20,5 ↗	8,0 ↗
Abruzzo	75.8 ↘	49.2	15.4	4.4	40.8	17.0	13.6	2.3	24.5	6.2
Molise	80.8	53.9	19.3	6.5	49.1	20.2	20.2	5.0	32.9 ↗	10.5
Campania	72.2	48.4	10.2	4.4	28.5	15.1	8.0 ↗	2.6	16.0	6.6
Puglia	77.8	55.0	15.5	7.6	32.7	17.4	8.4	3.7	22.1	10.4
Basilicata	82.4	50.7	17.8	6.3	37.6	14.5	14.2	3.5	26.7	9.2
Calabria	81.9	57.0 ↗	16.1	5.1	40.9	16.9 ↗	12.3	2.9	24.3	7.5
Italia insulare	74.5	47.8	10.3	3.6	37.9	18.0 ↗	9.5	2.4	17.7	5.7
Sicilia	74.1	47.6	8.8	3.4	34.5	17.5 ↗	6.2	1.7	13.8	4.9
Sardegna	76.0	48.3	14.9	4.4	47.8	19.5	19.1	4.5	29.3	8.3
Italia	77.2	56.2	14,2 ↗	6.4	41,6 ↗	22.4 ↗	11,4 ↗	3,9 ↗	22,9 ↗	9,4 ↗

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

ITALIA NORD-OCCIDENTALE

Nell'anno 2020 la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 77,0% tra gli uomini e al 57,7% tra le donne. Per il genere maschile si osserva una diminuzione del dato di prevalenza nel corso degli ultimi dieci anni sebbene non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione; per le donne non si registrano variazioni significative rispetto al 2009 e l'indicatore è rimasto pressoché stabile nel corso dell'ultimo anno. Tra il 2019 e il 2020 la prevalenza dei consumatori delle singole bevande non ha subito variazioni statisticamente significative. La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici (M=49,5%; F=31,3%) di ambo i sessi è superiore alla media nazionale oltre a quella delle consumatrici di sesso femminile di vino (45,5%) e super alcolici (17,2%); la prevalenza dei consumatori di birra (M=63,1%; F=36,4%) di ambo i sessi è inferiore alla media nazionale oltre a quella dei consumatori di amariper i soli uomini (41,1%), come nella precedente rilevazione. In quest'area geografica si registrano per entrambi i generi valori superiori alla media italiana della prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=44,9%; F=24,4%) e dei consumatori a rischio per il criterio ISS (M=24,2%; F=10,4%) oltre alla prevalenza delle consumatrici in modalità *binge drinking* per il solo genere femminile. Rispetto al 2019 per entrambi i generi non si rilevano variazioni statisticamente significative degli indicatori di rischio considerati (Tabella I.5-I.6).

PIEMONTE

Nel 2020 hanno consumato almeno una bevanda alcolica il 77,3% degli uomini e il 55,5% delle donne e per queste ultime il dato rilevato diminuito rispetto alla precedente rilevazione dell'8,2%. Tra gli uomini i consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e superalcolici sono rimasti pressoché stabili e in linea con la media nazionale mentre il dato relativo alla prevalenza dei consumatori di amari (39,9%) si conferma anche quest'anno inferiore alla media italiana; per le donne la prevalenza delle consumatrici delle bevande alcoliche è in linea con la media italiana e per le consumatrici di vino il dato è diminuito del 7,5%. Complessivamente il 23,9% degli uomini e il 10,2% delle donne non si sono attenuti alle indicazioni di sanità pubblica ed hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute (criterio ISS). L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che tutti gli indicatori considerati sono in linea con il dato medio nazionale e non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione né tra gli uomini, né tra le donne. (Tabella I.5-I.6).

VALLE d'AOSTA

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è stata dell'81,1% tra gli uomini e del 59,9% tra le donne, e per entrambi i generi i valori si mantengono, come lo scorso anno, superiori alla media nazionale. Tra gli uomini si osserva una diminuzione della prevalenza dei consumatori di birra che sono passati da 66,6% a 62,8% mentre la prevalenza dei consumatori di amari è la più bassa di tutte le regioni Italiane (32,3%); tra le donne la prevalenza delle consumatrici di vino (49,4%), birra (42,1%), aperitivi alcolici (39,5%) e super alcolici (22,8%) è superiore alla media nazionale ma non si osservano variazioni significative rispetto al 2019. (Tabella I.5-I.6).

La prevalenza dei consumatori a rischio di sesso maschile è stata nel 2020 pari al 32,0% tra gli uomini e al 12,5% tra le donne e l'analisi dei diversi comportamenti a rischio mostra, per entrambe i generi, valori superiori alla media nazionale ma stabili rispetto al 2019 ad eccezione della

prevalenza delle consumatrici di sesso femminile abituali eccedentarie che per le quali il valore è in linea con la media italiana. (Tabella I.5-I.6).

LOMBARDIA

Nel 2020 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile e pari al 76,2% tra gli uomini e al 57,8% tra le donne e per entrambi il valore è in linea con la media nazionale. La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=51,0%; F=32,4%) è, come lo scorso anno, superiore alla media nazionale così come la prevalenza delle consumatrici di super alcolici per le sole donne (18,0%); Il dato relativo alla prevalenza di consumatori di birra (M=62,4%; F=36,0%) invece è inferiore alla media italiana sia per gli uomini che per le donne. Per tutte le bevande considerate non si osservano variazioni rispetto alla precedente rilevazione.

La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2020 pari a 10,2% tra le donne e a 24,5% tra gli uomini e per questi ultimi il valore è aumentato rispetto alla precedente rilevazione del 14,7%. Gli indicatori di comportamenti a rischio sono tutti in linea con la media italiana ad eccezione delle consumatrici in modalità *binge drinking* (13,1%) che invece risultano superiori al dato medio. (Tabella I.5-I.6).

LIGURIA

Nel 2020 la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche è stata dell'81,0% tra uomini e il 63,1% tra le donne e per entrambi i generi il dato è superiore alla media nazionale sebbene non si registrano incrementi rispetto alla precedente rilevazione. La prevalenza dei consumatori di vino (M=68,7%; F=51,6%), così come quella dei consumatori di super alcolici (M=41,2%; F=18,5%) è superiore alla media nazionale sia tra gli uomini che tra le donne. Gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio tra gli uomini sono tutti in linea con la media italiana ad eccezione della prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* (7,6%) che risultano inferiori alla media. Per le donne la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentari (9,4%), la prevalenza delle consumatrici fuori pasto (27,1%) e quella delle consumatrici a rischio per il criterio ISS sono superiori alla media nazionale. Nel 2020 il 22,3% degli uomini e l'11,7% delle donne di questa Regione hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (Tabella I.5-I.6).

ITALIA NORD-ORIENTALE

Le Regioni dell'Italia nord-orientale mostrano anche nell'anno 2020, le maggiori criticità sia in termini di tipologia di bevande consumate che in termini di comportamenti dannosi per la salute.

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 79,4% tra gli uomini e al 61,3% tra le donne e per entrambi i generi il valore della prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica risulta essere in assoluto il più elevato di tutte le altre ripartizioni considerate sebbene non si registrino variazioni rispetto al 2019.

Le prevalenze dei consumatori di vino (M=68,6%; F=49,6%), birra (M=67,1%; F=40,3%), aperitivi alcolici (M=51,1%; F=35,0%) e super alcolici (M=41,6%; F=18,8%) di entrambi i generi risultano essere più elevate rispetto a quelle registrate a livello nazionale ed in particolare la

prevalenza dei consumatori di birra tra gli uomini e di aperitivi alcolici e superalcolici tra le donne sono le più elevate di tutte le ripartizioni considerate. L'unico indicatore al di sotto della media nazionale è la prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile (39,9%), come già riscontrato negli ultimi cinque anni. Rispetto all'anno 2019 non si registrano variazioni significative dei consumatori delle diverse bevande alcoliche di ambo i generi.

Nel corso dell'anno 2020, le prevalenze dei comportamenti a rischio analizzati sono le più elevate delle altre ripartizioni territoriali considerate ad eccezione della prevalenza delle consumatrici in modalità *binge drinking* (5,0%) che si mantengono tuttavia al di sopra della media italiana. Rispetto alla precedente rilevazione si osserva un aumento dei consumatori fuori pasto di sesso maschile (M=49,6%; F=28,7%) e dei consumatori a rischio per il criterio ISS (M=28,4%; F=12,0%), per entrambi i generi (Tabella I.5-I.6).

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è superiore a quella rilevato a livello nazionale per entrambi i generi; il valore è stato 61,8% per le donne e 80,5% per gli uomini e per questi ultimi il valore è aumentato del 6,5%. La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici (M=54,1%; F=44,0%) è superiore alla media nazionale per entrambi i generi oltre alla prevalenza dei consumatori di birra per gli uomini (69,3%) e alle consumatrici di vino (49,8%), amari (26,6%) e superalcolici (21,4%) per le donne. La prevalenza dei consumatori di vino di sesso maschile che lo scorso anno era inferiore alla media nazionale è aumentata passando dal 62,0% nel 2019 a 68,0% nel 2020.

La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto è la più elevata di tutte le Regioni e PA italiane sia per gli uomini (62,8%) che per le donne (40,5%); risultano inoltre superiori alla media nazionale la prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* (M=25,2%; F=7,8%) e, per i soli uomini i consumatori a rischio (criterio ISS) (35,3%). Per le donne la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie (3,9%) è inferiore alla media nazionale (Tabella I.5-I.6).

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è stata del 78,4% tra gli uomini e del 58,7% tra le donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici (M=50,5%; F=37,6%) è stata superiore alla media italiana così come la prevalenza delle consumatrici di superalcolici di sesso femminile (18,8%) e dei consumatori di birra di sesso maschile (70,1%); la prevalenza dei consumatori di amari (come nella precedente rilevazione) e di vino è inferiore alla media per entrambe i generi e per le donne si registra una diminuzione della prevalenza delle consumatrici di vino del 14,1%.

L'analisi delle modalità di consumo a rischio delle bevande evidenzia per entrambi i generi valori superiori alla media italiana, della prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=57,8%; F=33,7%) oltre che, per i soli uomini, dei *binge drinkers* (22,5%) e dei consumatori a rischio ISS (31,8%) (Tabella I.5-I.6).

VENETO

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è stata del 78,5% tra gli uomini e del 59,5% tra le donne; per queste ultime, la prevalenza è superiore alla media nazionale ed è diminuita rispetto al 2019 del 6,4%, tornando quindi al livello registrato nel 2018. La prevalenza dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e super alcolici è superiore alla media nazionale per entrambi i generi; risulta infine significativamente inferiore al dato medio per i soli uomini la prevalenza dei consumatori di amari.

Per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto è superiore alla media nazionale (M=49,0%; F=26,2%). Per i soli uomini nel 2020 si mantengono superiori alla media italiana anche la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari (16,8%), dei *binge drinkers* (14,8%) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) e in quest'ultimo caso il valore è aumentato in maniera significativo del 17,8% rispetto al precedente anno passando da 24,0% a 28,3%. (Tabella I.5-I.6).

FRIULI VENEZIA GIULIA

Nel 2020 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile ed è stata pari al 78,7% tra gli uomini e del 60,8% tra le donne e per queste ultime il valore è superiore alla media nazionale. Per le donne si registrano valori superiori al dato medio italiano sia della prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica sia della prevalenza dei consumatori di vino (48,0%), birra (41,9%), aperitivi alcolici (36,5%) e super alcolici (18,2%).

L'analisi delle diverse tipologie di comportamenti a rischio evidenzia per entrambi i generi valori superiori alla media italiana della prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=58,1%; F=32,3%) e dei consumatori in modalità *binge drinking* (M=18,8%; F=6,5%). Complessivamente il 11,3% delle donne e il 30,3% degli uomini hanno consumato bevande in modalità a rischio (criterio ISS) e per questi ultimi il dato è superiore alla media italiana (Tabella I.5-I.6).

EMILIA ROMAGNA

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è stata dell'80,5% per gli uomini e del 63,8% per le donne e per entrambi i generi il valore è superiore alla media nazionale sebbene non si registrano variazioni rispetto alla precedente rilevazione. La prevalenza dei consumatori di birra (M=67,3%; F=41,1%) e super alcolici (M=41,7%; F=17,9%) è superiore alla media nazionale per entrambi i generi oltre alla prevalenza dei consumatori di vino per i soli uomini (70,6%) e la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici per le sole donne (34,1%). La prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile è invece inferiore alla media nazionale. Non si registrano variazioni significative rispetto al 2019 né della prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica né delle prevalenze delle bevande considerate.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia per entrambi i generi valori superiori alla media nazionale dei consumatori abituali eccedentari (M=17,9%; F=10,7%), dei consumatori fuori pasto (M=45,5%; F=28,6%) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (M=26,8%; F=14,1%); per il solo genere femminile si osserva inoltre rispetto allo scorso anno un incremento dei consumatori abituali eccedentari (+35,9%), dei consumatori fuori pasto (+15,0%) e dei consumatori a rischio ISS(+32,4%) (Tabella I.5-I.6).

ITALIA CENTRALE

I consumatori di bevande alcoliche nel centro Italia sono stati nel 2020 il 78,1% dei maschi e il 59,1% delle femmine e il dato è sostanzialmente invariato rispetto al 2019; per le donne il valore è superiore alla media nazionale. Sono al di sopra della media nazionale i consumatori di vino di entrambi i sessi (M=67,5%; F=48,0%), le consumatrici di aperitivi alcolici (31,1%), i consumatori di amari (43,9%) e di super alcolici (40,8%). Al di sopra della media nazionale e in aumento rispetto al 2019 sono le consumatrici di birra (40,5%).

Per quanto riguarda i comportamenti aumentano i consumatori fuori pasto di entrambi i sessi (M=41,1%; F=23,3%), pur rimanendo in linea con la media nazionale. Sono invece al di sotto della media i consumatori maschi che hanno praticato il *binge drinking* (9,9%) e a rischio secondo il criterio ISS (21,3%), mentre rimangono nella media e invariate rispetto al 2019 tutte le altre prevalenze (Tabella I.5-I.6).

TOSCANA

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è stata del 77,6% per gli uomini e il 61,9% per le donne, e per queste il valore è superiore a quello medio nazionale. Sono sopra la media nazionale anche i consumatori di vino di entrambi i sessi (69,4% = M; 51,8% = F) e le consumatrici di birra (41,8%) e di aperitivi alcolici (25,1%), queste ultime in aumento del 12,8% rispetto all'anno precedente. Sono invece al di sotto della media nazionale le consumatrici di amari (16%).

L'analisi dei comportamenti a rischio rileva dati sopra la media nazionale sia per i consumatori maschi abituali eccedentari (16,8%) che per le femmine che consumano alcolici fuori pasto (26,7%). Gli altri dati sono in linea con la media nazionale e invariati rispetto al 2019 (Tabella I.5-I.6).

UMBRIA

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è pari a 78,3% tra gli uomini e a 60,9% tra le donne e, per queste, il dato è superiore alla media italiana; per entrambi i generi non si registrano variazioni rispetto alla precedente rilevazione. L'analisi delle tipologie di bevande consumate evidenzia che l'unico dato di prevalenza superiore a quello medio nazionale è quello relativo ai consumatori di vino sia per i maschi (69,7%) che per le femmine (49,6%).

Per quanto riguarda invece gli indicatori relativi alle abitudini di consumo a rischio risultano sopra il dato medio nazionale le donne consumatrici abituali eccedentarie (8,7%), mentre sono sotto la media i consumatori maschi fuori pasto (36,7%) e i *binge drinkers* (8,8%). Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni significative (Tabella I.5-I.6).

MARCHE

Nel 2020 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 78,7% degli uomini e il 59,3% delle donne, queste ultime sopra il dato medio italiano. Per tutte le bevande alcoliche i dati sono in linea con la media nazionale, tranne che per le consumatrici di vino, il 48,8%, che sono sopra la media. Le consumatrici di aperitivi alcolici, il 32,1% delle donne, sono in aumento rispetto

al 2019. Tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo sono in linea con la media italiana e senza variazioni di rilievo rispetto alla precedente rilevazione (Tabella I.5-I.6).

LAZIO

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata nel 2020 pari al 78,2% tra gli uomini e al 56,9% tra le donne. Per entrambi i generi non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione delle prevalenze delle bevande alcoliche considerate. I consumatori maschi di amari (46,3%) e di super alcolici (42,5%) sono sopra alla media nazionale.

Per quanto riguarda le abitudini di consumo a rischio evidenzia che tra gli uomini le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari (12%), dei *binge drinkers* (9,1%), e dei consumatori a rischio secondo il criterio ISS (19,0%) sono inferiori alla media nazionale. Sono in aumento dell'11,7% rispetto al 2019 i consumatori maschi fuori pasto, seppur in linea con la media nazionale (Tabella I.5-I.6).

ITALIA MERIDIONALE

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nell'Italia meridionale è stata nel 2020 del 76,1% per gli uomini e del 51,8% (inferiore al dato medio nazionale) per le donne, e rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni significative. I valori di prevalenza dei consumatori di vino e aperitivi alcolici e super alcolici sono inferiori al dato medio nazionale per entrambi i generi. Il dato relativo alla prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile è il più alto delle ripartizioni territoriali analizzate (48,8%) mentre le prevalenze dei consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi sono le più basse (M = 41,7%; F = 23,5%), anche se per le donne il dato è un aumento rispetto al 2019.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, i valori di tutti gli indicatori considerati (ad eccezione del consumo abituale eccedentario per i soli uomini) si continuano a mantenere inferiori al dato medio nazionale, anche se le prevalenze dei consumatori a rischio sono aumentate per entrambi i sessi rispetto al 2019, così come sono aumentati i consumatori fuori pasto di sesso maschile. La prevalenza delle consumatrici di sesso femminile fuori pasto è la più bassa di Italia (33,4%) (Tabella I.5-I.6).

ABRUZZO

Nel 2020 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 75,8% degli uomini (in calo del 7,2% rispetto al 2019) e il 49,2% delle donne (sotto la media nazionale). Per quanto riguarda il consumo delle diverse tipologie di bevande alcoliche, tutte le prevalenze sono invariate rispetto al 2019 e in linea con la media nazionale, tranne che per le consumatrici di vino (39,1%), aperitivi alcolici (25,0%) e amari (15,8%) che sono sotto la media.

Le donne risultano sotto la media nazionale anche per tutti i comportamenti a rischio registrati, mentre gli uomini sono in linea con le medie. Non è stato registrato nessun cambiamento di rilievo rispetto alla precedente rilevazione (Tabella I.5-I.6).

MOLISE

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è stata del 80,8% per gli uomini (sopra la media italiana) e 53,9% per le donne, e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. La prevalenza dei consumatori di sesso maschile di amari si mantiene per il quinto anno consecutivo superiore alla media nazionale. Sono sopra la media anche i consumatori maschi di birra mentre sono sotto la media le donne consumatrici di aperitivi alcolici. Per nessuna bevanda considerata si rilevano variazioni rispetto al 2019.

Come nel 2019, per gli uomini i valori di tutti gli indicatori che identificano i comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale, mentre per le donne tutti gli indicatori sono in linea con il valore medio nazionale; i maschi che hanno una modalità di consumo a rischio secondo il criterio ISS sono aumentati del 26,8% rispetto al 2019 (Tabella I.5-I.6).

CAMPANIA

I consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 72,2% dei maschi e il 48,8% delle femmine (queste sotto la media nazionale). Come per il 2019, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici sono stati inferiori alla media nazionale, e la prevalenza di consumatori di birra di sesso maschile è la più bassa in Italia. Sono invece sopra la media i maschi consumatori di amari. Rispetto al 2019 non si rilevano variazioni significative dei consumatori delle bevande alcoliche considerate.

Per entrambi i generi, tutti gli indicatori relativi ai diversi comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media nazionale, anche se la prevalenza degli uomini *binge drinker* è aumentata rispetto al 2019 del 38,4% (Tabella I.5-I.6).

PUGLIA

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è stata del 77,8% tra gli uomini e 55,0% tra le donne e i valori sono rimasti stabili rispetto al 2019. Per entrambi i generi, come già evidenziato negli ultimi due anni, la prevalenza dei consumatori di amari è superiore alla media nazionale (M = 49,5%; F = 23,4%), così come le consumatrici di birra (41,0%), mentre è inferiore alla media la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici, di vino e, per i soli maschi, di super alcolici. Per tutte le bevande non ci sono variazioni rispetto all'anno precedente.

Come l'anno scorso, per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori lontano dai pasti è inferiore alla media nazionale, così come la prevalenza dei consumatori *binge drinker* di sesso maschile (Tabella I.5-I.6).

BASILICATA

Nel 2020 l'84,2% degli uomini e il 50,7% delle donne ha consumato almeno una bevanda alcolica, non registrando variazioni significative rispetto al 2019; come l'anno scorso, il dato relativo al genere maschile è superiore alla media nazionale mentre quello femminile è inferiore alla media. La prevalenza dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e super alcolici è inferiore alla media italiana per le sole donne, mentre gli uomini sono sopra la media sia per il vino che per la birra e gli amari, per cui si registra un aumento del 13,2% rispetto alla rilevazione del 2019.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia valori superiori alla media nazionale della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari, *binge drinkers*, e di quelli a rischio ISS per il solo genere maschile; sono invece inferiori alla media la prevalenza dei consumatori fuori pasto di entrambi i generi (Tabella I.5-I.6).

CALABRIA

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è pari all'81,9% tra gli uomini e al 57,0% tra le donne, che aumentano del 10,3% rispetto alla precedente rilevazione. Sono sopra la media nazionale le prevalenze di consumatori di amari e birra per entrambi i sessi, e le consumatrici di birra sono in aumento del 18,2% rispetto all'anno precedente. Sono sopra la media nazionale anche i consumatori di vino di sesso maschile. Sono invece sotto la media le consumatrici di vino, di aperitivi alcolici e di super alcolici.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra per le donne valori al di sotto della media nazionale per le consumatrici a rischio secondo il criterio ISS e le consumatrici fuori pasto, anche se queste sono in aumento del 51,8% rispetto al 2019 (Tabella I.5-I.6).

ITALIA INSULARE

Nel 2020 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche nell'Italia insulare è stata del 74,5% tra gli uomini e del 47,8% tra le donne: per entrambi i valori più bassi in Italia, così come le percentuali di consumatori di vino (M = 58,9%, F = 31,1%). Le prevalenze dei consumatori di aperitivi alcolici e dei consumatori di super alcolici sono più basse rispetto a quelle rilevate a livello medio nazionale per entrambi i generi. Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni significative dei consumatori delle diverse bevande alcoliche.

L'analisi delle abitudini di consumo mostra che tutti gli indicatori di rischio sono inferiori alla media nazionale per entrambi i generi, tranne che per i consumatori abituali eccedentari di sesso maschile. In particolare, la prevalenza di consumatrici abituali eccedentarie è la più bassa a livello nazionale (3,6%) così come quelle dei consumatori a rischio secondo il criterio ISS per entrambi i sessi (M = 17,7%, F = 5,7%). Sono però in aumento le consumatrici fuori pasto (Tabella I.5-I.6).

SICILIA

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2020 è stata pari al 74,1% tra gli uomini e al 47,6% tra le donne: entrambi i valori sono inferiori a quelli medi italiani. I valori di prevalenza dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e di super alcolici sono inferiori alla media italiana per entrambi i generi, mentre i consumatori di birra e amari sono in linea con la media nazionale. Per tutte le bevande non ci sono variazioni di rilievo rispetto al 2019.

L'analisi delle abitudini di consumo mostra che tutti gli indicatori di rischio sono inferiori alla media nazionale per entrambi i generi, anche se sono aumentate del 23,3% le donne che hanno consumato alcolici lontano dai pasti (Tabella I.5-I.6).

SARDEGNA

Nel 2020 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 76,0% degli uomini e al 48,3% delle donne e per queste ultime il valore è più basso di quello registrato a livello medio nazionale. L'analisi delle bevande consumate mostra che, per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di vino è inferiore alla media italiana sebbene, e tra le donne si è rilevato un decremento del 13,6% rispetto al 2019. Anche le consumatrici di birra sono risultate sotto la media nazionale.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che per gli uomini si mantengono, come nelle rilevazioni precedenti, superiori alla media italiana le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei consumatori a rischio ISS e dei *binge drinker*, mentre si mantengono inferiori alla media i valori di prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie e fuori pasto (Tabella I.5-I.6).

1.2 LA MORBILITA' E LA MORTALITA' ALCOL CORRELATE

La Comunità Scientifica Internazionale ha dimostrato ampiamente che sia il consumo regolare e continuativo di alcol che quello occasionale in quantità eccessive (*binge drinking*) possono causare problemi di salute o aggravarli ed accrescere il rischio di danni per chi beve e per altre persone. L'uso continuativo di alcol in quantità eccessive produce inoltre effetti simili a quelli di altre sostanze psicotrope illegali, con induzione di dipendenza fisica e psichica, assuefazione, *craving*, compulsività ed altri disturbi del comportamento, provocando danni particolarmente rilevanti anche a livello sociale.

Il consumo dannoso di alcol è la causa principale di molte malattie considerate totalmente alcol correlate, fra cui in particolare la cirrosi epatica alcolica; ma anche causa concomitante di varie altre patologie vascolari, gastroenteriche, neuropsichiatriche, immunologiche, di infertilità e problemi prenatali, di cancro, ivi compreso il cancro della mammella; nonché di altri gravi eventi quali incidenti stradali, omicidi, suicidi, incidenti vari.

L'uso dannoso di alcol e i relativi problemi di salute pubblica sono influenzati dai livelli e dai modelli di consumo alcolico. Si è constatato che l'aumento del consumo complessivo di alcol in una determinata popolazione si associa ad un aumento della prevalenza di disturbi da uso di alcol e di modelli di consumo dannosi; mentre, d'altra parte, la riduzione della prevalenza dei forti bevitori in una data popolazione si correla a una riduzione del consumo di alcol complessivo.

La Regione Europea dell'OMS continua a presentare la percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol, ciò non sorprende se consideriamo che è anche la Regione dell'OMS con i consumi di alcol più elevati. Tuttavia occorre specificare che i valori più elevati sia per i consumi di alcol che per i decessi attribuiti all'alcol si registrano soprattutto nei Paesi dell'Europa Orientale, mentre tra i Paesi della Regione europea aderenti all'OMS l'Italia occupa una delle posizioni più basse nella graduatoria delle percentuali di mortalità alcol correlata rispetto alla mortalità totale.

Le percentuali più elevate di morti attribuite all'alcol, nel mondo, sono causate da patologie cardiovascolari, seguite da infortuni, patologie gastrointestinali (soprattutto cirrosi epatica) e tumori.

Il Piano di azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili avviato dall'OMS per gli anni 2013-2020 conferma la necessità di ridurre l'impatto delle malattie alcol attribuibili, che costituiscono una priorità di sanità pubblica a livello globale.

1.2.1 ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO CON DIAGNOSI DI PATOLOGIE TOTALMENTE ATTRIBUIBILI ALL'ALCOL

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

I dati EMUR PS che vengono presentati nella relazione sono riferiti all'anno 2020, 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'alcool

Sindromi psicotiche indotte da alcool	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
291.0	Delirium da astinenza da alcool
291.1	Disturbo amnesico persistente indotto da alcool
291.2	Demenze persistenti indotte da alcool
291.3	Disturbo psicotico con allucinazioni indotto da alcool
291.4	Intossicazione alcolica idiosincrasica
291.5	Disturbo psicotico con deliri indotto da alcool
291.8	Altri disturbi mentali specificati indotti da alcool
291.81	Astinenza da alcool
291.82	Disturbi del sonno indotti da alcool
291.89	Altri
291.9	Disturbi mentali non specificati indotti dall'alcool

Sindromi di dipendenza da alcool	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
303.0	Intossicazione acuta da alcool
303.00	Intossicazione acuta da alcool, non specificata
303.01	Intossicazione acuta da alcool, continua
303.02	Intossicazione acuta da alcool, episodica
303.03	Intossicazione acuta da alcool, in remissione
303.9	Altra e non specificata dipendenza da alcool
303.90	Altra e non specificata dipendenza da alcool, non specificata
303.91	Altra e non specificata dipendenza da alcool, continua
303.92	Altra e non specificata dipendenza da alcool, episodica
303.93	Altra e non specificata dipendenza da alcool, in remissione

Abuso di alcool	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
305.00	Abuso di alcool, non specificato
305.01	Abuso di alcool, continuo
305.02	Abuso di alcool, episodico
305.03	Abuso di alcool, in remissione

Neuropatie infiammatorie e tossiche	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
357.5	Polineuropatia alcoolica

Cardiomiopatie	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
425.5	Cardiomiopatia alcoolica

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

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

Effetti tossici dell'alcool	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
980.0	Effetti tossici dell'alcool etilico
980.1	Effetti tossici dell'alcool metilico
980.2	Effetti tossici dell'alcool isopropilico
980.3	Effetti tossici del fuselolo
980.8	Effetti tossici di altri alcoli specificati
980.9	Effetti tossici di alcool non specificato

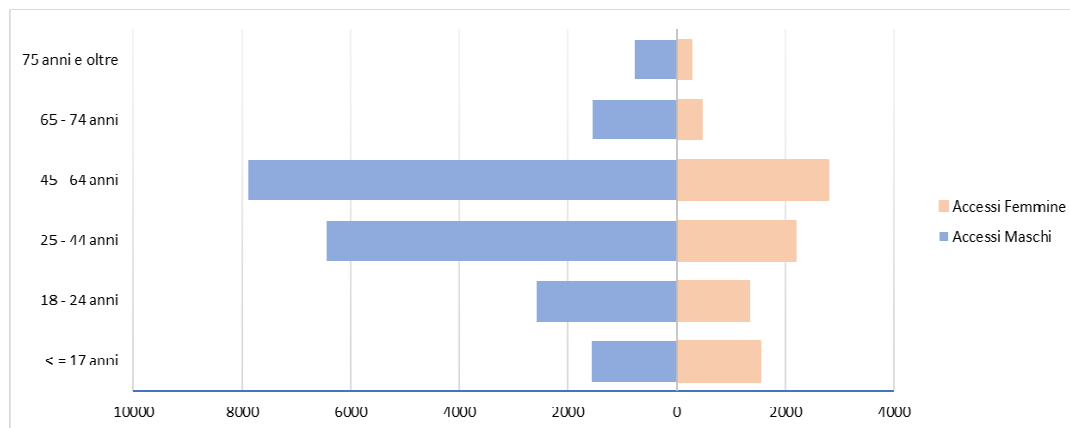
Avvelenamento da altri e non specificati farmaci e medicinali	
Codici ICD-9-CM	Descrizione
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool

Nel corso del 2020 si sono verificati complessivamente 29.362 accessi in Pronto Soccorso caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 71% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 29% ad accessi di femmine (**TAB. I.7**).

TAB. I.7 - Accessi in pronto soccorso per età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2020

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	85	240	841	1.107	161	80	2.514	100	117	240	379	61	39	936	3.450
Valle d'Aosta	1	2	8	10	4	4	29		2	2	1		1	6	35
Lombardia	302	443	1.179	1.361	312	114	3.711	276	207	442	501	76	30	1.532	5.243
P.A. Bolzano	44	75	236	245	89	42	731	42	34	67	94	18	16	271	1.002
P.A. Trento	5	4	24	62	7	5	107	4	4	10	9	1	3	31	138
Veneto	70	99	349	520	115	78	1.231	78	48	108	154	54	36	478	1.709
Friuli V.G.	41	68	173	357	98	69	806	45	43	48	133	31	31	331	1.137
Liguria	91	137	247	336	64	37	912	95	68	102	139	30	14	448	1.360
Emilia Romagna	196	363	801	839	140	66	2.405	180	165	270	402	51	20	1.088	3.493
Toscana	181	283	586	539	68	32	1.689	189	139	197	259	29	12	825	2.514
Umbria	17	26	67	73	21	9	213	21	14	41	33	7	3	119	332
Marche	45	87	192	220	37	37	618	65	32	101	97	15	15	325	943
Lazio	141	229	813	956	158	77	2.374	130	160	261	294	45	26	916	3.290
Abruzzo	15	21	61	90	31	6	224	16	8	18	34	7	3	86	310
Molise	6	7	19	42	6	4	84	4	3	6	3	3		19	103
Campania	71	145	201	316	63	27	823	65	64	67	76	17	16	305	1.128
Puglia	88	106	193	219	18	19	643	108	69	65	62	9	3	316	959
Basilicata	14	10	22	44	18	6	114	10	6	15	13	2	1	47	161
Calabria		3	20	19	10	5	57		5	7	5			17	74
Sicilia	101	174	315	324	61	29	1.004	88	120	104	82	8	9	411	1.415
Sardegna	36	44	81	198	60	23	442	37	27	22	28	5	5	124	566
ITALIA	1.550	2.566	6.428	7.877	1.541	769	20.731	1.553	1.335	2.193	2.798	469	283	8.631	29.362

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 2020) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

GRAF. I.1 – Piramide per classi di età e per genere degli accessi in PS - ANNO 2020

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

La **TAB. I.8** che segue mostra la distribuzione percentuale degli accessi in Pronto Soccorso per cittadinanza. L'analisi è stata condotta sul 90% degli accessi.

TAB. I.8- Accessi in pronto soccorso per cittadinanza con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2020

Cittadinanza	Percentuale accessi
ITALIA	80,22%
ROMANIA	4,09%
MAROCCO	2,14%
INDIA	1,00%
sconosciuta	0,97%
POLONIA	0,96%

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 2020) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III

La **TAB. I.9** 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 e Marche.

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.

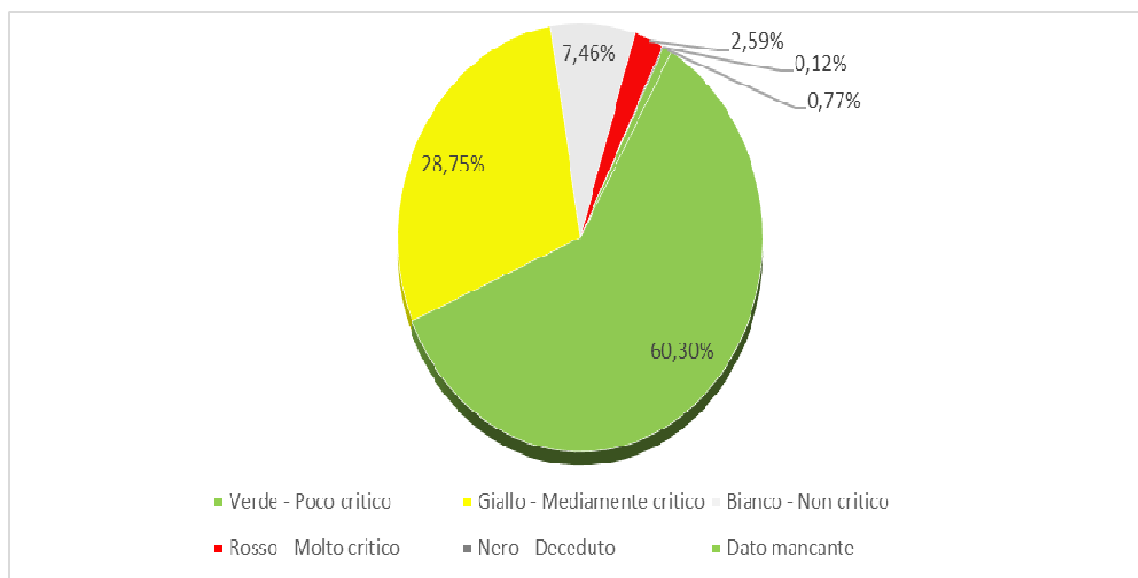
TAB. I.9 – Tassi di accesso in Pronto Soccorso (x 100.000 residenti) specifici per classi di età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2020

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	25,85	165,90	173,81	169,91	64,30	33,94	32,19	89,25	50,67	56,49	21,96	11,08
Valle d'Aosta	9,93	46,04	57,54	51,53	55,72	64,33	0,00	50,51	14,64	5,03	0,00	10,77
Lombardia	36,06	126,21	97,10	89,70	59,65	24,29	35,00	64,84	37,50	32,85	12,99	4,18
P.A. Bolzano	84,86	340,24	363,44	313,32	379,90	181,50	86,51	166,87	105,89	120,88	68,85	48,57
P.A. Trento	10,36	19,30	37,62	76,49	23,85	20,23	8,82	20,80	15,92	10,98	3,26	8,00
Veneto	17,59	57,28	61,90	68,61	43,71	33,33	20,77	30,23	19,51	20,18	18,78	10,26
Friuli V.G.	45,79	172,92	128,93	192,15	138,32	102,95	53,12	121,02	37,45	70,36	38,90	30,29
Liguria	86,32	279,71	157,50	144,03	70,20	39,08	95,51	154,63	66,34	56,79	28,68	9,47
Emilia Romagn	54,68	243,89	152,68	124,81	59,34	28,24	53,42	123,36	52,13	58,10	19,05	5,85
Toscana	64,15	233,73	140,40	97,87	32,32	15,80	71,16	127,00	47,27	44,73	12,21	4,00
Umbria	25,55	90,13	67,10	57,88	42,32	18,40	33,28	53,84	41,24	24,54	12,67	4,16
Marche	38,21	165,65	109,67	98,39	43,81	44,97	58,70	67,60	58,55	41,79	16,14	12,36
Lazio	30,01	115,42	115,96	111,15	54,10	29,88	29,32	88,89	37,35	31,70	13,28	6,70
Abruzzo	15,10	46,81	38,91	46,85	42,45	9,13	17,12	19,57	11,85	16,97	8,69	3,16
Molise	27,94	62,97	51,29	93,57	33,39	25,87	20,06	30,33	17,45	6,54	15,74	0,00
Campania	13,73	59,29	27,28	39,33	22,34	13,45	13,29	28,11	9,14	8,83	5,42	5,28
Puglia	27,20	67,80	39,71	38,86	8,32	10,69	35,30	47,77	13,52	10,32	3,72	1,17
Basilicata	33,56	46,67	31,89	53,42	58,30	22,40	25,62	31,60	22,91	15,25	5,96	2,58
Calabria	0,00	4,08	8,27	7,12	9,62	5,88	0,00	7,37	2,96	1,76	0,00	0,00
Sicilia	24,14	88,51	51,72	47,42	23,76	14,02	22,22	66,51	17,25	11,20	2,76	2,98
Sardegna	31,97	82,55	41,26	77,61	62,36	29,44	35,17	57,32	11,76	10,73	4,78	4,35
ITALIA	31,93	119,05	89,95	89,02	48,04	27,11	33,92	67,91	31,22	30,39	13,07	6,69

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 2020) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Il **GRAF. I.2** mostra la distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per triage medico. Al 66% degli accessi viene attribuito il codice verde, al 22% il codice giallo, al 10% il codice bianco e al 2% il codice rosso.

GRAF. I.2 – Distribuzione degli accessi in PS per triage medico - ANNO 2020

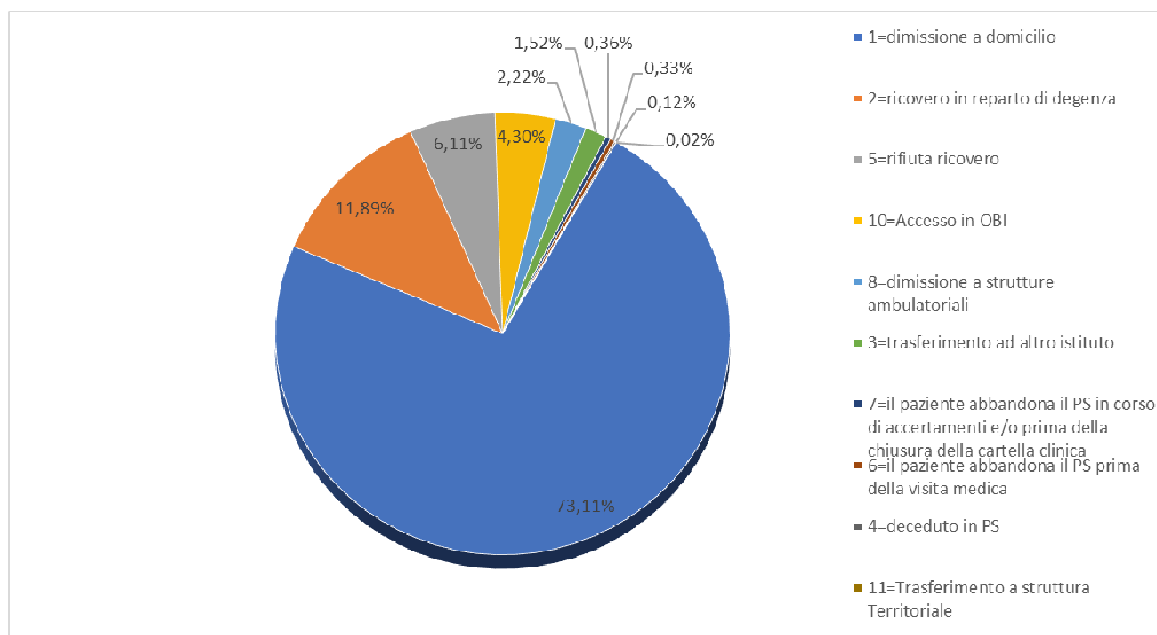


Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2020) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, 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 **GRAF. I.3** che segue mostra la distribuzione nazionale degli accessi in Pronto Soccorso per esito trattamento.

GRAF. I.3 – Distribuzione nazionale degli accessi in Pronto Soccorso per esito trattamento - ANNO 2020



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 2020) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che il 73% degli accessi in pronto soccorso con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol esita a domicilio, mentre il 12% degli accessi viene ricoverato.

La **TAB. I.10** che segue mostra le diagnosi principali più frequenti attribuite in Pronto Soccorso per il 90% circa degli accessi.

TAB. I.10 – Diagnosi principali più frequenti - ANNO 2020

Codigne Diagnosi principale	Descrizione diagnosi principale	Percentuale di accessi
305.00	ABUSO DI ALCOOL, NON SPECIFICATO	15,85%
305.02	ABUSO DI ALCOOL, EPISODICO	15,29%
980.0	EFFETTI TOSSICI DELL'ALCOOL ETILICO	12,83%
571.2	CIRROSI EPATICA ALCOLICA	8,94%
303.00	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, NON SPECIFICATA	8,92%
305.01	ABUSO DI ALCOOL, CONTINUO	7,83%
303.02	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, EPISODICA	6,18%
291.4	INTOSSICAZIONE ALCOLICA IDIOSINCRASICA	3,20%
303.01	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, CONTINUA	2,41%
303.0	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL	3,34%
291.81	SINDROME DA ASTINENZA DA ALCOOL	1,15%
571.0	STEATOSI EPATICA ALCOLICA	0,93%
980.9	EFFETTI TOSSICI DI ALCOOL NON SPECIFICATO	1,06%
291.89	ALTRI DISTURBI PSICHICI SPECIFICATI INDOTTI DA ALCOL	0,90%
571.1	EPATITE ACUTA ALCOLICA	0,84%
291.0	DELIRIUM DA ASTINENZA DA ALCOOL	0,52%
303.90	DIPENDENZA DA ALCOOL, ALTRA E NON SPECIFICATA, NON SPECIFICATA	0,65%
535.30	GASTRITE ALCOLICA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA	0,85%
291.9	DISTURBI PSICHICI NON SPECIFICATI INDOTTI DALL'ALCOOL	0,74%
303.03	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, IN REMISSIONE	0,70%
305.03	ABUSO DI ALCOOL, IN REMISSIONE	0,66%

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 2020) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che al 16% degli accessi in pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcol, non specificato, al 15% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcol, episodico, mentre al 13 % una diagnosi di effetti tossici dell'alcol etilico.

La TAB. I.11 che segue mostra la distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per modalità di arrivo.

TAB. I.11 – Distribuzione degli accessi in pronto soccorso per modalità di arrivo - ANNO 2020

Modalità di arrivo in Pronto soccorso	Percentuale di accessi
Ambulanza 118	68,16%
Autonomo (arrivato con mezzi propri)	24,47%
Altra Ambulanza	5,25%
Non rilevato	0,84%
Altro (in caso ambulanze di Esercito, Vigil	0,84%
Elicottero 118	0,40%
Altro Elicottero	0,02%
Mezzo di soccorso 118 di altre regioni	0,02%

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 2020) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che il 68% degli accessi arriva in Pronto Soccorso con il 118, mentre il 24% arriva al pronto soccorso con mezzi propri.

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

Come è noto la tossicità dell'alcol causa danni diretti a molte cellule dell'organismo, soprattutto quelle del fegato e del sistema nervoso centrale. Pertanto lo stato di intossicazione causato dall'abuso di alcol provoca patologie che spesso necessitano il ricorso alle cure ospedaliere. Il flusso informativo relativo alle dimissioni ospedaliere (SDO), rileva la diagnosi principale alla dimissione del paziente, ossia la principale responsabile delle cure erogate in regime di ricovero e diagnosi secondarie concomitanti. Per indicare tali diagnosi è attualmente in uso la versione 2007 della Classificazione internazionale delle malattie e dei traumatismi (ICD-9-CM).

Le diagnosi totalmente attribuibili all'uso dell'alcol sono le seguenti:

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

Nel 2020 si rilevano complessivamente 43.445 dimissioni ospedaliere, caratterizzate dall'avere indicata almeno una patologia attribuibile all'alcol, o come diagnosi principale di dimissione, o come una delle diagnosi secondarie, che coesistono al momento del ricovero e che influenzano il trattamento terapeutico somministrato.

La distribuzione per categorie diagnostiche delle diagnosi rilevate [TAB. I.12] mostra la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (58,2% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriachezza 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 (16,3%).

TAB. I.12 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2020

Diagnosi alla dimissione	Codici ICD-9-CM	Maschi		Femmine		Totale	
		Numero	%	Numero	%	Numero	%
Disturbi mentali indotti da alcol	291	1.344	4,0	366	3,7	1.710	3,9
Sindrome da dipendenza da alcol	303	6.127	18,2	2.370	24,1	8.497	19,6
Abuso di alcol	305.0	4.808	14,3	2.272	23,1	7.080	16,3
Polineuropatia alcolica	357.5	285	0,8	71	0,7	356	0,8
Cardiomiopatia alcolica	425.5	140	0,4	13	0,1	153	0,4
Gastrite alcolica	535.30 535.31	81	0,2	34	0,3	115	0,3
Malattia epatica cronica e cirrosi	571.0-571.3	20.629	61,4	4.641	47,2	25.270	58,2
Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	977.3		0,0	4	0,0	4	0,0
Effetti tossici dell'alcol	980	202	0,6	57	0,6	259	0,6
Totale		33.616	100	9.828	100	43.444	100

(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
1 dimissione nella regione Lazio, con sesso non specificato (ricovero ordinario e diagnosi principale di cirrosi epatica alcolica)
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

La distribuzione delle dimissioni per genere evidenzia una netta prevalenza dei ricoveri di maschi (77,4%) rispetto alle femmine (22,6%).

Le patologie epatiche croniche sono state diagnosticate in termini percentuali più nei maschi che nelle femmine (61,4% vs 47,2%); mentre le sindromi da dipendenza da alcol e l'abuso di alcol presentano percentuali inferiori nei maschi rispetto alle femmine, rispettivamente (18,2% vs 24,1%) e (14,3% vs 23,1%).

Il tasso standardizzato di ricovero ospedaliero caratterizzato da diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, è di 66,9 ricoveri per 100.000 residenti [TAB. I.13]. Considerando la modalità di ricovero,

si distinguono i ricoveri in regime ordinario (94,9%), con complessivi 510.039 giorni di degenza, dai ricoveri diurni (5,1%), con 15.939 accessi giornalieri per accertamenti diagnostici e terapie.

TAB. I.13 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) per regime e regione di ricovero - ANNO 2020

REGIONE	Dimissioni					
	Totale (ordinario + diurno)		Regime ordinario		Regime diurno	
	Numero	Tasso STD x 100.000 ab.	Numero	Degenza media	Numero	Numero medio accessi
Piemonte	3.839	80,3	3.621	17,7	218	4,3
Valle d'Aosta	223	165,9	205	11,7	18	5,8
Lombardia	5.957	55,5	5.878	13,0	79	2,7
P.A. Bolzano	922	173,1	906	9,8	16	5,3
P.A. Trento	501	82,8	473	13,5	28	3,4
Veneto	4.769	89,1	4.536	13,8	233	12,6
Friuli V.G.	1.670	114,0	1.458	11,2	212	9,9
Liguria	1.707	103,8	1.562	11,1	145	10,4
Emilia Romagna	5.078	106,0	4.968	11,2	110	7,2
Toscana	2.530	63,2	2.411	11,6	119	5,3
Umbria	551	58,1	527	9,0	24	5,9
Marche	1.739	109,1	1.722	17,4	17	1,3
Lazio	3.355	53,1	2.910	11,5	445	7,9
Abruzzo	833	57,4	774	10,8	59	6,8
Molise	251	73,7	242	11,1	9	3,8
Campania	2.338	38,6	2.189	10,2	149	5,4
Puglia	2.000	46,1	1.965	10,3	35	3,2
Basilicata	389	61,4	371	11,5	18	7,0
Calabria	995	48,8	898	10,2	97	3,7
Sicilia	1.842	35,8	1.741	11,3	101	3,9
Sardegna	1.956	102,2	1.858	9,1	98	6,3
ITALIA	43.445	66,9	41.215	12,4	2.230	7,1

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

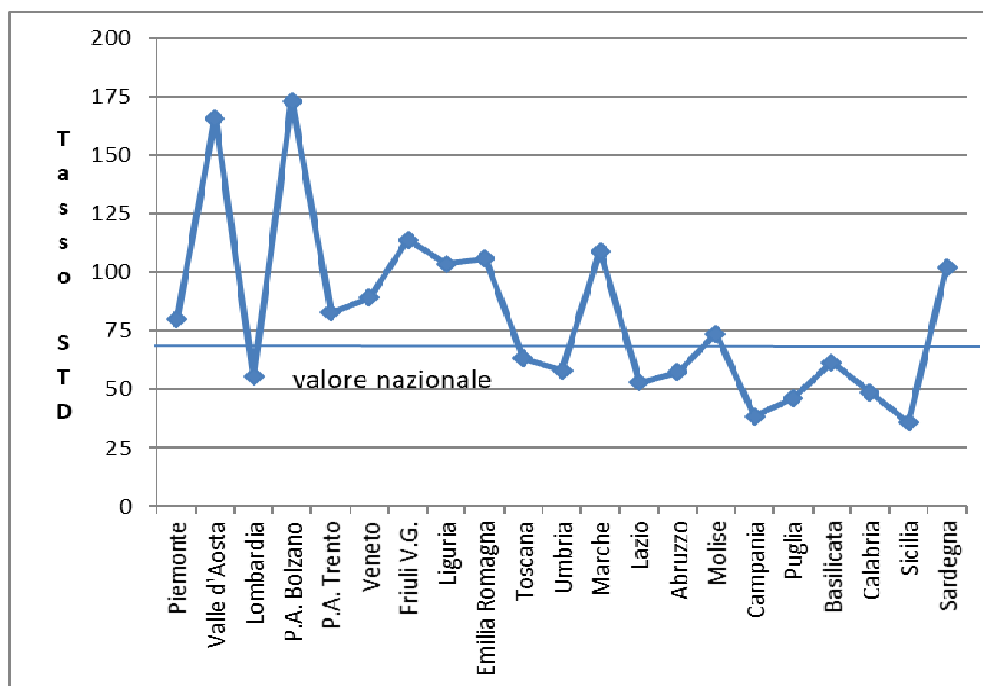
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

La **TAB. I.13** riporta anche la distribuzione regionale della degenza media per i ricoveri in regime ordinario (a livello nazionale la degenza media è di 12,4 giorni) ed il numero medio di accessi per i ricoveri diurni (a livello nazionale 7,1 accessi per prestazioni ospedaliere).

Inoltre analizzando la modalità di ricovero, si rileva che il 75,5% dei ricoveri in regime ordinario avvengono per urgenza, di cui 1,1% è costituito dai ricoveri per trattamento sanitario obbligatorio (TSO), mentre il restante 24,5% è costituito da ricoveri programmati, non urgenti.

Il tasso standardizzato di ricovero (regime ordinario e diurno) per regione [**TAB. I.13**] è rappresentato graficamente nel seguente grafico [**GRAF. I.4**]. Da questo si osserva che i valori del tasso standardizzato per regione presenta ampie oscillazioni attorno al valore medio nazionale (66,9 per 100.000 residenti).

GRAF. I.4 – Tasso di ricovero (*) standardizzato per regione e tasso di ricovero nazionale (x 100.000 ab.) - ANNO 2020

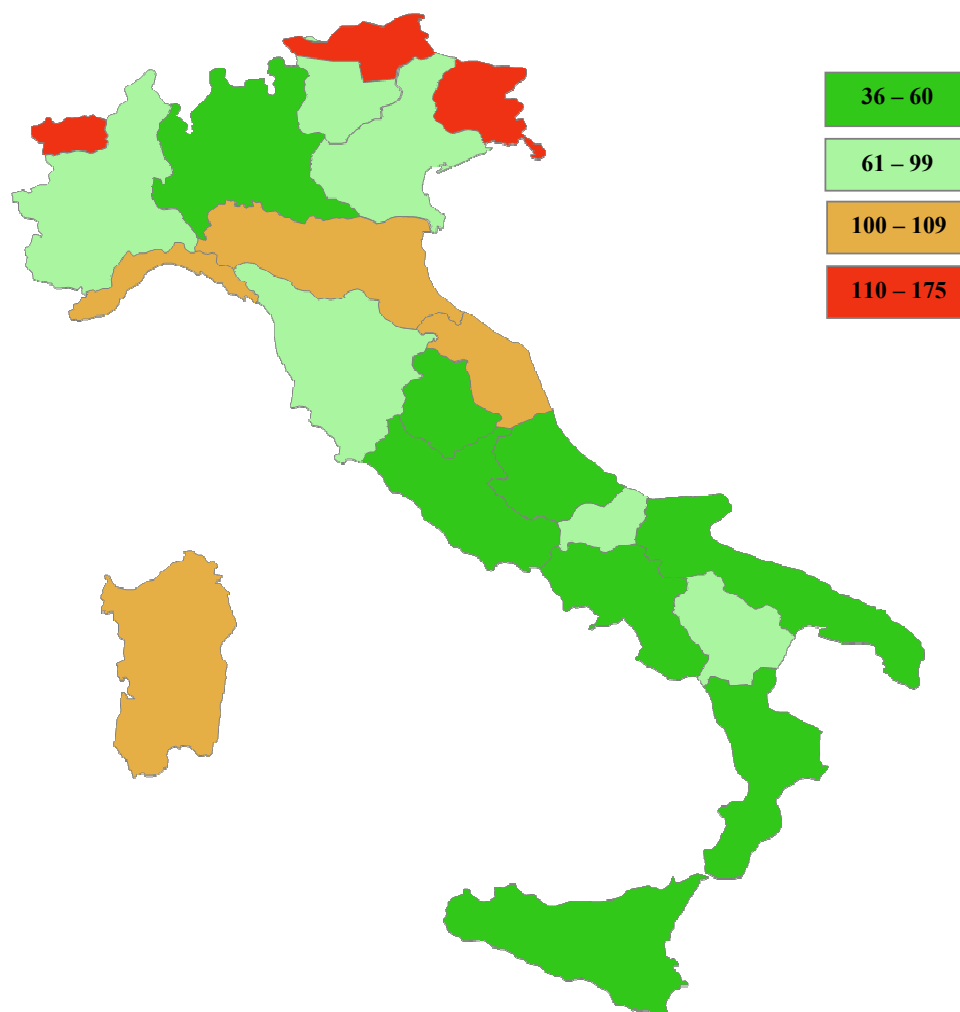


(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

I tassi standardizzati di ricovero più elevati sono nella P.A. di Bolzano (173,1) per 100.000 residenti ed in regione Valle d'Aosta (165,9).

La **Figura. I.16** rappresenta con differente colorazione le regioni, in base al valore assunto dal relativo tasso standardizzato di ricovero. Nella rappresentazione sono stati definiti 4 raggruppamenti dei tassi di ricovero regionali standardizzati per 100.000 residenti. La colorazione delle regioni varia, passando dal verde brillante per le regioni con valori più bassi del tasso di ricovero, al rosso per le regioni il cui tasso di ricovero assume i valori più elevati.

FIGURA. I.16 - Dimissioni ospedaliere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol per regione di ricovero. Tassi standardizzati per 100.000 residenti - ANNO 2020



Delle 43.445 dimissioni ospedaliere con almeno una diagnosi attribuibile all'alcol, il 39,6% presenta tale diagnosi come principale motivo del ricovero, mentre per il restante 60,4% 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.

La **TAB. I.14** mostra come in presenza di patologie secondarie attribuibili all'alcol, la diagnosi principale dei ricoveri effettuati è prevalentemente da ricondurre a disturbi mentali (complessivamente, senza distinzione di genere, essi rappresentano il 24%), seguono le malattie dell'apparato digerente (15%), tumori (11%) e malattie del sistema circolatorio (10%) e malattie dell'apparato respiratorio (10%).

TAB. I.14 - Distribuzione delle dimissioni per raggruppamenti diagnostici della diagnosi principale, in presenza di diagnosi secondaria totalmente attribuibile all'alcol (*) - ANNO 2020

RAGGRUPPAMENTI DIAGNOSTICI (DIAGNOSI PRINCIPALE)	2020			
	Maschi		Femmine	
	Numero	%	Numero	%
1 - Malattie infettive e parassitarie (001-139)	653	3,2	156	2,6
2 - Tumori (140-239)	2.503	12,3	346	5,9
3 - Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, disturbi immunitari (240-279)	447	2,2	136	2,3
4 - Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)	427	2,1	172	2,9
5 - Disturbi mentali (290-319)	3.979	19,5	2.214	37,5
6 - Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	883	4,3	204	3,5
7 - Malattie del sistema circolatorio (390-459)	2.150	10,6	392	6,6
8 - Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	2.155	10,6	452	7,7
9 - Malattie dell'apparato digerente (520-579)	3.285	16,1	734	12,4
10 - Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	442	2,2	94	1,6
11 - Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)	2	0,0	4	0,1
12 - Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)	95	0,5	17	0,3
13 - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	189	0,9	41	0,7
14 - Malformazioni congenite (740-759)	6	0,0	1	0,0
15 - Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)	-	-	-	-
16 - Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti (780-799)	1.081	5,3	268	4,5
17 - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)	1.381	6,8	442	7,5
Classificazione supplementare dei fattori che influenzano stato di salute e ricorso ai servizi san. (codici V)	634	3,1	210	3,6
Diagnosi principale non indicata	49	0,2	15	0,3
ITALIA	20.361	100	5.898	100

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

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

La distribuzione percentuale per genere riportata in tabella, rileva come la percentuale dei disturbi mentali e dei tumori varia notevolmente tra maschi e femmine (disturbi mentali 19,5% vs 37,5% e tumori 12,3% vs 5,9%).

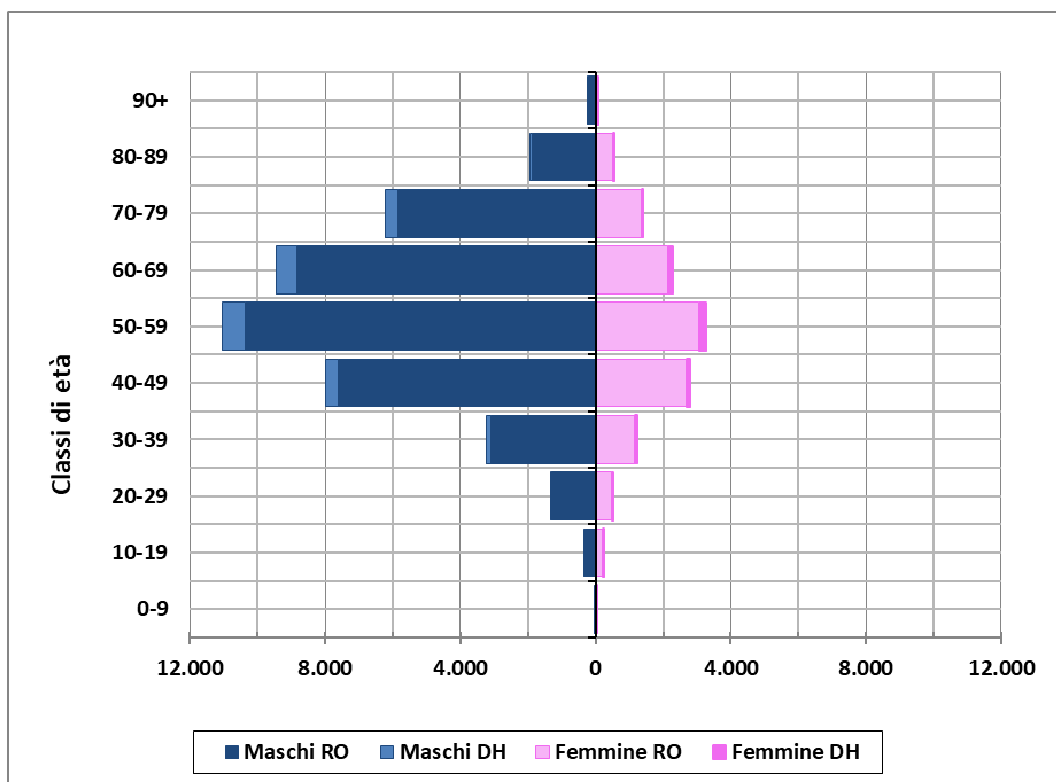
La rappresentazione grafica a forma di piramide [**GRAF. I.5**], fornisce una visione immediata sulla prevalenza dei ricoveri dei maschi rispetto alle femmine.

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

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

Inoltre il grafico evidenzia 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.

GRAF. I.5 – Piramide per classi di età decennali e per genere delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2020



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

La **TAB. I.15** fornisce indicazioni sul volume complessivo dei ricoveri per diagnosi attribuibili all'alcol, distinti per regione di ricovero, genere e cinque classi di età, di differente ampiezza. Il numero, in valore assoluto, più elevato di ricoveri, si rilevano 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: 51,1% per i maschi vs 52,3% per le femmine.

TAB. I.15 - Distribuzione delle dimissioni, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*), per regione, genere e fasce d'età - ANNO 2020

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	3	480	1.557	544	271	2.855	3	215	565	155	46	984
Valle d'Aosta	1	36	58	42	32	169	1	8	27	6	12	54
Lombardia	24	932	2.228	876	460	4.520	39	390	729	185	94	1.437
P.A. Bolzano	8	136	290	146	112	692	1	69	108	40	12	230
P.A. Trento	1	44	157	111	75	388	1	17	54	18	23	113
Veneto	6	587	1.664	792	480	3.529	7	238	584	233	178	1.240
Friuli V.G.	3	103	518	386	297	1.307	1	33	180	74	75	363
Liguria	6	279	629	237	139	1.290	9	90	217	69	32	417
Emilia Romagna	9	801	1.897	665	372	3.744	9	345	708	176	96	1.334
Toscana	10	358	906	295	232	1.801	5	206	381	92	45	729
Umbria	1	84	215	95	45	440	3	36	50	11	11	111
Marche	-	358	677	181	90	1.306	1	133	217	50	32	433
Lazio	14	541	1.520	465	212	2.752	10	134	341	81	36	602
Abruzzo	6	103	338	160	65	672	3	38	65	24	31	161
Molise	2	23	119	44	23	211	-	10	17	9	4	40
Campania	5	306	1.024	321	193	1.849	3	91	272	68	55	489
Puglia	4	286	943	289	139	1.661	12	51	202	37	37	339
Basilicata	1	23	191	71	35	321	1	13	38	11	5	68
Calabria	7	124	440	187	100	858	8	33	65	19	12	137
Sicilia	5	325	878	246	88	1.542	-	85	173	21	21	300
Sardegna	12	175	914	377	231	1.709	12	36	146	30	23	247
ITALIA	128	6.104	17.163	6.530	3.691	33.616	129	2.271	5.139	1.409	880	9.828

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

La distribuzione dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera per sesso [TAB. I.16], mostra una elevata variabilità tra regioni e per entrambi i sessi.

Dalla tabella si rilevano per entrambi i generi valori estremi nella Provincia Autonoma di Bolzano e Valle d'Aosta (valori massimi) ed in Sicilia (valori minimi).

TAB. I.16 - Tassi (STD) di dimissione (x 100.000 residenti) per regione e genere, con diagnosi attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2020

REGIONE	Maschi	Femmine
	Tasso STD x 100.000 ab.	Tasso STD x 100.000 ab.
Piemonte	119,5	41,5
Valle d'Aosta	255,5	73,3
Lombardia	83,9	27,1
P.A. Bolzano	254,3	88,7
P.A. Trento	126,0	37,6
Veneto	131,2	46,4
Friuli V.G.	177,1	49,7
Liguria	159,7	49,7
Emilia Romagna	157,3	55,5
Toscana	90,2	36,8
Umbria	92,9	24,4
Marche	166,0	54,0
Lazio	89,5	18,7
Abruzzo	93,0	22,3
Molise	121,9	24,9
Campania	62,3	15,7
Puglia	78,4	15,2
Basilicata	100,2	22,6
Calabria	84,1	13,6
Sicilia	61,4	11,5
Sardegna	177,1	26,5
ITALIA	104,1	30,2

(*) 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.

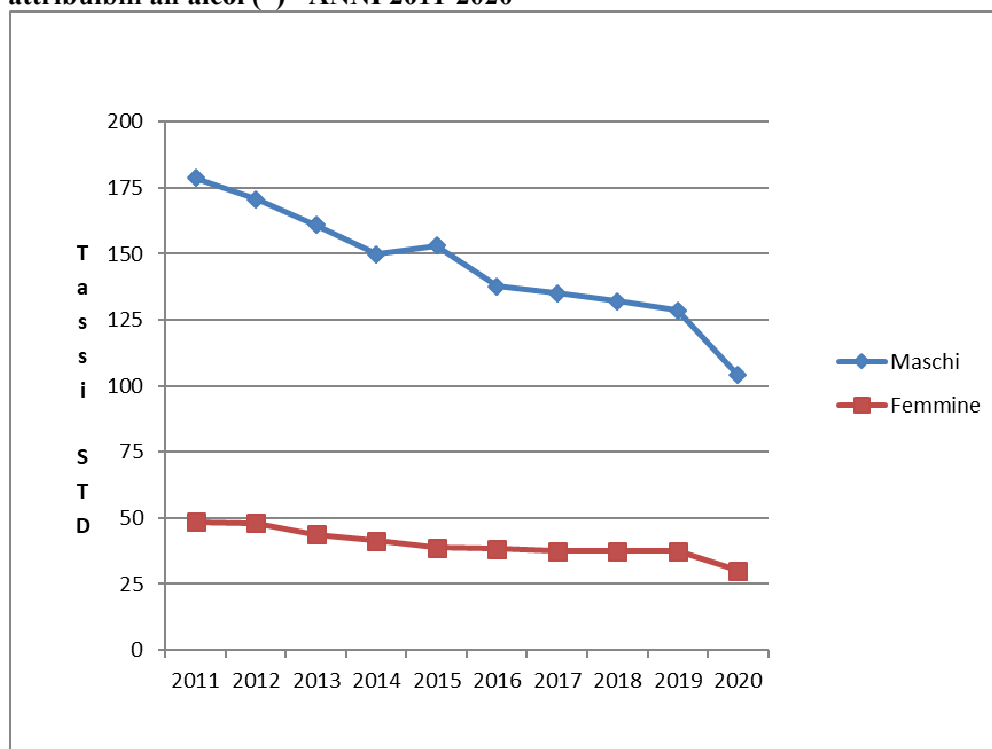
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Dal 2011 al 2020 si osserva una progressiva riduzione dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera per entrambi i sessi, seppure con differente intensità [GRAF. I.6].

A causa della pandemia da nuovo Coronavirus, nel 2020 si è avuta una drastica riduzione del numero complessivo dei ricoveri ospedalieri: il trend temporale che già dal 2011 al 2019 mostra una costante riduzione, oscillante intorno al 2% annuo, nel 2020 si rileva una forte contrazione dei ricoveri di circa il 20% rispetto all'anno precedente. Analogamente i ricoveri con diagnosi

dipendenti da alcol si sono costantemente ridotti dal 2011 al 2019, con la sola eccezione nel 2015 per i maschi. Nel 2020 la riduzione drastica di questi ricoveri è di poco inferiore al 20%.

GRAF. I.6 – Trend tassi (STD) di dimissione (x100.000 residenti) con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNI 2011-2020



(*) 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)

Nel periodo osservato il tasso standardizzato di ricovero dei maschi scende da 178,9 a 104,1 per 100.000 residenti; l'andamento temporale si delinea progressivamente decrescente, con una interruzione della decrescita nel 2015, per poi proseguire il trend decrescente.

Nel caso delle femmine il tasso standardizzato passa da 48,6 a 30,2 per 100.000 residenti, con una più lenta progressiva diminuzione, rispetto ai maschi.

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 2020, il 87,8% delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol presenta un codice identificativo del paziente valido. Per questi pazienti è possibile pertanto avere un tracciamento dei successivi ricoveri ospedalieri.

In particolare la **TAB. I.17** presenta il numero delle riammissioni ospedaliere urgenti, rilevate nel corso del 2020, rispettivamente entro 30 giorni ed entro 7 giorni dalla data di dimissione del precedente ricovero. Relativamente alle riammissioni ospedaliere urgenti entro 30 giorni dal precedente ricovero, il valore nazionale è di 8,0% riammissioni, con notevole variabilità tra regioni: Valle d'Aosta e Liguria hanno valori più elevati di riammissioni urgenti (12,7% e 11,4%);

percentuali minime di riammissioni si presentano nelle regioni Molise e Marche con valori intorno al 5%.

TAB. I.17 - Distribuzione delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) e delle riammissioni non programmate entro 30 e 7 giorni dalla precedente dimissione - ANNO 2020

REGIONE	2020				
	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	3.570	215	6,0%	116	3,2%
Valle d'Aosta	205	26	12,7%	10	4,9%
Lombardia	5.736	375	6,5%	170	3,0%
P.A. Bolzano	881	59	6,7%	24	2,7%
P.A. Trento	463	28	6,0%	12	2,6%
Veneto	3.226	313	9,7%	117	3,6%
Friuli V.G.	1.457	113	7,8%	44	3,0%
Liguria	1.535	175	11,4%	69	4,5%
Emilia Romagna	4.171	303	7,3%	146	3,5%
Toscana	2.384	203	8,5%	95	4,0%
Umbria	447	25	5,6%	4	0,9%
Marche	1.643	84	5,1%	39	2,4%
Lazio	2.702	249	9,2%	128	4,7%
Abruzzo	767	63	8,2%	28	3,7%
Molise	242	12	5,0%	5	2,1%
Campania	1.964	114	5,8%	38	1,9%
Puglia	1.946	189	9,7%	68	3,5%
Basilicata	368	29	7,9%	9	2,4%
Calabria	890	85	9,6%	35	3,9%
Sicilia	1.720	152	8,8%	58	3,4%
Sardegna	1.839	238	12,9%	101	5,5%
ITALIA	38.156	3.050	8,0%	1.316	3,4%

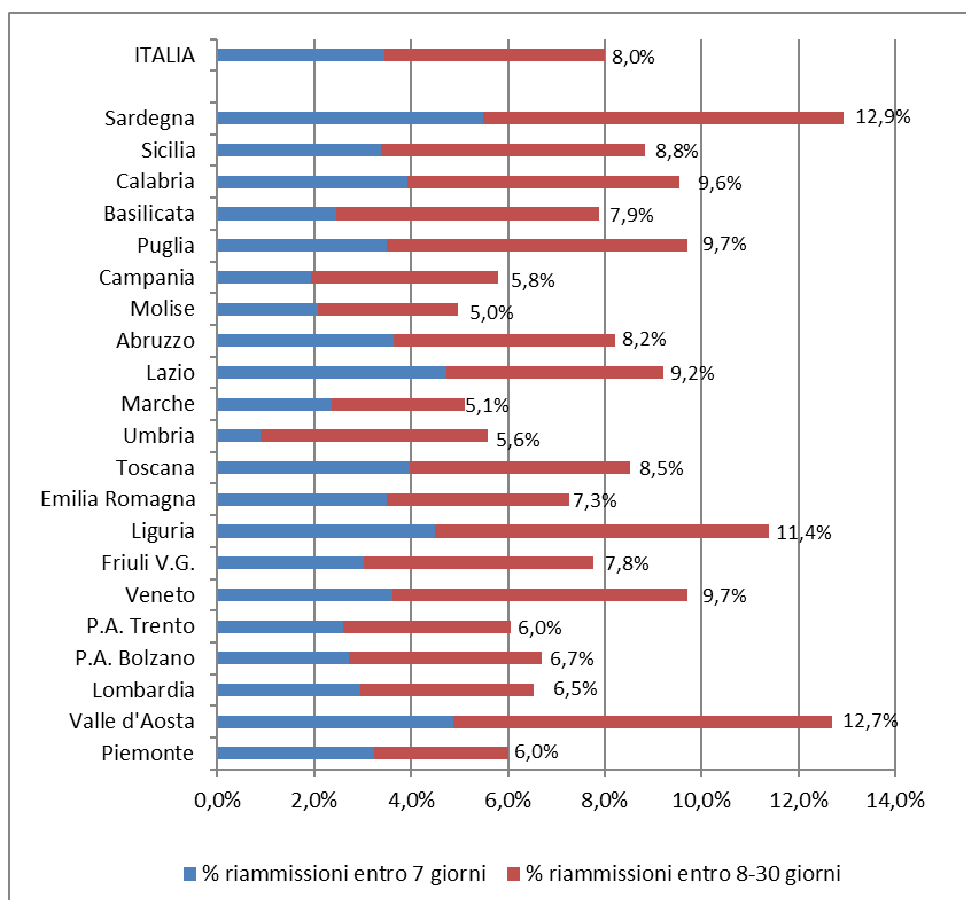
(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol

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

Le riammissioni urgenti entro 7 giorni presentano ovviamente percentuali più contenute, con un valore nazionale di 3,4% riammissioni. Le regioni con valori più elevati di riammissioni nei 7 giorni successivi si rilevano in Liguria e Sardegna (valori superiori al 5%) mentre i valori minimi si rilevano in Umbria (0,9%) e Campania (1,9%) di riammissioni.

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

GRAF. I.7 – Riammissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) non programmate, entro 7 e 30 giorni dalla precedente dimissione - ANNO 2020



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

1.2.3 ALCOLDIPENDENZA

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. La stima puntuale del numero di alcolodipendenti presenti nel nostro Paese ha finora presentato difficoltà di vario tipo e non esistono ancora dati ufficiali in merito.

Per una valutazione del fenomeno è comunque utile tener conto, fra gli altri elementi, del numero di alcolodipendenti in trattamento nell’ambito dei servizi alcologici pubblici nonché del numero dei soggetti e delle famiglie che frequentano a scopo riabilitativo i gruppi di auto-mutuo aiuto o le associazioni *no profit* che operano in collaborazione con gli stessi servizi pubblici o in maniera autonoma.

Gli alcolisti nei servizi pubblici (*Vedi Tabelle e Grafici - Appendice*)

Nel 2020 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati (n=487) 64.527 soggetti. Il 22,9% dell’utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell’anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.

Il rapporto M/F è pari a 3,2 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 le classi modali sono 40-49 anni e 50-59 anni (circa il 29% dei soggetti) per l’utenza totale; per i nuovi utenti la classe modale è 40-49 anni (28,6% dei soggetti), per gli utenti già in carico la classe 50-59 anni (31,3%). Il 74,3% dell’utenza ha un’età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,1% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 18,7%.

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2020 si osserva che il 13,1% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i più vecchi questa percentuale è pari al 5,2%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 37,8% per i nuovi utenti e il 51,4% 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 23,4% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 19,2% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 47,0% nei maschi e al 52,2% nelle femmine.

La bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (46,3%), seguito dalla birra (29,2%), dai superalcolici (10,7%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,9%). 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.

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2020 il 32,0% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,7% al “*counseling*” rivolto all’utente o alla famiglia, il 3,6% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 16,6% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l’inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 3,0% degli alcolodipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 13,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 3,2% del totale degli utenti rilevati (1,9% in istituti pubblici, 1,3% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol.

1.2.4 MORTALITÀ PER DECESSI TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI LE STIME DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Si definiscono “morti totalmente alcol-attribuibili” quei decessi che, in accordo con la *International Classification of Disease* (ICD10), sono causati da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol: *Sindromi psicotiche indotte da alcol* (ICD10: F10), *Polineuropatia alcolica* (ICD10: G62.1), *Cardiomiopatia alcolica* (ICD10: I42.6), *Gastrite alcolica* (ICD10: K29.2), *Epatopatie alcoliche* (ICD10: K70), *Effetti tossici dell'alcol* (ICD10: T51.0, T51.1), *Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol* (ICD10: G31.2), *Pancreatite cronica indotta da alcol* (ICD10: K86.0). Nella lista delle *patologie totalmente alcol-attribuibili* sono incluse anche “*Miopatia alcolica* (ICD10: G72.1)” e “*Eccessivo livello ematico di alcol* (ICD10: R78)”, ma queste due patologie non sono incluse nelle analisi di mortalità perché non sono causa di decesso.

Le informazioni qui presentate si basano su dati di fonte ISTAT 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 2018. Le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese. Al fine di consentire confronti spazio-temporali corretti e non influenzati dalla diversa struttura per età della popolazione, i tassi sono stati standardizzati utilizzando come riferimento la popolazione Italiana al Censimento 2011.

Poiché la mortalità totalmente alcol-attribuibile non riguarda le fasce di età infantili, le elaborazioni qui presentate si riferiscono alla popolazione di 15 anni e più.

Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere

Nell'anno 2018 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.224, di cui 81,5% uomini e 18,5% donne (**Tabella I.18**); rapportato alla popolazione residente queste cifre corrispondono a poco meno di 40 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e a 1 decesso per milione di abitanti 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=749; F=174) e i disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol (M=213; F=45) che, nel complesso, causano il 94,8% dei decessi alcol-attribuibili tra gli uomini e il 95,6% tra le donne.

Il dettaglio delle patologie incluse in questi due codici è riportato nella **tabella I.19**

Nel 2018, il tasso standardizzato di mortalità, nella popolazione di 15 anni e più, per le patologie totalmente causate dal consumo di alcol è stato pari 3,98 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,80 per le donne; con un lieve incremento rispetto all'anno precedente per gli uomini e un lieve decremento per le donne (**Figura I.17**).

La mortalità alcol-attribuibile è più elevata nella popolazione di età più avanzata sia per gli uomini che per le donne; infatti, tra la popolazione di 55 anni e più il tasso di mortalità standardizzato assume il valore di 7,20 per 100.000 abitanti e di 1,44 per 100.000 rispettivamente per i due generi (**Tabella I.20**).

Tabella I.18. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2018.

Codici	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
F10	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	213	21.0	45	19.7	258	20.7
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	14	1.4	4	1.7	18	1.4
G62.1	Polineuropatia alcolica	4	0.4	2	0.9	6	0.5
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	23	2.3	2	0.9	25	2.0
K29.2	Gastrite alcolica	4	0.4	0	0.0	4	0.3
K70	Epatopatie alcoliche	749	73.8	174	76.0	923	74.2
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	4	0.4	1	0.4	5	0.4
T51	Effetti tossici dell'alcol	4	0.4	1	0.4	5	0.4
Totale decessi		1,015	100.0	229	100.0	1,244	100.0

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

Tabella I.19. Sottocodici delle patologie ICD10 F10 e k70

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

L'analisi del trend mostra che dal 2007 al 2018, la mortalità per patologie alcol-attribuibili è diminuita fino al 2013 per gli uomini e fino al 2014 per le donne aggiungendo 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 due anni di osservazione si registra di nuovo una riduzione per le donne, mentre per gli uomini vi è una lieve diminuzione nel 2017 seguito da un nuovo aumento nel 2018. **(Figura I.17).**

Tabella I.20 Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati. Italia, anno 2018.

età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34 anni	9	0.14	2	0.03	11	0.09
35-54 anni	306	3.20	62	0.64	368	1.91
55+ anni	709	7.20	169	1.44	878	4.06
15+ anni	1024	3.98	233	0.80	1257	2.28

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

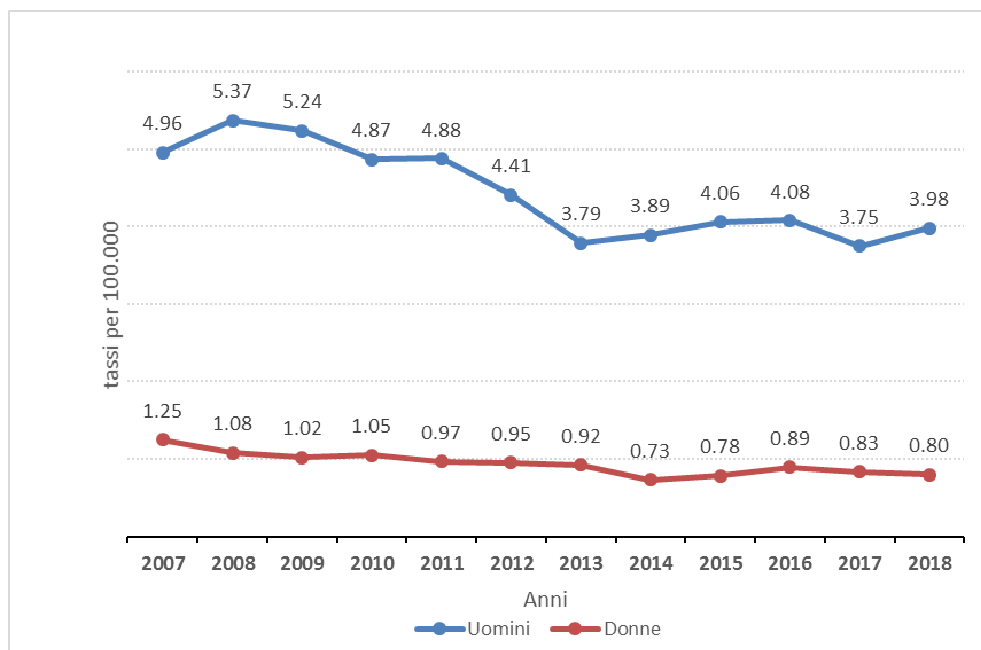


Figura I.17. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Uomini e donne. Italia, anni 2007-2018

Analizzando nel dettaglio le diverse fasce di età si rileva che l'andamento temporale della mortalità per patologie totalmente alcol attribuibili è frutto del combinarsi dei diversi andamenti, non omogenei, delle diverse classi di età. Per gli uomini di 55 anni e più, si osserva una netta riduzione del tasso dal 2007 al 2010 e poi, pur con oscillazione, una riduzione meno marcata nel periodo seguente con una risalita nell'ultimo anno di osservazione. Per gli uomini di 35-54 anni si osserva, al contrario un massimo del tasso di mortalità nel 2010, dopo questa data si osserva una riduzione fino al 2014, seguita da una risalita con un massimo nel 2016 e di nuovo una riduzione negli ultimi due anni di osservazione. Il contributo dei giovani di 15-34 anni all'andamento del complesso della mortalità totalmente alcol attribuibili è marginale.(Figura I.18).

Tra le donne di 55 anni e più si osserva una riduzione del tasso dal 2009 al 2013, seguito da una nuova risalita fino al 2016; poi il tasso scende di nuovo nel 2017 e resta sostanzialmente stabile nel 2018. Per le donne della classe di età 35-54 anni si osserva invece una riduzione lenta ma costante del tasso dal 2008 al 2016, seguita da una lieve risalita dal 2016 al 2018. Anche per le donne il contributo della classe di età più giovane alla mortalità alcol attribuibili complessiva non è rilevante.(Figura I.19).

Figura I.18. 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- 2018

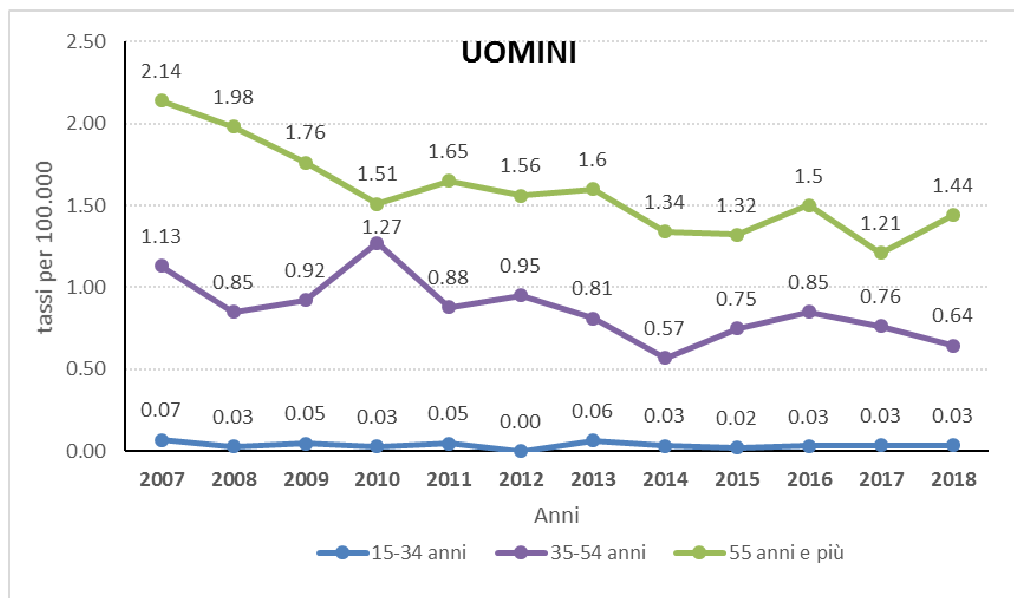
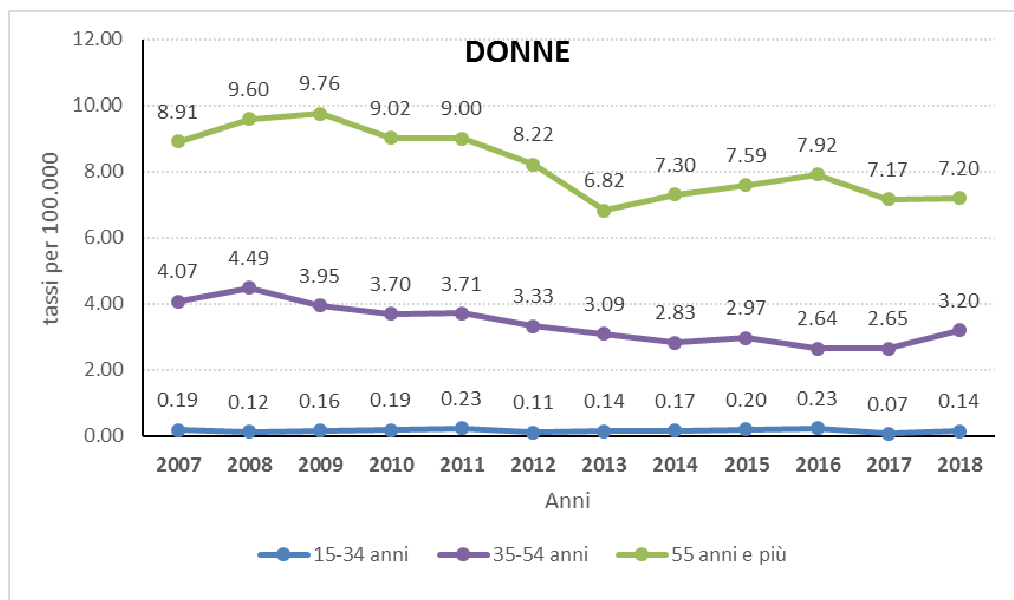


Figura I.19. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Donne. Italia, anni 2007- 2018



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 I.21 e Figura I.20**).

Le regioni che nel 2018 hanno fatto registrare i livelli più elevati di mortalità (tassi standardizzati) tra gli uomini sono state la Valle D'Aosta (12,12 per 100.000 ab.), il Molise (8,14 per 100.000 ab.) e la Provincia Autonoma di Bolzano (7,35 per 100.000 ab.). Per le donne, i livelli più elevati di mortalità sono stati registrati nella Provincia Autonoma di Trento (2,33 per 100.000 ab.), in Umbria (1,45 per 100.000 ab.) e la Liguria (1,42 per 100.000 ab.).

All'estremo opposto le regioni con i livelli più bassi di mortalità sono state, per gli uomini le Marche (2,37 per 100.000 ab.), l'Umbria (2,58 per 100.000 ab.) e la Toscana (2,74 per 100.000 ab.). Le Marche si collocano tra le tre regioni con i valori più bassi di mortalità per malattie totalmente alcol-attribuibili anche per le donne (0,38 per 100.000 ab.), precedute da Basilicata (0,34 per 100.000 ab.) e dalla Valle D'Aosta dove nel 2018 non si sono registrati decessi di donne per questo gruppo di cause.

Figura I.20 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 2018.

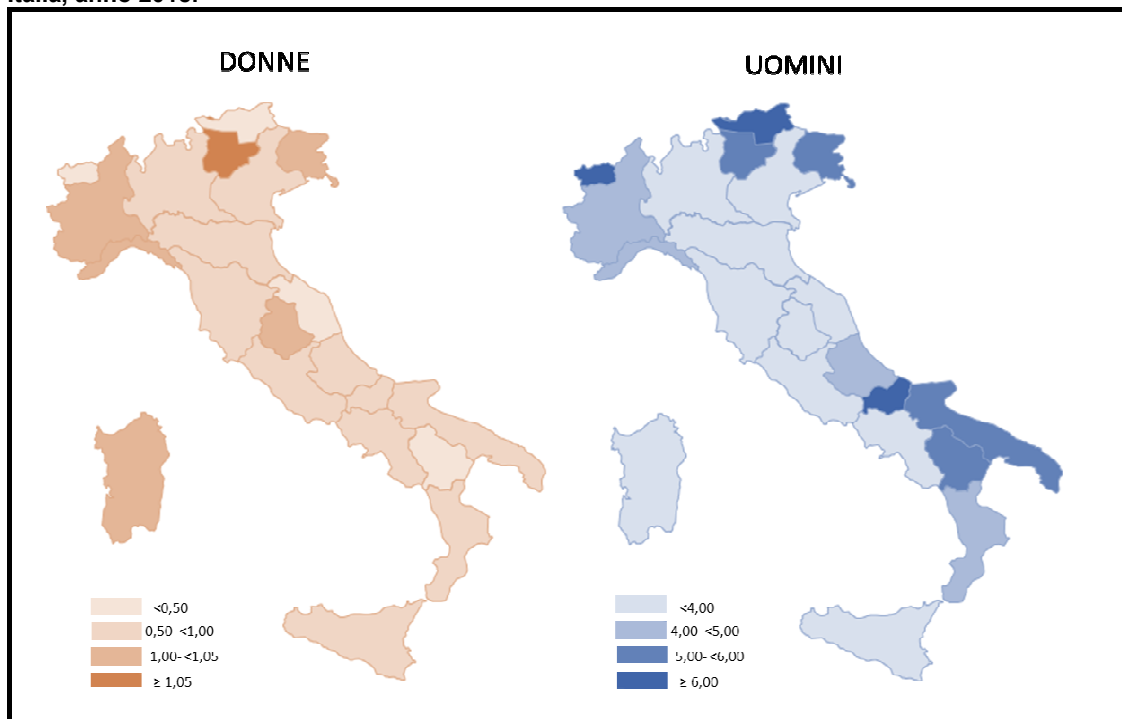


Tabella I.21 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Tassi standardizzati per 100.000 abitanti (numero di decessi) e IC95(%). Popolazione di 15 anni e più, per genere. Italia, anno 2018.

	DONNE				UOMINI			
	decessi	Pop.	tasso std°	IC95%^	decessi	Pop.	tasso std°	IC95%^
Piemonte	26	1.985.944	1,15	0,75 - 1,74	82	1.840.576	4,12	3,28 - 5,15
Valle d'Aosta	0	56.309	0,00	0,00 - 9,12	6	53.040	12,12	4,43 - 27,20
Lombardia	34	4.455.873	0,70	0,48 - 0,99	166	4.194.393	3,92	3,34 - 4,59
Bolzano	1	226.491	0,46	0,01 - 2,78	15	217.707	7,35	4,07 - 12,42
Trento	6	237.215	2,33	0,84 - 5,46	13	224.332	5,81	3,07 - 10,19
Veneto	20	2.187.169	0,86	0,52 - 1,36	80	2.055.590	3,73	2,95 - 4,67
Friuli V. G.	7	554.352	1,06	0,43 - 2,40	31	514.209	5,72	3,87 - 8,22
Liguria	12	728.001	1,42	0,72 - 2,69	35	653.773	4,65	3,23 - 6,60
Emilia Romagna	14	2.004.359	0,61	0,33 - 1,07	68	1.859.147	3,48	2,70 - 4,43
Toscana	12	1.707.043	0,63	0,33 - 1,15	45	1.561.602	2,74	2,00 - 3,70
Umbria	6	404.632	1,45	0,53 - 3,33	10	368.030	2,58	1,23 - 4,89
Marche	3	692.815	0,38	0,08 - 1,26	16	642.613	2,37	1,35 - 3,92
Lazio	20	2.661.434	0,70	0,43 - 1,10	86	2.439.604	3,47	2,77 - 4,31
Abruzzo	4	593.956	0,71	0,19 - 1,91	27	556.105	4,75	3,12 - 6,96
Molise	1	139.328	0,81	0,02 - 4,93	11	133.781	8,14	4,05 - 14,90
Campania	23	2.568.102	0,92	0,59 - 1,40	91	2.399.618	3,91	3,14 - 4,85
Puglia	10	1.817.772	0,54	0,26 - 1,01	86	1.690.306	5,11	4,08 - 6,33
Basilicata	1	255.025	0,34	0,01 - 2,45	13	243.439	5,44	2,88 - 9,45
Calabria	8	870.346	0,85	0,36 - 1,75	37	824.673	4,57	3,21 - 6,35
Sicilia	16	2.240.407	0,71	0,40 - 1,17	76	2.084.900	3,68	2,90 - 4,63
Sardegna	9	747.219	1,01	0,46 - 2,03	30	712.567	3,99	2,69 - 5,78
ITALIA	233	27.133.792	0,80	0,70 - 0,91	1024	25.270.005	3,98	3,74 - 4,23

°std=standardizzato

^IC95%=Intervallo di Confidenza 95%

1.2.5 GLI INCIDENTI STRADALI E LE VIOLAZIONI DEL CODICE DELLA STRADA

Gli incidenti stradali in Italia nel 2020: l'analisi temporale, le circostanze di incidente e le violazioni al codice della strada

La mobilità nell'ambito della crisi sanitaria esplosa nel 2020 ha subito un drastico cambiamento. Nel 2020 si rileva un decremento, mai registrato prima, di incidenti stradali e infortunati coinvolti. I periodi di *lockdown*, imposti dai decreti governativi per contenere la diffusione dei contagi, hanno determinato il blocco quasi totale della circolazione da marzo a maggio e successivamente anche nei mesi invernali influenzando in maniera determinante sull'incidentalità stradale.

Nel 2020 gli incidenti stradali con lesioni a persone in Italia sono stati 118.298, le vittime 2.395 e i feriti 159.248. Ogni giorno, durante l'anno, si sono verificati in media 324 incidenti stradali con lesioni a persone, sono morte 6 persone e ne sono rimaste ferite 436.

Rispetto al 2019 il numero di vittime diminuisce del 24,5%, gli incidenti scendono del 31,3% e i feriti del 34,0%.

Tra il 2010 e il 2020 le vittime della strada diminuiscono del 41,8%.

Nel periodo 2001-2020, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono diminuiti del 55,0%, le vittime del 66,2% e i feriti del 57,3% (**Fig. I.21**). Il numero di morti per milione di abitanti (tasso di mortalità stradale) scende a 40,3 nel 2020 dai 124,5 del 2001.

Anche per il 2020, è stato calcolato il numero dei feriti gravi in incidente stradale in Italia, secondo le indicazioni della Commissione europea. Sulla base dei dati di dimissione ospedaliera, nel 2020 i feriti gravi sono stati 14 mila, con una forte diminuzione del 20% rispetto all'anno precedente. Il numero di feriti gravi in incidente stradale per ogni decesso, invece, è pari a 5,9 (era 5,8 nel 2019).

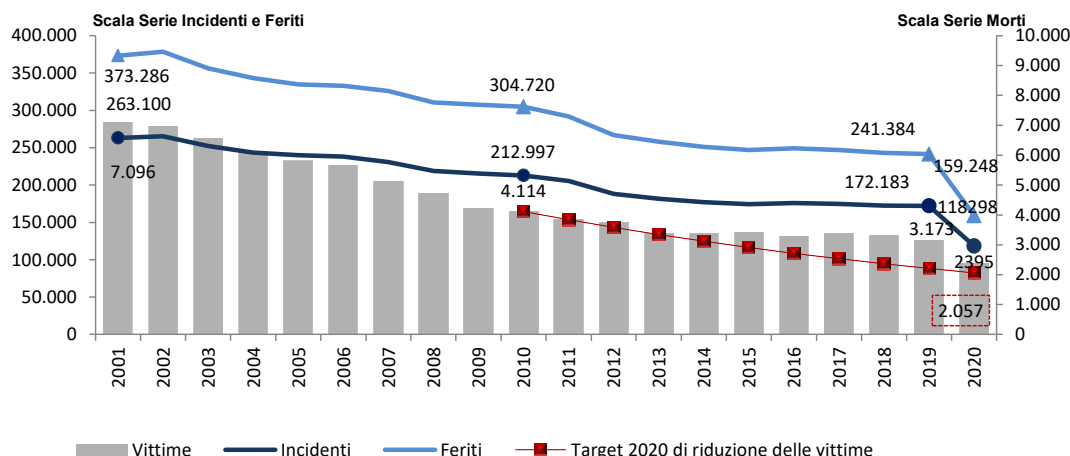
Tra tutti i sistemi di trasporto, quello su strada è di gran lunga il più pericoloso e comporta il prezzo più alto in termini di vite umane. Per far fronte a questa emergenza, a partire dal 2011 è stata inaugurata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e dalla Commissione Europea una nuova decade di iniziative per la Sicurezza Stradale 2011-2020. L'obiettivo fissato per il 2020 consiste nell'ulteriore dimezzamento, rispetto al 2010, delle vittime sulle strade in Europa e nel mondo. Il decennio 2011-2020 è la prosecuzione delle azioni di miglioramento e sensibilizzazione promosse nella decade precedente 2001-2010, per la quale era stato fissato l'obiettivo di ridurre almeno del 50% la mortalità.

Fra il 2010 e il 2020 le vittime della strada diminuiscono del 41,8%. Tra il 2001 e il 2020 gli incidenti stradali con lesioni a persone sono passati da 263.100 a 118.298 (-55,0%), i morti da 7.096 a 2.395 (-66,2%) e i feriti da 373.286 a 159.248 (-57,3%) (**Figura I.21**).

Il numero di morti per milione di abitanti, calcolato come rapporto tra il numero di morti in incidenti stradali e la popolazione media residente (per 1.000.000), passa dal valore di 124,5 del 2001 a 40,3 del 2020.

FIGURA I.21 Incidenti stradali con lesioni a persone, morti e feriti. Anni 2001-2020 (valori assoluti)

popolazione media residente (per 1.000.000), passa dal valore di 124,5 del 2001 a 40,3 del 2020.



Fonte: Rilevazione Istat degli incidenti stradali con lesioni a persone

Le cause degli incidenti stradali

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

Sebbene le informazioni sulle cause di incidente siano di estrema importanza per descrivere il fenomeno, occorre precisare che, a partire dai dati riferiti all'anno 2009, l'Istat ha dovuto sospendere la diffusione dei dati sugli incidenti stradali dettagliati per le circostanze legate allo stato psicofisico alterato (stato di ebbrezza e uso di sostanze stupefacenti e psicotrope). Ad oggi, la compilazione di tale informazione appare ancora non esaustiva e conduce a valori del dato sottostimati se comparati con studi internazionali. Si segnala, inoltre, che il Codice della Strada (D.L. 285/1992) prevede la possibilità di rifiuto, da parte dei conducenti coinvolti, di sottoporsi agli accertamenti sullo stato psico-fisico (stato di ebbrezza o uso di stupefacenti), in questo caso, salvo che il fatto costituisca più grave reato, vengono applicate le sanzioni di cui al comma 2 dell'art.186 del codice della strada, ma non inviata l'informazione all'Istat. Per arricchire il set di dati sulle cause di incidente, sono rese disponibili le violazioni del Codice della strada, contestate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie Locali e avviata una sperimentazione su dati riferiti alle violazioni degli art. 186 e bis e 187 in occasione di incidente stradale.

Nell'ambito dei comportamenti errati di guida, nel 2020, le circostanze accertate o presunte dagli organi di rilevazione alla base degli incidenti stradali con lesioni a persone, sono sostanzialmente invariate rispetto all'anno precedente. La distrazione, il mancato rispetto delle regole di precedenza o del semaforo e la velocità troppo elevata sono le prime tre cause di incidente (escludendo il

gruppo residuale delle cause di natura imprecisata). I tre gruppi costituiscono complessivamente il 40,2% dei casi. Tra le altre cause più rilevanti, la mancanza della distanza di sicurezza (13.148 casi), la manovra irregolare (11.294) e non dare la precedenza al pedone (4.838) rappresentano rispettivamente il 8,7%, il 7,5% e il 3,2% delle cause di incidente. Con riferimento alla categoria della strada, la prima causa di incidente sulle strade urbane è il mancato rispetto delle regole di precedenza o semaforiche (17,3%), sulle strade extraurbane è la guida distratta o andamento indeciso (pari al 20,6%), seguita dalla guida con velocità troppo elevata (13,3%) e dalla mancata distanza di sicurezza (12,8%) (**Tabella I.22**).

TABELLA I.22 Cause accertate o presunte di incidente stradale. Anno 2020 (valori assoluti e valori percentuali) (a)

DESCRIZIONE CAUSE	Strade urbane		Strade extraurbane		Totale	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Procedeva con guida distratta o andamento indeciso	15.330	13,9	8.472	20,6	23.802	15,7
Procedeva senza rispettare la precedenza o il semaforo	19.148	17,3	2.837	6,9	21.985	14,5
- procedeva senza rispettare lo stop	6.713	6,1	1.237	3,0	7.950	5,2
- procedeva senza dare la precedenza al veicolo proveniente da destra	4.906	4,4	605	1,5	5.511	3,6
- procedeva senza rispettare il segnale di dare precedenza	6.335	5,7	913	2,2	7.248	4,8
- procedeva senza rispettare le segnalazioni semaforiche o dell'agente	1.194	1,1	82	0,2	1.276	0,8
Procedeva con velocità troppo elevata	9.706	8,8	5.488	13,3	15.194	10,0
- procedeva con eccesso di velocità	9.409	8,5	5.269	12,8	14.678	9,7
- procedeva senza rispettare i limiti di velocità	297	0,3	219	0,5	516	0,3
Procedeva senza mantenere la distanza di sicurezza	7.880	7,1	5.268	12,8	13.148	8,7
Manovrava irregolarmente	8.746	7,9	2.548	6,2	11.294	7,5
Svoltava irregolarmente	2.932	2,7	469	1,1	3.401	2,2
Procedeva contromano	2.127	1,9	1.126	2,7	3.253	2,1
Sorpassava irregolarmente	1.880	1,7	913	2,2	2.793	1,8
Ostacolo accidentale	2.122	1,9	1.681	4,1	3.803	2,5
Animale domestico o selvatico urtato	126	0,1	136	0,3	262	0,2
Veicolo fermo evitato	621	0,6	468	1,1	1.089	0,7
Non dava la precedenza al pedone sugli appositi attraversamenti	4.719	4,3	119	0,3	4.838	3,2
Buche, ecc. evitato o urtato	380	0,3	388	0,9	768	0,5
Circostanza imprecisata	18.634	16,9	4.434	10,8	23.068	15,2
Veicolo fermo in posizione irregolare urtato	1.330	1,2	289	0,7	1.619	1,1
Altre cause relative al comportamento nella circolazione	4.334	3,9	1.604	3,9	5.938	3,9
Comportamento scorretto del pedone	3.897	3,5	355	0,9	4.252	2,8
Totale comportamento scorretto del conducente e del pedone	103.912	94,1	36.595	88,9	140.507	92,7
Altre cause	6.499	5,9	4.556	11,1	11.055	7,3
Totale cause (b)	110.411	100,0	41.151	100,0	151.562	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 2020 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 locali¹. 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 I.23** per tipologia di infrazione e organo di rilevazione.

PROSPETTO I.23 Contravvenzioni elevate da Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Municipali per violazioni sulle norme di comportamento. Anno 2020 (valori assoluti)

CODICE DELLA STRADA ²	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)	38.445	25.063	28.005
Art.142	Superamento dei limiti di velocità	464.530	529	1.645.984
Art.143-144	Posizione dei veicoli sulla carreggiata, uso delle corsie, marcia in file parallele	11.458	10.503	10.592
Art.145	Obblighi di precedenza	4.565	8.008	15.123
Art.146	Inosservanza della segnaletica orizzontale e semaforica	29.200	16.397	406.252
Art.148	Disciplina del sorpasso dei veicoli	11.253	16.095	2.781
Art.149	Rispetto della distanza di sicurezza	3.770	2.352	2.879
Art.152-153	Uso dei dispositivi di segnalazione visiva e di illuminazione	8.067	3.149	4.198
Art.154	Disciplina del cambio di direzione e di corsia	5.293	3.118	16.032
Art.155	Limitazione dei rumori de silenziatori e degli apparati radio	555	1.268	406
Art.157-158	Disciplina dell'arresto, della fermata e della sosta fuori e dentro i centri abitati	12.735	24.650	1.944.327
Art.161-162-165	Ingombro della carreggiata, segnalazione e traino dei veicoli in avaria	2.184	423	233
Art.164	Norme sulla sistemazione del carico sui veicoli	6.907	834	984
Art.167	Trasporto di cose e superamento limiti di peso del veicolo	41.324	176	1.598
Art.168	Norme sul trasporto di merci pericolose	8.165	38	161
Art.169	Trasporto di persone animali ed oggetti sui veicoli a motore	5.354	1.977	1.254
Art.170	Trasporto di persone e di oggetti sui veicoli a motore a due ruote	354	879	629
Art.171	Uso del casco	3.201	7.182	52.274
Art.172	Uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta dei bambini	79.723	98.908	27.626
Art.173	Mancato uso di lenti o uso di radiotelefoni o cuffie	42.215	30.030	50.373
Art.174-178	Rispetto dei tempi di guida e di riposo dei conducenti dei veicoli pesanti	35.044	113	1.572
Art.175-176	Circolazione e comportamento sulle autostrade e strade extraurbane princ.	116.772	201	204
Art.179	Installazione, alterazione, manomissione del cronotachigrafo	7.592	159	1.106
Art.180-181	Possesso dei documenti della circolazione	123.910	101.960	59.433
Art.182	Norme di comportamento dei ciclisti	176	345	848
Art.186	Guida in stato di ebbrezza alcolica	10.746	11.381	3.775
Art.187	Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti	1.165	2.051	615
Art.189	Comportamento dei conducenti in caso di incidente	1.512	2.172	4.012
Art.190	Comportamento dei pedoni	156	330	1.719
Art.191	Comportamento dei conducenti verso i pedoni	603	892	5.519
Art.193	Obbligo di assicurazione	41.200	60.568	39.650
Totale	Violazioni al Codice della strada: Titolo V - Norme di comportamento	1.118.174	431.751	4.330.164

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

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

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

¹Rilevazione 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/>)

²Codice della strada - Decreto Legislativo n. 285 del 30/04/1992 e Legge 29 luglio 2010, n. 120 Disposizioni in materia di sicurezza stradale.

Le sanzioni per violazioni alle Norme di comportamento elevate da Polizia stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie locali dei Comuni capoluogo di provincia nel 2020 sono diminuite mediamente del 29%, rispetto all'anno precedente. Però, a seconda della norma si determina una diversa incidenza dei comportamenti scorretti rispetto al passato. In molti alcuni casi sembra esserci stata una minore percezione del rischio da parte dei conducenti per la presenza di meno veicoli sulla strada o l'idea di una ridotta applicazione delle sanzioni durante il *lockdown*.

Diminuiscono in misura minore rispetto alla media, e in alcuni casi aumentano, le sanzioni per velocità, inosservanza della segnaletica, uso del casco e delle cinture, trasporto di persone oppure oggetti sui veicoli a due ruote, norme sulla sistemazione del carico sui veicoli, sui tempi di guida e malfunzionamento del cronotachigrafo e norme di comportamento dei ciclisti.

L'aumento della velocità durante la pandemia è stato registrato in tutti i principali Paesi europei, sintomo di una percezione diffusa, da parte dei conducenti, di maggiore sicurezza e minori pericoli sulle strade prive di traffico. L'incremento del numero delle sanzioni elevate ai ciclisti va invece letto in relazione al maggior uso della bicicletta, nel 2020, ma può essere frutto anche della scarsa attitudine al rispetto delle regole di circolazione, in particolar modo durante l'anno di pandemia, quando l'uso del mezzo è stato sperimentato anche da chi aveva meno esperienza nel suo impiego per gli spostamenti quotidiani, non solo legati al tempo libero.

Per quanto riguarda lo stato psicofisico alterato dei conducenti, sono in diminuzione sia le sanzioni per guida in stato di ebbrezza (Art. 186), sia quelle per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (Art. 187). Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo riguardo all'Art. 186 hanno contestato, nel 2020, rispettivamente 10.746 (-46,0%), 11.381 (-32,9%) e 59.433 violazioni (-32,8%). Dai dati della Polizia Stradale che fornisce dettagli per classe di età, fascia oraria e tipo veicolo emerge che sono multati per guida in stato di ebbrezza soprattutto i giovani conducenti di autovetture (tra 25 e 32 anni), nella fascia oraria notturna, durante la quale è stato elevato circa l'70% delle sanzioni.

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 su un totale di 40.310 incidenti con lesioni osservati dai due Organi di rilevazione, sono stati 3.692 quelli con almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti in stato di ebbrezza e 1.391 quelli per i quali si è rilevato l'effetto di stupefacenti. Il 9,2% e il 3,5% degli incidenti rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale nel complesso, è correlato quindi, rispettivamente, ad alcol e droga, proporzioni in aumento rispetto al 2019, soprattutto per lo stato di ebbrezza alla guida (8,7% e 3,4%), seppure il periodo sia stato caratterizzato da una forte diminuzione degli incidenti e delle vittime. Nel 45% dei casi di guida in stato di ebbrezza e nel 60% dei casi di stato psicofisico alterato per sostanze, il conducente è stato multato in occasione di incidente stradale. È risultato in aumento l'esito positivo ai controlli eseguiti dalle Polizia Locali con etilometri o analoga strumentazione per rilevare uso di sostanze: rispettivamente l'8,3% dei controlli per alcol (era il 7,4%) e il 17,3% di quelli per droghe (era il 6,9%). **L'incidentalità stradale correlata ad alcol e droga è dunque in aumento nel 2020.**

Focalizzando l'attenzione sui soli dati rilevati dai **Carabinieri**, più dettagliati nelle informazioni fornite, nel 2020 sono stati 2.453 gli incidenti stradali con lesioni a persone per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, pari al 10,0% del totale degli incidenti con lesioni verbalizzati dall'Arma dei Carabinieri (**Tabella I.24**). Rispetto al 2019 si registra una quota pressoché stabile di incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale, tale proporzione era, infatti, pari a 9,9 per cento nel 2019 e 9,7 nel 2018. Le vittime coinvolte in incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza, nel 2020, sono state 45 (4,8% sul totale) e i feriti 3.900 (10,8% sul totale). Tali percentuali erano rispettivamente 7,5% e 10,5% nel 2019.

TABELLA I.24 Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dai Carabinieri e violazioni al codice della strada. Anno 2020

(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)	2.453	34	45	3.900
Art. 186	2.174	29	40	478
Art. 186 bis	279	5	5	705
Totale incidenti stradali, vittime e feriti (a)	24.554	884	946	36.185
Incidenti, vittime e feriti alcol correlati sul totale (%)	10,0	3,8	4,8	10,8

(a) Totale incidenti stradali, morti e feriti rilevati dall'Arma dei Carabinieri nel 2020.

(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 2ª 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 23,4% gli incidenti stradali alcol correlati, avvenuti di notte, il 24,5% in ambito urbano, il 21,9% in ambito extraurbano, sul totale incidenti notturni. Anche le vittime raggiungono il 7,6% su strade urbane, sono il 9,9% sulle strade extraurbane (**Tabella I.25**).

TABELLA I.25 Incidenti stradali con lesioni a persone e vittime rilevati dai Carabinieri, per tipo strada e periodo del giorno o della notte. Anno 2020

per giorno e zona notte Anno 2020

Tipo di strada (a)	Periodo del giorno o della notte		Totale
	Giorno	Notte (b)	
Incidenti stradali con lesioni a persone alcol correlati (valori assoluti)			
Strada Urbana	589	807	1396
Strada Extraurbana	559	498	1057
Totale	1.148	1.305	2.453
Vittime in Incidenti stradali con lesioni alcol correlati (valori assoluti)			
Strada Urbana	8	8	16
Strada Extraurbana	12	17	29
Totale	20	25	45
Percentuale Incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale incidenti con lesioni			
Strada Urbana	6,9	24,5	11,8
Strada Extraurbana	7,2	21,9	10,5
Totale	7,0	23,4	11,2
Percentuale Vittime in incidenti stradali alcol correlati sul totale incidenti con lesioni			
Strada Urbana	3,7	7,6	5,0
Strada Extraurbana	2,6	9,9	4,6
Totale	3,0	9,0	4,8

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 21,6% delle violazioni al codice della strada per guida sotto l'effetto dell'alcol è registrato in concomitanza di un incidente stradale, con o senza lesioni a persone.

Focalizzando l'attenzione sulle violazioni contestate in occasione di incidente stradale con lesioni a persone, si osserva che il 7,9% degli incidenti stradali nel 2020 è alcol correlato (era 7,0% nel 2019) (**Tabella I.26**).

TABELLA I.26 Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale e violazioni al codice della strada. Anno 2020

Totale violazioni Art. 186 o 186 bis del codice della strada (a)	
Art. 186 o 186 bis – Totale	10.746
<i>Di cui</i>	
<i>Art. 186 o 186 bis - In incidente stradale con o senza lesioni</i>	2.317
Violazioni Art.186 o 186 bis in incidente stradale con o senza lesioni sul totale violazioni rilevate (%)	21,6%
Violazioni Art. 186 o 186 bis in incidente stradale (a)	
Art. 186 o 186 bis in incidente stradale con lesione a persone	1.239
Totale incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale	15.576
Violazioni art.186 o 186 bis in incidente stradale con lesioni sul totale incidenti rilevati (%)	7,9%

(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 neopatentati 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

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.

Alcune considerazioni conclusive

I dati sulle infrazioni al codice della strada in occasione di incidente stradale, forniti all'Istat dall'Arma dei Carabinieri e Polizia Stradale rappresentano una base informativa esaustiva e accurata. Dall'analisi delle violazioni al Codice della Strada si desumono, infatti, risultati più completi rispetto ai dati sulle «circostanze di incidente» richieste con la rilevazione corrente.

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

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

2. LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE

1. Introduzione

Il presente documento è stato redatto ai sensi della “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati” (Legge n. 125 del 30 marzo 2001, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 2001) e ha l’obiettivo di analizzare i dati di consumo e di spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per i farmaci impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica nell’ambito dell’assistenza convenzionata (farmaci erogati dalle farmacie territoriali) e non convenzionata (acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche). Il documento, aggiornato con i dati relativi all’anno 2020, fornisce una descrizione dell’andamento degli indicatori di spesa e consumo nel tempo (sia a livello nazionale che a livello regionale).

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

- **Assistenza farmaceutica convenzionata:** il flusso riguarda le prestazioni farmaceutiche erogate attraverso le farmacie pubbliche e private in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito ai sensi della L. 448/1998. Tale flusso rileva le ricette raccolte da Federfarma (Federazione nazionale delle farmacie private convenzionate con il SSN) e da Assofarm (Associazione Farmacie Comunali), che ricevono i dati delle proprie sedi provinciali e che successivamente aggregano a livello regionale. Il flusso OsMed presenta un grado di completezza variabile per area geografica e per mese; il tasso di copertura a livello nazionale dei dati nel 2020 è stata pari al 96,2%. 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 specialità 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 o senza ricetta medica). 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 giornaliere (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).

2. Medicinali per la terapia farmacologica della dipendenza alcolica

Il trattamento farmacologico della dipendenza alcolica prevede l'impiego di diverse classi di farmaci, alcune dirette al trattamento dell'astinenza, altre dirette a prevenire le ricadute nell'abuso alcolico. Attualmente in Italia sono approvati per il trattamento della dipendenza alcolica sei farmaci: disulfiram, acamprosato, naltrexone cloridrato, sodio oxibato, metadoxina e nalmeffene (**Tabella I.27**). Tali molecole differiscono tra loro per il differente meccanismo d'azione, che si riflette poi sulle specifiche dell'indicazione terapeutica, oltre alla diversa modalità di erogazione e rimborsabilità. Infatti, su un totale di 35 confezioni autorizzate in Italia, 19 confezioni (54%) risultano in commercio nel 2019 e hanno contribuito alle analisi contenute nel presente documento. Di queste, 13 sono a totale carico del SSN: 2 confezioni a base di sodio oxibato classificate in fascia di rimborsabilità H e 11 confezioni (8 a base di naltrexone, 2 di acamprosate e 1 di disulfiram) classificate in fascia A; le restanti 7 confezioni risultano a totale a carico dei cittadini (fascia C): una a base di disulfiram e tutte quelle a base di metadoxina e nalmeffene.

Il **disulfiram** (*Antabuse*[®], *Etilox*[®]) è un medicinale che presenta una lunga storia d'uso. L'interferenza del farmaco con il metabolismo dell'alcol causa il manifestarsi di sintomi sgradevoli durante l'assunzione dell'alcol e pertanto tale medicinale viene utilizzato come coadiuvante nella disassuefazione da alcol.

L'**acamprosato** (*Campral*[®]), derivato sintetico della taurina e strutturalmente simile all'acido gamma-amino-butyrico (GABA), agisce riducendo la trasmissione glutaminergica e modulando l'ipereccitabilità neuronale durante l'astinenza alcolica. Per questo motivo il medicinale viene utilizzato nell'assistenza al paziente alcol-dipendente in associazione a un sostegno psicologico individuale o di gruppo.

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

Il **sodio oxibato** (*Alcover*[®]), noto come il sale sodico dell'acido gamma-idrossi-butyrico (GHB), è impiegato come coadiuvante nel controllo della sindrome di astinenza da alcol etilico e nella fase iniziale e/o nel trattamento prolungato della dipendenza alcolica. L'Alcover è utilizzato esclusivamente dalle strutture sanitarie pubbliche.

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

Il **naltrexone** (*Antaxone*[®], *Nalorex*[®], *Narcoral*[®]), antagonista oppioide orale a lunga durata d'azione, inibisce gli effetti di gratificazione indotti dall'alcol. Per la sua alta selettività recettoriale è autorizzato, oltre che per il trattamento della dipendenza alcolica, anche per il trattamento della dipendenza da oppiacei, che rappresenta la principale motivazione di consumo di questo medicinale. ***Per tale ragione, le analisi indicate nel presente documento rappresentano una sovrastima dell'utilizzo nell'indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica, poiché non è possibile disporre dei dati di consumo in funzione di una specifica indicazione terapeutica.***

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

Tabella I.27 Medicinali per la terapia farmacologica della dipendenza alcolica

ATC	Principio attivo	Specialità	Ditta produttrice	Formulazione	AIC	Classe di rimborsabilità	Indicazione
N07BB01	Disulfiram	Antabuse Dispergettes	Aurobindo Pharma Italia srl	400 mg, 24 compresse effervescenti	004308019	C	Terapia di disassuefazione dall'etilismo.
		Etiltox	Molteni&C. F.lli Alitti SpA	200 mg, 30 compresse	010681029	A	
N07BB03	Acamprosato	Campral	Bruno Farmaceutici SpA	333 mg, 84 compresse rivestite gastroresistenti	034208013	A	Mantenimento dell'astinenza nel paziente alcol-dipendente. Deve essere associato ad un sostegno psicologico.
				333 mg, 84 compresse rivestite gastroresistenti	041824018	A	
N07BB	Metadoxina	Metadoxil	Laboratori Baldacci srl	500 mg, 30 compresse	025316011	C	Etilismo acuto e cronico.
				300 mg/5 ml, sol. iniettabile (10 fiale da 5 ml)	025316023	C	
				500 mg/15 ml, sol. orale (10 flaconi da 15 ml)	025316035	C	
N07XX04	Sodio oxibato	Alcover	Laboratorio Farmaceutico C.T. srl	175 mg/ml, sol. orale (1 flacone da 140 ml)	027751066	H	Coadiuvante nelle seguenti terapie: • controllo della sindrome di astinenza da alcol etilico; • fase iniziale del trattamento multimodale della dipendenza alcolica; • trattamento prolungato della dipendenza alcolica resistente ad altri presidi terapeutici, in coesistenza di altre patologie aggravate dall'assunzione di alcol etilico.
				175 mg/ml, sol. orale (12 flaconi da 10 ml)	027751078	H	
N07BB05	Nalmefene	Selincro	Lundbeck Italia SpA	18 mg, 14 compresse rivestite	042683021	C	Riduzione del consumo di alcool in pazienti adulti con dipendenza da alcool che hanno livelli di consumo ad elevato rischio (<i>Drinking Risk Level – DRL</i>), senza sintomi fisici da sospensione e che non richiedono interventi immediati di disintossicazione. Deve essere prescritto solo congiuntamente ad un supporto psicosociale continuativo, mirato all'aderenza al trattamento ed alla riduzione del consumo di alcool. Il trattamento deve essere iniziato solo in pazienti che continuano ad avere un livello di consumo ad elevato rischio (elevato DRL) due settimane dopo la valutazione iniziale.
				18 mg, 7 compresse rivestite	042683019	C	
				18 mg, 28 compresse rivestite	042683033	Non in commercio	
				18 mg, 42 compresse rivestite	042683045	Non in commercio	
				18 mg, 98 compresse rivestite	042683058	Non in commercio	
				18 mg, 49 compresse rivestite	042683060	Non in commercio	
				18 mg, 14 compresse rivestite	042683072	Non in commercio	
				18 mg, 28 compresse rivestite	042683084	Non in commercio	
N07BB04	Naltrexone	Antaxone	Zambon Italia srl	50 mg/10 ml, sol. orale (10 fiale da 10 ml)	025855065	A	Consente di bloccare gli effetti farmacologici dagli oppiacei somministrati per via esogena, favorendo così il mantenimento della non dipendenza da oppiacei in individui disintossicati ex-tossicodipendenti.
				100 mg/20 ml, sol. orale (5 fiale da 20 ml)	025855040	A	
				50 mg, 14 capsule rigide	025855077	A	
		Narcoral	Sirton Medicare srl	50 mg, 10 compresse rivestite	028248021	A	
				10 mg, 10 compresse rivestite	028248019	A	
N07BB04	Naltrexone	Nalorex	Molteni&C. F.lli Alitti SpA	50 mg, 14 compresse rivestite	025969039	A	Terapia integrativa di prevenzione, nel mantenimento della disintossicazione dagli oppiacei in pazienti ex-tossicodipendenti. È inoltre indicato nel programma di trattamento globale per la dipendenza da alcol, al fine di ridurre il rischio di recidiva, di favorire l'astinenza e di ridurre il bisogno di

							assumere bevande alcoliche durante le fasi iniziali della cura.
N07BB04	Naltrexone	Naltrexone Accord	Accord Healthcare Italia Limited	50 mg, 14 compresse rivestite	040955027	A	Per uso come terapia addizionale, come parte di un programma di trattamento completo che includa una consulenza psicologica, per favorire il mantenimento dell'astinenza in pazienti disintossicati con pregressa dipendenza da oppiacei e dipendenza da alcool.
				50 mg, 14 compresse rivestite	040955080	A	
				50 mg, 7 compresse rivestite	040955015	Non in commercio	
				50 mg, 28 compresse rivestite	040955039	Non in commercio	
				50 mg, 30 compresse rivestite	040955041	Non in commercio	
				50 mg, 50 compresse rivestite	040955054	Non in commercio	
				50 mg, 56 compresse rivestite	040955066	Non in commercio	
				50 mg, 7 compresse rivestite	040955078	Non in commercio	
				50 mg, 28 compresse rivestite	040955092	Non in commercio	
				50 mg, 30 compresse rivestite	040955104	Non in commercio	
				50 mg, 50 compresse rivestite	040955116	Non in commercio	
				50 mg, 56 compresse rivestite	040955128	Non in commercio	

Dati generali di consumo e spesa nel 2020

Nel 2020 il consumo complessivo a carico del SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza da alcolica, dispensati sia dalle farmacie territoriali che acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, ammonta a circa **310,3 DDD per 1 milione di abitanti die**, in riduzione rispetto al 2019 (-16,8%), con una spesa pari a **11,3 euro per 100 abitanti** (per una **spesa totale di 6,73 milioni di euro**) in riduzione del 27,3% rispetto all'anno precedente (**Tabella I.28**).

L' 87% della spesa totale per la categoria dei farmaci per la dipendenza alcolica è a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la restante parte (13%) è acquistato privatamente.

Il 55,3% delle dosi è erogato da parte delle Strutture Sanitarie Pubbliche mentre il 21,4% è erogato dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito dell'assistenza convenzionata; il restante 23,3% delle dosi è acquistato privatamente dal cittadino, con una spesa pari al 13,1% della spesa totale per la categoria. Solo una quota residuale (2,1%) degli acquisti diretti viene erogato attraverso il canale della DPC, a cui corrisponde un consumo di 6,6 DDD per 1 milione ab 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 Tossicodipendenze (SERT).

Tabella I.28 Composizione dei consumi e della spesa dei medicinali con principale indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica nel 2020

	Consumi (DDD per 1 milione ab die)			Spesa (€ per 100 ab)		
	N.	%	Δ% 20-19	€	%	Δ% 20-19
Convenzionata	66,3	21,4	-12,5	1,4	12,4	-5,6
Strutture Sanitarie Pubbliche	171,7	55,3	-19,3	8,4	74,4	-30,4
<i>di cui DPC</i>	6,6	2,1	10,1	0,3	3,1	10,0
SSN	238,0	76,7	-17,5	9,8	86,9	-27,7
Acquisto privato	72,2	23,3	-14,4	1,5	13,1	-24,7
TOTALE	310,3	100,0	-16,8	11,3	100,0	-27,3

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 2020, la Valle d'Aosta è la regione che registra i consumi più elevati (888,8 DDD), seguita dall'Emilia Romagna (475,7 DDD) e dal Piemonte (423,7 DDD). In generale le regioni del Nord (373,9 DDD) consumano più dosi di farmaco rispetto alle regioni del Centro (258,3) e del Sud (250,7 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 (46,9%).

La maggior parte delle regioni eroga i farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica prevalentemente attraverso le Strutture Sanitarie Pubbliche, raggiungendo la quota dell'80% in Valle d'Aosta; fanno eccezione la PA di Trento, che eroga più di tre quarti delle dosi in regime di assistenza convenzionata (77,3%), il Lazio e il Molise con quasi il 47% delle dosi erogate 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 (53,8 DDD per 1 milione abitanti die), mentre l'Abruzzo un terzo (32,5 DDD per 1 milione abitanti die), Le PA di Trento e di Bolzano e le regioni Campania, 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 2020, è possibile osservare un'ampia variabilità regionale, concentrata soprattutto nell'assistenza convenzionata, dove le regioni del Centro (3,6 euro per 100 abitanti die) registrano una spesa 3 volte maggiore rispetto alle regioni del Nord (1,1 euro) e 6 volte maggiore rispetto a quelle del Sud (0,6 euro). La Valle d'Aosta è la regione che registra la spesa pro capite per 100 abitanti più elevata (50 euro), quasi 5 volte la spesa media nazionale (11,3 euro). La quota di acquisto privato è più elevata in Friuli Venezia Giulia (quasi il 40% della spesa totale regionale), mentre in Valle d'Aosta si osserva la quota percentuale di questo canale (3,3%).

Consumi e spesa a carico del SSN

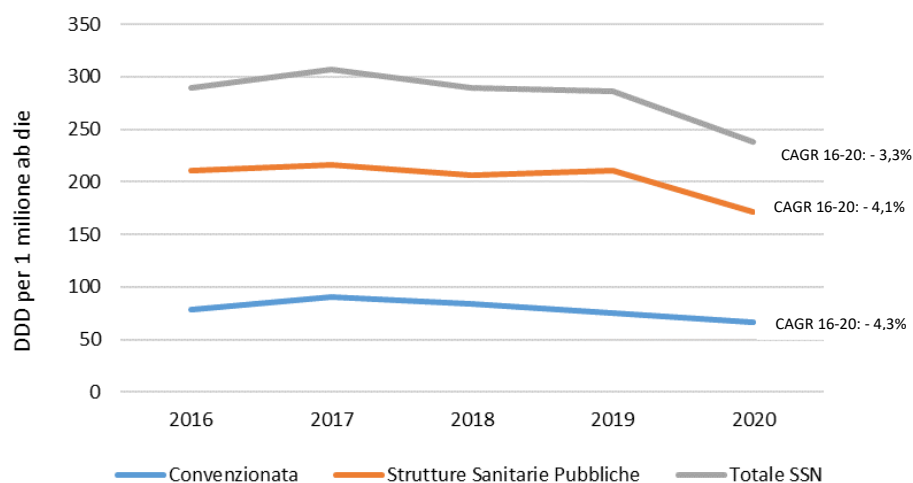
Nel 2020 i consumi a carico dell'SSN (convenzionata e strutture sanitarie pubbliche) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica ammontano a circa **238 DDD per 1 milione di abitanti die**, in riduzione del 17,5% rispetto al 2019 (**Tabella I.29, Figura I.22**). La riduzione dei consumi è attribuibile al decremento rispetto all'anno precedente delle dosi di farmaco erogate da parte delle strutture sanitarie pubbliche per il 19,3% e di quelle erogate in regime di assistenza convenzionata per il 12,5%. Il 72,1% del consumo a carico del SSN viene erogato dalle strutture sanitarie pubbliche, il 2,5% attraverso la distribuzione per conto; il restante 27,9% è dispensato dalle farmacie pubbliche e private. Considerando il quinquennio 2016-2020, solo nel canale della DPC si osserva un CAGR positivo (+1,2%).

Tabella I.29 Consumo (DDD per 1 milione ab die) a carico del SSN nel periodo 2016-2020

Anno	Convenzionata			Strutture Sanitarie Pubbliche						Totale SSN	
				totale			quota DPC				
	N.	%	Δ% a.p.	N.	%	Δ% a.p.	N.	%	Δ% a.p.	N.	Δ% a.p.
2016	78,54	27,11	-	211,18	72,89	-	6,19	2,93	-	289,72	-
2017	90,06	29,39	14,7	216,39	70,61	2,5	7,12	3,29	15,0	306,45	5,8
2018	83,48	28,82	-7,3	206,14	71,18	-4,7	6,62	3,21	-7,0	289,62	-5,5
2019	75,81	26,27	-9,2	212,79	73,73	3,2	5,96	2,83	-10,0	288,6	-0,4
2020	66,32	27,86	-12,5	171,72	72,14	-19,3	6,57	2,5	10,1	238,04	-17,5
CAGR 16-20	-3,3%			-4,1%;			+1,2%;			-4,3%	

Nota: % calcolate sul totale di riga; Abbreviazioni: Δ% a.p.: variazione percentuale rispetto all'anno precedente; CAGR: *Compound Annual Growth Rate* (tasso di crescita annuale composto)

Figura I.22 Trend dei consumi (DDD per 1 milione ab die) su base annuale a carico del SSN nel periodo 2016-2020



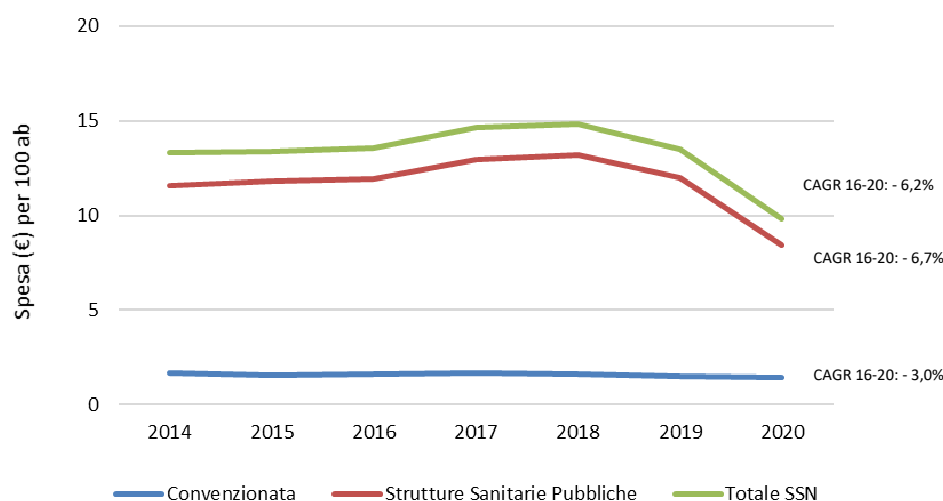
Nel 2020 la spesa farmaceutica complessiva SSN (convenzionata e strutture sanitarie pubbliche) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica ammonta a circa **5,9 milioni di euro (9,9 euro per 100 abitanti)**, che incide sulla spesa pubblica totale italiana (comprensiva di ossigeno, vaccini e DPC) per lo 0,03% (**Tabella I.30, Figura I.23**). Quasi l'86% di tale valore è attribuibile agli acquisti effettuati dalle strutture sanitarie pubbliche; il 3,4% alla distribuzione per conto, e il restante 14,3% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico. Nel 2020 la spesa SSN per questa categoria di farmaci si è ridotta rispetto all'anno precedente (-27,7%), riduzione attribuibile in misura maggiore alla riduzione della spesa da parte delle strutture sanitarie pubbliche (-30,4%) e in minima parte alla contrazione della spesa farmaceutica convenzionata (-5,6%). Nel quinquennio 2016-2020, si osserva un CAGR positivo (+0,6%) della spesa solo nel canale della DPC.

Tabella I.30 Spesa (€ per 100 abitanti) a carico del SSN nel periodo 2014-2019

Anno	Convenzionata			Strutture Sanitarie Pubbliche						Totale SSN	
				totale			quota DPC				
	€	%	Δ% a.p.	€	%	Δ% a.p.	€	%	Δ% a.p.	€	Δ% a.p.
2016	1,64	12,09	-	11,92	87,91	-	0,34	2,85	-	13,56	-
2017	1,66	11,34	1,2	12,98	88,66	8,9	0,39	3,00	14,7	14,64	8,0
2018	1,62	10,92	-2,4	13,21	89,08	1,8	0,36	2,73	-7,7	14,83	1,3
2019	1,48	10,97	-8,6	12,01	89,03	-9,1	0,32	2,66	-11,1	13,49	-9,0
2020	1,41	14,31	-5,6	8,44	85,69	-30,4	0,35	3,40	10,0	9,85	-27,7
CAGR 16-20	-3%			-6,7%			+0,6%			-6,2%	

Nota: % calcolate sul totale di riga; Abbreviazioni: Δ% a.p.: variazione percentuale rispetto all'anno precedente; CAGR: *Compound Annual Growth Rate* (tasso di crescita annuale composto)

Figura I.23 Andamento della spesa a carico del SSN nel periodo 2016-2020



Consumi e spesa a carico del SSN per principio attivo

Il disulfiram è il principio attivo più prescritto e da solo assorbe circa il 53% dei consumi totali dei farmaci per la terapia della dipendenza alcolica a carico del SSN, con un totale di circa 126,3 DDD per 1 milione abitanti die (-8,6% rispetto al 2019), seguito con il 27,5% dei consumi dal sodio oxibato, farmaco classificato in fascia H, utilizzato esclusivamente nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, con un consumo di 65,5 DDD (-36,6% rispetto al 2019) e dall'acamprosato per il 12,2% con un consumo di 29,1 DDD, che si riduce di poco (-0,9%) rispetto all'anno precedente (**Tabella I.31 e Tabella I.33; Figura I.24**). Il sodio oxibato è il principio attivo con la spesa SSN complessiva più alta (63,7% della spesa nazionale per questa categoria di farmaci), in riduzione rispetto all'anno precedente (-36,5%), seguito dall'acamprosato (19,5% della spesa nazionale), sebbene con una spesa complessiva nettamente inferiore, pari a 1,9 euro per 100 abitanti (**Tabella I.32 e Tabella I.34; Figura I.25**). Il CAGR complessivo computato sui consumi totali è negativo (-3,9%), solo per il naltrexone e metadoxina si osservano CAGR positivi, rispettivamente 6,9% e 16,2%. Stessi trend si osservano nei CAGR calcolati sulla spesa.

Tabella I.31 Consumo (DDD per 1 milione abitanti die) a carico del SSN per l'anno 2020

Principio attivo	Convenzionata			Strutture Sanitarie Pubbliche						Totale SSN		
				totale			quota DPC					
	N.	%	Δ% 20-19	N.	%	Δ% 20-19	N.	%	Δ% 20-19	N.	%	Δ% 20-19
Disulfiram	52,4	79,0	- 14,9	74,0	43,1	- 3,5	-	-	-	126,3	53,1	- 8,6
Sodio Oxibato	-	-	-	65,5	38,2	- 36,6	-	-	-	65,5	27,5	- 36,6
Acamprosato	6,7	10,0	- 8,1	22,4	13,0	- 0,7	5,4	82,6	8,8	29,1	12,2	- 0,9
Naltrexone	7,3	11,0	3,5	7,2	4,2	9,4	1,1	17,4	16,6	14,4	6,1	7,1
Metadoxina	0,0	0,0	- 12,4	2,5	1,4	- 10,2	-	-	-	2,5	1,0	- 10,3
Nalmefene	0,0	0,0	12,5	0,2	0,1	- 80,6	-	-	-	0,2	0,1	- 80,1
TOTALE	66,3	-	- 12,5	171,7	-	- 19,3	6,6	-	10,1	238,0	-	- 17,5

Nota: % calcolate sul totale di colonna

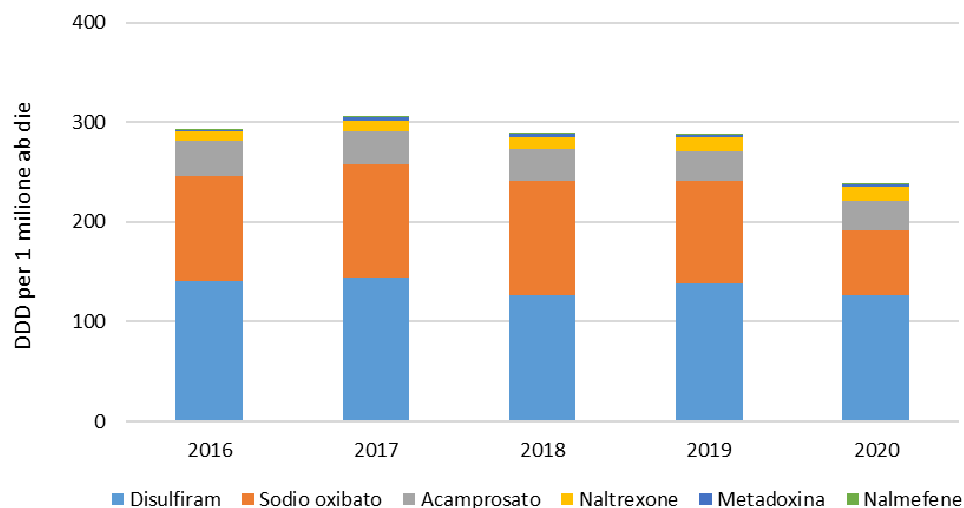
Tabella I.32 Spesa(€ per 100 abitanti) a carico del SSN per l'anno 2020

Principio attivo	Convenzionata			Strutture Sanitarie Pubbliche						Totale SSN		
				totale			quota DPC					
	€	%	Δ% 20-19	€	%	Δ% 20-19	€	%	Δ% 20-19	€	%	Δ% 20-19
Sodio Oxibato	-	-	-	6,3	74,4	- 36,5	-	-	-	6,3	63,7	- 36,5
Acamprosato	0,6	41,8	- 7,9	1,3	15,8	0,2	0,3	91,4	9,1	1,9	19,5	- 0,9
Disulfiram	0,3	22,1	- 14,7	0,5	6,2	4,8	-	-	-	0,8	8,4	- 3,5
Naltrexone	0,5	36,0	4,1	0,2	2,3	10,6	0,0	8,6	19,8	0,7	7,1	6,3
Metadoxina	0,0	0,1	- 13,2	0,1	1,0	- 14,4	-	-	-	0,1	0,8	- 14,3
Nalmefene	0,0	0,1	12,8	0,0	0,3	- 78,9	-	-	-	0,0	0,3	- 78,1
TOTALE	1,4	-	- 5,6	8,4	-	- 30,4	0,3	-	10,0	9,8	-	- 27,7

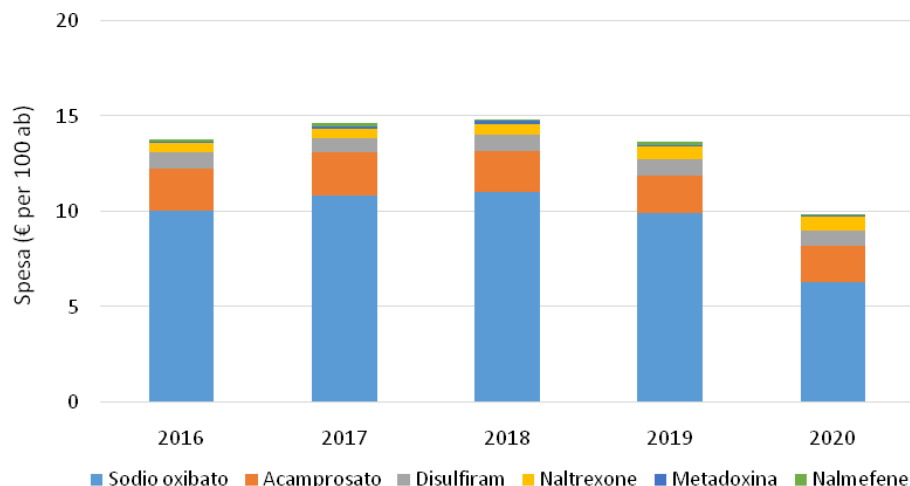
Nota: % calcolate sul totale di colonna

Tabella I.33 Consumo (DDD per 1 milione ab die) a carico del SSN nel periodo 2016-2020

Principio attivo	2016	2017	2018	2019	2020	Δ% 20-19	CAGR 2016-2020
Disulfiram	140,94	144,26	126,42	138,15	126,33	-8,6	-2,2
Sodio oxibato	104,79	113,16	115,25	103,31	65,55	-36,6	-9,0
Acamprosato	35,22	33,64	31,73	29,81	29,06	-2,5	-3,8
Naltrexone	10,35	10,63	11,76	13,57	14,43	6,3	6,9
Metadoxina	1,17	2,74	3,27	2,76	2,48	-10,1	16,2
Nalmefene	0,8	0,96	0,73	1	0,20	-80	-24,2
TOTALE	289,72	306,45	289,62	288,6	238,04	-17,5	-3,9

Figura I.24 Consumo (DDD per 1 milione ab die) a carico del SSN: trend temporale nel periodo 2016-2020**Tabella I.34 Spesa (€ per 100 ab die) a carico del SSN nel periodo 2016-2020**

Principio attivo	2016	2017	2018	2019	2020	Δ% 20-19	CAGR 2016-2020
Sodio oxibato	10,01	10,81	11,03	9,89	6,27	-36,6	-8,9
Acamprosato	2,25	2,25	2,14	1,97	1,92	-2,5	-3,1
Disulfiram	0,81	0,74	0,82	0,86	0,83	-3,5	0,5
Naltrexone	0,5	0,51	0,59	0,66	0,70	6,1	7,0
Metadoxina	0,06	0,15	0,13	0,1	0,08	-20	5,9
Nalmefene	0,12	0,13	0,1	0,14	0,03	78,6	-24,2
TOTALE	13,74	14,59	14,81	13,62	9,85	-27,7	-6,4

Figura I.25 Spesa a carico del SSN: trend temporale nel periodo 2016-2020

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 292 DDD per 1 milione di abitanti die vs 201 DDD e 183 DDD, nonostante una riduzione dei consumi in tutte le aree geografiche (**Tabella I.35 e Tabella I.36**). La Valle d'Aosta è la regione che registra il consumo più alto con 779,7 dosi per 1 milione di abitanti die, rappresentate per oltre la metà dal sodio oxibato (58,8%), medicinale erogato dalle strutture sanitarie pubbliche, seguita dall'Emilia Romagna con 417,7 dosi, rappresentate per oltre la metà dal disulfiram (61,6%), e dal Piemonte con 356,2 dosi, che si distribuiscono rispettivamente per il 46,4% e il 35,3% tra disulfiram e sodio oxibato.

Tutte le regioni registrano una riduzione dei consumi, con picchi negativi in alcune regioni del Sud, come Basilicata (-47,7%) e Calabria (-47,8%), ad eccezione della PA che registra invece un aumento dell'1,6% dei consumi.

A livello nazionale il 53% delle dosi riguardano il disulfiram, mentre 27,5% il sodio oxibato; per questi principi attivi si osserva una forte variabilità regionale delle dosi erogate: ad esempio, quasi il 78% dei consumi della Campania è rappresentato dal sodio oxibato, dispensato dalle strutture sanitarie pubbliche (es. SERT), mentre il 96,2% delle dosi della PA di Trento e il 90,7% di quelle del Friuli Venezia Giulia 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.

Tabella I.35 Andamento regionale del consumo (DDD per 1 milione di abitanti die) a carico del SSN nel periodo 2016-2020

Regione	N. DDD per 1 milione di abitanti die					Δ% 20-19
	2016	2017	2018	2019	2020	
Valle d'Aosta	707,85	797,77	722,46	852,24	779,73	-8,51
Emilia R	484,76	527,43	505,15	475,28	417,68	-12,12
Piemonte	497,25	509,51	440,01	492,63	356,22	-27,69
Sardegna	437,01	431,77	423,18	379,98	350,58	-7,74
Veneto	321,14	290,80	306,50	335,31	331,10	-1,25
PA Trento	341,15	408,78	374,46	373,13	316,60	-15,15
Umbria	320,24	335,40	297,46	315,03	272,27	-13,57
Molise	376,93	375,78	417,20	358,85	245,01	-31,72
Toscana	272,63	317,88	272,39	274,42	244,45	-10,92
Liguria	289,77	244,03	282,50	240,63	228,44	-5,07
Friuli VG	235,87	356,47	285,50	304,63	227,96	-25,17
Campania	273,75	316,20	301,95	276,38	207,12	-25,06
Lombardia	242,33	263,35	235,22	239,63	203,44	-15,10
Basilicata	356,58	340,88	380,69	362,20	189,46	-47,69
PA Bolzano	218,65	240,98	147,84	185,30	188,27	1,60
Marche	256,14	252,30	233,73	233,92	175,20	-25,10
Lazio	173,99	198,48	207,97	198,15	166,86	-15,79
Sicilia	189,18	191,40	177,09	193,00	158,09	-18,08
Calabria	214,67	233,69	302,88	239,70	149,13	-37,79
Abruzzo	214,05	227,80	208,85	189,88	142,71	-24,84
Puglia	205,94	202,91	190,93	192,59	132,40	-31,25
ITALIA	288,33	305,39	289,17	288,60	238,04	-17,52
NORD	343,14	358,79	333,00	342,82	292,22	-14,76
CENTRO	227,56	254,24	238,76	236,23	200,88	-14,96
SUD E ISOLE	247,86	261,02	257,83	242,93	182,98	-24,68

Tabella I.36 Consumo (DDD per 1 milione di abitanti die) a carico del SSN per regione nell'anno 2020

Regione	N. DDD per 1 milione di abitanti die												Totale	Δ% 20-19
	Disulfiram	%	Sodio Oxibato	%	Acamprosato	%	Naltrexone	%	Metadoxina	%	Nalmefene	%		
Valle d'Aosta	292,71	37,5	458,11	58,8	28,31	3,6	0,60	0,1	-	-	-	-	779,73	-8,51
Emilia R	257,42	61,6	72,79	17,4	55,31	13,2	28,23	6,8	3,92	0,9	-	-	417,68	-12,12
Piemonte	165,30	46,4	125,63	35,3	42,82	12,0	21,65	6,1	0,82	0,2	-	-	356,22	-27,69
Sardegna	157,82	45,0	113,79	32,5	64,65	18,4	11,79	3,4	2,53	0,7	-	-	350,58	-7,74
Veneto	255,45	77,2	51,39	15,5	14,75	4,5	8,07	2,4	1,44	0,4	-	-	331,10	-1,25
PA Trento	304,71	96,2	0,61	0,2	7,63	2,4	3,59	1,1	0,07	0,0	-	-	316,6	-15,15
Umbria	196,12	72,0	43,52	16,0	20,65	7,6	11,89	4,4	0,09	0,0	-	-	272,27	-13,57
Molise	77,48	31,6	39,97	16,3	58,48	23,9	63,22	25,8	5,86	2,4	-	-	245,01	-31,72
Toscana	167,38	68,5	45,60	18,7	25,72	10,5	5,75	2,4	-	-	-	-	244,45	-10,92
Liguria	137,54	60,2	17,11	7,5	38,44	16,8	14,95	6,5	20,4	8,9	-	-	228,44	-5,07
Friuli VG	206,69	90,7	4,68	2,1	9,89	4,3	6,26	2,7	0,45	0,2	-	-	227,96	-25,17
Campania	19,27	9,3	161,34	77,9	18,14	8,8	3,23	1,6	4,59	2,2	0,55	0,3	207,12	-25,06
Lombardia	149,49	73,5	25,77	12,7	18,61	9,1	8,88	4,4	0,43	0,2	0,25	0,1	203,44	-15,10
Basilicata	41,89	22,1	124,54	65,7	16,57	8,7	5,17	2,7	1,28	0,7	-	-	189,46	-47,69
PA Bolzano	133,12	70,7	32,48	17,3	9,37	5,0	13,30	7,1	-	-	-	-	188,27	1,60
Marche	43,39	24,8	100,43	57,3	22,02	12,6	6,69	3,8	2,66	1,5	0,01	0,0	175,20	-25,10
Lazio	28,39	17,0	55,13	33,0	34,87	20,9	47,91	28,7	0,56	0,3	-	-	166,86	-15,79
Sicilia	56,76	35,9	42,62	27,0	47,97	30,3	10,68	6,8	0,02	0,0	0,05	0,0	158,09	-18,08
Calabria	95,52	64,1	21,22	14,2	18,58	12,5	4,18	2,8	6,23	4,2	3,38	2,3	149,13	-37,79
Abruzzo	47,12	33,0	40,97	28,7	35,04	24,6	16,91	11,8	2,67	1,9	-	-	142,71	-24,84
Puglia	34,61	26,1	74,98	56,6	13,58	10,3	2,40	1,8	6,82	5,2	-	-	132,40	-31,25
ITALIA	126,33	53,1	65,55	27,5	29,06	12,2	14,43	6,1	2,48	1,0	0,2	0,1	238,04	-17,52
NORD	193,27	66,1	54,08	18,5	28,24	9,7	14,11	4,8	2,42	0,8	0,09	0,0	292,22	-14,76
CENTRO	87,75	43,7	57,08	28,4	29,18	14,5	26,26	13,1	0,62	0,3	<0,05	0,0	200,88	-14,96
SUD E ISOLE	53,78	29,4	87,25	47,7	30,15	16,5	7,61	4,2	3,71	2,0	0,48	0,3	182,98	-24,68

Nota: % calcolate sul totale di riga

Considerando la corrispondente spesa regionale per 100 abitanti, le regioni del Sud registrano valori di spesa più elevati (11 euro) rispetto alle regioni del Nord (9 euro) e del Centro (circa 10 euro) (**Tabella I.37 e Tabella I.38**). Tutte le regioni registrano una riduzione della spesa nel 2020, sebbene al Sud si osservi una riduzione maggiore (-31,7%) rispetto al Nord (-28%) e al Centro (-18,4%).

La Valle d'Aosta è la regione con la spesa più elevata (48,4 euro per 100 abitanti), in riduzione dell'17,2% rispetto all'anno precedente, seguita dalla Campania, con una spesa di 17,1 euro (-28,5% rispetto al 2019) e dal Piemonte, con una spesa di 16,5 euro per 100 abitanti (-38,2% rispetto al 2019). La contrazione maggiore della spesa si verifica in Calabria (-60,3%) e Basilicata (-47,2%), mentre le PA di Trento e di Bolzano, al contrario di tutte le altre regioni italiane, registrano un aumento, rispettivamente del 16,1% e 8,6% della spesa rispetto all'anno precedente.

Il sodio oxibato è il farmaco che registra la spesa maggiore in quasi tutte le regioni, ad eccezione della Liguria dove si osserva una spesa maggiore per l'acamprosato (2,3 vs 1,7 euro per 100 abitanti), del Friuli Venezia Giulia e della PA di Trento che registrano una spesa maggiore per il disulfiram, rispettivamente 1,8 vs 0,1 euro per 100 abitanti e 1,4 vs 0,5 euro per 100 abitanti.

A livello nazionale il costo medio è pari a 0,97 euro per DDD, in aumento del 5,7% rispetto all'anno precedente, oscillando da un minimo di 0,80 euro della Campania a un massimo di 1,12 euro di regioni come Liguria, Molise e Sicilia (**Tabella I.39**). Il principio attivo meno costoso è il disulfiram (0,2 euro per DDD), che è anche il più utilizzato in Italia, mentre quello più costoso è il nalmeffene (4,1 euro per DDD), che risulta essere utilizzato non in tutte le regioni. Per ogni principio attivo si osserva una scarsa variabilità regionale del costo medio per DDD spiegabile verosimilmente dal ridotto numero di aziende produttrici.

Tabella I.35 Andamento regionale della spesa per 100 abitanti a carico del SSN nel periodo 2016-2020

Regione	Spesa per 100 abitanti SSN (€)					Δ% 20-19
	2016	2017	2018	2019	2020	
Valle d'Aosta	44,66	48,25	52,17	58,40	48,38	-17,17
Campania	23,01	27,60	26,11	23,90	17,09	-28,52
Piemonte	25,82	26,52	27,28	26,62	16,47	-38,15
Sardegna	19,54	17,48	17,00	16,71	15,40	-7,83
Basilicata	26,89	26,25	28,52	26,61	14,06	-47,15
Emilia R	18,99	20,97	22,29	18,36	14,01	-23,72
Molise	23,16	23,45	25,79	21,24	12,10	-43,03
Marche	16,61	17,17	16,91	15,01	11,98	-20,18
Lazio	11,93	14,01	15,04	14,37	11,81	-17,84
Puglia	14,78	15,06	13,97	13,60	8,60	-36,72
Veneto	6,96	6,49	8,09	8,28	7,67	-7,37
Sicilia	9,80	10,09	9,25	10,23	7,62	-25,49
Abruzzo	13,19	14,05	12,92	12,02	7,13	-40,69
Umbria	8,45	9,34	8,19	8,55	6,99	-18,23
Toscana	9,50	10,42	10,34	8,45	6,89	-18,43
Liguria	7,31	7,29	8,55	6,76	6,09	-9,96
PA Bolzano	4,63	5,43	4,67	4,98	5,40	8,56
Lombardia	8,59	9,75	9,69	8,02	5,36	-33,16
Calabria	11,35	12,01	15,47	12,45	4,95	-60,25
PA Trento	2,32	2,70	2,61	2,40	2,79	16,10
Friuli VG	3,35	3,52	3,72	3,44	2,68	-21,96
ITALIA	13,51	14,59	14,81	13,62	9,84	-27,71
NORD	12,46	13,26	13,93	12,53	9,02	-28,00
CENTRO	11,49	12,91	13,25	12,11	9,88	-18,36
SUD E ISOLE	16,22	17,51	17,01	16,10	11,00	-31,70

Tabella I.38 Spesa regionale (€per 100 abitanti) a carico del SSN per l'anno 2020

Regione	Spesa (€per 100 abitanti) SSN 2020												Totale	Δ% 20-19
	Acamprosato	%	Disulfiram	%	Metadoxina	%	Nalmefene	%	Naltrexone	%	Sodio Oxibato	%		
Valle d'Aosta	1,67	3,5	1,30	2,7	-	-	-	-	0,04	0,1	45,37	93,8	48,38	-17,17
Campania	1,07	6,3	0,11	0,6	0,17	1,0	0,07	0,4	0,15	0,9	15,51	90,8	17,09	-28,52
Piemonte	2,52	15,3	0,99	6,0	0,03	0,2	-	-	0,56	3,4	12,36	75,0	16,47	-38,15
Sardegna	3,83	24,9	0,94	6,1	0,11	0,7	-	-	0,38	2,5	10,13	65,8	15,40	-7,83
Basilicata	1,13	8,0	0,25	1,8	0,08	0,6	-	-	0,34	2,4	12,26	87,2	14,06	-47,15
Emilia R	3,56	25,4	2,36	16,8	0,07	0,5	-	-	0,92	6,6	7,09	50,6	14,01	-23,72
Molise	3,51	29,0	0,46	3,8	0,23	1,9	-	-	4,40	36,4	3,51	29,0	12,10	-43,03
Marche	1,93	16,1	0,28	2,3	0,06	0,5	0	-	0,41	3,4	9,31	77,7	11,98	-20,18
Lazio	3,08	26,1	0,17	1,4	0,02	0,2	-	-	3,25	27,5	5,29	44,8	11,81	-17,84
Puglia	0,80	9,3	0,23	2,7	0,26	3,0	-	-	0,13	1,5	7,18	83,5	8,60	-36,72
Veneto	0,86	11,2	1,64	21,4	0,06	0,8	-	-	0,22	2,9	4,90	63,9	7,67	-7,37
Sicilia	2,83	37,1	0,36	4,7	0	-	0,01	0,1	0,46	6,0	3,96	52,0	7,62	-25,49
Abruzzo	2,07	29,0	0,28	3,9	0,1	1,4	-	-	0,70	9,8	3,97	55,7	7,13	-40,69
Umbria	1,29	18,5	1,30	18,6	0	-	-	-	0,39	5,6	4,01	57,4	6,99	-18,23
Toscana	1,52	22,1	0,97	14,1	-	-	-	-	0,15	2,2	4,25	61,7	6,89	-18,43
Liguria	2,27	37,3	0,92	15,1	0,59	9,7	-	-	0,63	10,3	1,69	27,8	6,09	-9,96
PA Bolzano	0,83	15,4	0,71	13,1	-	-	-	-	0,76	14,1	3,11	57,6	5,40	8,56
Lombardia	1,47	27,4	0,87	16,2	0,02	0,4	0,04	0,7	0,51	9,5	2,47	46,1	5,36	-33,16
Calabria	1,28	25,9	0,58	11,7	0,26	5,3	0,52	10,5	0,29	5,9	2,02	40,8	4,95	-60,25
PA Trento	0,65	23,3	1,80	64,5	0	-	-	-	0,26	9,3	0,07	2,5	2,79	16,10
Friuli VG	0,58	21,6	1,37	51,1	0,01	0,4	-	-	0,26	9,7	0,46	17,2	2,68	-21,96
ITALIA	1,92	19,5	0,83	8,4	0,08	0,8	0,03	0,3	0,7	7,1	6,27	63,7	9,84	-27,71
NORD	1,85	20,5	1,31	14,5	0,07	0,8	0,01	0,1	0,53	5,9	5,26	58,3	9,02	-28,00
CENTRO	2,29	23,2	0,53	5,4	0,02	0,2	0	-	1,67	16,9	5,38	54,5	9,88	-18,36
SUD E ISOLE	1,80	16,4	0,33	3,0	0,15	1,4	0,07	0,6	0,36	3,3	8,28	75,3	11,00	-31,70

Nota: % calcolate sul totale di riga

Tabella I.39 Costo medio per DDD (€) a carico del SSN per regione nell'anno 2020

regione	Costo medio per DDD (€)						Totale	Δ% 20-19
	Acamprosato	Disulfiram	Metadoxina	Nalmefene	Naltrexone	Sodio Oxibato		
Liguria	1,6	0,2	0,8	-	1,1	2,7	1,12	4,8
Sicilia	1,6	0,2	1,6	6,8	1,2	2,5	1,12	2,9
Molise	1,6	0,2	1,0	-	1,9	2,4	1,12	27,8
Lazio	2,4	0,2	1,1	-	1,9	2,6	1,07	7,8
Abruzzo	1,6	0,2	1,0	-	1,1	2,7	1,06	14,2
Calabria	1,9	0,2	1,1	4,2	1,9	2,6	1,05	21,4
Lombardia	2,2	0,2	1,1	4,1	1,6	2,6	1,05	6,6
PA Trento	2,3	0,2	1,7	-	1,9	3,4	1,05	3,7
Friuli VG	1,6	0,2	0,4	-	1,1	2,7	1,04	1,5
Emilia R	1,8	0,3	0,5	-	0,9	2,7	1,03	7,9
Toscana	1,6	0,2	-	-	0,7	2,5	0,99	7,2
Sardegna	1,6	0,2	1,2	-	0,9	2,4	0,99	-2,3
Umbria	1,7	0,2	1,0	-	0,9	2,5	0,98	6,2
PA Bolzano	2,4	0,1	-	-	1,6	2,6	0,97	-11,2
Veneto	1,6	0,2	1,1	-	0,7	2,6	0,95	1,9
Piemonte	1,6	0,2	0,9	-	0,7	2,7	0,92	6,6
Marche	2,4	0,2	0,6	5,1	1,7	2,5	0,89	1,4
Puglia	1,6	0,2	1,0	-	1,5	2,6	0,85	2,5
Basilicata	1,9	0,2	1,7	-	1,8	2,7	0,83	-2,9
Valle d'Aosta	1,6	0,1	-	-	1,9	2,7	0,80	1,8
Campania	1,6	0,2	1,0	3,6	1,3	2,6	0,80	1,4
ITALIA	1,8	0,2	0,9	4,1	1,3	2,6	0,97	5,7
NORD	1,8	0,2	0,7	4,1	1,0	2,7	0,99	5,9
CENTRO	2,1	0,2	0,8	5,1	1,7	2,6	1,01	6,6
SUD E ISOLE	1,6	0,2	1,1	4,1	1,3	2,6	0,91	4,1

Dall'analisi della distribuzione percentuale dei consumi per canale distributivo (**Tabella I.40**) emerge che l'acamprosato e il naltrexone sono gli unici medicinali che vengono dispensati attraverso tutti i canali distributivi (convenzionata, distribuzione diretta e per conto), sebbene con differenze tra le regioni. Il disulfiram, che rappresenta il principio attivo più utilizzato, è dispensato sia attraverso le farmacie, pubbliche e private, sia mediante la distribuzione diretta. Il sodio oxibato, il principio attivo più utilizzato dopo il disulfiram, è dispensato per il 100% in distribuzione diretta in 10 regioni, mentre in 6 viene utilizzato esclusivamente in ambito ospedaliero.

Tabella I.40 Distribuzione % dei consumi dei medicinali per il trattamento della dipendenza alcolica per canale distributivo (convenzionata, distribuzione diretta e per conto) nel 2020

Regione	DISULFIRAM			ACAMPROSATO			METADOXINA			NALMEFENE			NALTREXONE			SODIO OXIBATO		
	CONV	DD	DPC	CONV	DD	DPC	CONV	DD	DPC	CONV	DD	DPC	CONV	DD	DPC	CONV	DD	DPC
Piemonte	25	100	-	-	43	53	-	23	-	-	-	-	-	70	28	-	100	-
Valle d'Aosta	24	89	-	-	64	11	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	100	-
Lombardia	46	29	-	68	42	-	-	1	-	-	85	-	68	78	-	-	100	-
PA Bolzano	25	63	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	72	48	-	-	54	-
PA Trento	98	44	-	89	100	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-
Veneto	23	91	-	-	96	-	-	8	-	-	-	-	4	71	23	-	100	-
Friuli VG	23	83	-	1	42	56	-	100	-	-	-	-	24	98	-	-	100	-
Liguria	28	88	-	-	55	45	-	44	-	-	-	-	37	90	-	-	100	-
Emilia R	17	99	-	4	94	-	-	74	-	-	-	-	11	92	-	-	100	-
Toscana	47	40	-	-	10	41	-	-	-	-	-	-	4	36	49	-	100	-
Umbria	42	62	-	13	-	97	-	-	-	-	-	-	4	37	55	-	100	-
Marche	66	-	-	97	-	-	28	-	-	-	-	-	76	-	-	-	-	-
Lazio	100	-	-	99	-	-	1	30	-	-	-	-	96	27	-	-	100	-
Abruzzo	92	73	-	-	7	74	-	4	-	-	-	-	26	6	55	-	77	-
Molise	100	-	-	4	-	96	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-
Campania	100	-	-	-	77	-	-	1	-	-	38	-	45	51	-	-	89	-
Puglia	77	44	-	-	50	3	-	8	-	-	-	-	66	77	-	-	86	-
Basilicata	85	-	-	32	-	69	-	-	-	-	-	-	82	-	-	-	-	-
Calabria	73	-	-	33	-	7	-	-	-	2	-	-	98	-	-	-	-	-
Sicilia	64	-	-	-	8	-	17	-	-	100	-	-	40	-	6	-	3	-
Sardegna	91	37	-	2	19	61	-	1	-	-	-	-	1	95	-	-	46	-
ITALIA	41	83	-	23	45	24	1	23	-	3	28	-	50	67	16	-	86	-
NORD	31	92	-	18	69	22	-	45	-	-	85	-	24	80	14	-	100	-
CENTRO	56	43	-	66	8	48	16	15	-	-	-	-	86	32	36	-	100	-
SUD E ISOLE	80	12	-	3	25	21	-	3	-	4	12	-	46	34	14	-	67	-

Nota: le colonne della DD (distribuzione diretta) e della DPC (distribuzione per conto) riportano i valori percentuali erogati da ciascun canale rispetto al totale delle strutture sanitarie pubbliche (100%); la prima colonna riporta la quota percentuale erogata in convenzionata rispetto al totale erogato dall'SSN (convenzionata+strutture sanitarie pubbliche)

Acquisto privato a carico del cittadino

Nel 2020 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 72,2 DDD per 1 milione di abitanti die, quota in riduzione di circa il 14,2% rispetto all'anno precedente e con una incidenza pari al 23,3% sul consumo totale (**Tabella I.41**). La maggior parte del consumo privato è rappresentato dal disulfiram (84,7%), e per la restante parte dalla metadoxina (8,6%) naltrexone (3,7%) nalmeffene (1,1%) e dall'acamprosato (1,9%); per quest'ultimo principio attivo si osserva anche la più forte riduzione dei consumi rispetto all'anno precedente (-70,7%). La corrispondente spesa a carico del cittadino si è attestata su un valore di quasi a 1,5 euro per 100 abitanti, in riduzione del 24,7% rispetto all'anno precedente e con una incidenza pari al 13,1% della spesa totale rilevata per questa categoria di farmaci. Il 49,7% della spesa per l'acquisto privato è relativo al naltrexone. In termini di consumi, un terzo delle dosi acquistate privatamente sono farmaci di classe A (33,4%).

Confrontando le quote di DDD di acquisto privato con quelle erogate negli altri canali si osservano comportamenti eterogenei da parte delle regioni: la Calabria con 101 DDD per 1 milione di abitanti die ha la quota di acquisto privato maggiore (40,4%) rispetto agli altri canali distributivi presi singolarmente; in Emilia Romagna l'acquisto privato è residuale (12,2%) rispetto agli acquisti pubblici (77,2%); in Lombardia i tre canali distributivi quasi si equivalgono: convenzionata 30,8%, strutture sanitarie pubbliche 40,2%, acquisti privati 29%. Questa variabilità denota la diversa presa in carico dei pazienti.

Se si considera la distribuzione regionale dei consumi per i farmaci di fascia A e C acquistati privatamente dal cittadino (**Tabella I.42**) emerge che la PA di Bolzano registra il consumo più alto (più di tre volte il consumo medio nazionale), con 134 dosi per 1 milione di abitanti die (il 41,5% del consumo regionale per la categoria dei farmaci considerata), seguita dal Friuli Venezia Giulia con 116,3 dosi per 1 milione di abitanti die (il 35,1% del consumo regionale), la Liguria con 43,7 dosi per 1 milione di abitanti die (il 33,7 del consumo regionale). In Friuli, Campani e Abruzzo si registrano aumenti dell'acquisto privato, a differenza delle regioni rimanenti che invece registrano delle forti contrazioni.

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 è maggiore (26,9%) rispetto al Centro (22,2%) e al Nord (21,8%) e in controtendenza rispetto alle altre aree geografiche registra nel 2020 un aumento quasi del 5,8% delle dosi acquistate.

Se si considera la spesa regionale per 100 abitanti (**Tabella I.43**) emerge che la Liguria è la regione con il valore di spesa più elevato relativo all'acquisto privato di questi farmaci (2,4 euro per 100 abitanti), in diminuzione rispetto all'anno precedente (-2,4%) e con una incidenza del 28,5% rispetto alla spesa regionale totale per la categoria di farmaci; segue l'Abruzzo con una spesa di 2 euro (incidenza del 22,1%) e la Campania con una spesa di 1,9 euro (incidenza del 10%).

Il naltrexone è il primo principio attivo per spesa privata a livello nazionale (0,7 euro per 100 abitanti), sebbene solo per nove regioni si osservino valori più elevati rispetto alla media nazionale.

Tabella I.41 Consumo e spesa dei farmaci in acquisto privato (a carico del cittadino) per l'anno 2020

Principio attivo	DDD per 1 milione ab die 2020		Δ% 20-19	incidenza % sul totale molecola	Spesa per 100 ab 2020		Δ% 20-19	Incidenza % sul totale molecola
	N.	%			€	%		
Disulfiram	61,2	84,7	-11,1	32,6	0,74	49,7	-11,1	47,1
Metadoxina	6,2	8,6	-8,2	71,6	0,25	16,6	-11,0	74,9
Naltrexone	2,7	3,7	-7,7	15,6	0,19	13,0	-7,6	21,6
Nalmefene	0,8	1,1	-24,4	79,4	0,19	12,7	-24,8	86,5
Acamprosato	1,4	1,9	-70,7	4,4	0,12	8,0	-70,7	5,8
Sodio oxibato	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,0	0,0	0,0
TOTALE	72,2	100,0	-14,2	23,3	1,49	100,0	-24,7	13,1

Nota: % calcolate sul totale di colonna

Tabella I.42 Consumo (DDD per 1 milione ab die) regionale dei farmaci acquistati privatamente dal cittadino nel 2020

Regione	N. DDD per 1 milione ab die						Δ% 20-19	Incidenza %
	Acamprosato	Disulfiram	Metadoxina	Nalmefene	Naltrexone	Totale		
PA Bolzano	0,0	130,5	0,3	0,7	2,5	134,0	-76,3	41,5
Friuli VG	0,8	116,0	4,4	0,1	2,0	123,4	11,6	35,1
Liguria	1,6	91,9	16,7	0,6	5,7	116,3	-6,3	33,7
Valle d'Aosta	1,5	102,3	3,4	0,6	1,3	109,1	-5,3	12,2
Calabria	0,0	92,8	5,9	1,6	0,7	101,0	-5,1	40,3
Veneto	2,4	78,8	2,2	0,3	1,3	85,0	-12,4	20,4
PA Trento	0,8	80,1	1,4	0,0	2,5	84,7	-19,5	21,1
Lombardia	1,2	74,7	3,0	1,0	3,2	83,0	-20,0	28,9
Campania	1,2	63,6	11,8	1,3	3,9	81,7	20,7	28,2
Basilicata	0,6	62,7	10,3	0,2	5,9	79,7	-4,7	29,6
Abruzzo	5,2	48,5	8,9	0,9	6,2	69,6	3,5	32,7
Sardegna	0,0	55,8	9,7	0,4	2,2	68,1	-24,8	16,2
Piemonte	2,0	58,0	4,3	0,6	2,7	67,5	-20,5	15,9
Lazio	1,1	50,3	8,6	1,1	4,8	65,9	-31,4	28,2
Sicilia	2,4	54,6	7,2	0,1	0,4	64,7	33,9	29,0
Toscana	0,2	54,3	3,7	0,7	1,6	60,5	-0,6	19,8
Molise	2,3	46,4	9,1	1,0	0,7	59,5	-26,6	19,5
Emilia R	1,6	45,7	7,2	0,5	3,0	58,0	-21,0	12,2
Umbria	0,0	39,2	5,9	0,6	1,3	46,9	77,7	14,7
Puglia	1,2	26,1	4,6	1,1	1,6	34,5	-15,6	20,6
Marche	0,0	14,4	10,2	0,4	0,1	25,1	-19,5	12,5
ITALIA	1,4	61,2	6,2	0,8	2,7	72,2	-14,4	23,2
NORD	1,6	72,1	4,5	0,7	2,8	81,7	-21,7	21,8
CENTRO	0,6	46,1	7,0	0,8	2,9	57,4	-19,1	22,2
SUD E ISOLE	1,5	54,7	8,2	0,9	2,3	67,7	5,8	26,9

Tabella I.43 Spesa regionale per 100 abitanti per i farmaci acquistati privatamente dal cittadino nel 2020

Regione	Spesa per 100 abitanti (€)						Δ% 20-19	Incidenza %
	Acamprosato	Disulfiram	Metadoxina	Nalmefene	Naltrexone	Totale		
Liguria	0,10	1,08	0,61	0,14	0,46	2,4	-4,7	28,5
Abruzzo	0,50	0,56	0,33	0,23	0,44	2,0	26,2	22,1
Campania	0,10	0,74	0,45	0,33	0,27	1,9	-6,4	10,0
Calabria	0,01	1,13	0,26	0,39	0,06	1,8	-7,8	27,1
Friuli VG	0,10	1,35	0,16	0,03	0,16	1,8	-2,8	39,7
Basilicata	0,01	0,79	0,37	0,06	0,41	1,7	13,7	10,6
Valle d'Aosta	0,10	1,17	0,11	0,15	0,10	1,7	4,2	3,3
Lazio	0,10	0,62	0,32	0,27	0,34	1,6	-53,4	12,3
Lombardia	0,10	0,90	0,12	0,26	0,23	1,6	-15,8	23,1
PA Bolzano	0,01	1,24	0,01	0,18	0,17	1,6	-80,7	22,9
Veneto	0,20	0,98	0,09	0,08	0,10	1,5	-15,9	16,0
Molise	0,20	0,59	0,32	0,24	0,05	1,4	-31,2	10,5
Piemonte	0,20	0,69	0,16	0,16	0,19	1,4	-40,7	7,7
Emilia R	0,10	0,58	0,29	0,12	0,22	1,3	-27,1	8,8
Sardegna	0,01	0,69	0,38	0,09	0,17	1,3	-32,2	7,9
PA Trento	0,10	1,02	0,05	0,00	0,17	1,3	-14,2	32,0
Sicilia	0,20	0,64	0,33	0,03	0,03	1,2	12,2	14,1
Toscana	0,01	0,71	0,13	0,18	0,12	1,2	-14,1	14,4
Umbria	0,01	0,53	0,22	0,15	0,11	1,0	28,9	12,5
Puglia	0,10	0,29	0,21	0,28	0,12	1,0	-15,9	10,4
Marche	0,01	0,18	0,40	0,09	0,01	0,7	-60,6	5,4
ITALIA	0,10	0,74	0,25	0,19	0,19	1,5	-24,7	13,1
NORD	0,10	0,87	0,18	0,16	0,21	1,6	-25,1	14,7
CENTRO	0,01	0,59	0,26	0,21	0,21	1,3	-44,9	11,8
SUD E ISOLE	0,10	0,65	0,34	0,22	0,17	1,5	-5,3	12,0

Caratteristiche della popolazione in trattamento per la dipendenza alcolica

L'obiettivo di questa sezione è quello di fornire, nell'ambito dell'assistenza convenzionata, una descrizione delle caratteristiche della popolazione di pazienti in trattamento 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 distribuzione per conto (DPC), pertanto rappresentano solo una quota di tutti i pazienti trattati.

Complessivamente, nel 2020, è stata registrata una prevalenza d'uso dei farmaci per la terapia della dipendenza alcolica pari al **0,19 per 1000 abitanti** (in riduzione dell'1,4% rispetto al 2019), con differenze per sesso e regione.

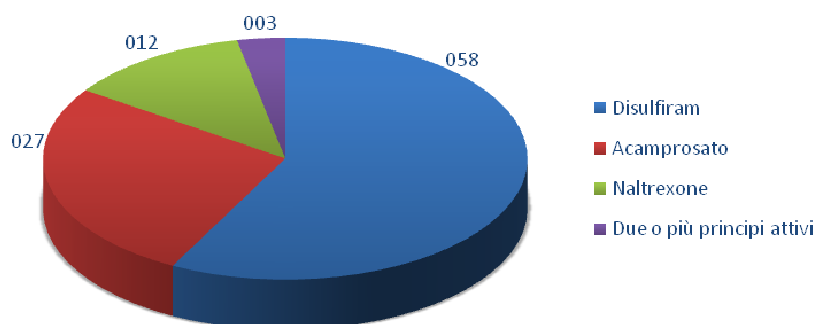
Se si considera la distribuzione regionale dei pazienti prevalenti in terapia per la dipendenza alcolica (n=11.591) per fascia di età, il numero di pazienti aumenta all'aumentare dell'età, fino a raggiungere il valore massimo nella fascia 45-54 anni di età (33% degli utilizzatori totali); l'età media dei pazienti è di 50 anni, con un *range* va da un minimo di 46,4 anni della Sicilia a un massimo di 55,4 anni della PA di Bolzano (**Tabella I.44**). Per quanto riguarda la distribuzione regionale dei pazienti, la Lombardia è la regione in cui si concentra la maggior parte dei pazienti (20% del totale), che insieme al Lazio (17% del totale) rappresentano oltre un terzo dei pazienti totali trattati a livello nazionale.

In generale, non sono state osservate differenze rilevanti per la distribuzione percentuale dei pazienti per fascia di età tra le diverse regioni; nella fascia di età 15-24 anni di età la Valle d'Aosta non registra pazienti, mentre PA di Bolzano, Molise, Puglia e Basilicata registrano un solo paziente (**Figura I.24**). Per quanto riguarda la distribuzione dei pazienti in base al genere, il 71% erano maschi, mentre il 29% femmine; la regione che mostra il più ampio divario tra i due generi è la Calabria (17% femmine vs 83% maschi), mentre la Valle d'Aosta è la regione in cui non si registrano differenze tra i due generi (50% femmine vs 50% maschi); quest'ultima è anche la regione che fa registrare la proporzione maggiore di femmine, rispetto alle altre regioni (**Figura I.25**).

Tabella I.44 Distribuzione dei pazienti per regione e fascia di età nell'anno 2020

Regione <i>età media (aa)</i>	N. pazienti (%)							TOTALE
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>74	
Piemonte <i>50,47</i>	20 (2)	60 (6)	177 (19)	350 (38)	218 (23)	89 (10)	16 (2)	930 (8,0)
Valle d'Aosta <i>50,89</i>	.	1 (<0,05)	5,00 (28)	4,00 (22)	6,00 (33)	2,00 (11)	.	18 (0,2)
Lombardia <i>49,68</i>	40 (2)	189 (8)	508 (22)	814 (36)	475 (21)	207 (9)	51 (2)	2.288 (20,0)
PA Bolzano <i>55,36</i>	1 (<0,05)	3 (4)	8 (11)	24 (33)	19 (26)	14 (19)	3 (4)	72 (0,6)
PA Trento <i>52,56</i>	6 (1)	26 (6)	63 (16)	123 (31)	132 (33)	43 (11)	10 (2)	403 (3,5)
Veneto <i>51,87</i>	16 (2)	48 (7)	118 (17)	221 (32)	177 (25)	89 (13)	27 (4)	696 (6,0)
Friuli VG <i>54,48</i>	2 (1)	1 (6)	37 (16)	57 (24)	78 (33)	35 (15)	11 (5)	233 (2,0)
Liguria <i>51,99</i>	8 (2)	23 (6)	63 (17)	137 (36)	78 (21)	50 (13)	16 (4)	376 (3,2)
E- Romagna <i>51,43</i>	11 (2)	41 (7)	100 (18)	184 (33)	131 (23)	72 (13)	20 (4)	559 (4,8)
Toscana <i>51,15</i>	14 (2)	52 (6)	179 (22)	260 (32)	186 (23)	90 (11)	32 (4)	814 (7,0)
Umbria <i>48,45</i>	4 (2)	24 (9)	72 (28)	87 (33)	47 (18)	17 (7)	9 (3)	260 (2,2)
Marche <i>48,64</i>	7 (3)	26 (10)	67 (25)	83 (31)	50 (19)	24 (9)	8 (3)	267 (2,3)
Lazio <i>48,72</i>	65 (3)	208 (11)	428 (22)	618 (32)	385 (20)	15 (8)	67 (3)	1.934 (17,0)
Abruzzo <i>51,17</i>	6 (2)	33 (9)	80 (21)	120 (31)	87 (23)	43 (11)	14 (4)	383 (3,3)
Molise <i>49,42</i>	1 (<0,05)	17 (12)	28 (20)	44 (32)	33 (24)	7 (5)	7 (5)	137 (1,2)
Campania <i>50,38</i>	4 (2)	23 (9)	63 (25)	61 (25)	55 (22)	34 (14)	8 (3)	248 (2,1)
Puglia <i>51,52</i>	1 (<0,05)	20 (7)	61 (23)	91 (34)	50 (19)	30 (11)	16 (6)	269 (2,3)
Basilicata <i>52,09</i>	1 (<0,05)	9 (9)	14 (14)	33 (33)	26 (26)	12 (12)	6 (6)	101 (0,9)
Calabria <i>51,18</i>	6 (2)	34 (10)	70 (20)	97 (27)	96 (27)	38 (11)	14 (4)	355 (3,1)
Sicilia <i>46,42</i>	29 (6)	61 (12)	137 (27)	153 (30)	81 (16)	37 (7)	12 (2)	511 (4,4)
Sardegna <i>50,84</i>	11 (1)	55 (7)	137 (19)	252 (34)	190 (26)	68 (9)	23 (3)	737 (6,4)
Italia <i>50,26</i>	253 (2)	966 (8)	2415 (21)	3813 (33)	2600 (22)	1158 (10)	370 (3)	11.591 (100)

Se si considera la distribuzione percentuale dei pazienti trattati per principio attivo, il farmaco più utilizzato in regime di assistenza convenzionata nel corso del 2020 è il disulfiram (57,6% del totale), seguito dall'acamprosato (26,8%) e dal naltrexone (12,1%); il 3,2% dei pazienti ha assunto nell'arco dell'anno più di un farmaco (**Figura I.26**).

Figura I.26. Distribuzione dei pazienti in trattamento per principio attivo nell'anno 2020

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 3,2 per il disulfiram e di 3,5 per l'acamprosato, con un numero medio di confezioni pari rispettivamente a 1,7 e a 1,5. 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 fino a 4, e infine il 95% fino a 11 prescrizioni di farmaco in un anno (**Tabella I.44**). Questi andamenti risultano coerenti con gli schemi posologici previsti per i due farmaci (Tabella I.27).

Nel corso del 2020 poco più di 10 mila pazienti (circa il 90% di tutti quelli che assumono farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica) 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 farmaco-terapeutica più frequentemente co-prescritta è quella dei farmaci per il sistema nervoso (il 73,8% dei casi), seguita dalla prescrizione dei farmaci degli antimicrobici per uso sistemico (il 45,8%), dai farmaci per il sistema cardiovascolare (il 44,4%), dai farmaci del sistema muscolo-scheletrico (32,3%) (**Tabella I.45**).

Tabella I.45 Numero medio di prescrizioni, quartili e 95° percentile nel 2020 per pazienti in cura per dipendenza alcolica con i due principi attivi più prescrittini nel 2020

Principio attivo	n. medio prescrizioni	n. medio confezioni	I quartile	mediana	III quartile	95°percentile
Acamprosato	3,5	1,5	1	2	4	11
Disulfiram	3,2	1,7	1	2	4	9

Nell'ambito dei farmaci del sistema nervoso, gli antidepressivi rappresentano la prima categoria farmaco-terapeutica per frequenza di prescrizione (52,8% di tutte le co-prescrizioni di tutti i farmaci per il sistema nervoso). Seguono in ordine decrescente, i farmaci antiepilettici (38,5%), gli antipsicotici (30,3%) e gli analgesici oppioidi (9,1%). 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 (Fairbanks J, et al. Mayo ClinProc. 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 (L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2020); il 17,7% di tutti pazienti in trattamento assume anche più di 10 sostanze di classi terapeutiche diverse nell'arco dello stesso anno.

Se si considera in particolare la co-prescrizione con i farmaci del sistema nervoso, si osservano differenze anche rilevanti per le diverse fasce di età, soprattutto tra i soggetti che assumono almeno 5 sostanze in co-prescrizione, dove i pazienti più anziani (>74 anni) registrano una prevalenza d'uso doppia rispetto ai pazienti più giovani. In generale, indipendentemente dall'età dei soggetti, quasi il 12% dei pazienti assume nell'arco dell'anno almeno 5 sostanze appartenenti alla categoria dei farmaci del sistema nervoso (**Tabella I.46**).

Tabella I.46 Distribuzione per categoria farmaco-terapeutica dei pazienti con una prescrizione di un farmaco per il trattamento della dipendenza alcolica e di almeno un altro farmaco nel corso del 2020 in ordine decrescente (N=10.421)

Categorie farmaco-terapeutiche		N. pazienti con una prescrizione di un farmaco per la terapia dell'alcolismo e almeno 1 altra prescrizione	% sul totale dei pazienti che hanno altre prescrizioni
N	Sistema nervoso di cui (ATC III livello):	7690	73,8
	<i>Antidepressivi</i>	5504	52,8
	<i>Antiepilettici</i>	4016	38,5
	<i>Antipsicotici</i>	3160	30,3
	<i>Analgesici oppioidi</i>	946	9,1
	<i>Antiparkinsoniani</i>	340	3,3
	<i>Antiemeticanti</i>	98	0,9
	<i>Anestetici locali</i>	54	0,5
	<i>Farmaci anti-demenza</i>	35	0,3
	<i>Psicostimolanti</i>	27	0,3
	<i>Altri analgesici ed antipiretici</i>	16	0,2
	<i>Ansiolitici</i>	12	0,1
	<i>Parasimpaticomimetici</i>	12	0,1
	<i>Farmaci usati nei disordini da assuefazione</i>	8	0,1
	<i>Ipnotici e sedativi</i>	7	0,1
	<i>Altri farmaci del sistema nervoso</i>	7	0,1
	<i>Preparati antivertigine</i>	4	0,1
J	Antimicrobici per uso sistemico	4777	45,8
C	Sistema cardiovascolare	4631	44,4
M	Sistema muscolo-scheletrico	3368	32,3
B	Sangue e organi emopoietici	2700	25,9
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	2059	19,8
R	Sistema respiratorio	1851	17,8
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	717	6,9
D	Dermatologici	266	2,6
S	Organi di senso	217	2,1
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	185	1,8
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	131	1,3
V	Vari	62	0,6

CONCLUSIONI

Come si evince dalle analisi, nel 2020 si registra, rispetto all'anno precedente, una forte riduzione del consumo dei farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica (-16,8%), che si concentra in gran parte nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche (-22,8%), a cui si associa una più marcata riduzione della spesa a carico del SSN (-17,5%), verosimilmente come risultato della riduzione degli accessi da parte dei pazienti alle strutture sanitarie pubbliche a causa dell'emergenza pandemica da COVID-19.

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

I farmaci a base di disulfiram sono acquistati in parte anche privatamente dal cittadino.

Le regioni del Nord consumano un numero maggiore di dosi di farmaco rispetto alle regioni del Centro e del Sud, ma con un corrispettivo di spesa inferiore; la Valle d'Aosta è la regione con i consumi e la spesa più elevati in Italia, pari rispettivamente a 888,8 DDD e 50 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 sono per lo più maschi con un'età media di 50 anni. I farmaci più frequentemente 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 bipolari e disturbi d'ansia.

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, Fochtmann 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.

3. I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125

Introduzione

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.

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 2020** (Le Tabelle, le Figure ed i Grafici sono riportati nella sezione **Appendice**)

Al 31.12.2020 sono stati rilevati 487 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza; l'83,2% sono di tipo territoriale (Tab. 1).

3.1 IL PERSONALE DEI SERVIZI

In totale nel 2020 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 4.887 unità di personale la maggior parte delle quali (84,2%) 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 (27,4%), per i medici (22,4%) e per gli psicologi (16,8%); la percentuale degli infermieri aumenta se si considerano solo gli addetti esclusivi (29,7%), mentre quella dei medici rimane all'incirca stabile, intorno al 23%, anche negli addetti parziali (graf. 2-3-4).

3.2 LE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELL'UTENZA

Nel 2020³ sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 64.527 soggetti (tab.3). Il 22,9% 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, tendenzialmente crescente nel tempo, negli anni più recenti si è stabilizzata sia nei nuovi utenti che in quelli già in carico e rientrati (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 le classi modali sono 40-49 anni e 50-59 anni (circa il 29% dei soggetti) per l'utenza totale; per i nuovi utenti la classe modale è 40-49 anni (28,6% dei soggetti), per gli utenti già in carico la classe 50-59 anni (31,3%). Il 74,3% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,1% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 18,7% (tab.4).

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2020 si osserva che il 13,1% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i più vecchi questa percentuale è pari al 5,2%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 37,8% per i nuovi utenti e il 51,4% 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 23,4% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 19,2% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 47,0% nei maschi e al 52,2% nelle femmine.

³E' 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.

Nel tempo si è assistito ad un tendenziale invecchiamento dell'utenza, mentre negli anni più recenti si osserva una sostanziale stabilità dell'età media degli utenti (graf.6).

3.3 I CONSUMI ALCOLICI DELL'UTENZA

Nel 2020 la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (46,3%), seguito dalla birra (29,2%), dai superalcolici (10,7%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,9%).

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.

3.4 I MODELLI DI TRATTAMENTO

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2020 il 32,0% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,7% al “*counseling*” rivolto all'utente o alla famiglia, il 3,6% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 16,6% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 3,0% degli alcolodipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 13,1% degli utenti.

Il ricovero ha riguardato il 3,2% del totale degli utenti rilevati (1,9% in istituti pubblici, 1,3% 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)..

4 LE ASSOCIAZIONI DI AUTO MUTUO AIUTO

Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali (AICAT)

L'AICAT è un'associazione di volontariato che promuove e coordina le attività delle reti territoriali dei Club Alcolologici 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.

Attività e Servizi promossi e sostenuti da AICAT e dalle ARCAT regionali socie

- **I Congressi:** AICAT promuove ogni anno il Congresso Nazionale delle famiglie e dei servitori insegnanti dei CAT ed il Congresso di Spiritualità antropologica e di Ecologia sociale ad Assisi.
- **Forum nazionali di EEC:** AICAT organizza ogni anno 2 Forum EEC (Educazione Ecologica Continua) uno a marzo e l'altro a novembre con l'obiettivo di promuovere il confronto e la formazione rispetto alla metodologia.
- Nelle varie regioni sono sviluppati n. 30 **Corsi di sensibilizzazione** (di 50 ore) **sull'approccio ecologico sociale ai problemi alcol correlati (Metodo Hudolin).**
- N. 10 **corsi monotematici e seminari di approfondimento di tematiche specifiche.**
- N. 50 **aggiornamenti territoriali per i servitori insegnanti.**

- N. 500 **scuole alcolologiche** di primo e secondo modulo rivolte alle famiglie e ai CAT.
- Numerose **scuole alcolologiche** di terzo modulo, eventi ed iniziative di informazione e sensibilizzazione della Comunità.
- N. 150 **interclub** provinciali e regionali rivolti alla Comunità.
- Numerosi **eventi di informazione e sensibilizzazione** realizzati in collaborazione con il mondo scolastico.
- La **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 Alcolologia).
- Forum Nazionale 3° Settore
- CNV Centro Nazionale del Volontariato
- Rivista dei Club “Camminando Insieme”
- WACAT (Associazione Mondiale dei CAT)
- EURO CARE (network europeo per lo Studio e la Ricerca e l'Advocacy sull'alcol).
- La “Scuola Europea di Psichiatria ed Alcolologia 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.

Le ACAT e la diffusione dei Club in Italia

Considerata la varietà delle situazioni locali e le difficoltà organizzative di alcuni territori, non è facile avere un numero sempre preciso e aggiornato delle ACAT e dei Club. In generale su tutto il territorio nazionale si contano circa 250 ACAT e 2000 Club.

In generale negli anni le Associazioni hanno sviluppato e consolidato il lavoro di rete con le Organizzazioni, gli Enti locali e altre Associazioni del territorio. Più faticosa, discontinua e critica è

risultata, invece, la collaborazione con i servizi sanitari e socio-sanitari, diventando nel tempo insufficiente in molte zone del territorio nazionale.

Questo elemento ha sicuramente influito sulla diminuzione del numero dei Club che si è osservata a partire dal 2001, passando da un Club ogni 25.000 abitanti circa nell'anno 2005, ad un Club ogni 30.000 abitanti nel 2015. Negli ultimi anni, grazie all'impegno delle ACAT e delle ARCAT, il numero dei Club sembra essersi stabilizzato nel Nord e Centro Italia. Si è lavorato molto, inoltre, per implementare i programmi nelle regioni del Sud e delle isole, grazie anche ad uno specifico e recente progetto finanziato dalla Fondazione con il Sud ("Sobrietà insieme nelle reti della salute"). Nelle regioni Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna e Sicilia si è osservato un aumento medio del numero di Club del 15-20%.

Criticità legate all'emergenza COVID

A partire dal marzo 2020 anche i programmi dei Club e delle reti associative hanno drasticamente subito le conseguenze del lockdown, dovendo necessariamente sospendere tutte le ordinarie attività, dagli incontri settimanali dei Club, a tutte le iniziative formative e di sensibilizzazione della comunità dove l'incontro in presenza, la vicinanza sociale e umana fatta di ascolto, scambio di emozioni e anche abbracci, costituiscono un valore portante.

Dopo un primo momento di disorientamento ed incertezza, per far fronte ai crescenti bisogni delle persone e delle famiglie partecipanti ai percorsi e programmi dei Club, i vari livelli associativi si sono impegnati per supplire alle carenze e alle difficoltà create da questa particolare situazione emergenziale, cercando di sviluppare quelle attività alternative possibili e consentite, nel rispetto delle normative. Sono state introdotte modalità digitali, stimolando una parte di popolazione non così regolarmente abituata ad utilizzarle, introducendo incontri online attraverso vari social e piattaforme, per poter permettere al sistema dei Club di stare in relazione e di continuare a sviluppare momenti di stimolo e riflessione individuale, familiare e comunitaria.

Una buona parte di Club ha risposto in maniera positiva, introducendo queste nuove modalità di incontro, ma c'è stata anche una percentuale (circa 15-20%) che non è riuscita a farlo e non si è più incontrata. Questo rappresenta un'importante criticità che l'AICAT e le varie associazioni dovranno affrontare nel momento della ripresa della piena vita sociale.

A partire dal mese di aprile 2020, dedicato alla prevenzione alcolologica, l'AICAT ha promosso anche iniziative nazionali a distanza, di sensibilizzazione ed educazione continua che sono tutt'oggi in corso: dalla giornata nazionale dei Club, al Congresso di Assisi, ad alcuni Interclub e seminari regionali, oltre a tutti quegli incontri di coordinamento dei vari livelli associativi.

Da giugno 2020, una parte significativa di Club (circa il 40%) ha ricominciato ad incontrarsi in presenza, laddove era possibile rispettare le norme di sicurezza e dove le sedi erano disponibili. Da novembre 2020, con le nuove restrizioni, i Club in presenza sono invece rimasti il 15-20%.

Progetto di ricerca MOCA in collaborazione con L'Istituto Superiore di Sanità

Dall'anno 2017 l'AICAT ha avviato un progetto pilota di ricerca qualitativa e quantitativa (*MOCA - MOnitoraggio dei Club Alcolologici Territoriali*) con l'Istituto Superiore di Sanità, per valutare l'efficacia dell'intervento dei Club e dell'approccio ecologico sociale, nelle sue valenze di cambiamento comportamentale e culturale e nella sua capacità di sviluppare bene sociale e promuovere salute.

Tra la fine del 2019 e gli inizi del 2020, è terminato il lavoro di rilevazione ed inserimento dei dati raccolti attraverso specifici questionari creati ad hoc dall'AICAT, in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale Alcol (Prof. Emanuele Scafato e D.ssa Silvia Ghirini).

Malgrado i rallentamenti legati alla pandemia e al lockdown, il lavoro di ricerca è proseguito, riuscendo ad oggi ad avere una prima analisi preliminare.

Sono state raccolte informazioni su 2.617 persone che hanno frequentato i Club tra il 1 maggio 2019 e l'8 novembre 2019. Tra questi gli uomini sono 1.341 (51,2%), le donne 1.226 (46,8%) mentre 50 persone (1,9%) non hanno risposto alla domanda sul genere. Tra i partecipanti alla ricerca l'inizio della frequenza al Club come famiglia va da maggio 1965 a ottobre del 2019 (non ha risposto il 9,8%) e come Servitori-Insegnanti da novembre 1983 a giugno del 2019 (non ha risposto il 88,9%).

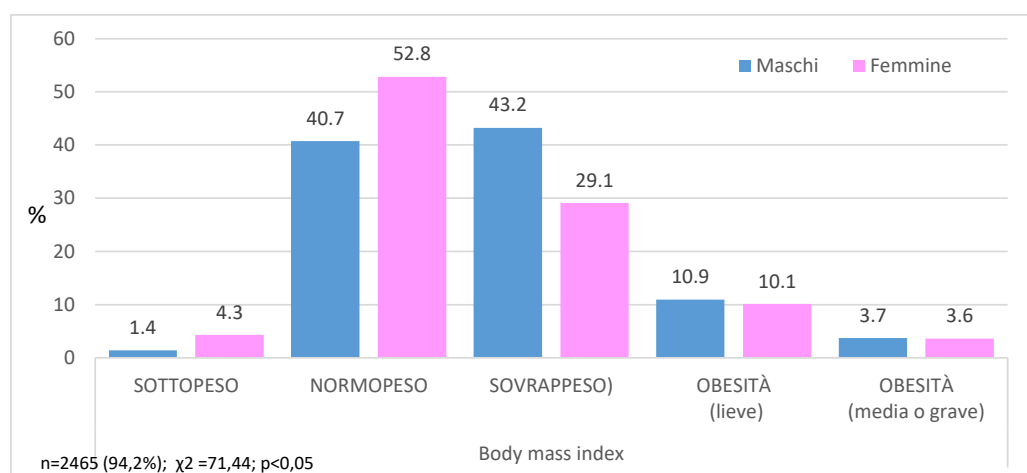
L'età media dei partecipanti è di 58 anni ($M=58,8\pm11,9$; $F=57,8\pm12,4$; $p=0,75$). Nel 98% dei casi la cittadinanza è italiana.

Il peso medio degli uomini è di 79,0 kg ($\pm 13,87$) e delle donne di 65,3 kg ($\pm12,4$; $p<0,05$).

L'altezza media degli uomini è di 173,5 cm ($\pm9,14$) e delle donne di 162,2 cm ($\pm7,45$; $p<0,05$).

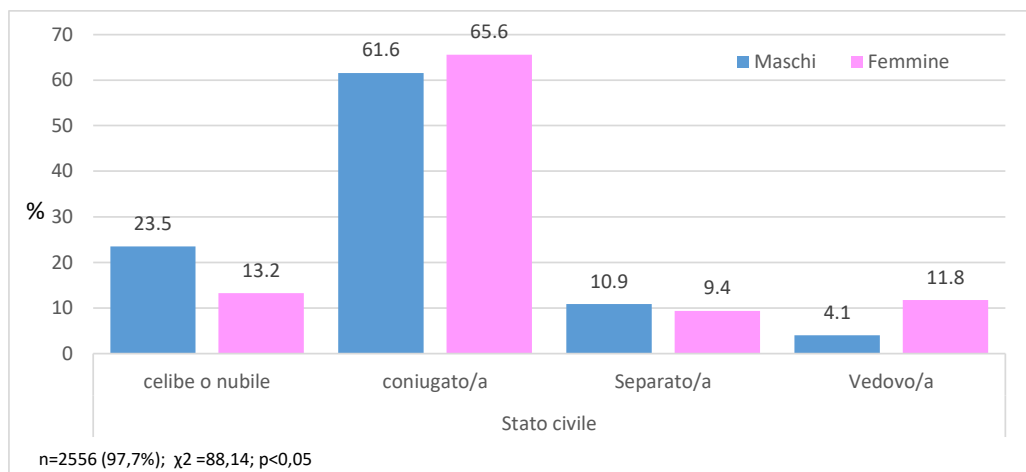
Il 57,8% degli uomini e il 42,8% delle donne sono in sovrappeso o obesi ($p<0,05$; Figura I.27).

Figura I.27 Distribuzione del campione per categorie di indice di massa corporea (body mass index, BMI), per genere.



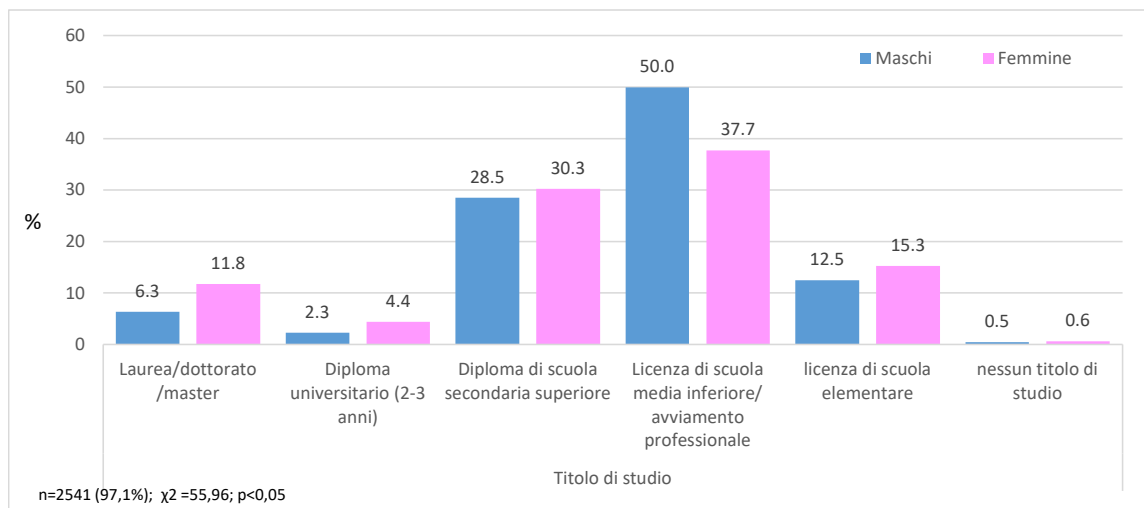
Rispetto allo stato civile il 61,1% degli uomini e il 65,6% delle donne al momento della rilevazione risulta coniugato. I liberi sono il 23,5% degli uomini e il 13,2% delle donne, mentre i vedovi sono il 4,1% degli uomini e l'11,8% delle donne (Figura I.28).

Figura I.28 Distribuzione del campione per stato civile per genere



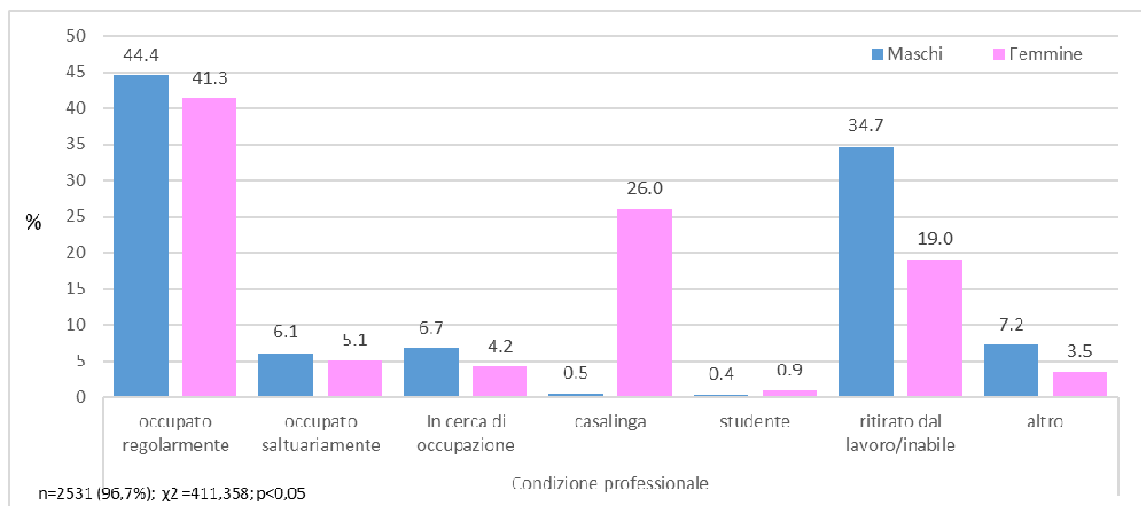
Per quanto riguarda il titolo di studio il 63% degli uomini e il 53,6% delle donne non ha conseguito il diploma di scuola secondaria superiore. I laureati (Laurea/dottorato/Master o diploma universitario) sono l'8,6% degli uomini e il 16,2% delle donne (Figura I.29).

Figura I.29 Distribuzione del campione per titolo di studio e per genere



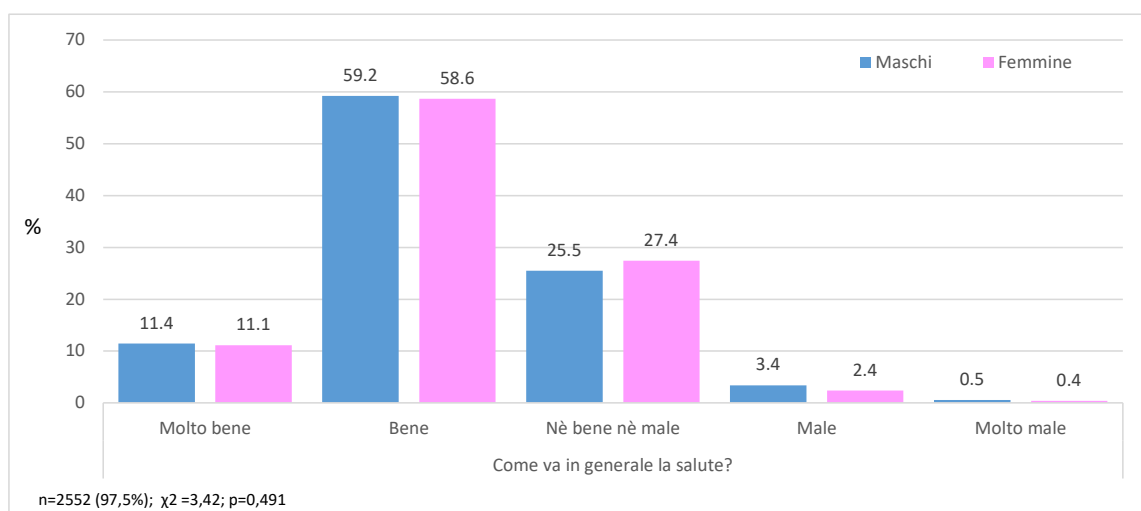
Quasi la metà dei partecipanti è occupata stabilmente (M=44,4%; F=41,3%). La percentuale di chi è in pensione o risulta inabile al lavoro è maggiore tra gli uomini (34,7%) rispetto alle donne (19,0%). Oltre una donna su quattro (26%) è casalinga (Figura I.30).

Figura I.30 Condizione professionale per genere



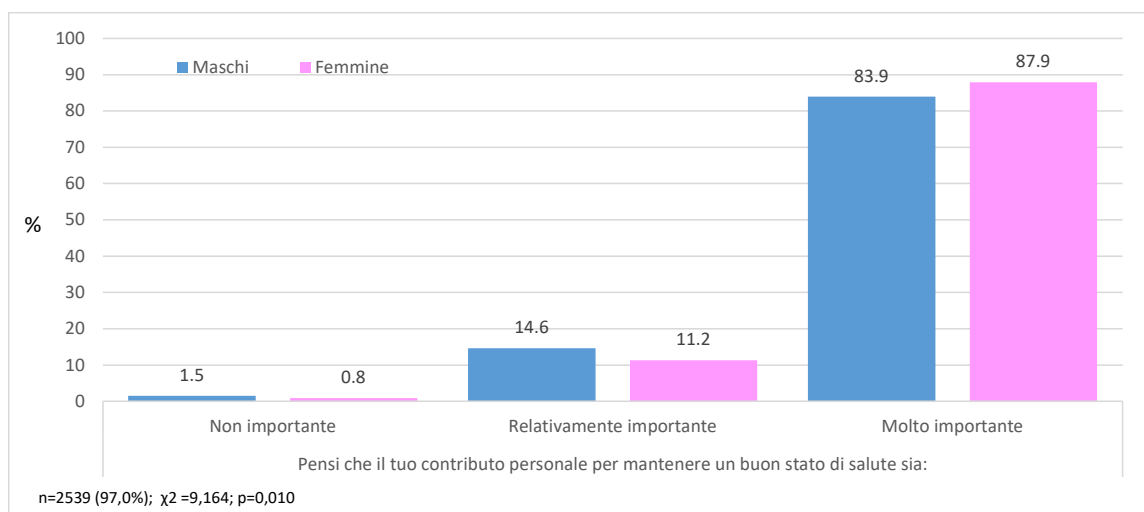
Non si rilevano differenze di genere statisticamente significative in relazione alla percezione del proprio stato di salute ($p=0,491$). Oltre la metà dei partecipanti ha dichiarato di sentirsi “bene” (M=59,2%; F=58,6%) e solo il 3,9% degli uomini e il 2,8% delle donne ha dichiarato di sentirsi “Male” o “Molto male” (Figura I.31).

Figura I.31 Distribuzione del campione della percezione della salute per genere



La maggior parte dei partecipanti ha dichiarato di considerare “Molto importante” il proprio contributo al mantenimento di un buono stato di salute, soprattutto tra le donne (87,9% vs 83,9%); solo l'1,5% degli uomini e lo 0,8% delle donne pensano che il contributo personale non sia importante (Figura I.32).

Figura I.32 Distribuzione del campione per contributo personale al mantenimento di un buon stato di salute per genere



I consumatori sono il 49,3% del totale dei partecipanti, il 70,7% degli uomini e il 26,8% delle donne. I familiari sono il 37,7%, il 19,7% degli uomini e il 58,2% delle donne. I servitori insegnanti sono il 9,6%, il 6,7% degli uomini e il 13,0% delle donne (Figura I.33 e Tabella).

Figura I.33 Motivazione della frequentazione del Club

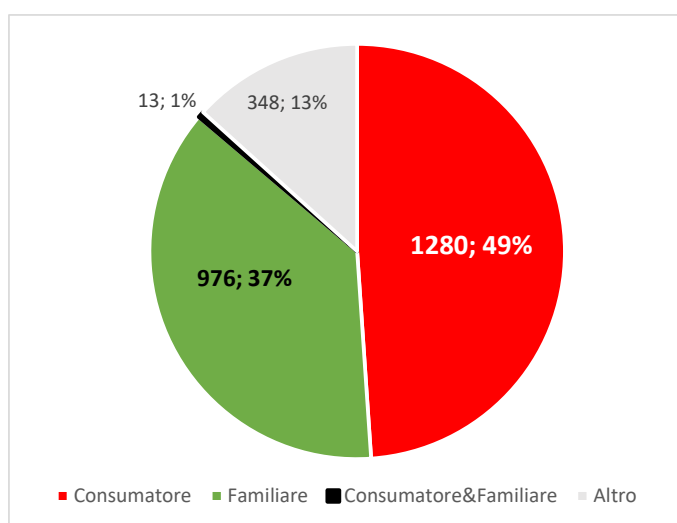


Tabella Motivazione della frequentazione del Club per genere

Frequenti il club come:	Totale		Maschi		Femmine	
	n.	%	n.	%	n.	%
Consumatore	1276	49,3	948	70,7	328	26,8
Familiare	975	37,7	262	19,5	713	58,2
Amico	29	1,1	18	1,3	11	0,9
Familiare solidale	48	1,9	18	1,3	30	2,4
servitore insegnante	249	9,6	90	6,7	159	13,0
Altro	10	0,7	10	0,7	2	0,2

La ricerca qualitativa e quantitativa nel suo complesso sarà presentata per la conferenza Nazionale Alcol, prevista per novembre-dicembre 2021.

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.

ALCOLISTI ANONIMI

Alcolisti Anonimi (AA) è una associazione di auto aiuto, iscritta in Italia nell' albo delle APS, in cui le persone con problemi di alcolismo si incontrano in forma anonima e mettono in comune la loro esperienza e capacità di aiuto, con il fine di risolvere il comune problema di alcolismo. L'unico requisito per divenire membri dell'associazione è desiderare di smettere di bere, l'associazione si sostiene in modo completamente autonomo con i contributi dei propri membri, non aderisce ad alcuna confessione, idea politica o altra organizzazione ed i suoi membri operano esclusivamente con lo scopo di rimanere sobri ed aiutare altri alcolisti a raggiungere la sobrietà. L'anonimato è uno degli elementi basilari del recupero, ma esso riguarda solo i singoli membri e non l'associazione che al contrario opera apertamente nella società tramite i suoi organi di servizio. L'anonimato ha avuto e continua ad avere una finalità difensiva rispetto ai pregiudizi e allo stigma sociale spesso riservato agli alcolisti; tuttavia la sua funzione principale è quella di garantire una completa uguaglianza fra tutti i membri del gruppo, al di là delle differenze sociali, culturali, economiche e di storia personale; attraverso l'anonimato è più facile accettare e considerare tutti i membri del gruppo allo stesso modo senza giudicare o escludere nessuno. Esso è ispirato dall'umiltà che dovrebbe caratterizzare il cambiamento dei membri dell'associazione e dal desiderio di non apparire come singole personalità ma di essere accomunati nel medesimo percorso di recupero senza distinzioni di stato sociale, di cultura, di età, di sesso, di credo religioso. Ecco perché i membri di A.A. hanno liberamente scelto di non rivelare la propria identità a livello pubblico, e cioè in radio, in televisione, nei filmati e negli articoli di stampa.

Il recupero è strettamente legato al servizio che gli alcolisti anonimi compiono volontariamente e gratuitamente e che ha un solo scopo: portare il messaggio agli alcolisti ancora nel problema. Ogni A.A. per mantenere la sua sobrietà cerca di raggiungere coloro che non riescono a smettere di bere; non si sente investito di alcuna autorità e non si ritiene un terapeuta: è un alcolista che parla a un altro alcolista mettendogli a disposizione la propria esperienza e quanto ha appreso attraverso il Programma.

In Italia l'associazione A.A è attiva dal 1972 e attualmente consta di circa 452 gruppi presenti su tutto il territorio nazionale soprattutto nel centro nord, in alcune città la presenza risulta abbastanza capillare. Ha rapporti e contatti con tutte le principali agenzie del territorio, offrendo la propria collaborazione a trasmettere il messaggio per il recupero dell'alcolista. Costituendo un riferimento consueto all'interno della rete alcologica nazionale. I giovani e le donne sono in costante aumento. Come è risaputo, gli scogli dell'alcolista sono da un canto quello di riuscire ad interrompere l'assunzione di alcolici e dall'altro quello di scongiurare le ricadute, che d'un sol colpo possono vanificare il lavoro fatto. Il passaggio da una precaria astinenza a una stabile sobrietà avviene se si accompagna alla rottura dei vecchi schemi comportamentali un radicale mutamento interiore. Ovviamente è difficile che ciò possa accadere in tempi brevi e senza aiuto, perciò occorre un intervento costante, una motivazione alimentata di continuo e un sostegno esterno efficace. E' soprattutto in questa fase che il Gruppo A.A. può rivelarsi uno strumento prezioso: partecipare regolarmente alle riunioni, praticando uno specifico Programma di recupero volto al cambiamento dello stile di vita, consente all'alcolista anonimo di rafforzare progressivamente la sua sobrietà trovando valori nuovi e stimoli propositivi da sostituire a quelli tipici dell'alcolista ancora nel problema.

Le riunioni di gruppo sono mediamente partecipate da circa 12 membri. Soltanto il 20% effettua riunioni con cadenza di tre giorni a settimana. La maggior parte dei Gruppi si riunisce con una

cadenza compresa tra due a un giorno a settimana. Circa il 15% effettua delle riunioni aperte con cadenza mensile. Alcolisti Anonimi si propone un unico scopo: la sobrietà e il recupero stabile dei propri membri attraverso il Programma e la trasmissione del Messaggio. L'Associazione ha stabilito di perseguire questo scopo nel Gruppo e attraverso il Gruppo ed ha individuato come modalità per farlo in concreto tramite le riunioni "aperte" e le riunioni "chiuse" del Gruppo. In una riunione aperta, come in una riunione chiusa, un Gruppo persegue la sobrietà e il recupero stabile dei propri membri attraverso il Programma, e al tempo stesso favorisce le relazioni con il mondo esterno. Un Gruppo pertanto tiene una riunione aperta perché è uno strumento di recupero (scopo di A.A. nel Gruppo) e perché contemporaneamente trasmette il Messaggio a persone non appartenenti all'Associazione (scopo di A.A. attraverso il Gruppo).

L'approccio con A.A. è stato mediato da una conoscenza attraverso familiari e amici, altri alcolisti, professionisti, servizi, operatori socio-sanitari o media. Nel complesso l'informazione è arrivata in grande maggioranza attraverso i primi tre canali su indicati. Interessante risulta la quota di persone che si sono affidate a internet negli ultimi anni, che ha portato alla frequenza un numero di persone crescenti.

Area di maggior miglioramento rimane sempre la famiglia, fulcro che focalizza sia aspetti negativi che positivi nelle storie di vita degli appartenenti ad A.A. Seguono a maggior distanza anche tutti gli altri settori della vita. Circa il 50% dei Gruppi di A.A. risulta non intrattenere rapporti con i Comuni e scarsa risulta la collaborazione con ACAT.

Le attività esterne svolte dai Gruppi riguardano principalmente le collaborazioni con Sert o servizi analoghi, con Ospedali, con Comunità di recupero, attività di informazione in ambito scolastico. Mentre risultano limitate o assenti le collaborazioni con Cliniche private, Istituti di pena, con giornalisti. Poca collaborazione nelle attività di formazione in ambito universitario, nella attività di informazione Radio – Televisiva e nei convegni Comunali e/o Regionali.

TABELLA RIEPILOGATIVA DELLE ATTIVITA' ESTERNE SVOLTE DAGLI ALCOLISTI ANONIMI

COLLABORAZIONE AREA/REGIONE: BUONA

TOTALE NUMERO GRUPPI: 452

- N 1 RIUNIONI/SETTIMANA: 149
- N 2 RIUNIONI/SETTIMANA: 193
- N 3 RIUNIONI/SETTIMANA: 100
- N 4 RIUNIONI/SETTIMANA: 3
- PIU DI 4: 7
-

NUMERO MEDIO PARTECIPANTI PER RIUNIONE: N. 12

NUMERO GRUPPI IN LINGUA ESTERA: N. 7

GRUPPI CON RIUNIONI APERTE: N. 71

COLLABORAZIONE CON ALTRE ASSOCIAZIONI 12 PASSI: SI

QUALI? Al –anon; Alateen; NA Narcotici Anonimi; OA Mangiatori Compulsivi Anonimi; ACOA; CODA Codipendenti Anonimi; EA Emotivi Anonimi; GA Giocatori Anonimi; Gam-Anon; NicA Nicotina Anonimi

COLLABORAZIONE CON ACAT: SCARSA

COLLABORAZIONE CON ALTRE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO SI (CARITAS-CEIS - VARIE REALTA' LOCALI)

RAPPORTI COMUNI/GRUPPI:

- BUONI N. 170
- ASSENTI N. 196
- SOLO FORMALI N. 86

LE ATTIVITA' ESTERNE SVOLTE DAI GRUPPI RIGUARDANO PRINCIPALMENTE LE SEGUENTI SOTTO CATEGORIE:

- COLLABORAZIONI CON SERT O SERVIZI ANALOGHI
- COLLABORAZIONI CON OSPEDALI
- COLLABORAZIONI CON COMUNITA' DI RECUPERO
- COLLABORAZIONI CON PARROCCHIE E ALTRE ISTITUZIONI RELIGIOSE
- ATTIVITA' DI INFORMAZIONE SOCIO-SANITARIO
- ATTIVITA' DI INFORMAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO

MENTRE LIMITATE RISULTANO LE COLLABORAZIONI CON LE SEGUENTI SOTTO CATEGORIE:

- COLLABORAZIONI CON CLINICHE PRIVATE
- COLLABORAZIONI CON ISTITUTI DI PENA
- COLLABORAZIONI CON GIORNALISTI
- ATTIVITA' DI FORMAZIONE IN AMBITO UNIVERSITARIO
- ATTIVITA' DI FORMAZIONE IN ALTRI AMBITI ISTITUZIONALI
- ATTIVITA' DI INFORMAZIONE RADIO-TELEVISIVA
- INTERVENTI ORALI A CONVEGNI-RIUNIONI COMUNALI O REGIONALI

Al-Anon e Alateen

Al-Anon è una associazione di auto-mutuo aiuto che opera con la finalità di **aiutare le famiglie di alcolisti** a recuperare dagli effetti negativi procurati dal problema di alcolismo di un familiare o di un amico. L'unica condizione richiesta per far parte della Associazione è di avere un parente o un amico che ha problemi con l'alcol. Chiunque si renda conto che la propria vita è stata condizionata dal rapporto con un alcolista può diventare membro di Al-Anon. Al-Anon opera in maniera indipendente e senza alcuna affiliazione con altre organizzazioni. Il programma di recupero è adattato da Alcolisti Anonimi e si basa sullo stesso percorso dei "Dodici Passi" che costituisce il nucleo fondamentale del programma di A.A.. L'anonimato ne è un aspetto fondamentale; nei gruppi i membri usano solamente il nome di battesimo e tutto quello che si dice nelle riunioni è considerato rigorosamente confidenziale. Le persone sono incoraggiate a darsi reciproco sostegno e a comunicare tra di loro anche al di fuori del funzionamento dei gruppi. Nelle riunioni i membri del gruppo a turno svolgono il ruolo di conduttori. Altro strumento di recupero utilizzato dalla associazione è la produzione, diffusione e lettura di letteratura specifica che riflette la filosofia del programma, anche scritta dagli stessi membri dei gruppi.

Alateen è lo specifico programma di **recupero per gli adolescenti di Al-Anon**, di cui costituisce parte integrante. Ogni gruppo Alateen fa riferimento a un membro adulto di Al-Anon, che funge da sponsor e guida attiva del gruppo verso la conoscenza dei dodici passi e delle altre regole previste dal programma. I giovani di Alateen possono anche scegliere uno sponsor personale tra i membri di un gruppo Al-Anon o Alateen. Al-Anon e Alateen tengono riunioni chiuse riservate esclusivamente ai propri membri ma anche un certo numero di riunioni aperte a chiunque sia interessato ai problemi relativi all'alcol.

CONSIDERAZIONI E CRITICITA' rilevate da Alcolisti Anonimi**Rapporti di collaborazione coi servizi alcolologici**

Dall'esame delle ultime due relazioni ministeriali del 2016 e 2017, esiste una evidente discrepanza tra i dati riguardanti i rapporti collaborativi con servizi sanitari pubblici e privati (354 gruppi su 450) e lo scarso numero di alcolisti che ha saputo dell'esistenza di A.A. da operatori sanitari (circa 30% compresi i MMG); analogamente nella relazione del 2016 i servizi di alcologia affermano che hanno istituito rapporti di collaborazione coi CAT (50%), con AA (38,7%) o con altri gruppi di aiuto (13,1), ma che solo il 5% degli utenti è stato inserito nei gruppi di auto-mutuo-aiuto.

Ciò farebbe ipotizzare che la collaborazione tra A.A. e servizi sanitari sia più formale che effettiva, anche se la letteratura medica, specie anglosassone, sottolinea ampiamente l'utilità di A.A. nel trattamento dell'alcolismo sia su pazienti ricoverati sia su quelli trattati ambulatorialmente, e questo sia nel caso di un'azione unicamente svolta presso gli A.A. sia in associazione con farmaci e psicoterapie. Anche nel "Libro italiano di alcologia" (a cura di Allamani A.) si sottolinea positivamente l'esperienza italiana di trattamenti integrati in cui A.A. gioca un ruolo importante sia nella fase "di disintossicazione" (con presenza di gruppi in reparti ospedalieri o in ambulatori) sia dopo la dimissione.

Cosa può impedire un maggiore utilizzo di A.A. da parte dei servizi sanitari?

Non certo la legislazione; infatti sia nella legge di Riforma Sanitaria (833/1978) sia quella sulle Politiche Sociali (383/2000), sia in numerose leggi regionali riguardanti l'integrazione tra servizi sanitari e sociali si incentiva la collaborazione tra servizi pubblici e privati e Terzo Settore. *Tuttavia la previsione legislativa non basta; è necessaria una integrazione organizzativa ed una integrazione professionale.*

- A) L'integrazione organizzativa è attualmente molto carente ed è affidata alla sensibilità ed alla conoscenza di singoli operatori che hanno approfondito lo studio della metodologia dei 12 passi per applicarla successivamente alla loro pratica professionale; sarebbe invece necessario che A.A. facesse parte integrante del Capitale Sociale di un territorio, di una comunità in una rete i cui nodi sono fatti sia da Enti del Terzo Settore sia da servizi pubblici e privati; in questo modo non solo si offre ai professionisti un appiglio più valido per utilizzare AA ma a quella comunità una ulteriore possibilità di intervenire per affrontare tutte quelle problematiche sociali, familiari, economiche, legislative legate all'alcolismo. L'utilità di queste reti è anche promossa dalla OMS che nel 2017, in occasione del suo congresso mondiale, ha sottolineato che questo tipo di organizzazione è valido per affrontare le malattie croniche in una ottica bio-psico-sociale. Naturalmente i Comuni svolgono un ruolo di primo piano nello sviluppo del Capitale Sociale di un territorio come è anche affermato da ANCI (2017).
- B) L'integrazione professionale è più difficile da realizzare dato che bisognerebbe conciliare le conoscenze tecniche dei professionisti con quelle esperienziali di A.A.; tuttavia alcune Aree di A.A. hanno avuto rapporti diretti o indiretti tramite gli uffici regionali con le Facoltà di Medicina o Psicologia; inoltre membri di A.A. sono sempre disponibili a collaborare ad iniziative di pubblica informazione in cui vengono illustrate le proprie esperienze di

recupero; si sono così realizzate alcune occasioni di “*best practice*” ma si è ancora lontani da un impegno diffuso a costruire collaborazioni.

Tra i vari fattori che ostacolano una collaborazione tra servizi istituzionali e A.A. si possono citare i seguenti.

- 1) Timore che nei gruppi si possa interferire con gli indirizzi diagnostico-terapeutici dei servizi sanitari; questo è contrario alla 6° e 10° Tradizione: A.A. si occupa di alcolisti unicamente attraverso le testimonianze di chi ha smesso il *potus* o di chi tenta di interromperlo. In particolare si deve sottolineare che A.A. non esegue psicoterapie né svolge attività di assistenza sociale, economica, matrimoniale, legale, ecc.
- 2) Rigidità. L'unità operativa di A.A. è il gruppo che è autonomo ma non anarchico facendo assegnamento sulle 12 Tradizioni e sui 12 Concetti; inoltre i gruppi devono usare una letteratura approvata dai Servizi Generali Mondiali, della cui traduzione è garante il Consiglio dei Servizi generali di AA-Italia. Questo spiega una rigidità del comportamento dei gruppi, ma è garanzia per i professionisti della uniformità dell'intervento. Gli operatori sanitari vengono a contatto soprattutto coi gruppi, ma dovrebbero sapere che questi sono sostenuti da una organizzazione su scala mondiale. E' quindi necessario illustrare agli operatori sanitari non solo le modalità di recupero messe in opera dai gruppi, ma chiarire l'organizzazione di A.A. su scala nazionale e mondiale.
- 3) I protocolli di intesa o collaborazione sono uno strumento che molti professionisti desidererebbero utilizzare con maggior frequenza; alcuni protocolli stilati in sede regionale non pervengono ai servizi sanitari o sociali periferici. Inoltre alcuni SerD affermano di avere più facili rapporti coi gruppi locali. Sarebbe quindi auspicabile che le intese regionali impegnassero la Regione a comunicare meglio i contenuti del protocollo e favorissero la collaborazione dei servizi sanitari e sociali periferici nella creazione di quelle reti di sostegno comunali che permettono di aumentare l'efficienza ed efficacia dei progetti fatti a favore delle persone con problemi alcol-correlati.

5. ATTUALITA' E PROSPETTIVE FUTURE

La Legge N. 125 del 30.3.2001 “Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati” ha un corpo normativo che, seppur non perfetto e ancora da attuare in molte parti, ha introdotto concetti e pratiche innovative nella gestione e nella prevenzione dei problemi alcol correlati. La modifica del Titolo V della Costituzione (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3) subentrata poco dopo la Legge 125/2001 ha rimodulato la competenza legislativa e amministrativa tra Stato e Regioni, in alcuni ambiti ciò ha comportato una situazione di *impasse*.

Si avverte la necessità di realizzare Linee di indirizzo per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze, con particolare riguardo ai disturbi da uso di alcol, che siano aggiornate ed uniformi sul territorio nazionale affinché sia garantito il principio di equità.

L'art. 5 della Legge 125/2001 prescrive l'inserimento delle conoscenze di base della materia dell'alcolologia in tutte le professioni che a vario titolo vengono a contatto con persone con problemi di alcol. In particolare la formazione alcolologica di base nei corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, delle professioni sanitarie, Psicologiche e Scienze del Servizio sociale. Ma anche un potenziamento della formazione post-laurea della medicina delle dipendenze e dei Disturbi da Uso di Alcol (DUA) soprattutto dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

Dai dati che annualmente vengono rilevati e riportati nella Relazione al Parlamento, risulta che la presa in carico presso i Servizi per l'Alcolologia/Dipendenze delle persone con Disturbo da Uso di Alcol (DUA) è percentuale molto inferiore rispetto all'esistente. Ne deriva la considerazione che una gran parte di persone con problematiche alcol correlate non si rivolge ai Servizi specifici sul territorio, spesso non viene neppure intercettata e quindi inviata ad essi. In altri casi, tali pazienti giungono ai Servizi in una fase già avanzata delle problematiche correlate all'alcol. Risulta pertanto necessario lavorare sull'identificazione precoce e la presa in carico (early detection). Risulta essenziale il ruolo del MMG e del PLS, del Medico Competente nei luoghi di lavoro, attraverso lo strumento già individuato dai LEA dello screening “Identificazione precoce dei soggetti a rischio e intervento breve”. Ne consegue la necessità di poter attivare corsi di formazione ECM sull'IP-IB.

E' essenziale potenziare l'intercettazione dei Soggetti con Disturbo da Uso di Alcol alla guida di autoveicoli. Definire in modo univoco il ruolo dell'alcolologo nelle Commissioni Medico Legali per violazioni art. 186 e 186bis del CdS e l'invio al SerD/Servizio di alcolologia. Nonché l'incentivazione di Percorsi Info-educativi strutturati e rispondenti a criteri di evidence based uniformi sul territorio nazionale.

Altrettanto importante è l'aggancio in Pronto Soccorso delle persone che giungono in ospedale per problematiche correlate all'alcol in fase acuta, diventa essenziale in questi casi la promozione e la diffusione delle collaborazioni tra Ospedale (Pronto Soccorso e ambulatori intraospedalieri) e Territorio (Ser.D/Centri Alcolologici).

Essenziale sarebbe riconsiderare e rilanciare i Servizi per le Dipendenze favorendone la de stigmatizzazione e, inoltre riservare un'ulteriore attenzione all'attività assistenziale rivolta ai familiari, condizione imprescindibile per l'aggancio e la cura della persona.

Riconoscere e valorizzare il ruolo determinante dell'associazionismo, auto-aiuto (Alcolisti Anonimi, Alanon), e del volontariato nei percorsi di destigmatizzazione, reintegro nella comunità,

recupero delle abilità di relazione, sostegno al cambiamento e ai percorsi di cura. Magari definendo un sistema di collaborazioni tra i Servizi di alcologia/dipendenze ed il terzo settore (Associazioni, volontariato, privato sociale).

La Comunicazione in ambito alcologico rappresenta una criticità poiché non vi sono riferimenti univoci ed evidence based condivisi e disciplinati. Così come la terminologia utilizzata è in continua evoluzione e aggiornamento e non è spesso recepita in modo adeguato neppure da Istituzioni Pubbliche e dai Media. Ciò genera confusione e, a volte, effetti contrari. Certamente occorre incentivare la formazione degli addetti alla Comunicazione sulle strategie comunicative evidence based riguardanti la prevenzione da uso di alcol.

Una particolare attenzione va rivolta ai giovani ed al fenomeno del “binge drinking” che negli ultimi anni caratterizza una delle abitudini più comuni nei fine settimana. Certamente la collaborazione con la Federazione Italiana Pubblici Esercizi (FIPE) può dare buoni risultati per contrastare le condotte rischiose e dannose alla salute causate dal consumo improprio di bevande alcoliche, con particolare riguardo ai minori.

Un'altra questione che merita attenzione è quella riguardante le lacunose e diversificate informazioni sugli incidenti stradali causati da soggetti in stato di alterazione psico-fisica a seguito dell'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, tra cui l'alcol. Si riscontra, infatti, una difficoltà nel disporre di dati esaustivi a livello nazionale. Attualmente l'ISTAT raccoglie, mediante la rilevazione corrente, le informazioni puntuali sulle circostanze di incidente, attribuibili ai conducenti coinvolti, inclusa la guida in stato di ebbrezza alcolica. Seppure la fonte di dati sia un valido supporto alle analisi, non sempre appare esaustiva, se confrontata con altre ricerche nazionali e internazionali. Per arricchire il set di dati sulle cause di incidente e colmare in parte le lacune informative, da qualche anno, l'ISTAT elabora dati aggiuntivi e aggregati sulle violazioni agli articoli del Codice della strada contestate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie Locali dei comuni capoluogo, tra cui le violazioni all'Art. 186 (guida in stato di ebbrezza alcolica) e 187 (guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti) in occasione di incidente stradale. Resta evidente la criticità della mancanza di un'unica Banca Dati alla quale possano afferire tutte le informazioni raccolte dalle diverse fonti ufficiali con le relative informazioni di dettaglio dei singoli casi.

Valorizzare la peculiarità e la specificità degli interventi in alcologia, sottolineando la natura complessa, diffusa, capillare, territoriale e multiprofessionale degli interventi alcologici, natura che richiede una particolare attenzione ai percorsi di congiunzione tra i nodi della rete, sia nell'area della prevenzione e della promozione del benessere (vedi progetti scuola e giovani) sia nell'area della cura (strutturazione dell'attività assistenziale territoriale in una cornice distinta dalla salute mentale ma integrata con le aree internistiche, delle cure primarie, della psichiatria con ulteriore certezza di accesso ad unità ospedaliere con competenze trasversali dedicate alla disassuefazione ed alla riabilitazione breve).

Costituire un sistema di rete che ponga in un continuum gli interventi di prevenzione con gli interventi clinici e socio-sanitari al fine di identificare precocemente e correggere il rischio anche alcologico nella popolazione giovanile. Potenziare le reti di comunità per la costruzione di coalizioni locali (*Communities that care*). Implementare reti formali per l'assistenza a persone

vulnerabili, in condizioni di cronicità e precarietà, con progettualità condivise tra sistema sanitario, comuni, terzo settore. Definizione di percorsi riabilitativi specifici residenziali e semiresidenziali, anche nell'ambito delle comunità terapeutiche accreditate per pazienti con Disturbi da Uso di Alcol/Alcoldipendenti.

PARTE SECONDA

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

6.1. 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 morbidità alcol correlate nel nostro Paese. In esso la riduzione dei danni causati dall'alcol, secondo gli orientamenti adottati nei più recenti Piani Sanitari Nazionali, viene riconosciuta come un importante obiettivo di salute pubblica e viene ribadita la necessità di politiche e azioni finalizzate ad attivare una corretta informazione e prevenzione, in grado di evidenziare gli aspetti di rischio legati all'abuso di alcol. Il PNAS contiene ed estende i principi e gli obiettivi indicati negli atti di indirizzo predisposti ed approvati in ambito comunitario e nella strategia europea dell'OMS.

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

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

1. Informazione /educazione

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

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

2. Bere e guida

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

Azioni: collaborazione per i controlli dell'aria espirata nei luoghi del divertimento giovanile e azioni preventive di comunità.

3. Ambienti e luoghi di lavoro

Risultati attesi: riduzione di incidenti e violenze sui luoghi di lavoro, soprattutto in quelli a rischio per la sicurezza di terzi.

Azioni: collaborazione con imprese e organizzazioni sindacali per educazione alla salute e tempestiva identificazione e trattamento dei soggetti a rischio.

4. Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza

Risultati attesi: disponibilità di trattamenti accessibili ed efficaci per i singoli e per le famiglie.

Azioni: formazione degli operatori della medicina di base per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio e per l'attuazione di interventi brevi di trattamento; approccio integrato ai problemi, che coinvolga, oltre ai servizi sociosanitari, i medici di medicina generale, i servizi sociali, i gruppi di auto aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate.

5. Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione

Risultati attesi: maggiore responsabilizzazione e disponibilità alla collaborazione da parte del mondo della produzione e distribuzione, soprattutto per il rispetto dei limiti di età legali per la somministrazione e per il contrasto dell'accesso dei giovani alle bevande alcoliche; riduzione degli incidenti alcol correlati all'uscita degli ambienti dove si beve.

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

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

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

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

7. Potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto

Risultati attesi: incremento del sostegno alle organizzazioni che promuovono iniziative di prevenzione o riduzione del danno 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 alcologiche realizzate a livello regionale e locale.

Azioni: creazione, in collaborazione con tutte le Regioni, di una rete che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, del danno alcol correlato e dell'efficacia degli interventi adottati.

L'implementazione del PNAS

Per l'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute il Ministero ha finanziato 5 progetti, tutti già conclusi, finalizzati a rafforzare l'azione di coordinamento delle Regioni, a migliorare il monitoraggio dei più importanti indicatori di rischio e problemi alcol correlati a livello nazionale e regionale, a promuovere l'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcol correlati nei contesti lavorativi e nella assistenza sanitaria di base.

Il PNAS ha poi trovato collocazione dapprima nel Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2013 e successivamente nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018; entrambi i PNP ne hanno previsto il recepimento tra gli obiettivi dell'area della prevenzione universale, riguardante la prevenzione di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari. Le linee strategiche del PNAS restano un valido punto di riferimento per gli interventi di livello centrale e regionale.

II PROGRAMMA “GUADAGNARE SALUTE”

Il programma “Guadagnare Salute - rendere più facili le scelte salutari” è un programma-quadro governativo di iniziative, azioni, alleanze e comunicazione, finalizzato a promuovere gli stili di vita salutari che possono contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche e far guadagnare ai cittadini anni di vita in salute. Obiettivo specifico del programma è quello di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. “Guadagnare Salute” punta su un approccio intersettoriale e sull’avvio di una “politica delle locali, organizzazioni, enti, associazioni, istituzioni, ecc) secondo i principi della “*Health in all policies*”, poiché buona parte degli interventi di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari va oltre gli ambiti di competenza del Servizio Sanitario Nazionale. Il programma, promosso dal Ministro della Salute, è frutto del confronto con ben altri nove Ministeri ed è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007 e dalla Conferenza Stato-Regioni il 29 marzo 2007. Con il Decreto del Ministero della Salute del 16 ottobre 2017 la Piattaforma Nazionale di Guadagnare Salute 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

Come previsto dall'Intesa 21 dicembre 2017, a settembre 2018 sono stati avviati i lavori per definire il nuovo PNP (2020-2025), attraverso un percorso partecipato con le Regioni. Operativamente, il percorso prevedeva la condivisione di tutte le fasi del processo elaborativo nell'ambito di un Gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero salute (Direzione generale della prevenzione sanitaria, Direzione generale per l'Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione) e delle Regioni, queste ultime formalmente designate dal Coordinamento interregionale della prevenzione. Il gruppo di lavoro è coordinato dall'Ufficio 8 della DG Prevenzione Sanitaria, ed è supportato, per gli aspetti più prettamente scientifici e metodologici, dai referenti dei Progetti CCM a supporto del Piano. 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 sono tenute a recepire con apposito Atto il Piano Nazionale entro il 31 dicembre 2020, individuare, con atto formale, il coordinatore del Piano Regionale di Prevenzione e completare la pianificazione dei PRP entro il 31 maggio 2021, infine adottare, con apposito Atto, il Piano Regionale di Prevenzione entro il 30 settembre 2021.

Vision e Principi

Il nuovo PNP si è avvalso delle precedenti esperienze, pertanto ha adottato metodi, strumenti, buone pratiche validati e consolidati negli anni, rafforzato la connessione con i Livelli Essenziali di assistenza (DPCM 12 gennaio 2017) e con i relativi sistemi di monitoraggio (verifica adempimenti LEA e Nuovo sistema di garanzia) nell'affrontare le diverse macro aree.

Il PNP 2020-2025 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, intersettoriale e coordinato**.

L'elemento strategico di innovazione del PNP 2020-2025 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 intersettoriali** 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 intersettoriale e a perseguire **l'equità, la formazione e la comunicazione**.

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 intersettoriale per ottimizzare le azioni programmate per la riduzione della domanda e dell’offerta di sostanze psicotrope (Ob.S3)
- Potenziamento del coordinamento intersettoriale 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 intersettoriali 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”:

1) Obiettivi relativi alle Azioni Trasversali del PNP:

INTERSETTORIALITA’: Sviluppare collaborazioni intersettoriali tra tutti gli attori del territorio

FORMAZIONE: - 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

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

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

INDICATORI Obiettivi Trasversali

- **INTERSETTORIALITA’ – Accordo intersettoriale** con soggetti esterni al sistema sanitario che possono contribuire alle azioni del Programma (Scuola, ANCI, Prefetture, Forze dell’Ordine, Associazioni ecc.) – **ogni anno**
- **FORMAZIONE – 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 ED INFORMAZIONE** – 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’ – Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell’HEA** ogni anno

2) *Obiettivi Specifici del Programma*

- **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** (intersettoriali 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

INDICATORI per il Monitoraggio degli Obiettivi Specifici

- Progettazione (2021) e Attivazione (2022) di un **Sistema di Monitoraggio** con raccolta ed elaborazione dei dati relativi a trend di consumo e modelli di intervento sperimentati con esiti positivi
- Aziende Socio Sanitarie (2022 almeno il 50%; 2023 almeno l'80%) che adottano **Programmi di Prevenzione Universale e/o Selettiva** rivolti ad adolescenti e giovani in *setting* extra scolastici con lo scopo di sviluppare empowerment
- Aziende Socio Sanitarie (2022 almeno il 50%; 2023 almeno l'80%) che adottano **Programmi di Prevenzione Indicata** – anche finalizzati all'intervento precoce – declinati per specifici gruppi vulnerabili (adolescenti e le loro famiglie, donne in gravidanza, gli over 65, stranieri) o a rischio aumentato
- Aziende Socio Sanitarie (2022 almeno il 50%; 2024 almeno l'80%) che attuano **Programmi di Riduzione dei Rischi e del Danno** rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi
- Aziende Socio Sanitarie (2022 almeno il 50%; 2024 almeno l'80%) che attuano **Programmi di Prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive** rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio

STATUS QUO 2021

Durante l'anno 2021, le Regioni hanno sviluppato i propri Piani Regionali di Prevenzione, con particolare attenzione ai Piani Predefiniti. Nella seconda metà dell'anno tutte le Regioni si sono confrontate con i referenti per materia del Ministero della Salute per perfezionare l'impianto del proprio piano regionale. Infine nel mese di Dicembre 2021 tutte le Regioni hanno deliberato l'Atto di approvazione del proprio Piano Regionale di Prevenzione.

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

Le Linee di supporto centrali, dette anche **Azioni centrali** (AC) del PNP, 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.

Tavolo di lavoro interistituzionale:

“Definire percorsi integrati, uniformi sul territorio nazionale, per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze, per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali”.

Il “Tavolo Tecnico di Lavoro per la realizzazione del Piano Nazionale di Prevenzione in materia di Dipendenze” è stato istituito con Decreto Dirigenziale il 21/04/2021 per ottemperare alla Linea di supporto centrale n.11. Il tavolo tecnico di lavoro prevede una durata concomitante con la vigenza del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025. Il Tavolo tecnico di lavoro sulle dipendenze si è insediato il 7 luglio 2021 e si è riunito nell'arco dell'anno per tre volte nelle quali si è concordato di affrontare come prima tematica **l'intercettazione precoce/emersione precoce delle situazioni problematiche (early detection).**

Dal punto di vista metodologico, i lavori del tavolo tecnico si articoleranno in tre fasi:

- 1. FASE DI STUDIO:** a) lo stato dell'arte (ricognizione del materiale esistente)
 - b) innovazioni (PNRR)**
 - c) condivisione dei lavori di altri tavoli/gruppi di lavoro**
 - d) normativa**
- 2. FASE DI CONFRONTO (Proposte)**
- 3. FASE DI ELABORAZIONE DEL DOCUMENTO**

Il/I documento/i prodotti dal Tavolo Tecnico saranno condivisi con le Regioni (Gruppo Interregionale Sub-Area dipendenze), con gli Uffici di diretta collaborazione del Ministro della Salute, con il Sottosegretario alla Salute, quindi presentati al Dipartimento per le Politiche Antidroga e portati in Conferenza Unificata attraverso la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni.

DPCM del 12/01/2017 sui nuovi LEA (livelli essenziali di assistenza)

Il **DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA (livelli essenziali di assistenza)** inserisce la “Sorveglianza dei fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili e degli stili di vita nella popolazione” all’interno dell’area Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, quale “prestazione” cui i cittadini hanno diritto, per le finalità di elaborazione e diffusione dei profili di salute di comunità, di promozione dell’*empowerment*, di costruzione di reti e alleanze con altri soggetti, di contributo scientifico alla promozione della salute. Si ricorda, altresì, che nell’allegato 1 **“Prevenzione collettiva e sanità pubblica”** dei “nuovi” LEA (**D.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”**), sono riportate, alla **lettera F** “Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale”, una serie di prestazioni finalizzate alla promozione di stili di vita salutari e alla prevenzione delle MCNT, relative ad attività di cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l’attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale “Guadagnare salute”, alla sorveglianza dei principali fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione, nonché agli screening oncologici definiti dall’Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal PNP 2014-2018. E’ prevista, inoltre, l’offerta di **counseling individuale**, quale prestazione individuale da erogare per la promozione dell’attività fisica, della sana alimentazione, della prevenzione e contrasto del tabagismo e del **consumo rischioso di alcol**, nonché per la promozione, la protezione e il sostegno dell’allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare. E’ di fondamentale importanza l’inserimento di tali prestazioni individuali finalizzate alla promozione della salute in una area che aveva sinora escluso tale tipologia di interventi.

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.

Centro Nazionale di Prevenzione e Controllo delle Malattie - CCM

Il CCM 2019 ha approvato il progetto biennale (2020-2021) **“Prevenzione, diagnosi precoce e trattamento mirato dello spettro dei disturbi feto alcolici (Fetal Alcohol Spectrum Disorder, FASD) e della sindrome feto alcolica (Fetal Alcohol Syndrome, FAS)”**. Il progetto ha come Obiettivo Generale: Promuovere la conoscenza sui rischi del consumo dell'alcol in gravidanza, sullo spettro dei disturbi feto alcolici (FASD) e della sindrome feto alcolica (FAS). **L'obiettivo specifico n°1:** “Monitorare il reale consumo di alcol in gravidanza e della reale esposizione prenatale all'alcol materno” prevede la raccolta e l'analisi dei campioni di capelli delle gestanti e i meconi dei neonati. **L'obiettivo specifico n° 2** “Produrre e diffondere materiali informativi sul territorio nazionale per promuovere la prevenzione di FAS e FASD” prevede l'elaborazione, produzione e diffusione di materiale informativo come dépliant e opuscoli operativi, nonché la redazione e pubblicazione del Rapporto ISTISAN dal titolo “Prevenzione, diagnosi precoce e trattamento mirato dello Spettro dei Disturbi Feto Alcolici (Fetal Alcohol Spectrum Disorder, FASD) e della Sindrome Feto Alcolica (Fetal Alcohol Syndrome, FAS)” suddiviso in 6 capitoli che hanno visto il contributo degli esperti di tutte le UO.

L'obiettivo specifico n° 3 “Formare i professionisti sociosanitari sui rischi del consumo dell'alcol in gravidanza” ha il mandato di erogare corsi di formazione online – corsi FAD sullo “Spettro dei Disturbi Feto Alcolici” agli operatori sociosanitari. Il progetto ha subito le criticità proprie del periodo di emergenza da Covid.19, soprattutto in merito alla raccolta dei capelli e dei meconi, pertanto si è ritenuto opportuno concedere la proroga. Pertanto i risultati conclusivi saranno disponibili entro l'anno 2022.

6.2. L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001

La legge 125/2001, all'art. 3 comma 4, prevede che il Ministero della Salute predisponga l'assegnazione alle Regioni e Province Autonome delle risorse disponibili finalizzate al monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcol correlati.

Le risorse finanziarie dell'anno 2018 sono state assegnate dalla Commissione Salute alla Regione Piemonte per il coordinamento del progetto nazionale alcol avente per tematica *“Valutazione e monitoraggio delle politiche e delle azioni sanitarie e sociali in tema di: 1) Prevenzione in ambito scolastico e 2) Alcol e guida”*. I lavori progettuali sono finalizzati alla elaborazione di documenti di consenso da presentare in Conferenza Nazionale Alcol.

Le risorse finanziarie dell'anno 2019 sono state assegnate dalla Commissione Salute a due Regioni per due progettualità che hanno come finalità l'elaborazione di documenti di consenso sui temi individuati, anche questi saranno poi portati in apposite aree tematiche nel contesto della Conferenza Nazionale Alcol. Le Regioni individuate sono il Piemonte con il progetto: *“Giovani e alcol. Modalità di ingaggio e di intervento sui giovani con modalità di consumo problematiche”* e l'Emilia-Romagna con il progetto: *“Le reti curanti: lo stato dell'arte, dall'applicazione della Legge 125/2001 alle innovazioni normative e progettuali, gli attori coinvolti, le condizioni complesse, le necessità formative”*.

Le risorse finanziarie dell'anno 2020 sono state assegnate a due Regioni. La Regione Emilia-Romagna per il progetto *“Pandemia Covid.19 e Servizi Territoriali per le Dipendenze. Criticità riscontrate e soluzioni adottate, al fine di individuare buone pratiche ed elementi innovativi da condividere su tutto il territorio nazionale”*. Tale progetto va ad integrare quello già assegnato l'anno precedente all'Emilia-Romagna *“Le Reti curanti ...”* al fine di promuovere un percorso di indagine, individuazione e sistematizzazione che promuova la conoscenza e il confronto sulle soluzioni adottate in fase emergenziale, che possano trasformarsi in pratiche migliorative per una nuova attività ordinaria. La Regione Sardegna è assegnataria del progetto *“La medicina di genere nel disturbo da uso di alcol”* i cui risultati sono previsti per il 2022.

Le risorse finanziarie dell'anno 2021 sono state assegnate alla Regione Lombardia per il progetto *“L'intervento in Alcolologia e nelle Dipendenze nella forma della Telemedicina”*. La tematica è stata ampiamente condivisa dalle Regioni e dal Ministero della Salute poiché la condizione pandemica ha evidenziato la necessità di sviluppare strumenti che consentano l'intervento sanitario da remoto, coniugando la sicurezza dei pazienti e dei familiari con la continuità delle cure e l'erogazione delle prestazioni necessarie anche nei momenti più critici.

E' in previsione lo svolgimento della seconda **Conferenza Nazionale Alcol** che si svolgerà nei giorni 15 – 16 – 17 Marzo 2022 presso il Ministero della Salute.

6.3 Gli interventi in materia di informazione e comunicazione

In ottemperanza alle indicazioni espresse dalla Legge 125/2001 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati” che promuove la realizzazione di attività di informazione e di prevenzione per le quali prevede apposito finanziamento (art. 3, comma 4, lettera c), la Direzione Generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali (DGCOREI), nell’anno 2021, ha realizzato le seguenti iniziative:

Predisposizione del capitolato di gara finalizzato ad individuare, attraverso il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione, un’agenzia di comunicazione per la ideazione e la produzione della campagna di comunicazione sul consumo rischioso e dannoso di alcol da presentare in occasione della Conferenza Nazionale Alcol. La commissione di gara appositamente costituita ha esaminato le offerte pervenute ritenendole non soddisfacenti perché non rispondenti alle richieste del bando.

Conseguentemente, la DGCOREI ha stipulato un accordo di collaborazione con la Regione Emilia Romagna, ai sensi dell’articolo 15 della legge n. 241 del 1990, avente ad oggetto la programmazione e la realizzazione di iniziative congiunte di informazione e comunicazione in materia di consumo di bevande alcoliche, al fine di sensibilizzare soprattutto i giovani sull’importanza della prevenzione dai danni alcol-correlati e dall’adozione di corretti stili di vita. La scelta in tal senso deriva dall’importanza di avvalersi della conoscenza, da parte delle Regioni, dei dati e del fenomeno nei territori, assegnando il coordinamento alla Regione Emilia Romagna, in quanto l’Assessore alla sanità della medesima ricopre il ruolo di Coordinatore della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni.

Prosegue, come di consueto, l’aggiornamento delle aree dedicate all’alcol e alla dipendenza dall’alcol sul portale www.salute.gov.it; sono state pubblicate news sul sito e messaggi su tutti i canali social del Ministero, che contano una fanbase di circa 3 milioni, in occasione dell’*Alcohol Prevention Day* (14 Maggio 2021) e della Giornata mondiale della sindrome feto-alcolica (9 Settembre 2021).

6.4 La partecipazione alle politiche internazionali

Nel quadro della legge 125/2001, il Ministero della Salute coordina l'attuazione delle politiche sull'alcol anche in linea con gli orientamenti approvati **in ambito internazionale**, sia a livello di Unione Europea (UE) che di Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

A tale proposito, la cornice nella quale si inquadra l'attività del nostro Paese è costituita dai seguenti Piani e Programmi di settore:

- **“Global Strategy on alcohol” (OMS 2010)**
- **“Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases 2013-2020” (OMS): obiettivo 2 almeno 10% di riduzione di abuso di alcol, tenuto conto del contesto nazionale**
- **“European Alcohol Action Plan 2012-2020” (OMS)**
- **Quadro politico e strategia europea per il 21mo secolo “HEALTH 2020” (OMS)**
- **“European Alcohol Action Plan 2006-2012” (UE)**
- **“European Action Plan on Youth and on binge drinking 2014-2016” prorogato al 2020 (UE)**
- **Obiettivi di sviluppo sostenibile al 2030 (SDG ONU 3.5 rafforzamento della prevenzione e del trattamento di abuso di sostanze, comprese droghe ed alcol)**
- **Piano di Azione Europeo sull'Alcol 2014-2020 (EAAP) approvato dalla risoluzione EUR/RC61/R4**
- **In elaborazione il Piano d'azione (2022-2030) per attuare efficacemente la strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol (OMS)**

Nel corso del 2021 il Ministero della Salute ha partecipato a numerose attività europee e internazionali connesse alla prevenzione e alle politiche sull'alcol e i problemi alcol-correlati. Le principali attività svolte sono ascrivibili alla partecipazione formale ai gruppi di lavoro, consultivi e di condivisione e aggiornamento periodico, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e della Commissione Europea.

In tali ambiti, lo svolgimento delle numerose attività inserite nel piano di lavoro quadriennale 2017-2021 del **WHO Collaborating Centre Research&Health Promotion on Alcohol and Alcohol-RelatedHealthProblems (WHO CC-ITA79)** concordato dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con l'OMS di Ginevra in funzione della designazione dell'**“Osservatorio Nazionale Alcol (ONA)”** dell'ISS in qualità di **WHO Collaborating Centre**, ha consentito la consueta qualificata partecipazione formale governativa negli ambiti di consulenza e supporto tecnico-scientifico, attività di apprezzato e riconosciuto servizio da parte dell'OMS, di valore aggiunto europeo ed internazionale, contributo formale e sostanziale delle competenze italiane alle priorità di Public Health globali.

In funzione della situazione pandemica e dell'impossibilità di svolgere meeting e gruppi di lavoro in presenza, in ottemperanza ai termini di riferimento stabiliti dall'OMS con il Ministero della Salute nel piano di lavoro 2020 per il Centro OMS – ITA79 è stata comunque garantita la collaborazione e la partecipazione attiva ai webinar organizzati dall'Ufficio Regionale OMS-EURO.

Il 2021 ha richiesto, in funzione della prosecuzione della pandemia da COVID-19 e delle numerose priorità emerse in conseguenza dell'impatto alcol-correlato in Europa e nel mondo, un sostanziale, ulteriore rafforzamento dell'impegno nello svolgimento di attività consultive online con e tra gli organismi internazionali e gli Stati membri che hanno nei fatti dato seguito alle risultanze delle

ultime consultazioni specifiche sulla Global Strategy on Alcohol al fine di ridurre l'uso dannoso di alcol e valutato l'impatto del verificato ritardo nel raggiungimento degli obiettivi sostenibili di salute SDGs dell'Assemblea delle Nazioni Unite e dell'agenda 2030 nel merito della prevenzione e del controllo delle malattie cronico-degenerative

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_7Add1-en.pdf puntualizzante la sostanziale interferenza di risorse sinora adottate per raggiungere l'obiettivo di riduzione dell'impatto dell'alcol a livello globale e nelle singole realtà nazionali.

Come noto, nel 2020 era stato richiesto al Direttore Generale dell'OMS di sviluppare un piano d'azione (2022-2030) per attuare efficacemente la **strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol** come priorità di salute pubblica, in consultazione con gli Stati membri e le parti interessate pertinenti, per l'esame della 75a Assemblea mondiale della sanità attraverso la 150a sessione del Comitato esecutivo dell'OMS nel 2022, e per sviluppare un rapporto tecnico sull'uso dannoso di alcol correlato al marketing transfrontaliero di alcol, pubblicità e attività promozionali, compreso il targeting di giovani e adolescenti, prima della 150a sessione del Comitato esecutivo dell'OMS, che potrebbe contribuire allo sviluppo del piano d'azione, nonché per fornire risorse adeguate al lavoro sull'uso dannoso di alcol.

Nel corso del trascorso semestre, facendo seguito alla elaborazione delle proposte italiane pubblicate sul sito web OMS inerenti la “bozza zero” del documento OMS di lavoro per lo sviluppo di un piano d'azione (2022-2030) per attuare efficacemente la strategia globale per ridurre l'uso dannoso con elementi e componenti essenziali proposti, è proseguita la partecipazione alle riunioni di esperti tecnici organizzate dall'OMS dopo la consultazione via web avviata con gli Stati membri, le organizzazioni delle Nazioni Unite, altre organizzazioni internazionali e con gli attori non statali. Tutti i feedback pertinenti ricevuti dall'OMS sono stati pubblicati sul sito web dell'OMS (<https://www.who.int/news-room/articles-detail/global-action-plan-to-reduce-theharmful-use-of-alcohol>).

E' stata garantita la partecipazione italiana alle riunioni tecniche su alcol, droghe e comportamenti di dipendenza cui hanno partecipato punti focali tecnici degli Stati membri, rappresentanti di entità delle Nazioni Unite, organizzazioni della società civile, centri di collaborazione dell'OMS e mondo accademico.

Si è svolta una riunione formale degli Stati membri per l'esame della seconda bozza del piano d'azione e si è proceduto al completamento del progetto di piano d'azione preso in considerazione i feedback e gli input ricevuti dagli Stati membri e da altre parti interessate durante il processo di consultazione nell'aprile-ottobre 2021.

Le attività conclusive del 2021 sono risultate adeguatamente propedeutiche allo svolgimento di quanto previsto e programmato nel successivo periodo (gennaio - febbraio 2022) in cui la sessione 150 del Comitato esecutivo dell'OMS prenderà in considerazione il rapporto del Direttore Generale dell'OMS contenente la bozza del piano d'azione (2022-2030) per attuare efficacemente la strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol.

Nel dettaglio, la *road map* delle attività del 2021 ha previsto il coinvolgimento e la partecipazione attiva del Centro OMS per la ricerca sull'alcol ITA-79 dell'ISS in rappresentanza e stretto coordinamento con la Direzione Generale della Prevenzione sanitaria ,Ufficio 6 – Prevenzione delle dipendenze, del doping e della salute mentale del Ministero della Salute, in una serie di attività riportate sinteticamente di seguito insieme ai link per poter fruire delle documentazioni rilevanti :

Gennaio - aprile 2021: consultazioni tecniche regionali con gli Stati membri in tutto il mondo sul documento di lavoro per lo sviluppo del piano d'azione (2022-2030) svolte dal 23 febbraio al 2 aprile 2021 (<https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/02/23/default-calendar/regional-technical-consultations-on-harmful-use-of-alcohol>) hanno coinvolto la Regione Europea il 25 e 26 marzo sulla base di un evento online (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/scope_purpose_eur_eng.pdf?sfvrsn=3b8423c5_7) che ha discusso il documento di lavoro per lo sviluppo della *Global strategy* e raccolto le raccomandazioni per il primo *draft* del piano d'azione (2022-2030) alla luce delle esigenze europee di accelerazione l'azione di contrasto all'uso dannoso di alcol.

Sono state raccolte le indicazioni - fornite anche dall'Osservatorio nazionale alcol dell'ISS in merito al SISMA, Sistema monitoraggio Alcol (DPCM marzo 2017) - inerenti il rafforzamento delle reti di *national counterpart* responsabili dello sviluppo ed implementazione delle politiche sull'alcol e dei piani d'azione nazionali e la necessità di valorizzare e sostenere le reti di sorveglianza e monitoraggio epidemiologico nazionali anche mirando alla raccolta dei dati sull'impatto del COVID-19 sulla frequenza dell'uso dannoso di alcol e sui disturbi da uso di alcol nella popolazione. La valutazione italiana, predisposta dall'ISS e dal Ministero della Salute, è stata pubblicata alla pagina 17/622 del secondo volume della raccolta dei feedback ricevuti dall'OMS (Received submissions from a web-based consultation on the working document; Volume II, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/volume-ii-received-submission-to-the-working-document.pdf?sfvrsn=e32bae87_14

Maggio . giugno 2021: confronto sullo sviluppo di una prima bozza del piano d'azione **Global alcohol action plan: First draft** (July version, <https://www.who.int/publications/m/item/global-action-plan-on-alcohol-1st-draft>) sulla base dei contributi ricevuti sul documento di lavoro in corso di consultazione regionale

Giugno - Agosto 2021: Discussione della prima bozza al Terzo Forum dell'OMS su alcol, droghe e comportamenti di dipendenza

([https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/06/22/default-calendar/third-who-forum-on-alcohol-drugs-and-addictive-behaviours-\(fadab\)](https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/06/22/default-calendar/third-who-forum-on-alcohol-drugs-and-addictive-behaviours-(fadab))) nel contesto di un meeting dei *focalpoint* tecnici degli Stati membri, tra i quali per l'Italia l'Osservatorio nazionale Alcol dell'ISS su nomina governativa, rappresentanti delle entità delle Nazioni Unite, organizzazioni della società civile, centri di collaborazione dell'OMS e mondo accademico. La consultazione con gli operatori economici nella produzione e nel commercio di alcolici sul loro contributo alla riduzione del consumo dannoso di alcol nell'ambito dei loro ruoli principali ([https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/06/29/default-calendar/who-2021-dialogue-\(virtual\)-with-representatives-of-economic-operators-in-alcohol-production-and-trade](https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/06/29/default-calendar/who-2021-dialogue-(virtual)-with-representatives-of-economic-operators-in-alcohol-production-and-trade)) si è svolta il 29 giugno nel rispetto delle indicazioni da parte degli Stati membri di svolgimento di un dialogo privo di qualunque implicazione di collaborazione o partnership tra il Segretariato dell'OMS e gli operatori economici nella produzione, commercializzazione e distribuzione di bevande alcoliche.

26 luglio - 3 settembre 2021: nuova consultazione via web (<https://www.who.int/news-room/articles-detail/online-consultation-on-the-global-alcohol-action-plan-first-draft>) sulla prima bozza del piano d'azione (<https://www.who.int/publications/m/item/global-action-plan-on-alcohol-1st-draft>)

plan-on-alcohol-1st-draft) aperta a Stati membri, organizzazioni delle Nazioni Unite e altre organizzazioni internazionali e attori non statali.

Agosto - ottobre 2021: consultazione informale con gli Stati membri sulla prima bozza del piano d'azione. Elaborazione della **seconda bozza del piano d'azione** sulla base del feedback ricevuto sulla prima bozza durante le fasi precedenti del processo di consultazione.

Ottobre-novembre 2021: nuova **consultazione informale con gli Stati membri sulla seconda bozza del piano** (<https://www.who.int/publications/m/item/global-alcohol-action-plan-second-draft-unedited>), con finalizzazione del progetto di piano d'azione tenendo conto del feedback e dei contributi ricevuti dagli Stati membri e da altre parti interessate durante il processo di consultazione nell'aprile-ottobre 2021 alla quale seguirà lo sviluppo e la predisposizione della presentazione della relazione da parte del Segretariato OMS alla 150a sessione del Comitato esecutivo.

Gennaio 2022: il Segretariato ha già inviato il **progetto di piano d'azione** e pubblicato l'11 gennaio 2022 la relazione del Direttore Generale nel merito della dichiarazione politica sulla prevenzione e il controllo delle malattie croniche del terzo meeting dell'Assemblea Generale (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7-en.pdf) per le considerazioni della 150ma sessione del Comitato Esecutivo (https://apps.who.int/gb/e/e_eb150.html) e di opportunità di adozione del **“Draft action plan 2022-2030 to effectively implement the global strategy to reduce the harmful use of alcohol as a public health priority”**(https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf).

Ha concluso la *road map* 2021 la predisposizione e revisione della prossima pubblicazione della relazione tecnica **“Reducing the harm from alcohol by regulating cross-border alcohol marketing, advertising and promotion”** sul consumo dannoso di alcol correlato al marketing, alla pubblicità e alle attività promozionali transfrontaliere di alcol, compreso il target dei giovani e adolescenti, la cui sintesi dei principali risultati e conclusioni è stata già resa disponibile (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-UCN-ADA-22.01>).

Nel corso del 2021 sono state fornite le informazioni e i dati italiani richiesti per le survey annuali dell'OMS e per l'OCSE attraverso il progetto **SIAS-SISTIMAL International**, finanziato dal Ministero della Salute e affidato all'**Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS**, organismo incaricato per le attività di sorveglianza specifiche trasferite dal **DPCM marzo 20217** riguardanti l'elaborazione delle basi di dati del **Sistema formale di Monitoraggio Alcol SISMA** che ha dedicato e garantito:

- a) la raccolta, elaborazione e produzione di dati e informazioni utile a adeguare il contributo nazionale e delle regioni assicurando l'expertise richiesto dal livello europeo e internazionale per la partecipazione alle survey periodiche OMS (Global status report survey e European Status Report survey) per la descrizione puntuale degli indicatori standardizzati di cui curare l'aderenza agli standard internazionali e la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione;
- b) l'aggiornamento e la riformulazione degli indicatori per il monitoraggio alcolcorrelato, integrando, promuovendo e monitorando la possibile attivazione dei nuovi standard relativi alle nuove aree di attenzione dell'OMS tra i quali l'introduzione del nuovo indicatore puntuale dei

consumatori dannosi (consumo di alcol quotidiano >40 grammi nelle femmine ; >60 grammi nei maschi);

c) la predisposizione di un rapporto tecnico scientifico annuale, integrato dalle varie fonti ,oggetto peraltro di acquisizione nella Relazione al Parlamento su alcol e problemi alcol-correlati, secondo quanto previsto dalla Legge 125/2001.

In ottemperanza al piano di lavoro concordato con l'OMS (<https://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?KprGsKPAc3+M5v6vQ9KRYQ>), il Ministero della Salute ha contribuito nel corso del 2020 attraverso il WHO Collaborating Center for Research&Health Promotion on Alcohol&Alcohol-relatedHealthProblems ITA-79 , Osservatorio Nazionale Alcol, in ISS a:

- a) Fornire consulenza e assistenza esperta ai programmi e alle attività dell'OMS sulla prevenzione dell'alcol, sulle politiche sull'alcol e su altre dipendenze e sulle strategie di promozione della salute;
- b) Partecipare ai progetti di ricerca, raccolta dati, monitoraggio e implementazione dell'OMS e fornire assistenza al sistema europeo di informazione sull'alcol;
- c) In coordinamento con l'OMS, a rafforzare le attività per una diagnosi precoce del consumo dannoso di alcol, attività di formazione, trattamento e intervento e strategie per ridurre il danno e il rischio da alcol nella popolazione generale;
- d) Assistere l'OMS nel fornire supporto tecnico agli stati membri nei settori dell'abuso di alcol, sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali;
- e) Assistere l'OMS nella pianificazione e organizzazione di riunioni e conferenze nei settori dell'abuso di alcol , sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali

In tale ottica, è stata di rilevanza centrale la discussione in ambiti specifici delle principali tematiche oggetto del sistema di monitoraggio che ha consentito la partecipazione attiva dell'Italia nel corso di simposi, webinar, meeting, conferenze europee ed internazionali, congressi, gruppi tecnici e gruppi di lavoro come di seguito elencati.

- **15/11.2021 WHO Regional Office for Europe. Web meeting “Alcohol digital marketing: challenges and policy options for better health in the WHO European Region”**

<https://www.epicentro.iss.it/alcol/marketing-digitale-report-oms-europa-2021>

La partecipazione al meeting ha consentito di poter realizzare una sintesi e la disseminazione sui siti web dedicati, a cura dell'Osservatorio Nazionale Alcol ISS, dei contenuti del rapporto “Digital marketing of alcohol: challenges and policy options for betterhealth in the WHO EuropeanRegion (2021)” pubblicato dall'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Il messaggio centrale emergente sottolinea che la limitazione della commercializzazione dell'alcol è uno dei cosiddetti "best buy" raccomandati dall'OMS, e cioè una delle politiche economicamente vantaggiose per ridurre il consumo di alcol e il carico di malattia alcol-attribuibile. Con il continuo sviluppo e diffusione di smartphone e tablet i giovani (ma non soltanto) sono sempre più esposti al marketing delle bevande alcoliche attraverso internet (social media, piattaforme digitali). Il documento, basato anche sui rapporti precedenti dell'OMS sul marketing e sul marketing digitale, integra le consultazioni con gli Stati membri e la società civile e sottolinea la necessità di interventi urgenti per proteggere la salute pubblica e i diritti umani.

In tutta la Regione europea dell'OMS, sono sempre di più le persone, in particolare bambini e giovani, che trascorrono gran parte del proprio tempo libero in spazi online/digitali. Fenomeno

questo accelerato dalla pandemia di COVID-19, anche se già presente in precedenza. Le nuove tecnologie hanno indubbi vantaggi da offrire ma, allo stesso tempo, comportano nuovi rischi tra i quali l'esposizione al marketing dell'alcol.

Tre i principali punti del documento OMS che consentono di poter informare le strategie nazionali sulla base dell'evidenza disponibile:

- descrizione dell'ecosistema digitale in rapida evoluzione e dei metodi impiegati per invadere gli spazi personali online con il marketing degli alcolici
- fornire un'istantanea dei contesti normativi in una selezione di Paesi della Regione europea dell'OMS e a livello internazionale
- suggerimenti su una serie di opzioni politiche con azioni concertate tra Paesi e istituzioni internazionali in un approccio globale (così come è stato per la lotta al tabagismo), con l'intento di proteggere i bambini, i giovani, i soggetti a rischio di disturbi da uso di alcol e sostanze e la popolazione in generale quali ad esempio, rimuovendo del tutto la commercializzazione di alcol dagli spazi digitali, le promozioni, le sponsorizzazioni.

Il rapporto mette anche in evidenza che bambini e giovani sono particolarmente a rischio di danni correlati all'esposizione del marketing dell'alcol, normalizzando questi prodotti in tutti i contesti sociali e relazionandoli con lo sviluppo delle identità adulte. Inoltre, vi sono evidenze che il marketing digitale attira i soggetti con consumo rischioso di alcol indirizzandoli alle promozioni digitali degli alcolici.

Per quanto riguarda le normative, la maggior parte dei Paesi europei dell'OMS dichiara di implementare politiche e di avere sistemi di sorveglianza attiva rispetto alla commercializzazione e pubblicità sull'alcol a protezione dei giovani e dei gruppi di popolazione più vulnerabili. Meno della metà delle nazioni hanno invece indicato di avere regolamenti sul marketing digitale dell'alcol in internet e nelle piattaforme sociali, ancor meno di avere divieti del marketing dell'alcol in internet e nei social media. L'ecosistema digitale è in continuo sviluppo tanto che gli acquisti online sono sempre più consolidati su alcune piattaforme. Da rilevare a tal riguardo che la stragrande maggioranza della pubblicità di alcolici online è "dark", e cioè è visibile solo al consumatore a cui è commercializzato, e ciò rende difficile una regolamentazione e il monitoraggio dell'applicazione della legge stessa. Allo stesso tempo, è ormai accertata l'inadeguatezza delle misure di autoregolamentazione. Tuttavia, questi spazi digitali rappresentano potenziali spazi per l'OMS, altre istituzioni delle Nazioni Unite e per gli Stati membri dove lavorare in sinergia per rendere internet uno spazio sicuro per bambini e giovani. A questo riguardo nel 2022-2023, la Regione europea dell'OMS ha in programma di sviluppare dialoghi politici intersettoriali per implementare le politiche identificate in questo rapporto rispetto ai vari componenti del marketing digitale. Ciò avverrà anche grazie a un'azione guidata di una Rete di esperti sul tema specifico.

Dal documento appare evidente che le attuali politiche nella Regione europea dell'OMS sono insufficienti per proteggere le persone dai nuovi formati di marketing dell'alcol. Nella pubblicazione vengono discusse una serie di opzioni politiche, tra cui:

- sistemi efficaci di verifica dell'età per l'utilizzo delle piattaforme
- etichettatura chiara degli annunci nei post sui social media
- processi basati su algoritmi per i marchi correlati all'alcol, in modo da bloccarne l'accesso
- sanzioni per attività inappropriate, con un'applicazione rigorosa
- creazione di una Regione libera dai danni dell'alcol.

Le tematiche incluse nel rapporto informeranno anche per il futuro le azioni prioritarie nell'ambito delle iniziative dell'OMS sulle malattie non trasmissibili per l'area delle azioni per proteggere i bambini e i giovani dall'esposizione a prodotti non salutari nel contesto digitale.

- **16/11/2021. WHO Less Alcohol Unit. Population-wide interventions for reducing alcohol consumption: what is the per capita consumption indicator telling us?**

<https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/11/16/default-calendar/population-wide-interventions-for-reducing-alcohol-consumption-what-is-the-per-capita-consumption-indicator-telling-us>

Il seminario internazionale OMS è stato dedicato agli interventi a livello di popolazione quali approccio più conveniente per affrontare le cause profonde e ridurre il consumo e i danni complessivi di alcol. Molti impegni globali e sistemi di sorveglianza utilizzano questo approccio a livello di popolazione per monitorare i progressi nell'attuazione delle politiche di controllo dell'alcol. Il consumo pro capite di alcol è disponibile per quasi tutti i paesi su base annua dal 1996. Le tendenze del consumo pro capite di alcol hanno costantemente mostrato un'associazione diretta con i danni e la mortalità dell'alcol. L'indicatore è anche sensibile alle variazioni nell'attuazione delle politiche di controllo dell'alcol e, più recentemente, è stato utilizzato per modellare il consumo di alcol in tutto il mondo. Il seminario attraverso la partecipazione di politici, funzionari governativi e funzionari pubblici, gruppi della società civile, media e ricercatori competenti, tra i quali l'Osservatorio Nazionale Alcol ISS, ha discusso la validità e l'affidabilità del consumo pro capite di alcol, la sua sensibilità nel descrivere i cambiamenti nelle politiche di controllo dell'alcol e riflettere sull'implicazione della pandemia di COVID-19 nelle tendenze previste per il consumo di alcol entro il 2030.

- **07/10/2021. WHO Less Alcohol Unit. Webinar: "Health warnings labels of alcoholic beverages: opportunities for informed and healthier choices".**

<https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/10/07/default-calendar/webinar-health-warnings-labels-of-alcoholic-beverages-opportunities-for-informed-and-healthier-choices>

L'etichettatura delle bevande alcoliche è un intervento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per aumentare la consapevolezza sul consumo di alcol e garantire che i consumatori possano prendere decisioni informate. Il webinar mondiale ha sottolineato che da un lato, le avvertenze per la salute sulle etichette delle bevande alcoliche aumentano la consapevolezza dei consumatori sui rischi associati al consumo di alcol, dall'altro, le prove sono meno solide per quanto riguarda il loro impatto sulla riduzione del consumo o sul cambiamento dei comportamenti individuali. Le attuali pratiche di etichettatura in tutti i paesi non sono standardizzate.

Le incongruenze nella visualizzazione delle informazioni, la scala degli interventi, le metodologie di valutazione, tra gli altri fattori, hanno portato a pratiche e risultati diversificati. Il webinar ha esaminato le evidenze recenti riguardanti l'uso delle etichette di avvertenza sanitaria e le condizioni per la loro efficacia, illustrando iniziative nazionali innovative e discutere il possibile ruolo delle associazioni dei consumatori e della società civile nel tenere conto delle parti interessate. All'Osservatorio Nazionale Alcol ISS è stato richiesto di porgere l'esperienza delle nazioni europee e le iniziative in atto da parte della Commissione Europea (The case of western European countries and the European Commission initiatives). La registrazione dell'intero webinar è stata resa disponibile dall'OMS alla pagina <https://www.youtube.com/watch?v=PoD2wz860mo>

- **03/09/2021. WHO. Less Alcohol Unit, Istituto Superiore di Sanità, Pan American Organization webinar. "Protecting alcohol control policies from vested interests"**

<https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/09/03/default-calendar/webinar-protecting-alcohol-control-policies-from-vested-interests>

Il webinar internazionale ha portato prove su evidenze globali di influenza e interferenza dei settori della produzione sulla progettazione, l'attuazione e la valutazione delle politiche pubbliche sulla salute, sconfitte, ritardate o indebolite da società economiche che si occupano di prodotti che comportano pregiudizio alla salute e tra questi l'alcol. L'OMS ha evidenziato come la narrativa di base consista nel presentare l'industria come un alleato affidabile per la salute pubblica, implicando che il consumo di alcol e i relativi danni sono il risultato di una scelta individuale. Di conseguenza, la distinzione di ruoli e responsabilità nella sfera politica è offuscata, creando la convinzione che le società di alcolici siano legittime parti interessate nello sviluppo delle politiche pubbliche. Questa narrazione maschera il conflitto di interessi fondamentale tra gli attori economici che cercano di aumentare il profitto e i governi che perseguono il benessere sociale e lo sviluppo sostenibile. Esistono differenze inconciliabili tra salute pubblica e interessi economici. Le prove provenienti da altri prodotti non salutari mostrano che proteggere lo sviluppo delle politiche dai conflitti di interesse è essenziale per ridurre il carico delle malattie.

Il webinar ha sensibilizzato sul potenziale conflitto di interessi nello sviluppo di politiche di salute pubblica; ha mostrato i meccanismi di governance pubblica che potrebbero aiutare le nazioni ed i governi a proteggere gli obiettivi di salute e benessere dagli interessi acquisiti e ha sollecitato una profonda riflessione sui possibili modi per rafforzare la governance globale per le politiche di controllo dell'alcol. Anche in questo webinar mondiale, la partecipazione nazionale è stata garantita dalla relazione dell'Osservatorio nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, co-organizzatore con l'Ufficio Regionale per le Americhe/Pan American Health Organization dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Unità Less Alcohol del Dipartimento di Promozione della Salute presso la sede dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La registrazione integrale del seminario è stata resa disponibile alla pagina **<https://www.youtube.com/watch?v=3ur8k3jZGYw>**

- **03.09.2021. WHO. Less Alcohol Unit. Webinar Addressing alcohol consumption and socioeconomic inequalities: how a health promotion approach can help**

<https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/06/04/default-calendar/webinar-alcohol-consumption-and-socioeconomic-inequalities>

Il webinar internazionale “Affrontare il consumo di alcol e le disuguaglianze socioeconomiche: come può aiutare un approccio di promozione della salute” ha contribuito ad analizzare e a evidenziare le prove che hanno costantemente condotto sempre più nel corso degli anni a riscontrare una maggiore vulnerabilità nei confronti del danno da alcol tra le persone con uno status socioeconomico inferiore. È stato osservato che man, mano che i paesi progrediscono nel loro sviluppo, il consumo di alcol può esacerbare le disparità nel carico di malattie attribuibili all'alcol. La diffusa disponibilità di alcol, ad esempio una maggiore densità di punti vendita di alcolici è rilevata frequentemente nei quartieri più svantaggiati; la crescente accessibilità, ad esempio alcol più economico promosso dal marketing e da politiche che lo rendono “conveniente” anche ai giovanissimi e l'accettabilità culturale, ad esempio il numero elevato di pubblicità di alcolici, sono fattori documentati che aumentano il divario tra i gruppi sociali ed economici. Il seminario OMS ha assicurato la comparazione delle iniziative e delle buone pratiche promosse da tutti i paesi e volte ad affrontare la disponibilità, l'accessibilità economica e

l'accettabilità dell'alcol nelle popolazioni socialmente ed economicamente svantaggiate. La discussione ha concluso la necessità e opportunità dell'adozione di un approccio universale di promozione della salute per identificare possibili opzioni politiche per le autorità pubbliche locali e nazionali, azioni di sostegno della società civile e aree prioritarie per la ricerca futura da parte del mondo accademico. La registrazione integrale del webinar è stata resa disponibile alla pagina <https://www.youtube.com/watch?v=9MzYcc8Sp3Q>

- **02/07/2021. WHO. Less Alcohol Unit. Webinar. Unrecorded alcohol: what the evidence tells us?**

<https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/07/02/default-calendar/webinar-unrecorded-alcohol-what-the-evidence-tell-us>

Il webinar ha contribuito a far luce sulle dimensioni del fenomeno dell'alcol non registrato e di mostrare le pratiche nazionali, le loro sfide e le possibili risposte politiche. Si stima che circa il 25% del consumo mondiale di alcol non sia registrato. L'alcol non registrato può contenere ingredienti tossici che potrebbero portare ad avvelenamento e persino alla morte, ma prove recenti suggeriscono che la maggior parte del danno derivato dall'alcol non registrato è causato da abitudini di consumo pericolose e non dalla sua qualità. La mancanza di standardizzazione e controllo di qualità rende difficile misurare e stimare il consumo di alcol non registrato. Inoltre, la maggiore accessibilità dell'alcol non registrato aumenta le disuguaglianze perché è spesso bevuto da persone di basso status socioeconomico e forti bevitori, accelerando i danni attribuibili al consumo di alcol che potrebbero già subire. Inoltre, la produzione informale di alcol è difficile da regolamentare, riducendo l'impatto di interventi di controllo dell'alcol economicamente vantaggiosi. Affrontare il fenomeno dell'alcol non registrato coinvolge settori come la salute, la finanza, lo sviluppo economico e l'agricoltura. Le opzioni politiche per affrontare l'alcol non registrato dipendono da quanto è diffuso e normalizzato il suo consumo in ciascun paese. La registrazione integrale alla pagina è stata resa disponibile alla pagina https://www.youtube.com/watch?v=9fpvOj_JZ2Y

La partecipazione alle politiche internazionali ha consentito al Ministero della Salute di potersi avvalere delle ricadute informative e di orientamento tecnico-scientifico di valenza internazionale emergenti dalle riunioni tecniche alle quali l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità è stato delegato, in costante coordinamento con la Direzione Generale della Prevenzione sanitaria , Ufficio 6 – Prevenzione delle dipendenze, del doping e della salute mentale, tramite nomina inerente il contributo competente richiesto nelle varie sedi su argomenti prioritari di prevenzione e programmazione di spiccata competenza ministeriale anche nell'ottica di opportuni sviluppi nell'ambito del Piano nazionale di Prevenzione, di un possibile nuovo Piano Alcol e Salute e della Conferenza Nazionale Alcol del 2022.

DIARIA:

- 22-25/06/2021. The Third WHO global Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours (FADAB)
- 21-22/06/2021. AIHaMBRA Project partner meeting. Zoom Meeting.
- 24/09/2021. WHO. Technical meeting on the draft report 'Alcohol Control Playbook'
- 22/07/2021. Gruppi di lavoro interdipartimentale Global BurdenDiseases – GBD ISS
- 19/08/2021. Web-based consultation on the WHO action plan (2022 - 2030) to effectively implement the Global strategy to reduce the harmful use of alcohol, First draft
- 21/09/2021. WHO. Meeting of the Working Group for the WHO Collaborative Project on the Development of New International Screening and Diagnostic Instruments for Gaming Disorder and Gambling Disorder
- 16/09/2021. WHO. Online side event on alcohol control policies of the 71st session of the WHO Regional Committee for Europe: tackling the gap between evidence and policy action,
- 22/10/2021. EASL / ELPA – Beating liver cancer in Europe - The Empowerment of prevention and early detection
- 12-14/10/2021. GAPA Virtual Event. The global alcohol policy alliance virtual event
- 15/10/2021. WHO. Meeting of the Working Group for the WHO Collaborative Project on the Development of New International Screening and Diagnostic Instruments for Gaming Disorder and Gambling Disorder
- 09/11/2021. DEEP SEAS Online Workshop #4 "Alcohol Agricultural Policy to Protect Health?". Session 2 – "Farm 2 Glass – informing consumers" - Agricultural and promotion policy compatible with health and sustainability
- 04/11/2021. DEEP SEAS Online Workshop #4 "Alcohol Agricultural Policy to Protect Health?". Session 1 – "Alcohol, no ordinary foodstuff" - Agricultural policy and alcohol production: the place of health in the equation.
- 2-3/11/2021. WHO Collaborating Centres Regional Meeting

Bibliografia

1. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; ultima consultazione 24/01/2022
2. World Health Organization. Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development (2020). Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo:
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf
3. Coglianò VJ, Baan R, Straif K, Grosse Y, LaubySecretan B, El Ghissassi F et al. Preventable exposures associated with human cancers. J Natl Cancer Inst. 2011;103(24):1827–1839. doi: 10.1093/jnci/djr483.
4. Policy brief: tackling harmful alcohol use. Paris: OECD Publishing; 2015 <https://www.oecd.org/els/health-systems/Policy-Brief-Tacklingharmful-alcohol-use.pdf>.
5. World Health Organization. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Geneva: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019>; ultima consultazione 24/01/2020
6. United Nations. The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development; United Nations, 2015. Disponibile all'indirizzo:
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>; ultima consultazione 24/01/2020

7. Acuff SF, Tucker JA, Murphy JG. Behavioral economics of substance use: Understanding and reducing harmful use during the COVID-19 pandemic. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2021;29(6):739-49. doi:10.1037/pha0000431
 8. Farhoudian A, Radfar S, Mohaddes Ardabili H, et al. A global survey on changes in the supply, price, and use of illicit drugs and alcohol, and related complications during the 2020 COVID-19 pandemic. *Front psychiatry*. 2021;12. doi:10.3389/FPSYT.2021.646206
 9. Eurocare. Alcohol consumption in times of COVID-19. Available from: www.eurocare.org/cares.php?sp=alcohol-and-health&ssp=alcohol-consumption-in-times-of-covid-19.
 10. Pollard MS, Tucker JS, Green HD. Changes in Adult Alcohol Use and Consequences During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Netw open*. 2020;3(9):e2022942. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.22942
 11. Tran TD, Hammarberg K, Kirkman M, Nguyen HTM, Fisher J. Alcohol use and mental health status during the first months of COVID-19 pandemic in Australia. *J Affect Disord*. 2020;277:810-3. doi:10.1016/j.jad.2020.09.012
 12. Drieskens S, Berger N, Vandevijvere S, Gisle L, Braekman E, Charafeddine R, De Ridder K, Demarest S. Short-term impact of the COVID-19 confinement measures on health behaviours and weight gain among adults in Belgium. *Arch Public Health*. 2021 Feb 22;79(1):22. doi: 10.1186/s13690-021-00542-2. PMID: 33618770; PMCID: PMC7897894.
 13. V.Lemoine, M. Delibéros C Bessarion, Alcool : quel impact du confinement sur la consommation des Français ? Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/tabac-alcool-quel-impact-du-confinement-sur-la-consommation-des-francais>
 14. WHO. Alcohol does not protect against COVID-19; access should be restricted during lockdown. April 2020. Available from: www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/news/news/2020/04/alcohol-does-not-protect-against-covid-19-access-should-be-restricted-during-lockdown.
 15. Annual report 2020. Assobirra . https://www.assobirra.it/wp-content/uploads/2021/06/AssoBirra_AnnualReport_2020_giugno2021_DEF.pdf
- vii Burton, Robyn et al.; No level of alcohol consumption improves health; *The Lancet*, Volume 392, Issue 10152, 987 - 988
- viii Topiwala, Anya, K. P. Ebmeier, Thomas Maullin-Sapey and Thomas E. Nichols. “No safe level of alcohol consumption for brain health: observational cohort study of 25,378 UK Biobank participants.” *medRxiv* (2021).
- ix Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione, Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Pepparao 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.
- x American Psychiatric Association. and American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* American Psychiatric Association Arlington, VA 2013
- xi L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. *Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve*. (2010). A cura di: Scafato, E., Gandin, C., Patussi, V. ed il gruppo di lavoro IPIB.
- xii Anderson, P., Gual, A, Colom, J. (2005). *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona.
- xiii Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>, ultima consultazione 23/06/2020

APPENDICE

Tabelle e Grafici

Capitolo 3 “I Servizi alcolologici e l’utenza”

Tab.1- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2020

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	TOTALE
PIEMONTE	61	-	-	1	62
VALLE D'AOSTA	-	1	-	-	1
LOMBARDIA	41	-	-	9	50
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	-	-	6
PROV.AUTON.TRENTO	1	-	-	-	1
VENETO	16	2	1	8	27
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	-	-	-	6
LIGURIA	6	-	-	-	6
EMILIA ROMAGNA	14	-	-	31	45
TOSCANA	37	-	1	-	38
UMBRIA	11	-	-	-	11
MARCHE	14	-	-	-	14
LAZIO	26	-	-	13	39
ABRUZZO	10	-	-	-	10
MOLISE	5	-	-	1	6
CAMPANIA	36	-	-	-	36
PUGLIA	53	-	-	6	59
BASILICATA	4	-	-	2	6
CALABRIA	4	-	-	2	6
SICILIA	47	-	-	3	50
SARDEGNA	8	-	-	1	9
ITALIA	405	4	2	77	488

Tab. 2 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2020

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	10	102	112	8	89	97	4	69	73	8	105	113
VALLE D'AOSTA	1	3	4		5	5		4	4		6	6
LOMBARDIA	21	95	116	17	86	103	17	74	91	12	49	61
PROV. AUTON. BOLZANO	2	8	10	2	26	28	2	6	8	2	1	3
PROV. AUTON. TRENTO	1	7	8		1	1	1	4	5	3	3	6
VENETO	6	61	67	6	49	55	7	49	56	6	61	67
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	10	15	7	10	17	4	10	14	3	6	9
LIGURIA	3	33	36	1	25	26	1	24	25	1	10	11
EMILIA ROMAGNA	3	53	56	2	23	25	1	30	31	6	35	41
TOSCANA	7	65	72	1	50	51	3	48	51	5	32	37
UMBRIA	5	12	17	4	15	19	2	8	10		3	3
MARCHE	1	35	36	1	23	24	1	21	22		2	2
LAZIO	15	119	134	12	87	99	7	46	53		5	5
ABRUZZO	1	25	26	1	13	14	1	16	17		8	8
MOLISE	8	3	11	5		5	12	2	14			0
CAMPANIA	36	91	127	23	57	80	13	40	53		22	22
PUGLIA	7	85	92	8	81	89	10	65	75	7	31	38
BASILICATA	2	8	10	4	5	9	3	3	6	7	2	9
CALABRIA	8	12	20	4	3	7	6	4	10	2		2
SICILIA		97	97		52	52		62	62		8	8
SARDEGNA	14	15	29	7	10	17	4	7	11	5	3	8
ITALIA	156	939	1.095	113	710	823	99	592	691	67	392	459

Segue tab.2

REGIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI			AMMINISTRATIVI			ALTRO			TOTALE		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	3	120	123	1	26	27	5	29	34	39	540	579
VALLE D'AOSTA		6	6		2	2		2	2		1	29
LOMBARDIA	21	124	145	3	30	33	1	5	6	92	463	555
PROV. AUTON. BOLZANO	1	17	18		6	7		1	1	10	65	75
PROV. AUTON. TRENTO	2	4	6	1		1	2		2	2	10	19
VENETO	7	98	105	62	19	81	2	27	29	96	364	460
FRIULI VENEZIA GIULIA	24	14	38		5	5	4		6	47	57	104
LIGURIA	2	67	69		8	8		4	4	8	171	179
EMILIA ROMAGNA	5	54	59		3	3		3	3	17	201	218
TOSCANA	17	92	109	1	7	8	1	5	6	35	299	334
UMBRIA	13	7	20	1	1	2	1	2	3	26	47	73
MARCHE		33	33		6	6		25	25	3	145	148
LAZIO	28	110	138	1	6	7	2	26	28	65	399	464
ABRUZZO	1	28	29		6	6	1	1	2	5	97	102
MOLISE	13	1	14	1		1	1	1	1	40	6	46
CAMPANIA	41	86	127	3	7	10	2	16	18	118	319	437
PUGLIA	10	120	130		14	14	1	17	18	43	413	456
BASILICATA	11	11	22		2	2	1	4	5	28	35	63
CALABRIA	7	9	16	3		3	3	4	7	33	32	65
SICILIA	1	93	94		14	14		29	29	1	355	356
SARDEGNA	22	18	40	1	4	5		5	5	53	62	115
ITALIA	229	1.102	1.331	78	166	244	28	206	234	770	4.107	4.887

Tab. 3 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

REGIONE	2015			2016			2017			2018			2019			2020		
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine
PIEMONTE	4.874	1.635	6.509	3,0	4.755	1.516	6.271	3,1	5.948	1.774	7.722	3,4	2.752	1.108	3.860	2,5	4.931	1.706
VALLE D'AOSTA	255	79	334	3,2	256	76	332	3,4	239	82	321	2,9	216	68	284	3,2	228	82
LOMBARDIA	10.255	2.721	12.976	3,8	9.198	2.519	11.717	3,7	8.586	2.406	10.992	3,6	8.391	2.375	10.766	3,5	8.862	2.699
PROV. AUTON. BOLZANO	2.239	569	2.808	3,9	2.139	556	2.695	3,8	2.179	545	2.724	4,0	2.169	574	2.743	3,8	2.226	581
PROV. AUTON. TRENTO	1.949	391	2.340	5,0	2.941	586	3.527	5,0	2.070	344	2.414	6,0	1.944	350	2.294	5,6	1.850	352
VENETO	7.392	1.978	9.370	3,7	7.174	2.008	9.182	3,6	5.471	1.753	7.224	3,1	7.327	2.709	10.036	2,7	3.011	813
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.338	338	1.676	2,5	1.132	470	1.602	2,4	825	373	1.198	2,2	1.399	522	1.921	2,7	1.412	545
LIGURIA	4.146	1.660	5.806	2,5	4.244	1.719	5.963	2,5	4.051	1.645	5.696	2,5	3.765	1.520	5.285	2,5	4.208	1.722
EMILIA ROMAGNA	3.993	1.956	5.949	2,0	3.577	1.445	5.022	2,5	3.994	1.518	5.512	2,6	3.956	1.471	5.427	2,7	4.024	1.539
TOSCANA	863	303	1.166	2,8	2.381	670	3.051	3,6	2.046	561	2.607	3,6	2.404	612	3.016	3,9	2.195	567
UMBRIA	1.187	453	1.640	2,6	1.202	513	1.715	2,3	1.228	501	1.729	2,5	1.300	524	1.824	2,5	1.562	565
MARCHE	2.624	886	3.510	3,0	1.771	653	2.424	2,7	1.403	447	1.850	3,1	627	235	862	2,7	1.921	659
LAZIO	537	115	652	4,7	620	171	791	3,6	340	58	398	5,9	1.008	227	1.235	4,4	882	220
ABRUZZO	394	77	471	5,1	341	86	427	4,0	295	62	357	4,8	276	54	330	5,1	282	56
MOLISE	2.663	497	3.160	5,4	2.709	457	3.166	5,9	2.714	505	3.219	5,4	2.665	532	3.197	5,0	2.967	582
CAMPANIA	1.503	379	1.882	4,0	1.403	309	1.712	4,5	2.039	465	2.504	4,4	2.034	456	2.490	4,5	1.325	320
PUGLIA	399	81	480	4,9	261	67	328	3,9	304	74	378	4,1	384	70	454	5,5	526	114
BASILICATA	1.246	210	1.456	5,9	1.008	167	1.175	6,0	1.163	207	1.370	5,6	988	149	1.137	6,6	1.009	155
CALABRIA	2.870	565	3.435	5,1	2.956	634	3.590	4,7	2.999	633	3.632	4,7	1.499	309	1.808	4,9	2.751	579
SICILIA	1.855	452	2.307	4,1	1.910	434	2.3											

Segue Tab. 3

UTENTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI

REGIONE	2015			2016			2017			2018			2019			2020		
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine
PIEMONTE	3.739	1.305	5.044	2,9	3.472	1.222	4.694	2,8	4.518	1.423	5.941	3,2	1.798	656	2.454	2,7	3.626	1.300
VALLE D'AOSTA	210	57	267	3,7	229	60	289	3,8	218	67	285	3,3	208	59	267	3,5	220	76
LOMBARDIA	7.221	1.896	9.117	3,8	6.239	1.675	7.914	3,7	6.113	1.686	7.799	3,6	5.871	1.596	7.467	3,7	6.337	1.935
PROV. AUTON. BOLZANO	1.765	451	2.216	3,9	1.705	462	2.167	3,7	1.683	434	2.117	3,9	1.699	444	2.143	3,8	1.775	444
PROV. AUTON. TRENTO	1.554	320	1.874	4,9	2.385	488	2.873	4,9	1.458	239	1.697	6,1	1.391	244	1.635	5,7	1.218	246
VENETO	5.594	1.487	7.081	3,8	5.453	1.491	6.944	3,7	4.198	1.321	5.519	3,2	5.747	2.192	7.939	2,6	2.178	579
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.197	576	2.773	3,8	2.303	630	2.933	3,7	1.913	566	2.479	3,4	2.020	655	2.675	3,1	1.815	589
LIGURIA	1.040	441	1.481	2,4	907	390	1.297	2,3	663	296	959	2,2	1.066	407	1.473	2,6	1.092	430
EMILIA ROMAGNA	3.232	1.325	4.557	2,4	3.323	1.347	4.670	2,5	3.171	1.322	4.493	2,4	2.950	1.217	4.167	2,4	3.264	1.359
TOSCANA	2.913	1.535	4.448	1,9	2.648	1.122	3.770	2,4	3.055	1.174	4.229	2,6	2.986	1.145	4.131	2,6	2.890	1.160
UMBRIA	648	224	872	2,9	1.161	366	1.527	3,2	853	254	1.107	3,4	979	232	1.211	4,2	739	199
MARCHE	893	357	1.250	2,5	879	388	1.267	2,3	825	360	1.185	2,3	915	388	1.303	2,4	1.143	423
LAZIO	1.728	623	2.351	2,8	1.225	431	1.656	2,8	904	299	1.203	3,0	432	177	609	2,4	1.065	372
ABRUZZO	369	75	444	4,9	416	109	525	3,8	178	31	209	5,7	699	164	863	4,3	627	156
MOLISE	304	58	362	5,2	269	67	336	4,0	220	51	271	4,3	211	42	253	5,0	200	42
CAMPANIA	1.883	353	2.236	5,3	2.115	340	2.455	6,2	2.070	360	2.430	5,8	2.100	413	2.513	5,1	2.276	452
PUGLIA	1.162	282	1.444	4,1	1.065	231	1.296	4,6	1.552	363	1.915	4,3	1.516	326	1.842	4,7	1.030	222
BASILICATA	334	67	401	5,0	187	53	240	3,5	230	62	292	3,7	293	56	349	5,2	428	95
CALABRIA	734	128	862	5,7	668	104	772	6,4	705	133	838	5,3	582	84	666	6,9	535	89
SICILIA	2.114	416	2.530	5,1	2.212	482	2.694											

Segue Tab.3

UTENTI NUOVI

REGIONE	2015			2016			2017			2018			2019			2020				
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	
PIEMONTE	1.135	330	1.465	3,4	1.283	294	1.577	4,4	1.430	351	1.781	4,1	1.305	406	1.711	3,2	895	272	1.167	3,3
VALLE D'AOSTA	45	22	67	2,0	27	16	43	1,7	21	15	36	1,4	8	6	14	1,3	25	13	38	1,9
LOMBARDIA	3.034	825	3.859	3,7	2.959	844	3.803	3,5	2.473	720	3.193	3,4	2.520	779	3.299	3,2	2.525	764	3.289	3,3
PROV.AUTON.BOLZANO	474	118	592	4,0	434	94	528	4,6	496	111	607	4,5	470	130	600	3,6	451	137	588	3,3
PROV.AUTON.TRENTO	395	71	466	5,6	556	98	654	5,7	612	105	717	5,8	553	106	659	5,2	632	106	738	6,0
VENETO	1.798	491	2.289	3,7	1.721	517	2.238	3,3	1.273	432	1.705	2,9	1.580	517	2.097	3,1	833	234	1.067	3,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.131	346	1.477	3,3	953	299	1.252	3,2	716	206	922	3,5	696	218	914	3,2	741	209	950	3,5
LIGURIA	298	97	395	3,1	225	80	305	2,8	162	77	239	2,1	333	115	448	2,9	320	115	435	2,8
EMILIA ROMAGNA	914	335	1.249	2,7	921	372	1.293	2,5	880	323	1.203	2,7	815	303	1.118	2,7	944	363	1.307	2,6
TOSCANA	1.080	421	1.501	2,6	929	323	1.252	2,9	939	344	1.283	2,7	970	326	1.296	3,0	1.044	379	1.423	2,8
UMBRIA	215	79	294	2,7	1.220	304	1.524	4,0	1.193	307	1.500	3,9	1.425	380	1.805	3,8	1.456	368	1.824	4,0
MARCHE	294	96	390	3,1	323	125	448	2,6	403	141	544	2,9	385	136	521	2,8	419	142	561	3,0
LAZIO	896	263	1.159	3,4	546	222	768	2,5	499	148	647	3,4	195	58	253	3,4	856	287	1.143	3,0
ABRUZZO	168	40	208	4,2	204	62	266	3,3	162	27	189	6,0	309	63	372	4,9	255	64	319	4,0
MOLISE	90	19	109	4,7	72	19	91	3,8	75	11	86	6,8	65	12	77	5,4	82	14	96	5,9
CAMPANIA	780	144	924	5,4	594	117	711	5,1	644	145	789	4,4	565	119	684	4,7	691	130	821	5,3
PUGLIA	341	97	438	3,5	338	78	416	4,3	487	102	589	4,8	518	130	648	4,0	295	98	393	3,0
BASILICATA	65	14	79	4,6	74	14	88	5,3	74	12	86	6,2	91	14	105	6,5	98	19	117	5,2
CALABRIA	512	82	594	6,2	340	63	403	5,4	458	74	532	6,2	406	65	471	6,2	474	66	540	7,2
SICILIA																				

Tab.5 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%) - ANNO 2020

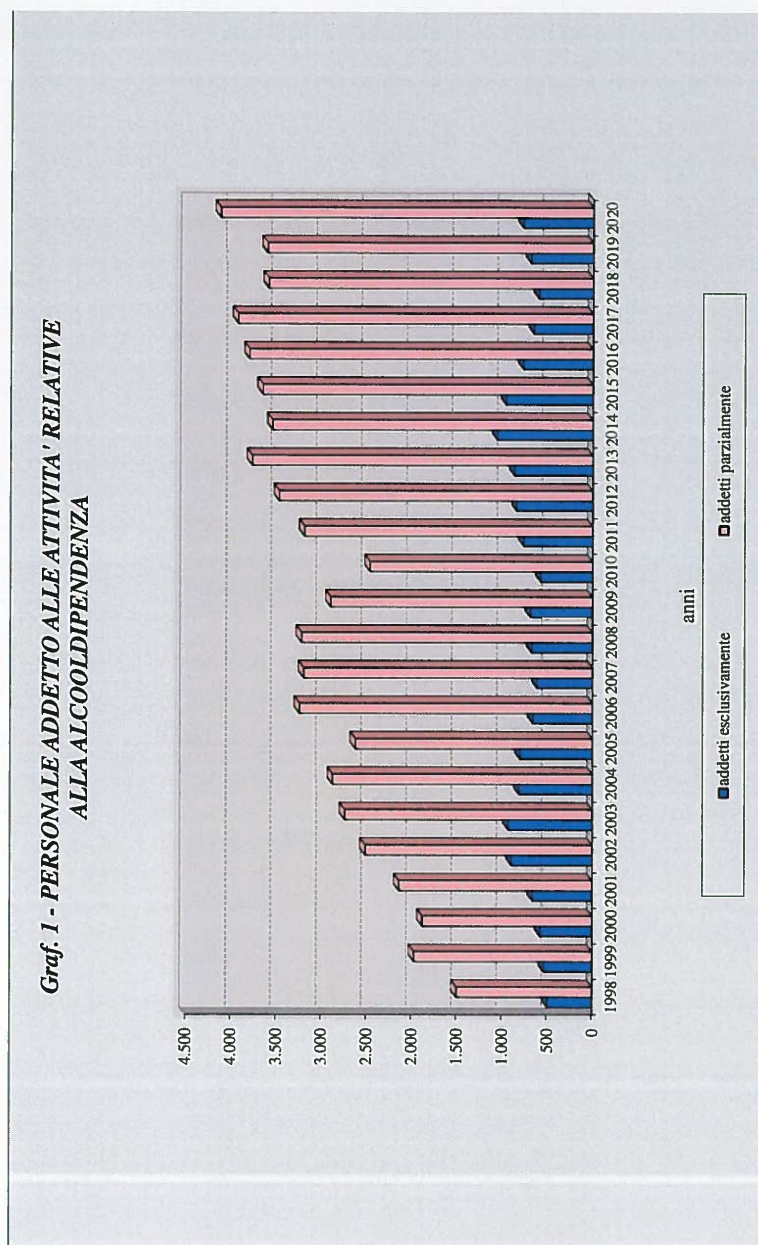
REGIONE	SUPERALCOLICI			APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI			VINI			BIRRA			ALTRO		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	12,0	9,8	11,4	4,0	4,6	4,2	39,7	47,6	41,7	24,4	19,5	23,1	19,9	18,5	19,5
VALLE D'AOSTA	6,1	3,3	5,3	0,4	1,1	0,6	29,3	33,3	30,4	14,8	14,4	14,7	49,3	47,8	48,9
LOMBARDIA	10,1	9,3	9,9	3,9	3,5	3,8	44,3	56,2	47,1	38,4	27,8	35,9	3,3	3,2	3,3
PROV.AUTON.BOLZANO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PROV.AUTON.TRENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	7,0	7,0	7,0	7,4	8,2	7,6	55,1	59,0	56,1	28,0	20,4	26,1	2,5	5,4	3,2
FRIULI VENEZIA GIULIA	5,5	6,9	5,8	3,3	6,5	4,1	53,7	54,6	53,9	28,7	24,3	27,6	8,8	7,7	8,6
LIGURIA	12,9	10,0	12,2	12,1	17,3	13,3	35,7	44,6	37,8	36,8	24,6	34,0	2,5	3,5	2,7
EMILIA ROMAGNA	4,9	9,3	10,3	55,3	3,9	3,0	24,4	63,4	56,1	14,9	22,7	29,6	0,5	0,7	1,0
TOSCANA	10,6	8,5	10,0	5,2	5,4	5,3	47,0	54,5	49,0	27,6	26,9	27,4	9,6	4,7	8,3
UMBRIA	7,1	15,7	9,3	6,5	9,2	7,2	49,9	38,2	46,9	36,5	36,9	36,6	0,0	0,0	0,0
MARCHE	7,4	6,5	7,1	3,9	4,9	4,2	39,8	44,4	41,2	16,9	16,4	16,8	32,0	27,8	30,8
LAZIO	9,7	8,8	9,5	5,6	4,3	5,3	25,5	32,7	27,5	24,5	24,9	24,6	34,6	29,3	33,2
ABRUZZO	13,7	15,3	14,0	4,6	5,6	4,8	52,0	47,7	51,2	29,5	31,5	29,9	0,1	0,0	0,1
MOLISE	2,9	4,4	3,0	1,0	4,4	1,3	23,9	24,4	23,9	28,2	20,0	27,4	44,1	46,7	44,3
CAMPANIA	18,4	15,2	17,8	10,5	7,7	10,0	47,6	59,6	49,7	23,2	17,6	22,2	0,3	0,0	0,3
PUGLIA	19,7	13,9	18,6	6,4	8,4	6,8	37,8	47,8	39,5	32,6	26,2	31,5	3,5	3,7	3,5
BASILICATA	9,7	16,3	10,9	4,1	6,3	4,5	54,0	42,5	51,8	31,7	33,8	32,1	0,6	1,3	0,7
CALABRIA	18,4	20,3	18,7	9,8	4,3	8,9	39,5	49,3	41,1	32,3	26,1	31,3	0,0	0,0	0,0
SICILIA	16,7	13,2	16,1	8,8	9,9	9,0	37,3	42,9	38,3	34,5	30,3	33,8	2,7	3,6	2,9
SARDEGNA	6,4	7,6	6,7	3,7	12,3	5,5	46,0	44,6	45,7	43,9	35,4	42,1	0,0	0,0	0,0
ITALIA	10,0	9,6	10,7	14,5	6,5	5,9	40,5	51,5	46,3	27,8	24,6	29,2	7,2	7,9	8,0

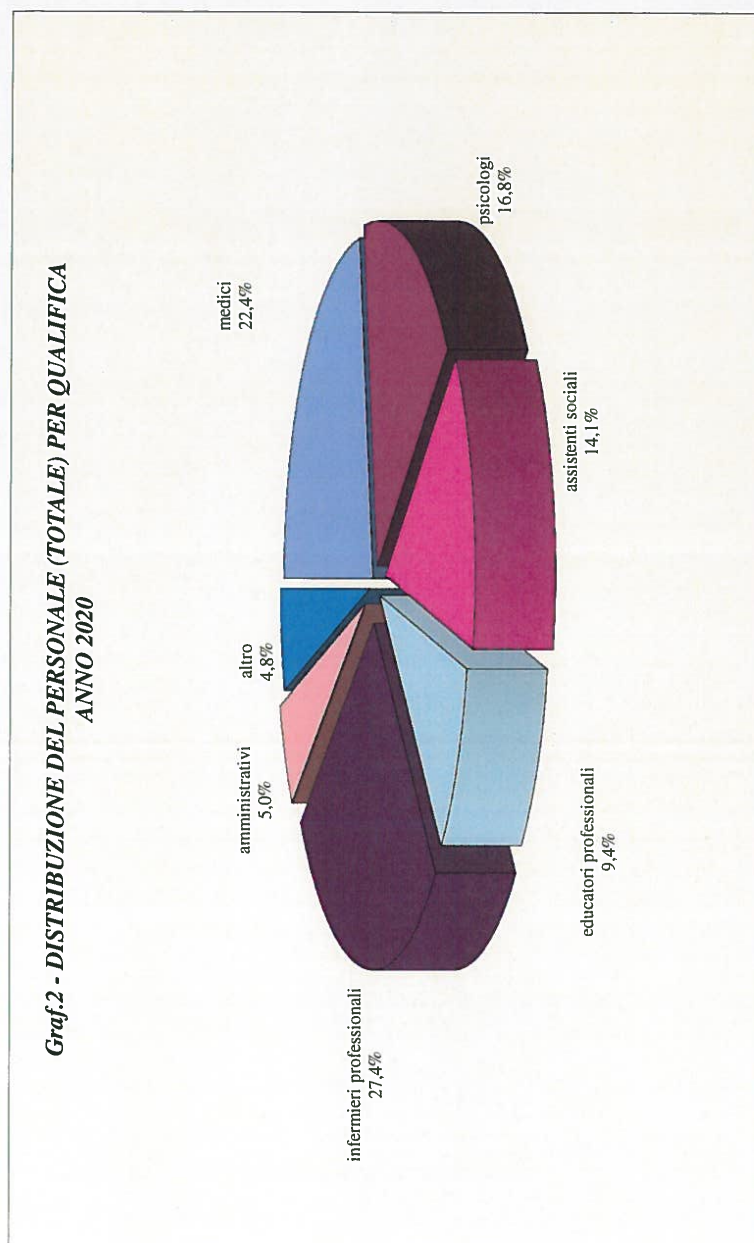
Tab.6 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2020

REGIONE	Medico farmacologico ambulatoriale	Psicoterapeutico		Counseling all'utente o alla famiglia	Inserimento nei gruppi di aiuto/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 alcolcorrelate	altro	sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcolcorrelate	altro	
PIEMONTE	27,3	8,1	1,0	22,8	2,0	24,3	3,8	1,2	0,3	0,1	2,3	0,2	0,0	6,6
VALLE D'AOSTA	29,7	7,8	1,0	14,7	1,4	20,0	8,8	4,2	10,3	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	28,6	13,1	3,4	26,1	1,6	18,6	2,7	0,6	0,3	0,1	0,5	0,0	0,0	4,1
PROV.AUTON.BOLZANO	27,5	30,3	0,0	24,8	0,0	12,9	1,8	1,9	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0
PROV.AUTON.TRENTO	49,1	0,0	0,0	38,4	6,4	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	5,2	0,0	0,0	0,0
VENETO	33,1	6,2	3,3	26,4	9,6	14,6	2,9	1,7	0,9	0,0	0,7	0,1	0,0	0,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	29,9	5,6	12,8	22,4	3,4	8,8	4,0	1,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	11,6
LIGURIA	18,9	12,1	1,2	25,6	1,0	39,0	0,6	0,9	0,1	0,0	0,4	0,0	0,0	0,1
EMILIA ROMAGNA	50,0	4,0	1,1	8,1	1,1	23,5	5,5	0,4	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	5,7
TOSCANA	26,2	5,0	1,5	32,6	7,7	14,1	2,9	0,8	1,9	0,6	1,7	3,2	0,2	1,6
UMBRIA	28,2	12,7	4,5	33,3	3,0	13,2	1,4	1,0	0,5	0,0	1,8	0,4	0,0	0,0
MARCHE	35,1	9,1	2,1	30,2	1,8	12,1	2,4	2,2	0,3	0,1	2,9	0,0	0,0	1,6
LAZIO	38,6	13,7	1,5	25,0	3,5	5,3	4,0	1,7	1,2	0,0	1,9	0,7	0,9	2,0
ABRUZZO	21,9	7,8	2,0	22,5	5,4	21,6	4,9	1,0	0,3	0,0	0,8	0,6	0,0	11,3
MOLISE	25,7	18,7	16,5	18,9	2,5	10,0	3,2	0,6	0,4	0,0	1,0	0,4	0,0	2,1
CAMPANIA	36,5	10,7	2,3	34,1	1,5	7,4	2,9	1,8	1,3	0,3	0,9	0,2	0,0	0,1
PUGLIA	29,9	14,0	2,0	22,2	2,0	23,3	4,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	2,1
BASILICATA	25,0	9,4	7,2	26,7	14,9	9,1	5,9	0,9	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CALABRIA	29,3	13,2	8,4	12,4	1,2	30,8	3,4	0,5	0,6	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
SICILIA	33,8	12,1	3,1	28,2	1,6	17,0	1,7	0,7	0,8	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0
SARDEGNA	33,7	7,3	4,4	37,0	3,7	9,3	1,6	1,5	1,4	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
ITALIA	32,0	10,0	3,1	25,7	3,6	16,6	3,0	1,1	0,6	0,1	0,9	0,3	0,1	2,8

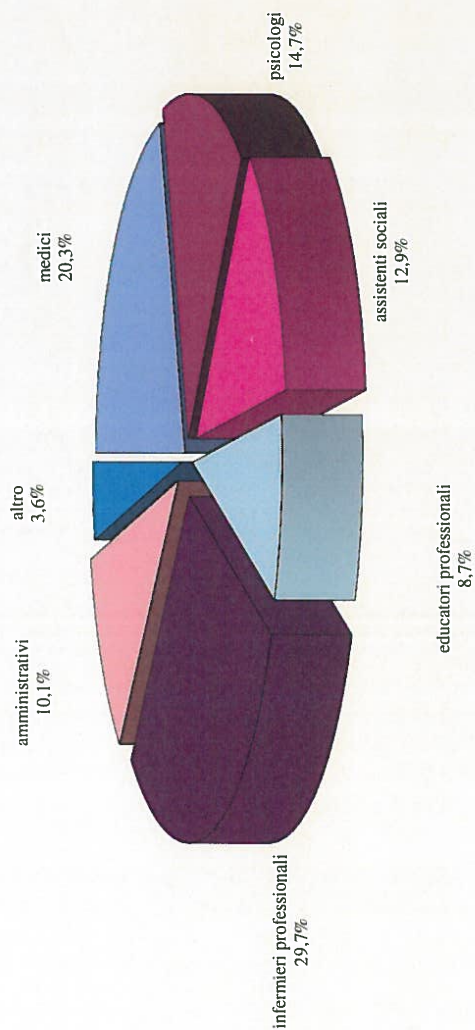
Tab.7 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO
percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma

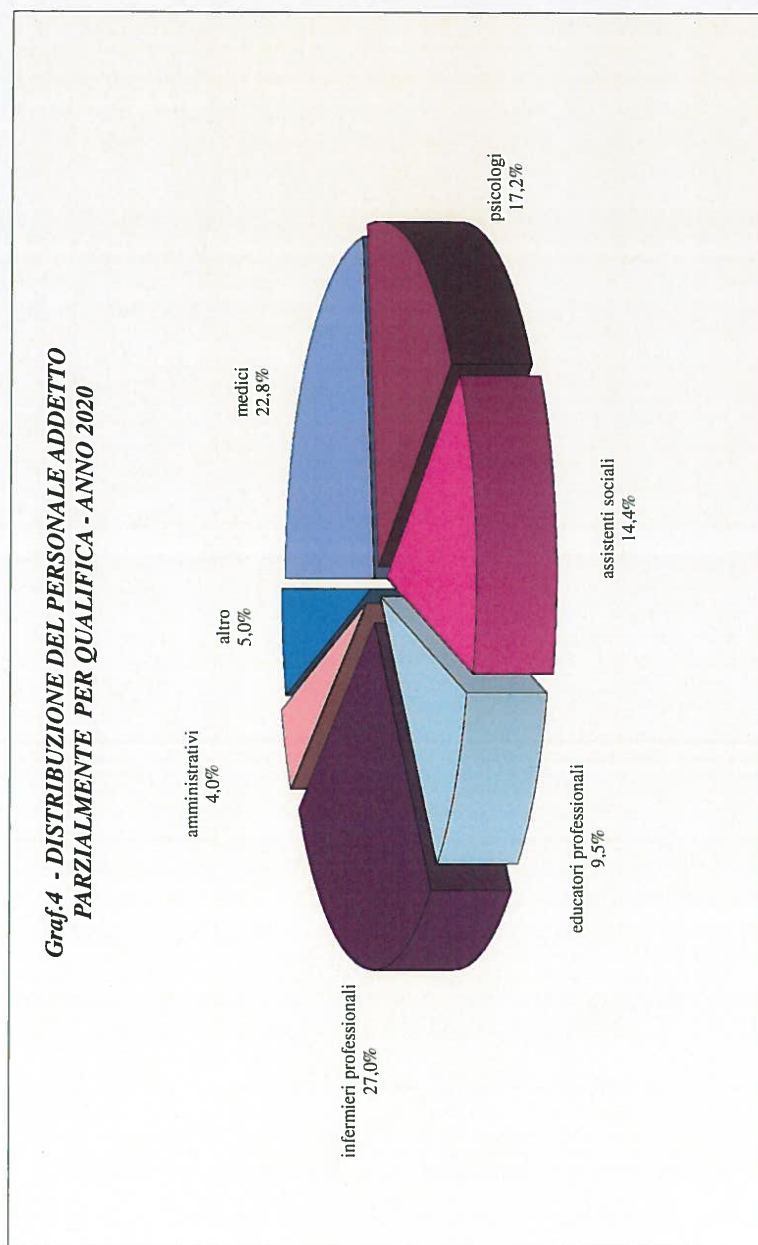
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Medico farmacologico ambulatoriale	28,2	30,3	29,4	30,0	28,9	27,0	26,8	27,3	27,1	25,7	27,3	28,1	30,1	29,3	30,2	32,0
Psicoterapeutico	7,0	7,1	6,6	6,7	6,9	8,1	7,9	7,5	8,3	8,2	9,1	8,7	9,2	8,8	9,0	10,0
individuale																
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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

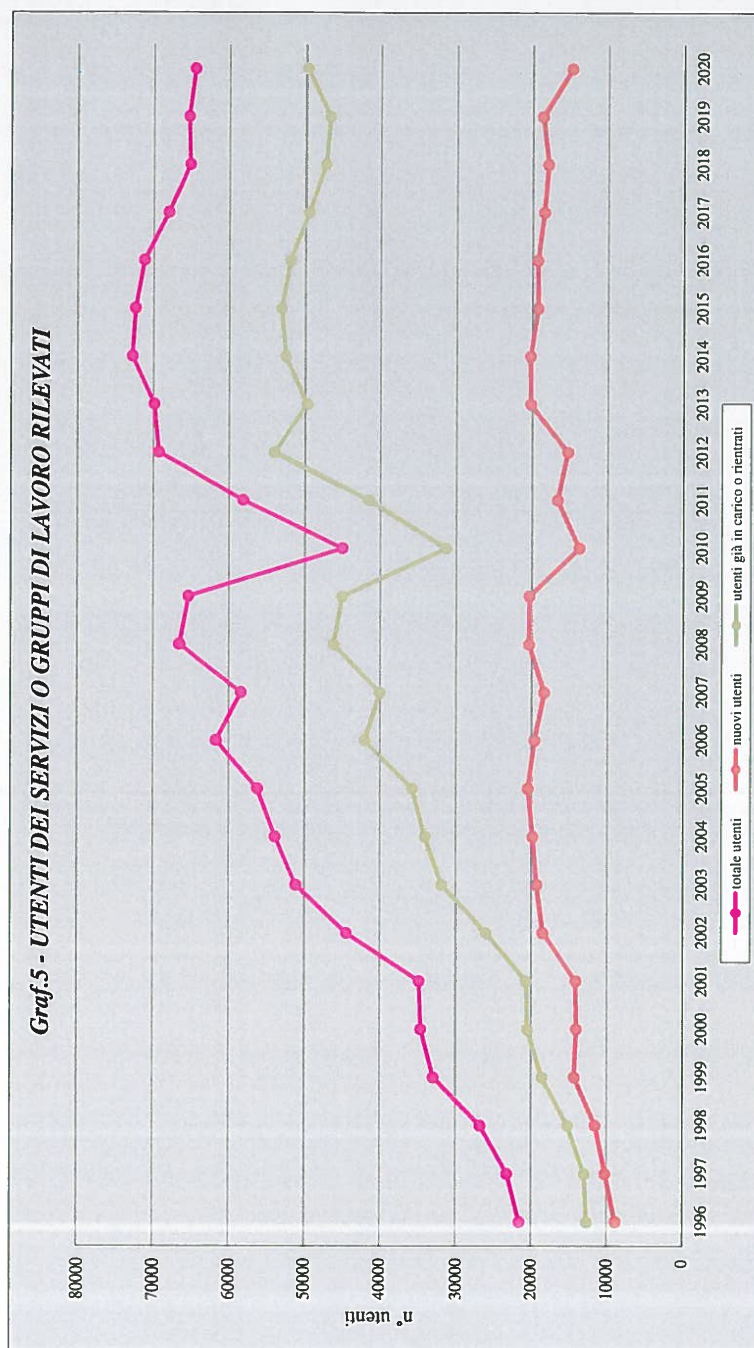


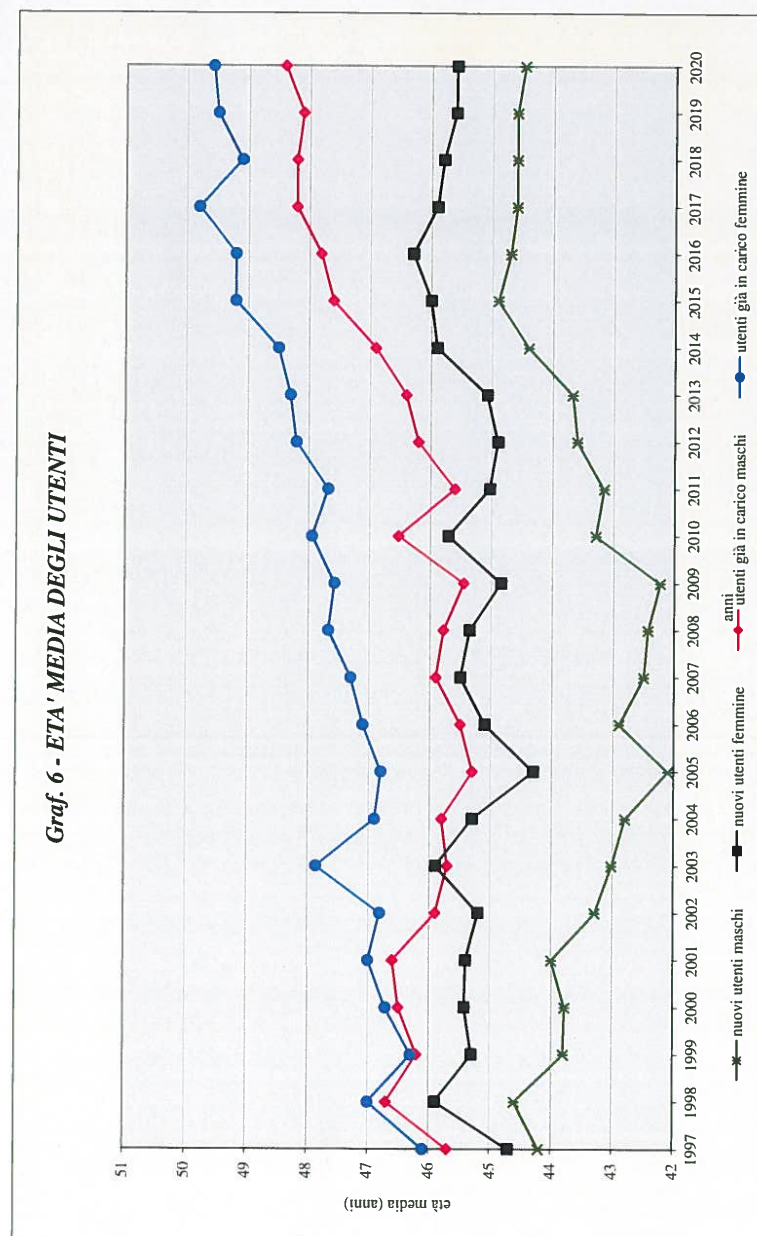


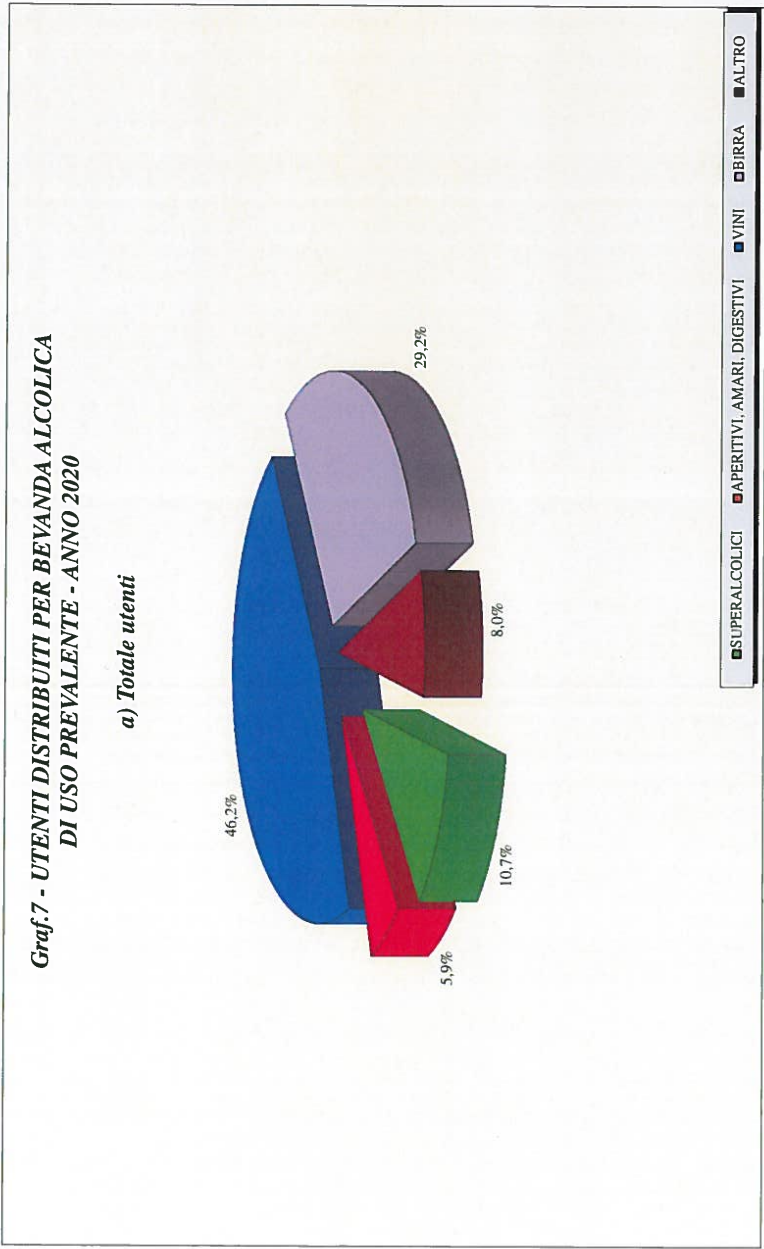
**Graf.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO
ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2020**



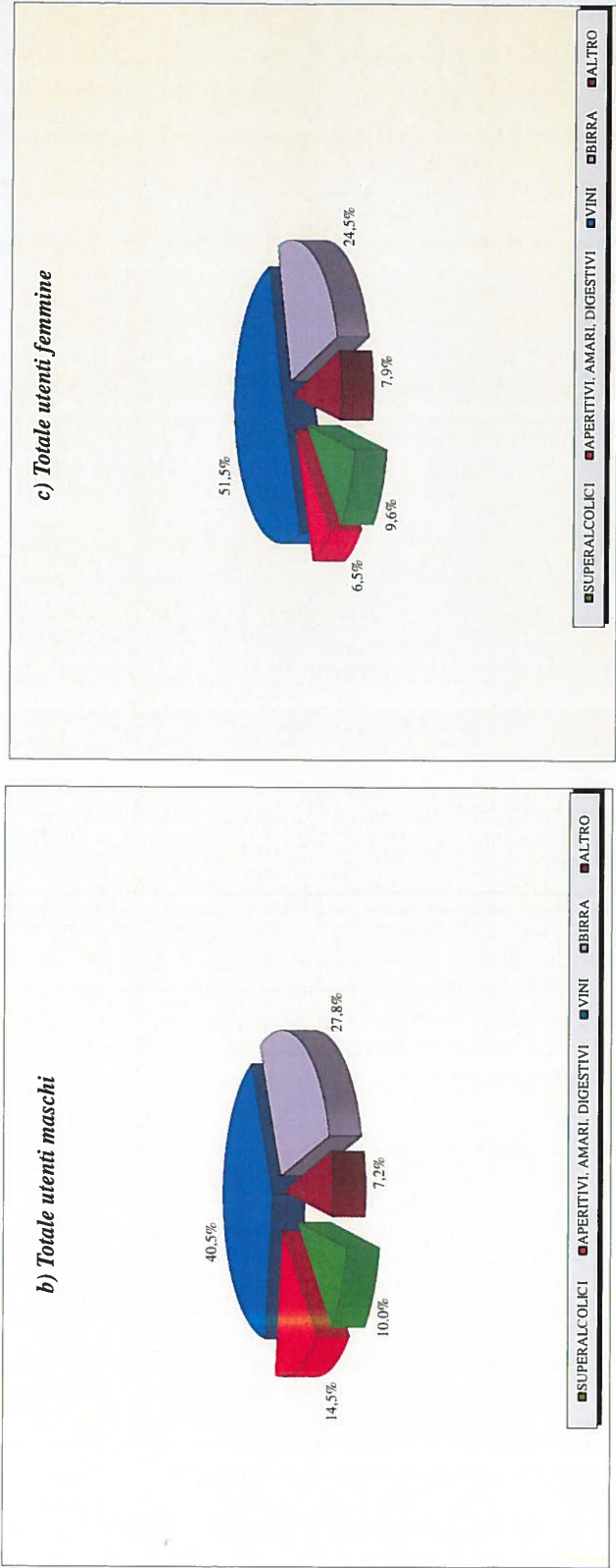








Segue graf.7



PAGINA BIANCA



181250177790