



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO 6

**RELAZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO
SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125
“LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOL CORRELATI”**

ANNO 2022

INDICE

PREMESSA

PRESENTAZIONE

PARTE PRIMA

IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

1	I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo	1
1.1	Il consumo di bevande alcoliche in Europa	1
1.2	Il consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana	6
1.3	L'alcol nelle Linee Guida	12
1.4	Consumatori a rischio - le analisi dell'ISS	13
1.5	Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni	27
2	La morbilità e la mortalità alcol correlate	39
2.1	Accessi in Pronto Soccorso con diagnosi di patologie totalmente alcol attribuibili	40
2.2	Dimissioni ospedaliere con diagnosi di patologie totalmente attribuibili all'alcol	50
2.3	Alcoldipendenza	62
2.4	Le Associazioni di Auto Mutuo Aiuto	65
2.5	La spesa farmaceutica nell'alcoldipendenza	70
2.6	Gli incidenti stradali e le violazioni del Codice della Strada	96

PARTE SECONDA

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

3.1	Gli interventi di indirizzo	104
3.2	La partecipazione alle politiche internazionali	117
3.3	Gli interventi in materia di informazione e comunicazione	120
3.4	L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001	121

PARTE TERZA

4.	PROGETTUALITA' delle REGIONI e PPAA ai sensi della L. 125/2001	122
4.1	Resalio: Pandemia Covid-19 e Servizi Territoriali per le dipendenze	123
4.2	La Medicina di genere nel disturbo da uso di alcol	150

APPENDICE – Tabelle e Grafici (Paragrafo 2.3 “*Alcoldipendenza: 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 2021. 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 2022 e presenta i progetti finanziati con i fondi previsti dalla Legge 125/2001 (art. 3, comma 4), assegnati alle Regioni individuate dalla Commissione Salute.

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

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

Si ringraziano:

- Prof. Emanuele 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*
- Le Regioni che hanno svolto le attività previste dai progetti finanziati secondo la previsione della Legge 125/2001: Dott.ssa Graziella Boi per la Regione Sardegna; Regione Emilia-Romagna e CNR Dott.ssa Sabrina Molinaro.
- Dott.ssa Angela Bravi, coordinatrice del gruppo interregionale sub-area dipendenze della Commissione Salute.

PRESENTAZIONE

La presente Relazione al Parlamento, con gli annuali aggiornamenti previsti dalla Legge 125/2001, intende portare a conoscenza del Parlamento italiano la situazione aggiornata sul consumo di alcol nella nostra Nazione con l'obiettivo di individuare misure adeguate per prevenire i rischi associati all'abuso di alcol in tutte le fasce di età.

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 dell'alcol con conseguente maggiore compromissione per la salute e la sicurezza rispetto all'adulto. La disposizione normativa nazionale, tra le prime in Europa ad essere stata adeguatamente variata negli ultimi anni in linea con quanto richiesto dalla Comunità Scientifica Internazionale, ha rafforzato il divieto di vendita e somministrazione ai minori tramite l'innalzamento dell'età minima legale dai 16 ai 18 anni.

La Comunità Scientifica Internazionale, tenuto conto che in Europa circa il 4% di tutte le morti e circa il 5% degli anni di vita persi per disabilità sono correlati all'abuso di alcol, suggerisce di adottare raccomandazioni sul consumo di bevande alcoliche volte alla prudenza. L'Italia ha, pertanto, recepito l'opportunità di divulgare raccomandazioni in tal senso mediante le "Linee guida per una sana alimentazione Revisione 2018", presentate dal Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria - CREA; queste definiscono "a basso rischio" per la salute un consumo giornaliero di 2 unità alcoliche per l'uomo adulto e 1 unità alcolica sia per le donne adulte, sia per gli anziani di entrambi i sessi, quantità che corrispondono rispettivamente a 24 e a 12 grammi di alcol, mentre per i minori e le donne in gravidanza zero unità alcoliche.

Il quadro epidemiologico riferito all'**anno 2021**, rappresentato in questa relazione, illustra diverse tipologie di dati provenienti da più fonti statistiche istituzionali con l'obiettivo di descrivere il fenomeno correlato all'abuso di alcol nella popolazione italiana.

I dati **ISTAT** riferiti all'anno 2021 mostrano, rispetto all'anno precedente, un consumo stabile di alcol nell'anno di riferimento (66,4% nel 2020 e 66,3% nel 2021), mentre si riduce il consumo giornaliero (20,6% nel 2020 e 19,4% nel 2021) e il consumo fuori pasto (31,7% nel 2020 e 30,7% nel 2021); risulta, invece, in aumento il consumo occasionale (45,7% nel 2020 e 46,9% nel 2021).

Negli ultimi dieci anni si continua a registrare la tendenza del progressivo incremento della quota di donne consumatrici di bevande alcoliche che, per il consumo occasionale, passano dal 38,4% al 45,1%, e per il consumo fuori pasto passano dal 16% al 21,7%.

Tra i giovani il consumo di bevande alcoliche 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, 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 2020 il consumo abituale eccedentario, nella classe di età 18-24 anni era il 2,5%, con valore analogo per maschi e femmine. Nel 2021 il consumo abituale eccedentario nella stessa classe di età è stato il 2,1%. Tra i comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche tra i giovani, il **binge drinking** rappresenta l'abitudine più diffusa e consolidata. Nel 2020 il fenomeno del *binge drinking* riguardava il 18,4% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età mentre nel 2021 ha riguardato il 14,8% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età. Sulla diminuzione nell'abitudine al *binge drinking*, registrata nel 2021, può aver inciso anche la chiusura nel periodo pandemico di discoteche e altri

luoghi da ballo che spesso sono indicati dai ragazzi di questa fascia di età come il luogo in cui è avvenuto l'ultimo episodio di *binge drinking*.

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 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, in particolare, 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), ormai da anni, ha 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 e il *binge drinking*. Pertanto si è tenuto conto delle indicazioni fornite dalle "*Linee guida per una sana alimentazione Revisione 2018*" del CREA, in cui viene stabilito di 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, i minori per qualsiasi bevanda alcolica e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che praticano il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno. Da tali premesse, che sono alla base dello strumento utilizzato come "indicatore di sintesi", si è potuto elaborare la prevalenza dei **consumatori a rischio**: nel 2021 sono il 20,0% degli uomini e l'8,7% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 7.700.000 individui (M=5.250.000, F=2.450.000); tali individui non hanno seguito le indicazioni di salute pubblica riportate nelle sopra citate Linee guida del CREA.

Dalle analisi dei dati dell'Istituto Superiore di Sanità emerge che circa 620.000 minorenni e 2.600.000 ultra sessantacinquenni rappresentano i target di popolazione ai quali vanno rivolti interventi di sensibilizzazione per superare la criticità della mancata conformità dei loro consumi alle 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 2021 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati (n=449) 63.490 soggetti. Il 24,0% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante, invece, indica i soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.

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 2021 il 31,4% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,0% al "*counseling*" rivolto all'utente o alla famiglia, il 3,2% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 15,9% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità, di carattere residenziale o semiresidenziale, ha riguardato solo il 3,2% degli alcolodipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 13,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 3,4% del totale degli utenti rilevati (2,1% 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.

Dai dati elaborati e rappresentati dall'**Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)**, nel 2021 si registra, rispetto all'anno precedente, una forte riduzione del consumo dei farmaci per il trattamento

della dipendenza alcolica (-14,2%), che si concentra in gran parte nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche (-23,0%), a cui si associa una marcata riduzione della spesa a carico del SSN (-17,7%), verosimilmente come risultato della riduzione degli accessi da parte dei pazienti alle strutture sanitarie pubbliche dovuta all'emergenza pandemica da COVID-19. Il sodio oxibato è il farmaco più utilizzato nelle 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. La Valle d'Aosta è anche l'unica regione in cui la proporzione tra maschi e femmine si inverte, mostrando che circa il 60% dei pazienti in terapia per la dipendenza da alcol è di sesso femminile. 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 già noto, ovvero che la dipendenza alcolica si associa frequentemente a disturbi neuropsichiatrici, quali depressione, disturbi d'ansia e disturbo bipolare. Appare quindi evidente che l'utilizzo di farmaci per i disturbi alcol-correlati è indice di altre condizioni patologiche del sistema nervoso centrale che, verosimilmente, potrebbero essere alla base dello sviluppo della dipendenza alcolica. Pertanto, dalla presente analisi appare evidente la necessità di una maggiore e più completa presa in carico di tali pazienti.

Nel corso del 2021 si sono verificati complessivamente 35.307 accessi in **Pronto Soccorso** caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol con la seguente distribuzione per sesso: 68% maschi, 32% femmine; nel corso del 2020 si erano verificati complessivamente 29.362 accessi in Pronto Soccorso caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol con la seguente distribuzione: 71% maschi e 29% femmine.

I dati ricavati dalle **Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)** nel 2021 rilevano complessivamente 45.270 dimissioni ospedaliere (+4,2% rispetto all'anno 2020) caratterizzate da almeno una patologia attribuibile all'alcol, indicata in diagnosi principale di dimissione o in una delle diagnosi secondarie che coesistono al momento del ricovero e che influenzano il trattamento terapeutico somministrato.

Per completare la panoramica inerente alla morbosità e alla mortalità alcol correlata grande rilievo assume anche l'analisi del fenomeno riguardante **l'incidentalità stradale**. Il tema degli incidenti stradali alcol correlati rappresenta un argomento di notevole importanza per la sicurezza stradale, tuttavia in materia sono ancora presenti lacune informative, dovute soprattutto alla mancanza di un'unica Banca Dati che possa raccogliere tutte le informazioni provenienti dalle diverse fonti ufficiali attualmente esistenti. 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) che hanno fornito i dati sulle sanzioni elevate in occasione di incidente stradale. Da tali fonti emerge che, nel 2021, su un totale di 52.459 incidenti con lesioni osservati dai due Organi di rilevazione, sono stati 5.085 quelli con almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti in stato di ebbrezza e 1.676 quelli per i quali si è rilevato l'effetto di stupefacenti. Il 9,7% e il 3,2% degli incidenti rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale nel complesso, è correlato quindi rispettivamente ad alcol e droga, proporzioni in aumento rispetto al 2020 per alcol (9,2%) e in lieve diminuzione per stupefacenti (3,5%).

L'analisi del quadro epidemiologico è essenziale per definire i fenomeni connessi ai disturbi da uso di alcol (AUD – DSM5): da essa prende spunto la programmazione nazionale di interventi e piani di azione nell'ambito della prevenzione in Sanità Pubblica che mantiene l'attenzione anche al recepimento delle indicazioni incluse nelle Strategie Comunitarie.

Con Intesa Stato Regioni del 6 agosto 2020 è stato adottato il **Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP)**; successivamente è stata apportata una integrazione al citato Piano, recepita con Intesa Stato Regioni del 17 dicembre 2020. Sulla base delle suddette Intese, le Regioni e le Province Autonome hanno completato la pianificazione dei Piani Regionali di Prevenzione (PRP) ed hanno adottato, con apposito atto, i propri PRP.

Il nuovo PNP si è avvalso delle precedenti esperienze adottando quindi buone pratiche, metodi e strumenti validati e consolidati negli anni; ha 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 di cui si compone. Il PNP 2020-2025 prevede il Macro Obiettivo 2 “Dipendenze e problematiche correlate” che 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 che devono rispondere alle linee strategiche degli obiettivi strategici ai quali afferiscono, nello specifico i Programmi Predefiniti devono avere caratteristiche uguali per tutte le Regioni e sono vincolanti. Il Piano Predefinito PP4 è dedicato all'ambito delle dipendenze, con obiettivi specifici, obiettivi relativi alle azioni trasversali a tutto il PNP e indicatori definiti che ne permettano il monitoraggio e la valutazione. Il piano prevede, inoltre, le Linee di supporto centrali, pertinenti al livello di governo centrale, finalizzate a migliorare la capacità del sistema sanitario di promuovere e governare la prevenzione, a rendere più efficiente ed efficace l'insieme delle relazioni tra attori istituzionali e, infine, a facilitare il raggiungimento degli obiettivi del PNP. Per l'area delle dipendenze è prevista la Linea di supporto centrale n. 11 che ha l'obiettivo di *“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”*. A tal fine è stato istituito il “Tavolo Tecnico di Lavoro per la realizzazione del Piano Nazionale di Prevenzione in materia di Dipendenze” (Decreto Dirigenziale 21/04/2021) che si è insediato il 7 luglio 2021 e prevede una durata concomitante con la vigenza del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025. I componenti del Tavolo hanno concordato di affrontare come prima tematica: *“L'intercettazione precoce/emersione precoce delle situazioni problematiche (early detection)”*.

Nell'ambito delle iniziative promosse dal Ministero della salute ai fini della prevenzione e presa in carico, nel 2022 è stata organizzata la seconda **Conferenza Nazionale Alcol** dal titolo: *“Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana”* La Conferenza, svoltasi nelle giornate del 15 – 16 – 17 Marzo 2022, si è focalizzata su quattro aree tematiche: 1) Giovani e Alcol (Prevenzione nel *setting* scolastico e modalità di ingaggio e di intervento dedicate ai giovani con modalità di consumo problematiche); 2) Alcol e Guida (Gli accertamenti finalizzati alla revisione delle capacità fisiche e psichiche per la guida in casi di violazione dell'art. 186 del codice della strada); 3) Formazione (Formazione di base in ambito universitario e la Formazione degli operatori: *clinical competence*); 4) Reti Curanti (la rete alcolologica oggi, processi di *assessment* e presa in carico integrata, cronicità e vulnerabilità, riabilitazione alcolologica breve, il percorso di trapianto d'organo in paziente con patologia alcol correlata). Per ogni area tematica sono stati presentati i documenti di analisi e di consenso elaborati nel contesto di

specifici gruppi di lavoro, previsti dalle attività progettuali sviluppate dalle Regioni capofila Piemonte ed Emilia-Romagna, con il coinvolgimento di tutte le Regioni, delle Istituzioni Centrali competenti per tematica, delle Associazioni, Società scientifiche e Comunità, sotto la supervisione costante e continua del Ministero della Salute.

Alla Conferenza è seguita l'istituzione del Tavolo di Lavoro sull'alcol le cui attività si sono incentrate nell'elaborazione e redazione del "Libro Bianco - Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana", pubblicato sul Portale del Ministero della Salute. Tale documento ha inteso rappresentare un riferimento concreto per tutti gli *stakeholder* dell'area dell'alcolologia italiana ed internazionale, grazie ai contributi di analisi e di consenso elaborati mediante una prolungata consultazione rivolta alla creazione partecipata del consenso sulle tematiche trattate.

In **ambito internazionale**, il Ministero della Salute, con il supporto dell'Istituto Superiore di Sanità, ha seguito lo sviluppo del nuovo Piano d'azione dell'OMS (2022-2030) per rafforzare l'attuazione della strategia globale di riduzione dei danni da uso di alcol come priorità per la salute pubblica, al fine di ridurre in modo significativo la morbilità e la mortalità alcol correlate. L'Assemblea Mondiale della Sanità, il 24 Maggio 2022, ha pertanto adottato il "*Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*". Al Piano di Azione (2022-2030) è seguito il documento "*European framework for action on alcohol 2022-2025*", adottato dalla Regione Europea dell'OMS il 14 Settembre 2022. Tale documento si propone di rappresentare il supporto della regione europea dell'OMS in favore degli Stati membri al fine di condividere i principi, raggiungere gli obiettivi operativi, e dare priorità alle aree di azione, come stabilito nel Piano d'azione 2022-2030 (OMS).

Ciascun Paese della Regione Europea dell'OMS dovrà quindi recepire con propri Piani di Azione i principi, gli obiettivi e le azioni del Piano di Azione dell'OMS, elaborandoli e adattandoli al proprio contesto.

Il Ministro della Salute
Orazio Schillaci

PARTE PRIMA

IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

1. I CONSUMI DI BEVANDE ALCOLICHE E I MODELLI DI CONSUMO

1.1 IL MONITORAGGIO DEI CONSUMI IN EUROPA E NEL MONDO

I modelli di consumo di bevande alcoliche tra i diversi Paesi sono influenzati da tendenze tradizionali nel consumo di uno o più alcolici, dalla disponibilità delle bevande alcoliche, dalla cultura del bere, dallo stato economico, dall'alfabetizzazione e il grado di istruzione oltre che dalle modalità e le norme di promozione, commercializzazione e controllo delle bevande alcoliche, che dall'effettiva implementazione delle politiche alcolologiche nei singoli Paesi.

Il consumo eccessivo di alcol a livello globale è responsabile di circa 3 milioni di morti (pari al 5,3% di tutti i decessi), più dell'ipertensione e del diabete messi insieme. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima inoltre che il 5,1% del carico globale di malattie e lesioni, equivalente a 132,6 milioni di anni di vita aggiustati per la disabilità (DALY), è stato causato dal consumo di alcol [1]. Nel 2020 circa il 4% dei tumori registrati nel mondo è causato dal consumo di alcol, pari a oltre 740.000 casi con un impatto diverso a seconda del livello di assunzione dell'alcol; anche un consumo moderato di alcol equivalente una o due bevande alcoliche al giorno infatti è associato ad un rischio di insorgenza di tumore stimato nel 2020 ad oltre 100.000 casi di cancro [2]. Un recente studio ha mostrato come la prevalenza del consumo di alcol e dei disturbi da uso di alcol (AUD) varino tra i diversi Paesi, le Regioni dell'OMS e tra i Paesi a basso, medio e alto reddito e come le differenze risultano più consistenti se si considerano i soli consumatori degli ultimi 12 mesi [3]. Nel 2016, l'OMS ha stimato che il 29% dei decessi correlati all'alcol è avvenuto per malattie oncologiche, il 20% per cirrosi epatica, il 19% per malattie cardiovascolari e il 18% per incidenti e che, nello stesso anno, sono stati 7,6 milioni di anni in totale, perso prematuramente a causa del consumo di alcol [4-5]. Il consumo di alcol incide su 13 dei 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile – Sustainable Development Goals (SDGs), inseriti nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, un programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità sottoscritto nel settembre 2015 dai Governi dei 193 Paesi membri dell'ONU [6]: L'alcol incide infatti su una serie di indicatori relativi alla salute, come la salute dei bambini, le malattie infettive e gli incidenti stradali, nonché una gamma molto più ampia di indicatori relativi agli aspetti dello sviluppo economico e sociale, dell'ambiente e dell'uguaglianza tra le persone. L'inclusione negli SDG dell'obiettivo 3.5 specifico sull'uso dannoso di alcol: “rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e l'uso dannoso di alcol” ha sottolineato il ruolo chiave della prevenzione dei danni da alcol nell'agenda di sviluppo globale. Per il monitoraggio del raggiungimento di questo obiettivo sono stati identificati dall'OMS tre indicatori specifici: **Il consumo medio pro capite di alcol** [7], **il consumo di alcol negli ultimi 12 mesi** [8] e **il consumo dannoso di alcol** [9]

(1) Il consumo medio pro capite

A livello nazionale, la necessità di un sistema formalizzato di monitoraggio dei consumi e delle patologie alcol-correlate si è consolidata a partire dall'approvazione della Legge 125/2001 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati” che richiamava la necessità di provvedere annualmente alla produzione di una relazione annuale del Ministro della Salute sullo stato di avanzamento delle attività previste dalla stessa Legge per il contrasto al fenomeno dell'alcoldipendenza in Italia. Numerose leggi e piani di indirizzo (Legge 125/2001, Piano Nazionale Alcol e Salute-PNAS, Piano Nazionale della Prevenzione-PNP) nel corso degli

anni hanno sottolineato l'esigenza centrale di flussi informativi specifici particolarmente sentita da tutte le Regioni e Province Autonome italiane.

A livello Europeo, negli ultimi dieci anni, numerose sono state le iniziative sull'alcol, quali la "EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harms" (Commissione Europea, 2006) e la "WHO European Alcohol Action Plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020" (Organizzazione Mondiale della Sanità-OMS, Ufficio Regionale per l'Europa, 2011), supportate a livello globale dalla "Global strategy to reduce the harmful use of alcohol" (OMS, 2010) e dalla "Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Disease 2008-2013" (OMS, 2008).

Tali iniziative, alle quali l'Italia ha aderito nell'ambito di numerose attività progettuali europee, hanno ripetutamente sottolineato e rafforzato nel tempo, l'importanza di sviluppare e sostenere un sistema locale di monitoraggio alcol-correlato in grado di garantire da un lato, una valutazione dell'impatto socio-sanitario del consumo di alcol nella popolazione, dall'altro, di fornire informazioni puntuali sullo stato di avanzamento delle iniziative di contrasto adottate ed eventualmente riadattate sulla base di bisogni socio-sanitari emergenti,

L'indicatore attualmente utilizzato a livello europeo e internazionale per monitorare il consumo dannoso di alcol è il consumo nazionale di alcol pro capite (APC) negli adulti di età superiore a 15 anni, espresso in litri di alcol puro [10]. L'APC è un indicatore fortemente correlato con il consumo dannoso di alcol e la possibilità di avere dati disponibili per quasi tutti i paesi su base annuale hanno permesso di considerarlo il miglior indicatore disponibile per il monitoraggio del Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 e per il monitoraggio degli Obiettivi di sviluppo sostenibile.

Nei Paesi della UE, tra il 1970 e la fine degli anni 90 a fronte di un iniziale incremento annuo dell'APC si è osservata una prolungata diminuzione (che in Italia si è rivelata più costante e cospicua), seguita nuovamente da un lieve aumento.

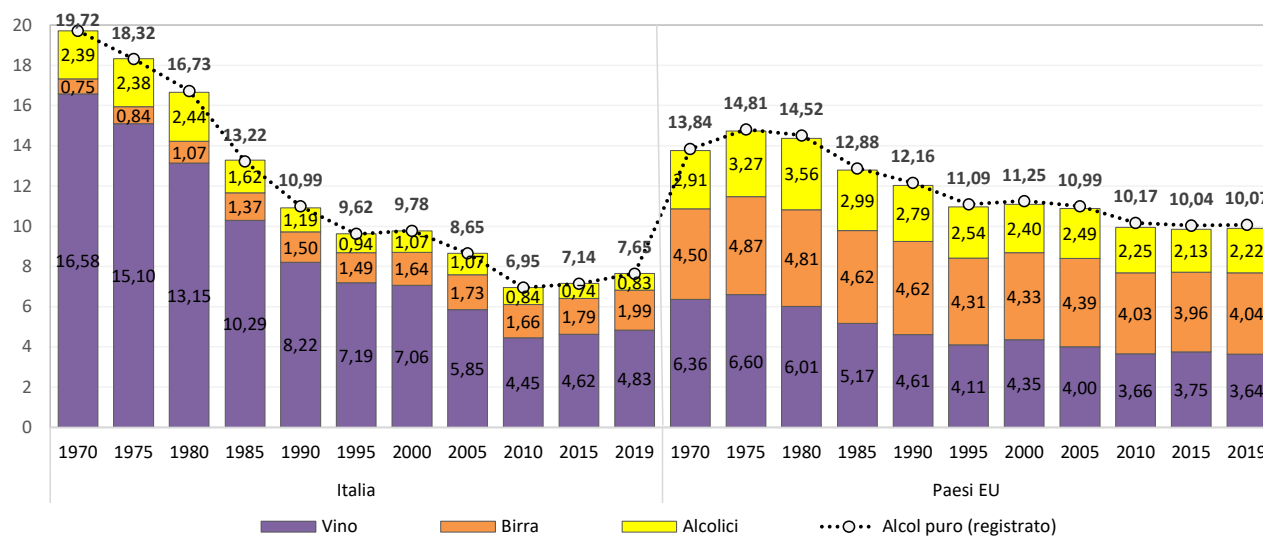


Figura I.1 Consumo di alcol puro pro capite (APC) negli adulti di età superiore a 15 anni per tipologia di bevanda in Italia e nei Paesi europei (Anni 1970, 1980, 1990, 2000, 2010, 2018, 2019). Elaborazione ONA-ISS su dati OMS

Tra il 2000 e il 2019, l'APC a livello europeo è diminuito costantemente mentre in Italia, a fronte di una diminuzione rilevata tra il 2002 e il 2010, il dato ha subito delle oscillazioni raggiungendo nel 2019 il valore di 7,65 litri pro-capite. Il consumo di alcol pro-capite per tipologia di bevanda mostra che in Italia, contrariamente a quanto osservato mediamente nei Paesi EU, la quota prevalente dei litri di alcol puro è attribuibile al consumo di vino, seguito dalla birra e in ultimo da liquori con andamenti nel tempo sostanzialmente differenti. Il consumo medio pro-capite di vino è diminuito passando da 16,58 nel 1970 a 4,45 nel 2010 ma nel corso degli ultimi anni il valore è nuovamente aumentato (4,83 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

1970 e il 2019 si è assistito ad una costante crescita (0,75 nel 1970 vs 1,99 nel 2019). Il consumo medio degli altri alcolici (superalcolici, amari, cocktail, ecc.) è infine diminuito (0,94 nel 1995), subendo successivamente delle oscillazioni e attestandosi nel 2019 a 0.83 litri (Figura I.1).

(2) Il consumo di alcol negli ultimi 12 mesi

I dati dell'indagine europea sulla salute (EHIS) [11], condotta in tutti gli Stati membri dell'UE nel periodo 2018-2020 secondo il regolamento di esecuzione (UE) n. 255/2018 della Commissione europea rileva i consumi di alcol nei Paesi dell'EU nella popolazione di età pari o superiore a 15 anni che vive in nuclei familiari residenti nel territorio nazionale e permette di confrontare quindi le abitudini di consumo dei diversi Stati membri. I dati raccolti riguardano non solo le bevande alcoliche come ad es. birra, vino, liquori, cocktail, liquori ma anche gli alcolici fatti in casa.

L'analisi condotta sui dati della raccolta dell'indagine EHIS di eurostat mostrano che nel 2019, l'8,4 % della popolazione UE di età pari o superiore a 15 anni ha dichiarato di bere alcolici ogni giorno, rispetto al 28,8 % dei consumatori settimanali di alcol e al 22,8 % dei consumatori mensili di alcol (Figura I.2). Al contrario, poco più di un quarto degli europei (26,2 %) non ha consumato alcolici nei dodici mesi precedenti l'indagine o non ha mai bevuto alcolici di alcun tipo. In Italia e Spagna si rileva una quota di persone che bevono alcolici quotidianamente che ha superato il 12% della popolazione di riferimento, preceduta in Europa solo dal Portogallo dove la prevalenza ha raggiunto il 20,7%. All'altro estremo della scala, in Lituania, Lettonia, Estonia, Polonia, Svezia, Irlanda e Romania, nonché in Norvegia e Turchia, la percentuale della popolazione che beve alcolici su base giornaliera rappresentava meno del 3%. Le percentuali più alte di persone che non consumavano bevande alcoliche si registrano principalmente in Croazia (38,3%) e Italia (34,8%), mentre le quote più basse in Danimarca (9,4%), Repubblica Ceca (15,2%) e Lussemburgo (17,2%); la percentuale più alta di persone che non consumano alcolici è stata riscontrata in Turchia (85,1%) [12].

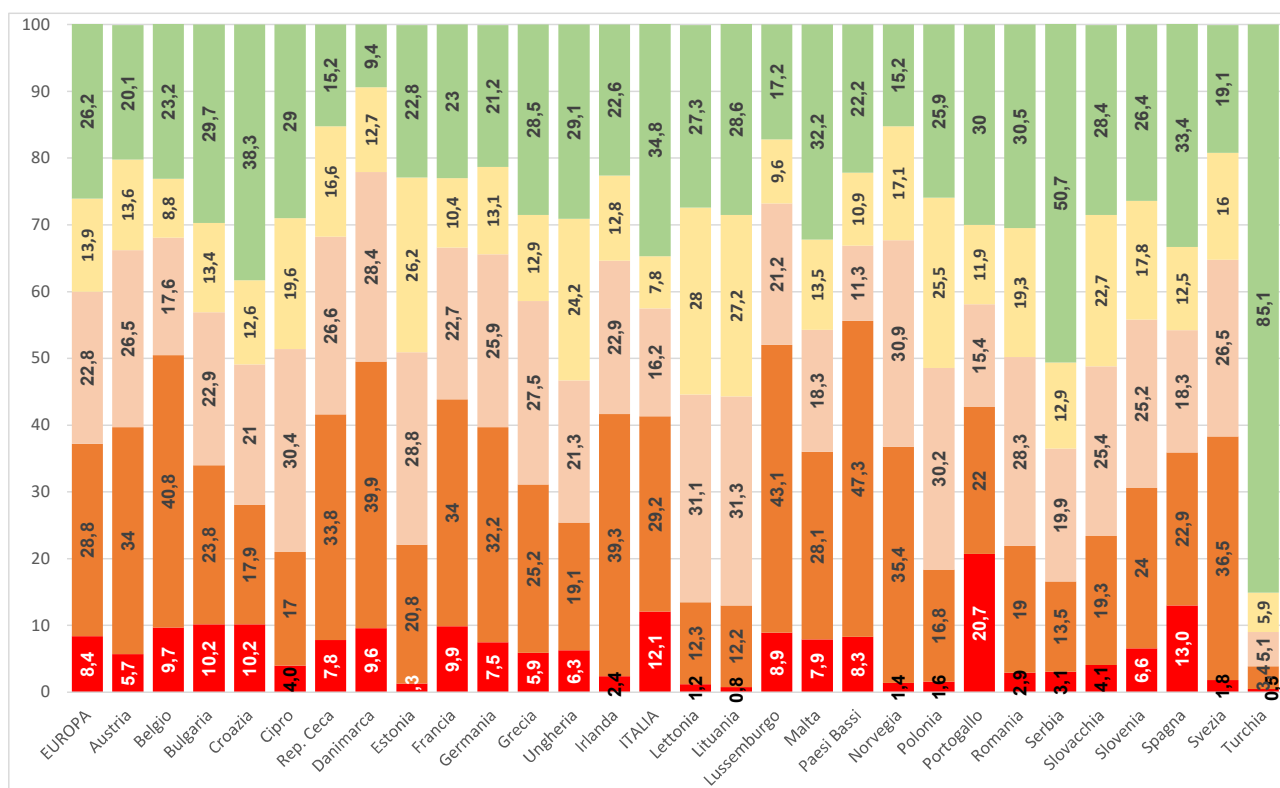


Figura I.2 Distribuzione (%) delle persone di età pari o superiore a 15 anni in base alla frequenza del consumo di alcol, 2019. Elaborazione ONA-ISS su dati Eurostat

(3) Il consumo dannoso di alcol

La prevalenza di AUD negli ultimi 12 mesi varia in base alla regione dell'OMS, con valori più elevati nella regione europea (66,2 milioni di persone di età superiore ai 15 anni, che rappresentano l'8,8% della popolazione di quella fascia di età) e nella regione delle Americhe (63,3 milioni, che rappresentano l'8,2% della popolazione di età pari o superiore a 15 anni); al contrario, la prevalenza di AUD è la più bassa nella regione del Mediterraneo orientale (3,4 milioni, che rappresenta lo 0,8% della popolazione di età pari o superiore a 15 anni).

Tra i Paesi Europei, la prevalenza di AUD negli ultimi 12 mesi è superiore tra gli uomini rispetto le donne. Per i primi, il dato è massimo in Ungheria e superiore al 20% in Estonia, Lettonia, Polonia, Slovacchia e Slovenia; per le donne i valori più elevati si registrano in Svezia, Ungheria e Austria. L'Italia presenta invece una prevalenza di AUD tra le più basse sia per gli uomini (1,7%) che per le donne (1,0%) insieme a Spagna, Paesi Bassi e Romania (Figura I.3).

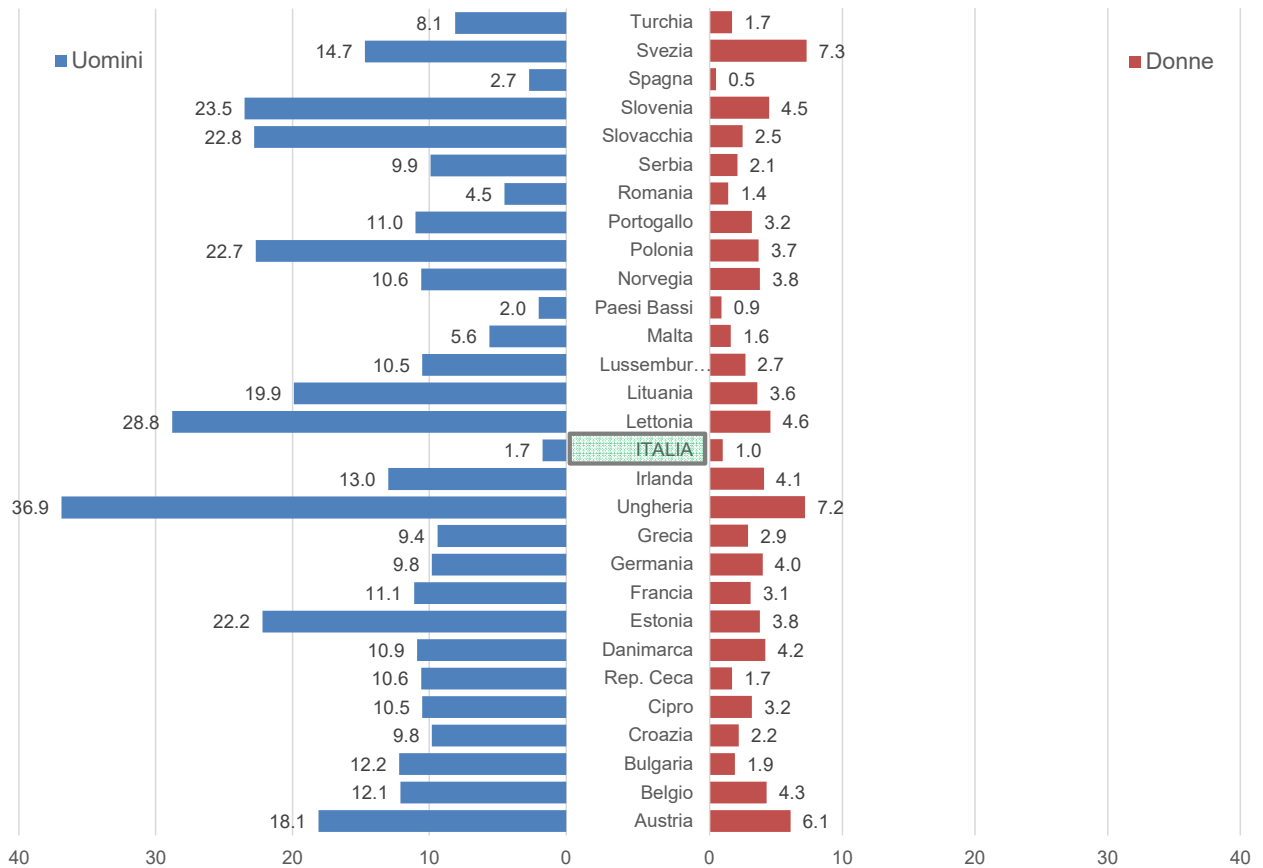


Figura I.3 Prevalenza (%) AUD età pari o superiore a 15 anni, 2016. Elaborazione ONA-ISS su dati GLOBAL HEALTH OBSERVATORY-OMS

Bibliografia

- 1 World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2018. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018
- 2 Runggay, H.; Shield, K.; Charvat, H.; Ferrari, P.; Sornpaisarn, B.; Obot, I.; Islami, F.; Lemmens, V.E.P.P.; Rehm, J.; Soerjomataram, I. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: A population-based study. *Lancet Oncol.* 2021, 22, 1071–1080
- 3 Glantz MD, Bharat C, Degenhardt L, Sampson NA, Scott KM, Lim CCW, Al-Hamzawi A, Alonso J, Andrade LH, Cardoso G, De Girolamo G, Gureje O, He Y, Hinkov H, Karam EG, Karam G, Kovess-Masfety V, Lasebikan V, Lee S, Levinson D, McGrath J, Medina-Mora ME, Mihaescu-Pintia C, Mneimneh Z, Moskalewicz J, Navarro-Mateu F, Posada-Villa J, Rapsey C, Stagnaro JC, Tachimori H, Ten Have M, Tintle N, Torres Y, Williams DR, Ziv Y, Kessler RC; WHO World Mental Health Survey Collaborators. The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys. *Addict Behav.* 2020 Mar;102:106128. doi: 10.1016/j.addbeh.2019.106128. Epub 2019 Sep 16. Erratum in: *Addict Behav.* 2020 Jul;106:106381. PMID: 31865172; PMCID: PMC7416527
- 4 World Health Organization, “Fact sheet on alcohol consumption, alcohol-attributable harm and alcohol policy responses in European Union Member States, Norway and Switzerland (2018),” World Health Organization, Nov. 2018
- 5 World Health Organization, “Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019,” World Health Organization, Sep. 2019
- 6 ALCOHOL AND THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS How Alcohol Affects the Sustainable Development Goals. Movendi International, Stockholm, Sweden, February 2020. Disponibile al link: <https://movendi.ngo/wp-content/uploads/2020/02/Alcohol-and-SDGs-Movendi.pdf>
- 7 World Health Organization. The Global Health Observatory (GHO). Indicators. Alcohol, total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) (SDG Indicator 3.5.2). Disponibile al link: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-\(recorded-unrecorded\)-alcohol-per-capita-\(15-\)-consumption](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-(recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15-)-consumption)
- 8 World Health Organization. The Global Health Observatory (GHO). Indicators. Alcohol, consumers past 12 months (%). Disponibile al link [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-consumers-past-12-months-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-consumers-past-12-months-(-))
- 9 World Health Organization. The Global Health Observatory (GHO). Indicators. Alcohol use disorders (15+), 12 month prevalence (%) with 95. Disponibile al link [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-use-disorders-\(15-\)-12-month-prevalence-\(-\)-with-95-](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-use-disorders-(15-)-12-month-prevalence-(-)-with-95-)
- 10 WHO Europe. European Health Information Gateway. Pure alcohol consumption, litres per capita, age 15+. Disponibile al link https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_426-3050-pure-alcohol-consumption-litres-per-capita-age-15plus/visualizations/#id=19443&tab=notes
- 11 Eurostat. European health interview survey – methodology. 2021. Disponibile al link: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=European_health_interview_survey_-_methodology#Data_dissemination
- 12 Eurostat. Health in the European Union – facts and figures Alcohol consumption statistics 2021. Disponibile al link: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Alcohol_consumption_statistics#Frequency_of_alcohol_consumption

1.2 IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NELLA POPOLAZIONE ITALIANA

Secondo i dati ISTAT nel corso del 2021 il 66,3% della popolazione italiana di 11 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica (pari a 35 milioni e 928 mila persone), con una prevalenza maggiore tra i maschi (77,2%) rispetto alle femmine (56,1%).

Il 19,4% dei consumatori (10 milioni 533 mila persone) beve quotidianamente (28,4% tra i maschi e 11,0% tra le femmine).

Nell'anno 2021 è stabile, rispetto all'anno precedente, il consumo di alcol nell'anno (66,4% nel 2020 e 66,3% nel 2021); si riduce il consumo giornaliero (20,6% nel 2020 e 19,4% nel 2021) e il consumo fuori pasto (31,7% nel 2020 e 30,7% nel 2021) e risulta in aumento il consumo occasionale (45,7% nel 2020 e 46,9% nel 2021).

Nell'arco di tempo che va dal 2011 al 2021 (**tab. I.1**) l'ISTAT ha, invece, rilevato:

- un lieve aumento dei consumatori nell'anno (dal 65% al 66,3%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 25,9% al 19,4%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 39,2% al 46,9%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 26,9% al 30,7%).

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 2011 e 2021 (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	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021
MASCHI												
Nell'anno	25,2	16,5	77,7	75,7	85,2	82,5	85,6	84,7	79,9	81,2	78,9	77,2
<i>Tutti i giorni</i>	2,3	0,8	14,3	10,2	32,5	21,3	49,9	32,3	56,9	46,5	38,8	28,4
<i>Occasionalmente</i>	23,0	15,8	63,4	65,5	52,7	61,2	35,8	52,4	22,9	34,6	40,1	48,8
Fuori pasto	13,2	6,6	50,1	50,9	50,0	54,7	39,0	42,1	24,0	28,5	38,5	40,2
FEMMINE												
Nell'anno	17,0	14,2	56,5	65,4	59,9	66,0	57,8	60,9	44,3	50,1	52,2	56,1
<i>Tutti i giorni</i>	0,7	0,4	3,7	3,6	8,9	7,3	18,4	12,3	20,9	17,4	13,8	11,0
<i>Occasionalmente</i>	16,3	13,8	52,8	61,7	51,1	58,7	39,4	48,6	23,4	32,7	38,4	45,1
Fuori pasto	9,4	6,4	34,4	41,2	23,5	35,1	13,7	20,9	6,0	9,9	16,0	21,7
MASCHI E FEMMINE												
Nell'anno	21,3	15,4	67,5	70,8	72,5	74,3	71,4	72,6	59,5	63,7	65,0	66,3
<i>Tutti i giorni</i>	1,5	0,6	9,2	7,1	20,6	14,4	33,8	22,1	36,3	30,2	25,9	19,4
<i>Occasionalmente</i>	19,7	14,8	58,3	63,7	51,9	59,9	37,6	50,5	23,2	33,5	39,2	46,9
Fuori pasto	11,4	6,5	42,6	46,3	36,7	45,0	26,0	31,3	13,7	18,0	26,9	30,7

Fonte: Istat – *Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2011 e 2021*

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 38,4% al 45,1% e che passano dal 16% al 21,7% per il consumo fuori pasto.

Bevande alcoliche consumate dagli italiani nel 2021

Nel 2021, beve **vino** il 54,4% della popolazione di 11 anni e più, di cui 65,7% maschi e 43,7% femmine. Nella stessa popolazione considerata, beve **birra** il 50,4%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile (64,0%) all'incirca doppia rispetto a quella femminile (37,5%).

Gli **aperitivi alcolici, amari e superalcolici** sono consumati, nel 2021, dal 45,4% della popolazione di 11 anni e più (56,6% degli uomini e il 34,9% delle donne).

Nel 2021 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche che hanno bevuto vino sono stati il 17,1% (24,6% maschi e 10,0% femmine), mentre quelli che hanno bevuto **birra** il 5% (8,2% maschi e 2,0% femmine) ed infine hanno bevuto **aperitivi, amari, superalcolici** lo 0,7% (1,1% maschi e 0,3% 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 2021 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso)*

TIPO DI BEVANDA ALCOLICA	Consumo di bevande alcoliche					
	Maschi		Femmine		Maschi e femmine	
	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>	Nell'anno	<i>di cui tutti i giorni</i>
Vino	65,7	24,6	43,7	10,0	54,4	17,1
Birra	64,0	8,2	37,5	2,0	50,4	5,0
Aperitivi, amari, superalcolici	56,6	1,1	34,9	0,3	45,4	0,7
Totale	77,2	28,4	56,1	11,0	66,3	19,4

Fonte: Istat – *Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”*. Anno 2021

Si consuma più alcol al Nord e al Centro Italia

Il consumo di alcol nell'anno è più forte nel Centro-Nord (circa il 68,8%), specialmente tra i maschi (Nord-ovest=79,0%; Centro=78,0%; Nord-est=77,8%). Anche la quota più elevata di consumatori giornalieri si concentra nel Centro-nord (circa il 21%).

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

Il consumo di alcol aumenta al crescere del titolo di studio

Tra le persone di 25 anni e più, la quota di consumatori di bevande alcoliche aumenta al crescere del titolo di studio conseguito. Ciò avviene soprattutto per le donne: tra quelle con licenza elementare consuma alcol almeno una volta all'anno il 43,7%, quota che sale al 74,1% 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 2021, il 46,7% dei ragazzi e il 39,2% delle ragazze di età compresa tra 11 e 24 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; rispetto al 2011 si rileva una **diminuzione della prevalenza tra i ragazzi** (-5,7 punti percentuali) e, viceversa, **un aumento tra le ragazze** (+1,7 punti percentuali). 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 2020 il consumo abituale eccedentario, nella classe di età 18-24 anni era il 2,5%, con valore analogo per maschi e femmine.

Nel 2021 il consumo abituale eccedentario nella stessa classe di età è stato il 2,1%, di cui il 2,3% maschi e l'1,8% 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 2020 il fenomeno del *binge drinking* riguardava 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 2021 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il 14,8% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 18,3% erano maschi e l'11% erano femmine.

Sulla diminuzione nell'abitudine al *binge drinking* registrata nel 2021 può aver inciso anche la chiusura nel periodo pandemico di discoteche e luoghi dove si balla e che spesso sono indicati dai ragazzi di questa fascia di età come il luogo in cui è avvenuto l'ultimo episodio di *binge drinking* (nel 2019 lo aveva segnalato oltre un ragazzo di 18-24 anni su tre, mentre nel 2021 ha riguardato un ragazzo su dieci).

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 2021 (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			<i>Binge drinking</i>		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11-15	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	1,0	0,7	0,9
16-17	35,4	29,0	32,3	35,4	29,0	32,3	5,0	4,2	4,6
11-17(*)	16,5	14,2	15,4	16,5	14,2	15,4	2,3	1,8	2,0
18-19	21,9	12,2	17,1	2,9	2,6	2,8	19,7	11,0	15,3
20-24	18,7	11,6	15,4	2,1	1,4	1,8	17,7	11,0	14,6
18-24	19,6	11,8	15,9	2,3	1,8	2,1	18,3	11,0	14,8

(*) 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 2021

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 15,4% abbia consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno, valore che dovrebbe invece tendere allo zero. In questa fascia d'età, il 2,8% 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 12,6% ha un consumo più occasionale (beve almeno una bevanda alcolica nell'anno o ha un consumo fuori pasto occasionale). C'è da osservare come in questa fascia di età si osservino differenze di genere meno marcate e i comportamenti di consumo delle ragazze sono quasi sovrapponibili a quelli dei ragazzi.

I MODELLI DI CONSUMO DEGLI ANZIANI

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

Nel 2021 il 63,7% delle persone di 65 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 81,2%; F: 50,1%). La prevalenza dei consumatori ultra 64enni nel 2021 è stata più elevata per il vino (M: 75,7%; F: 43,8%) e decisamente più alta rispetto alla prevalenza dei consumatori di birra (M: 52,5%; F: 22,9%) per entrambi i sessi; valori molto più bassi sono stati calcolati per il 2021 per le prevalenze dei consumatori di amari (M: 32,2%; F: 11,8%), di aperitivi alcolici (M: 25,2%; F: 10,9%) e di superalcolici (M: 27,5%; F: 8,3%) (Tab.I.4).

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

In totale si stima che nell'anno 2021 siano stati 2.588.000 le persone di 65 anni e più che hanno adottato almeno un comportamento di consumo a rischio per la loro salute di cui 1.930.000 uomini e 658.000 donne, pari al 31,7% e 8,4% 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 2021 è stata pari al 30,1% degli uomini e il 7,6% delle donne.

Hanno inoltre dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti il 28,5% degli uomini e il 9,9% delle donne.

Tab I.4 Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2021)

	65-74		75-84		≥ 85		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	84,2	54,4	78,1	48	74,9	41,7	81,2	50,1
Consumatori di vino	78,4	46,2	73	42,7	70,5	38,9	75,7	43,8
Consumatori di birra	61,5	30	45,1	18,8	30,5	10,6	52,5	22,9
Consumatori di amari	36,5	15,1	28,9	10,2	21,2	5,4	32,2	11,8
Consumatori di aperitivi alcolici	31,2	15,5	19,3	7,4	12,9	4,9	25,2	10,9
Consumatori di super alcolici	32,6	10,5	22,2	7,1	18	4,6	27,5	8,3
Consumatori di alcolici fuori pasto	32,9	11,7	23,8	9,4	20,5	5,9	28,5	9,9
Almeno un comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche (Consumo abituale eccedentario/ <i>Binge drinking</i>)	32,9	9,3	30,2	8	29,7	6,8	31,7	8,4
Consumatori abituali eccedentari	31	8,1	29	7,6	29,2	6,3	30,1	7,6

Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2021

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).

L'alcol è 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*”.

Il 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 non superiore a 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, 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'acetaldide), 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 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 vi 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'acetaldide, metabolita primario dell'etanolo, è una sostanza neurotossica che va ad agire sui neuroni di un cervello ancora in crescita, danneggiandolo irreversibilmente.

1.4 CONSUMATORI A RISCHIO

Le analisi dell'Istituto Superiore di Sanità

L'alcol provoca quasi 1 milione di morti l'anno nella sola regione europea dell'OMS, contribuendo in modo significativo a lesioni sia involontarie che intenzionali: è responsabile di 1 decesso su 4 nella fascia di età tra i 20 e i 24 anni, influenzando così le tendenze demografiche, oltre che essere una delle principali cause di anni di vita lavorativa persi e quindi di perdite nello sviluppo economico e nella produttività. Il danno correlato all'alcol inizia presto nel corso della vita: l'esposizione prenatale all'alcol, infatti, può portare a disturbi dello spettro alcolico fetale (*Fetal Alcohol Spectrum Disorders*, FASD), termine che include un vasto insieme di difetti alla nascita fra cui disabilità fisiche, mentali, comportamentali e di apprendimento, con possibili implicazioni per tutta la vita e che, a differenza di molte altre disabilità, sono prevenibili al 100% (1-3).

Sono almeno 40 le malattie e le condizioni, riportate nella Classificazione Internazionale delle Malattie, 10^a revisione (*International Classification of Diseases 10th revision*, ICD-10) (4) totalmente alcol-attribuibili, mentre oltre 200 sono parzialmente alcol-attribuibili. Fra le conseguenze del consumo di alcol vi sono sia le malattie croniche non trasmissibili (*Non Communicable Diseases*, NCDs) inclusi molti tipi di cancro, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica, diverse disfunzioni metaboliche, la violenza auto ed etero diretta (tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali) (1, 5-10). Il consumo di alcol può avere un impatto devastante su intere famiglie, con effetti che si ripercuotono per generazioni: può distruggere le relazioni, creare seri problemi economici, causare litigi, e compromettere la salute e la felicità dell'intero nucleo. Col tempo, i membri della famiglia possono sviluppare sintomi di co-dipendenza, e i bambini hanno un elevato rischio di avere problemi emotivi, oltre a una probabilità quattro volte maggiore rispetto ad altri bambini di avere a loro volta problemi con l'alcol nella propria vita. Inoltre, la maggior parte dei figli di alcolodipendenti ha subito qualche forma di abbandono o abuso in casa (11-13).

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* (14-16). In Italia, le linee guida per il consumo a basso rischio sono state inserite nel Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione (17), curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria, CREA, ribadendo che non esistono livelli sicuri di consumo di alcolici. Il monitoraggio di tutti i comportamenti legati al consumo di alcol è uno strumento fondamentale per la messa a punto e l'implementazione delle strategie politiche e sanitarie necessarie per garantire la promozione della salute pubblica. Oltre al consumo abituale eccedentario, è importante monitorare anche tutti quei comportamenti considerati occasionali, che hanno comunque un impatto immediato sulla salute, come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* (assunzione, in un'unica occasione di consumo, di elevate quantità di alcol, ovvero 60 o più grammi di alcol, equivalenti 5-6 Unità Alcoliche, UA; una UA equivale a 12 grammi di alcol puro) (18).

Ogni anno l'Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana” condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) raccoglie dati sul consumo di alcol nella popolazione italiana che vengono elaborati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS). Tale attività di monitoraggio rientra nell'ambito del programma SIAS-SISTIMAL International ed è stabilita dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 3 marzo 2017 e dal Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma Statistico Nazionale 2020-2022 ad integrazione delle elaborazioni annuali fornite nelle tavole di dati “Il consumo di alcol in Italia” dell'ISTAT (19-21).

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 (18), 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 (22-23). 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 2021 il 12,7% degli uomini e il 6,1% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.000.000 persone. Tra gli adolescenti di 16-17 anni si osserva la percentuale più elevata di consumatori abituali eccedentari (M=35,4%; F=29,0%) seguita dagli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa si registra invece nella fascia di età 18-24 anni (M=2,3%; F=1,8%). Nella popolazione adulta (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).

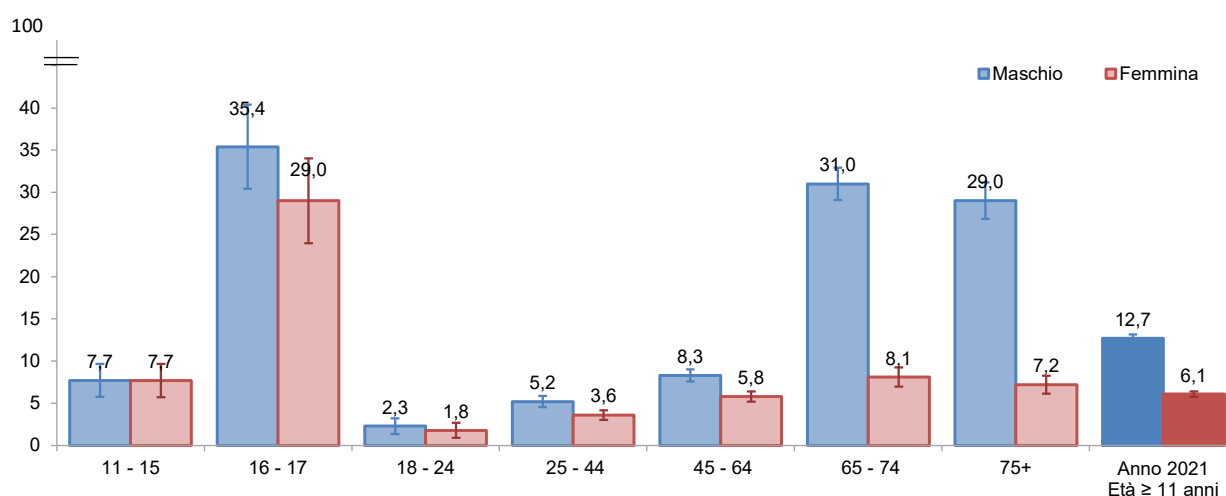


Figura I.4 Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per sesso ed età (2021)

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 2011 del 29,8% tra gli uomini e del 22,8% tra le donne (Figura I.5).

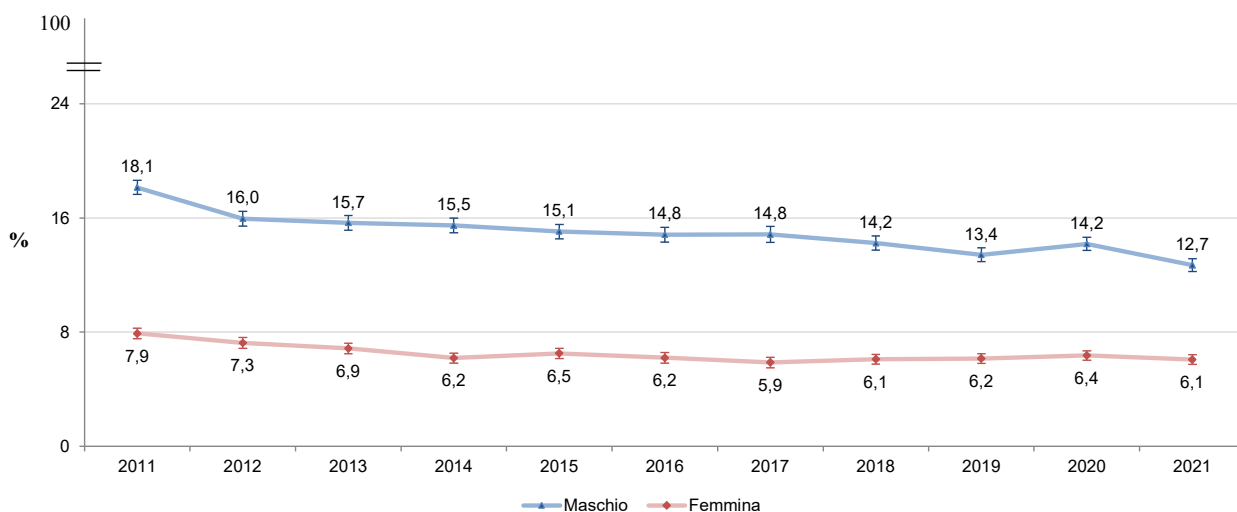


Figura I.5 Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2011-2021)

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

Rispetto all'anno precedente si registra una diminuzione di 10,5% tra gli uomini e l'analisi per classi di età mostra che nel 2021 la diminuzione risulta statisticamente significativa per gli uomini nella classe di età 45-64 anni e per le donne tra le adolescenti di 16-17 anni (dati non mostrati).

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 2021 il 40,2% degli uomini e il 21,7% delle donne, pari a circa sedici milioni di persone di età superiore a 11 anni (Figura I.6).

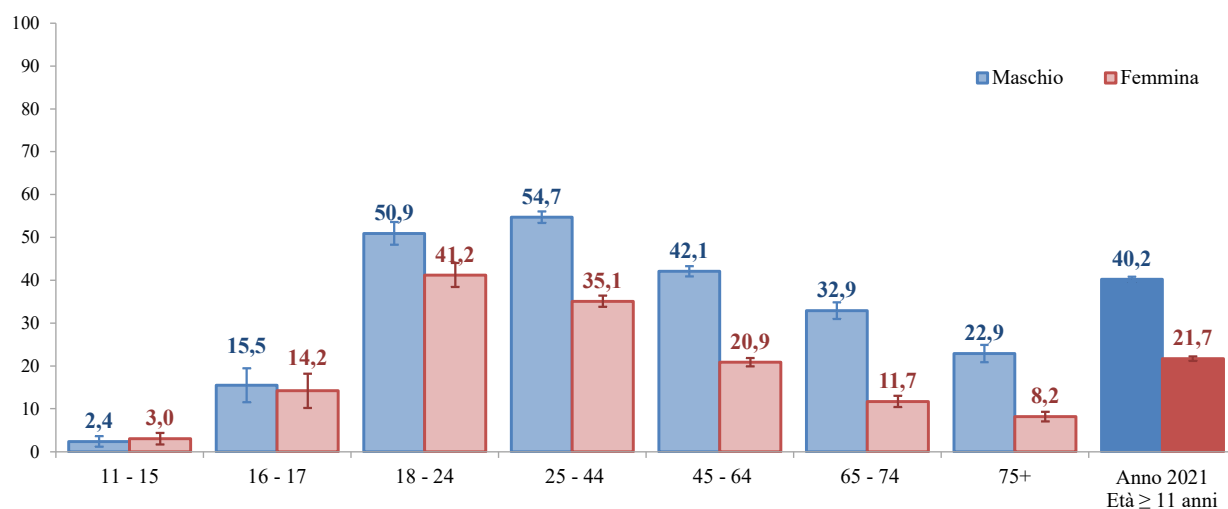


Figura I.6 Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere ed età (2021)

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 (M=2,4%; F=3,0%) fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 25-44 anni, con oltre la metà delle persone che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (M=54,7%) e tra le donne nella fascia di età 18-24 anni con il 41,2%; oltre tali età per entrambi i sessi le percentuali diminuiscono nuovamente arrivando tra gli ultra 75enni a 22,9% tra gli uomini e a 8,2% tra le donne. Tra i giovani e giovanissimi non si osservano differenze di genere statisticamente significative mentre la prevalenza dei consumatori è maggiore di quella delle consumatrici per gli individui di età superiore a 18 anni (Figura I.7).

L'analisi dell'andamento dell'indicatore relativo ai consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che, sebbene, nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza è aumentata sia per le donne che per gli uomini, per questi ultimi nel corso dell'ultimo anno si registra per la prima volta una diminuzione statisticamente significativa del 3,4% (Figura 4); l'analisi per classi di età mostra inoltre che al 2021 la diminuzione rispetto all'anno precedente risulta statisticamente significativa per gli uomini nella classe di età 45-64 anni e per le donne adolescenti di 18-24 anni (dati non mostrati).

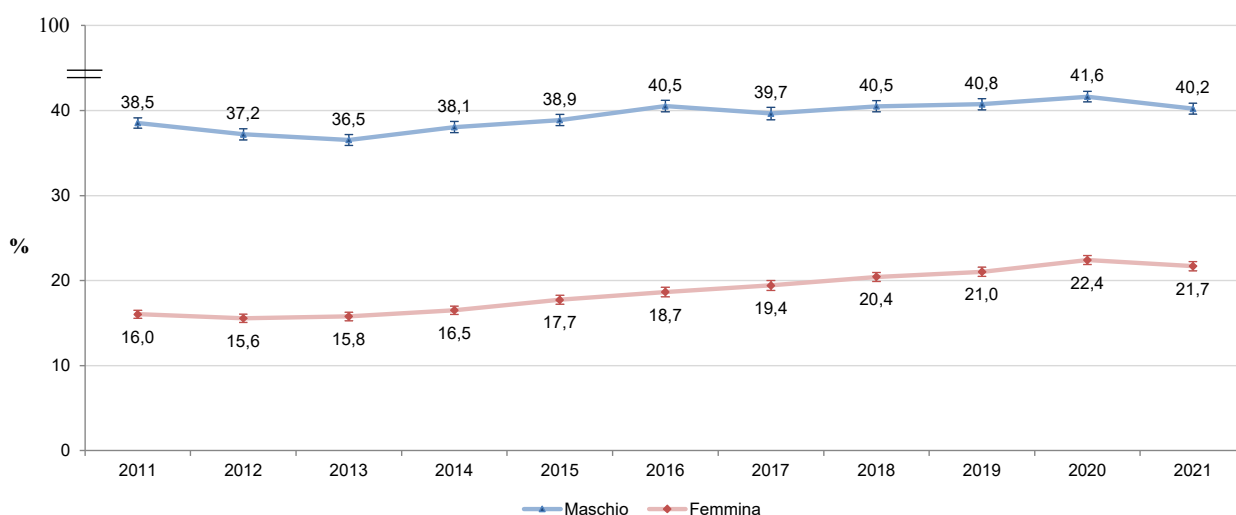


Figura I.7 Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto (2011-2021)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori *binge drinking*

Il *binge drinking*, ovvero “bere per ubriacarsi”, definito in Italia come “consumo episodico eccessivo”, è un modello di consumo di alcol che porta la concentrazione di etanolo nel sangue a salire molto rapidamente, con gravi conseguenze per la salute. In Italia viene definito come il consumo di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche (un bicchiere corrisponde ad una UA standard contenente 12 grammi di alcol puro) in un’unica occasione, indipendentemente dal sesso (17-18), e viene rilevato annualmente tramite l’indagine Multiscopo sulle famiglie effettuata dall’ISTAT. Questa tipologia di consumo a rischio per la salute si è sviluppata inizialmente nei Paesi del Nord Europa (24), ed è particolarmente diffusa nelle fasce di popolazione giovanile.

Il superamento della soglia del *binge drinking* aumenta il rischio di danni acuti, come il *blackout* e l’intossicazione alcolica, oltre ad aumentare, soprattutto nei giovani, la probabilità di comportamenti sessuali non sicuri, il rischio di infezioni trasmesse sessualmente e di gravidanze involontarie, così come la probabilità di conseguenze potenzialmente mortali, tra cui cadute, ustioni, annegamenti e incidenti automobilistici. Inoltre, l’alcol colpisce praticamente tutti i tessuti del corpo, e anche un solo episodio di *binge drinking* può compromettere l’organismo, mentre episodi ripetuti contribuiscono a danneggiare il fegato e allo sviluppo di malattie croniche, oltre all’aumento del rischio di diversi tipi di cancro.

Per quanto riguarda gli adolescenti, il cui sviluppo del cervello entra in una fase molto importante proprio negli anni dell’adolescenza, la ricerca mostra che ripetuti episodi di *binge drinking* possono alterarne lo sviluppo e causare disturbi persistenti nelle funzioni sociali, di attenzione, nella memoria e altre funzioni cognitive (25).

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)* (26-27) con l’obiettivo di sostenere gli Stati Membri nella riduzione dei danni alcol-correlati in questa fascia di popolazione particolarmente vulnerabile (26). 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. Per le principali attività sostenute nell’implementazione del piano d’azione relativamente al periodo 2014-2016 è disponibile un rapporto dell’OMS (28).

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 2021 è stata pari al 9,5% tra gli uomini e 3,6% tra le donne di età superiore a 11 anni pari a 3.500.000 *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).

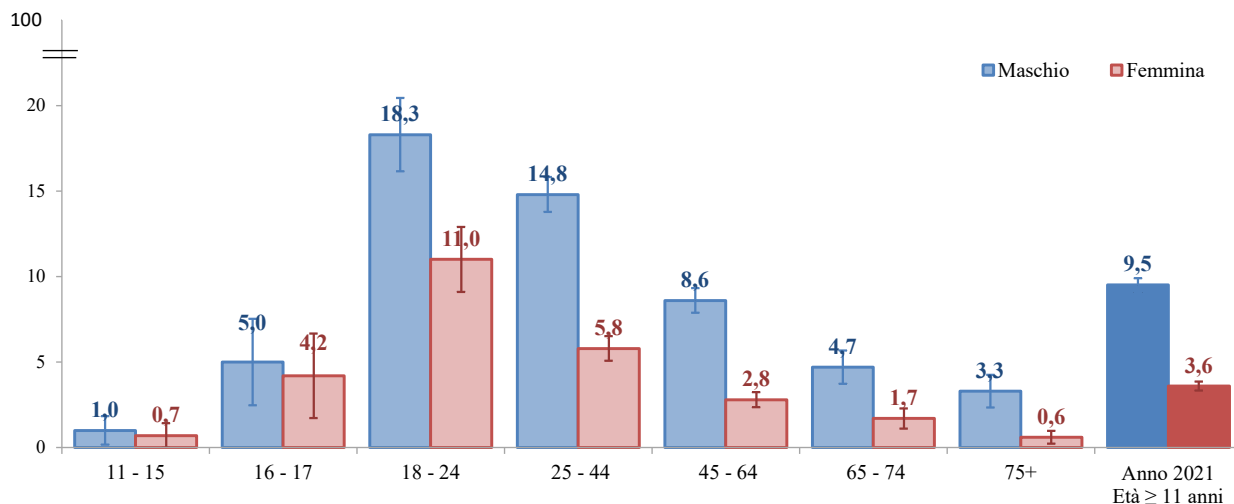


Figura I.8 Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2021)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=18,3%; F=11,0%) per poi diminuire nuovamente nelle età più anziane raggiungendo tra gli ultra 75enni il valore di 3,3% tra gli uomini e 0,6% tra le donne. La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età a eccezione dei giovani di età inferiore a 18 anni, ossia quell'età 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 2011 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. Nel corso dell'ultimo anno si registra una diminuzione dei *binge drinker* di sesso maschile pari a 16,7%, e la diminuzione è significativa anche nella classe di età 25-44 anni e 45-64 anni (dati non mostrati). Per il genere femminile invece non si osservano variazioni statisticamente significative (Figura I.9).

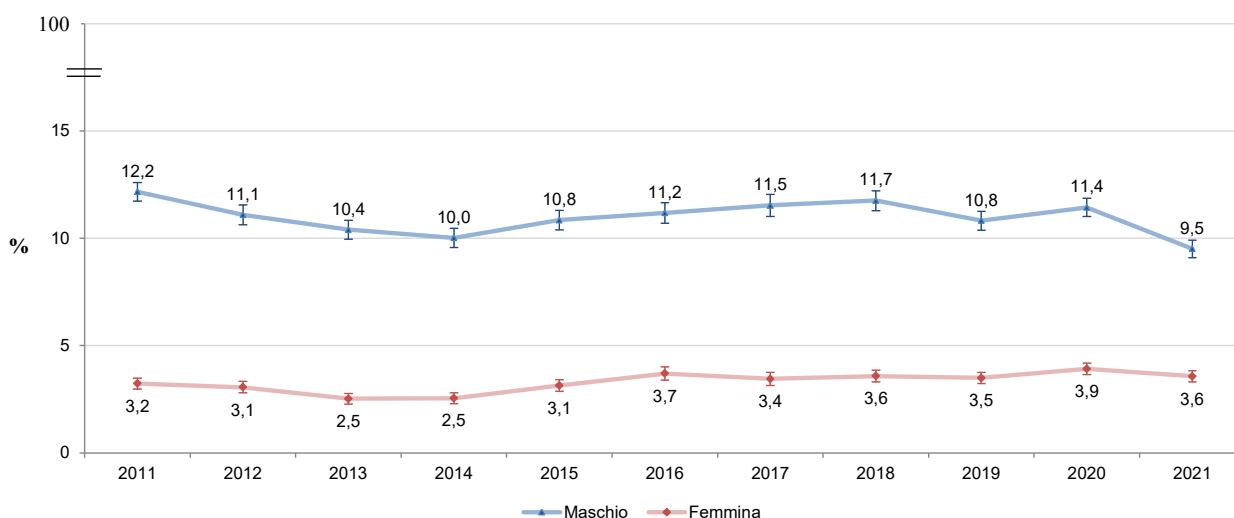


Figura I.9 Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere (2011-2021)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

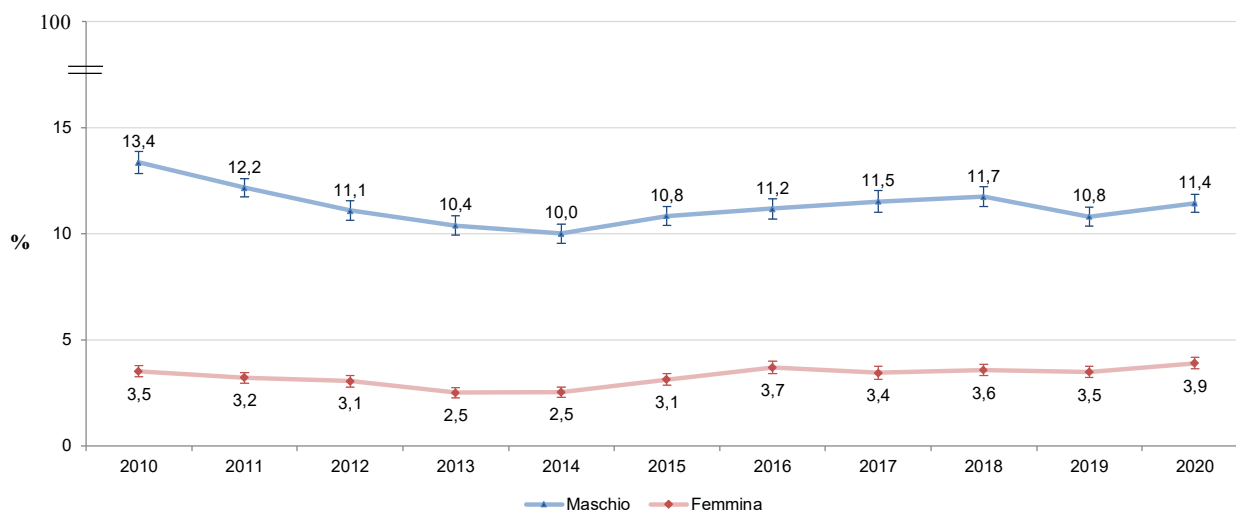


Figura I.9 Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere (2010-2020)

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

Non esiste un livello di consumo di alcol sicuro per la salute: anche piccole quantità di alcol aumentano la possibilità di sviluppo di tumori (29), di danni cerebrali (30) e numerose altre patologie (1-2). Questo è stato dimostrato ormai da tempo da molti e diversi studi scientifici nei quali si evidenzia come, partendo da un'assunzione di alcol pari a zero, ovvero l'unica sicura per la salute, i rischi aumentano all'aumentare del consumo. Anche altri fattori influiscono sui rischi alcol-correlati, come la quantità di alcol assunta nel corso della vita, la frequenza del consumo, le quantità ingerite per singola occasione, il contesto (per esempio se si beve a stomaco vuoto o assumendo allo stesso tempo farmaci o ad altre sostanze), oltre che la suscettibilità individuale (per esempio al sesso o all'età).

Al fine 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 dell'OMS, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), e dei nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia (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* (17-18, 31).

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 (21-23; 32).

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 die 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 2021 del 20,0% per uomini e dell'8,7% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 7.700.000 individui (M=5.250.000, F=2.450.000) che nel 2021 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica (Figura I.10).

L'analisi per classi di età mostra che per gli uomini la fascia di popolazione più a rischio è quella dei **16-17enni** (M=35,4%) e dagli **anziani ultra 65enni**; per le femmine la prevalenza più elevata si registra come per i coetanei nella fascia di età delle **16-17enni** (29,0%) seguita dalle 18-24enni (11,8%); 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 salute (Figura I.10).

I target di popolazione sensibili verso i quali l'OMS e la Commissione Europea raccomandano azioni d'intervento volte a sensibilizzare sulla non conformità dei loro consumi alle raccomandazioni di sanità pubblica sono quindi quantificati in circa 620.000 minorenni e 2.600.000 ultra sessantacinquenni, individui da considerare a rischio verosimilmente a causa di una carenza di conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol può causare alla loro salute.

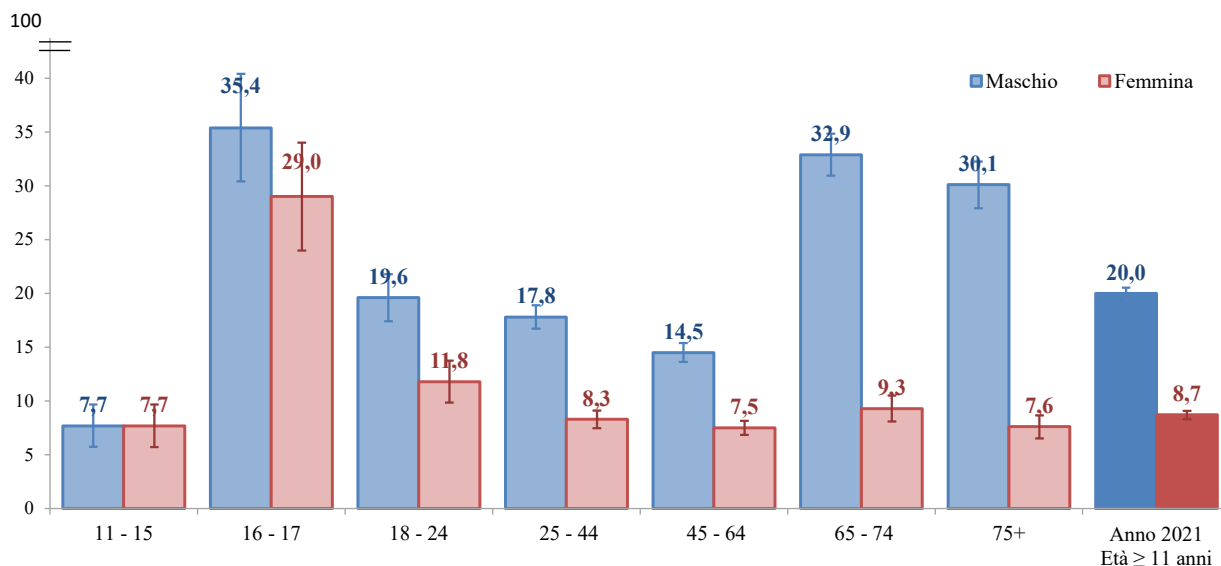


Figura I.10 Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2021)

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

L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi 10 anni la prevalenza dei consumatori a rischio è diminuita del 24,8% per gli uomini e del 17,1% per le donne. Nel corso dell'ultimo anno in particolare, a fronte dell'incremento rilevato tra il 2019 e il 2020 (22-23), il valore è nuovamente diminuito sia tra gli uomini (-12,7%) che tra le donne (-7,4%).

Analizzando il dato relativo all'ultimo anno si osserva che le diminuzioni risultano statisticamente significative per gli uomini nelle classi di età 25-44 e 45-64 (come rilevato anche per la prevalenza dei consumatori *binge drinking*) e per le donne tra le adolescenti di 16-17 anni (dati non mostrati) (Figura I.11).

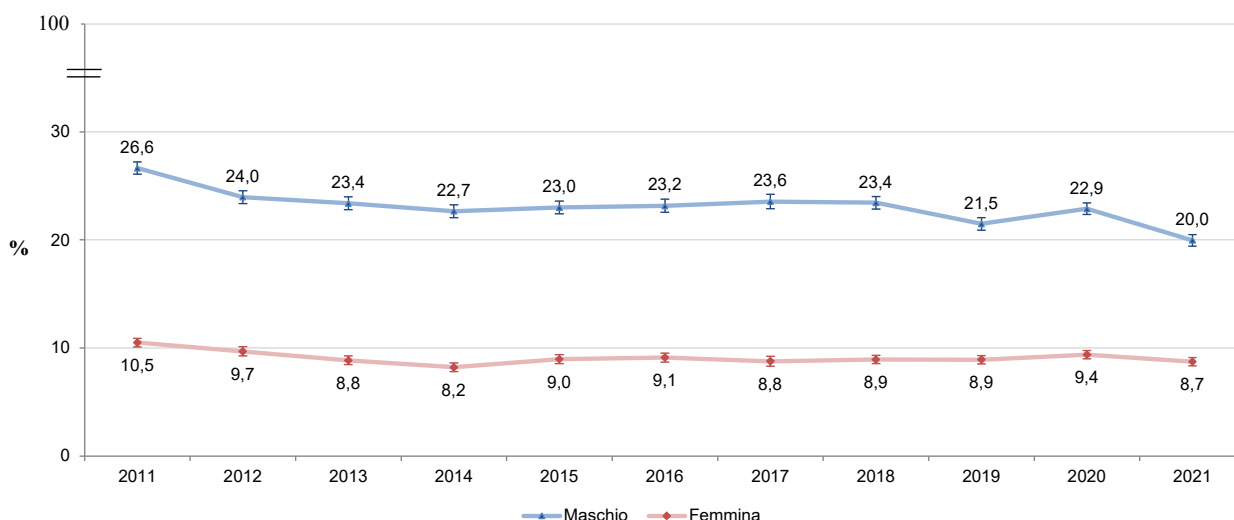


Figura I.11 - Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere (2011-2021)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori giornalieri

La prevalenza dei consumatori giornalieri di età superiore a 18 anni è stata nel 2021 del 30,7% per uomini e dell'11,9% per donne, per un totale di oltre 11.100.000 individui (M=8.100.000, F=3.000.000) che nel 2021 hanno consumato giornalmente almeno una bevanda alcolica (Figura I.11). L'analisi per classi di età mostra che per entrambe i generi la prevalenza è minima nella classe di età giovanile (M=10,2%; F=3,6%) e aumenta con l'età raggiungendo i valori più elevati nella popolazione anziana dove quasi un uomo su due e una donna su sei adottano questa tipologia di consumo di alcolici; la prevalenza di consumatori giornalieri di sesso maschile è superiore a quella femminile per tutte le classi di età (Figura I.12).

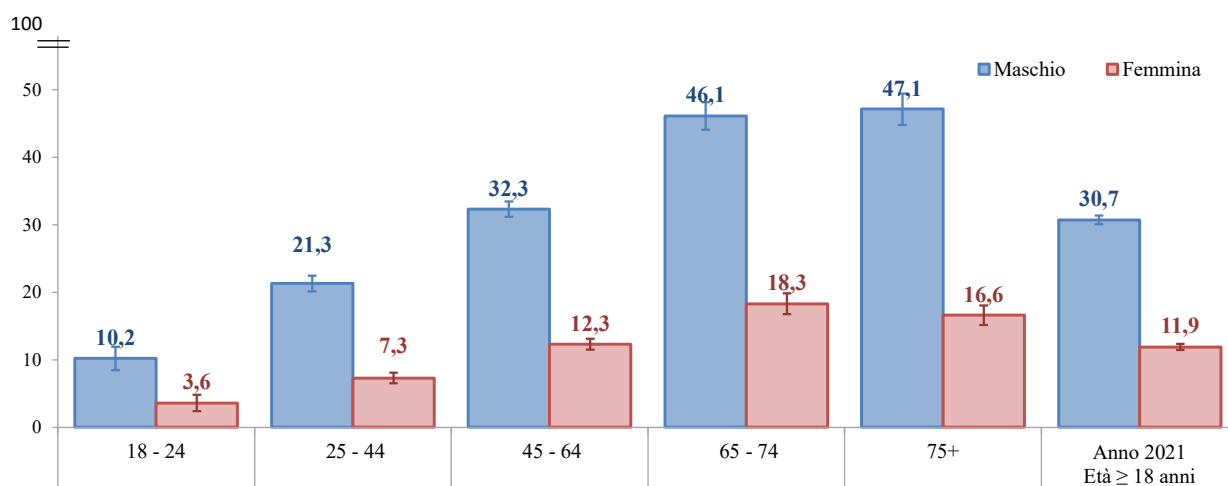


Figura I.12 - Prevalenza (%) di consumatori giornalieri (età >=18 anni) per genere e classi di età (2021)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi 10 anni la prevalenza dei consumatori giornalieri è diminuita del 26,7% per gli uomini e del 19,0% per le donne. Nel corso dell'ultimo anno in particolare, si rileva una diminuzione della prevalenza dei consumatori giornalieri di sesso maschile dell'8,9% e la diminuzione risulta significativa in particolare nelle classi di età 25-44 e 45-64 (come rilevato anche per la prevalenza dei consumatori *binge drinking* e dei consumatori a rischio) (dati non mostrati) (Figura I.13).

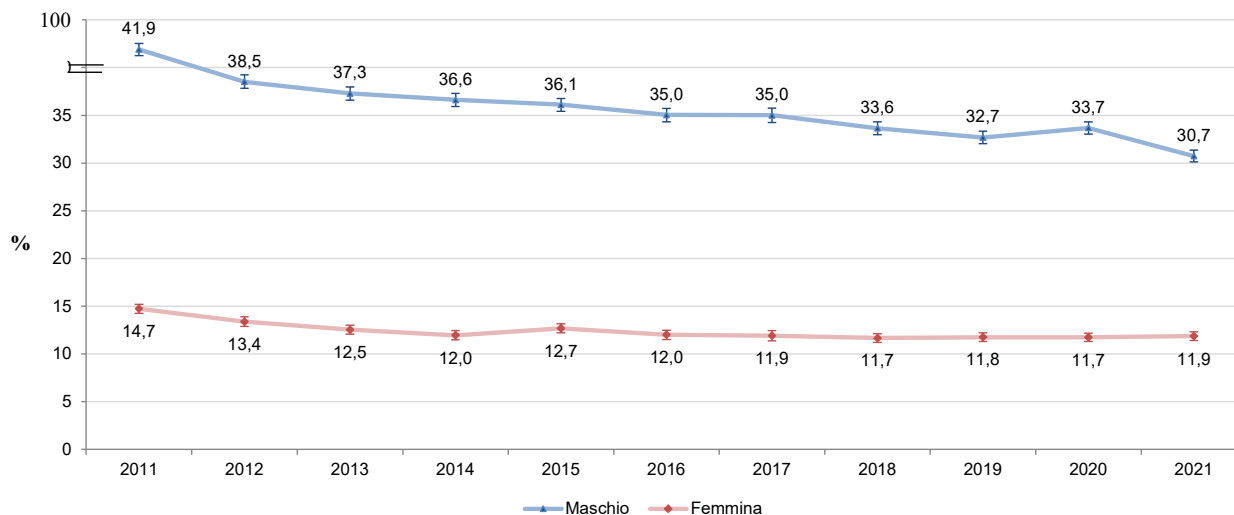


Figura I.13 - Prevalenza (%) di consumatori giornalieri (età >=18 anni) per genere (2011-2021)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle

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) (17-18).

La definizione di disturbo da uso di alcol (AUD) riportata nel manuale DSM-5 (33) 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 (34-35). 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 per valutare se un soggetto è affetto da AUD, tra cui il *Fast Alcohol Screening Test* (FAST) (36), il CAGE (37) e molti altri (38-42): quello attualmente più utilizzato è l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (43). 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 65.387 alcol dipendenti in carico (31) che rappresentano, quindi, solo il 10 % dei pazienti attesi.

Nel 2021 in Italia, la prevalenza dei consumatori dannosi nella popolazione adulta (età ≥ 18 anni) è stata del 1,88% tra gli uomini e dell'1,16% tra le donne, pari a circa 750.000 persone maggiorenni (M=450.000; F=300.000); l'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta all'aumentare

dell'età sebbene la differenza non risulta statisticamente significativa né per gli uomini né per le donne.

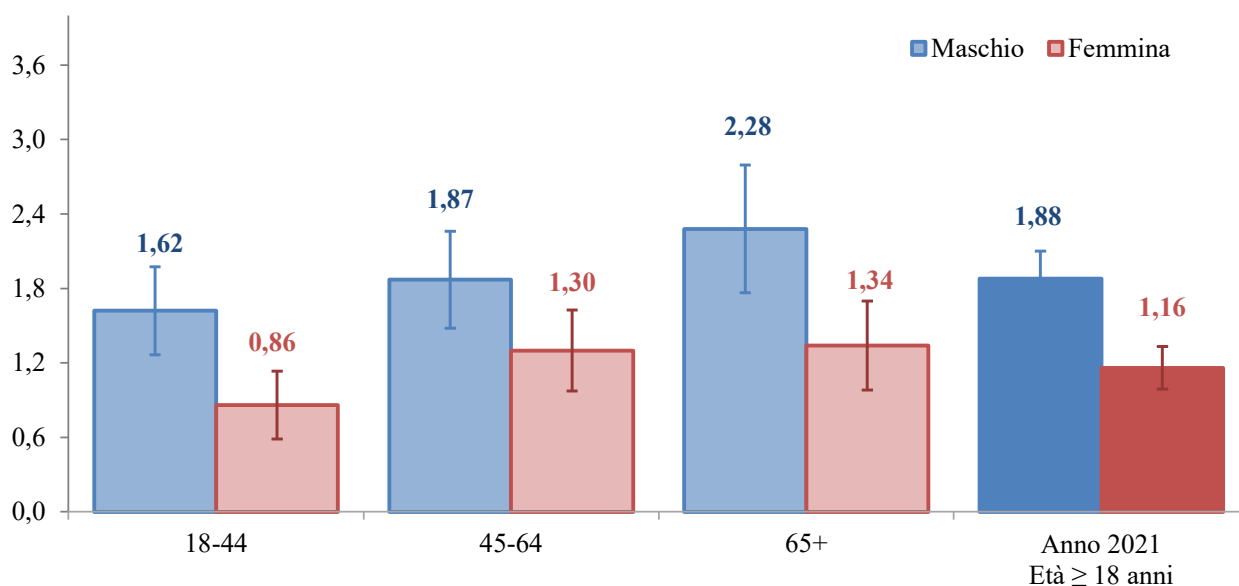


Figura I.14 - Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere e classi di età (2021)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

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. Nell'anno successivo al *lockdown* seguito alla pandemia da Covid-19 si osserva che tra gli uomini la prevalenza dei consumatori dannosi è diminuita in maniera statisticamente significativa (-17,9%) riallineandosi al dato pre-pandemico (2019); tra le donne invece si conferma il trend in crescita rilevato nel corso degli ultimi 4 anni.

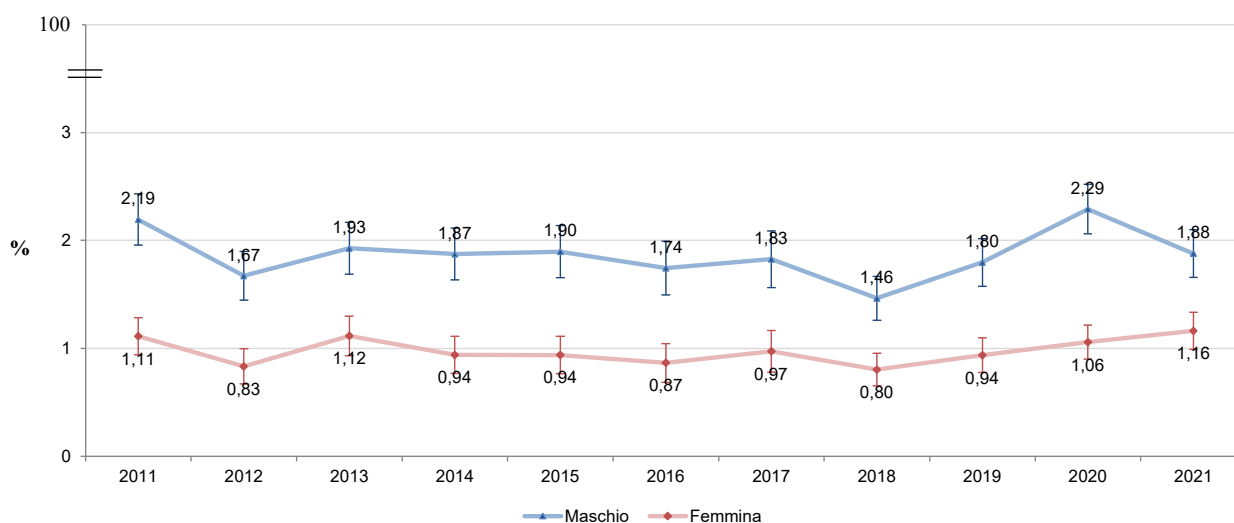


Figura I.15 Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere (2011-2021)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639> ; ultima consultazione 15.12.2022
2. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Fact Sheet on Alcohol Consumption, Alcohol-Attributable Harm and Alcohol Policy Responses in European Union Member States, Norway and Switzerland* (2018). Copenhagen: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/386577/fs-alcohol-eng.pdf ; ultima consultazione 15.12.2022
3. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development* (2020). Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf ; ultima consultazione 15.12.2022
4. World Health Organization. *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione*. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità. Roma: Ministero della Sanità; 2001. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1929_allegato.pdf ; ultima consultazione 15.12.2022
5. Cogliano VJ, Baan R, Straif K, Grosse Y, Lauby-Secretan B, El Ghissassi F et al. Preventable exposures associated with human cancers. *J Natl Cancer Inst*. 2011;103(24):1827-1839
6. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OS, Imtiaz S, Popova S et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction* 2017;112(6):968-1001
7. Global Burden of Disease 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017;390(10100):1345-422
8. Baan R, et al. Policy watch, carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology* 2007;8(4):292-3
9. International Agency for Research on Cancer. *Alcohol drinking*. Lyon: IARC; 1988. (IARC Monograph on the evaluation of the carcinogenic risk to humans, 44)
10. Stewart BW, Wild CP, ed. *World Cancer Report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014
11. Anderson, P. Alcohol and the workplace. In: Anderson P, Møller L, Galea G (Ed.). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO Regional Office in Europe; 2012. p. 69-82
12. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer S, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386(10010):2287-323
13. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-73
14. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). *Good practice principles for low risk drinking guidelines*. Joint Action RARHA. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2016. Disponibile all'indirizzo: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item30909/WP5_Good_practice_principles_low_risk_drinking_guidelines.pdf ; ultima consultazione 15.12.2022
15. Scafato E, Galluzzo L, Ghirini S, Gandin C, Martire S. *Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014/2016. https://www.rarha.eu/Resources/Guidelines/Documents/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf ; ultima consultazione 15.12.2022
16. Montonen M. *RARHA Delphi survey: "Low risk" drinking guidelines as a public health measure*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131323/RARHA%20lowrisk%20guidelines%20Delphi%20report.pdf?sequence=1> ; ultima consultazione 15.12.2022

17. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione, Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Peparai 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: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione (CREA); 2020. p. 979-1086.
18. CREA. *Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico*. Edizione 2018. Roma. Roma: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/dossier-scientifico-linee-guida-per-una-sana-alimentazione-2018> ; ultima consultazione 15.12.2022
19. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie generale - n. 109, 12 maggio 2017*.
20. Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. *Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2020-2022*. Roma: ISTAT; 2020. <http://www.sistan.it/index.php?id=592> ; ultima consultazione 15.12.2022
21. Istituto Nazionale di Statistica. *Il consumo di alcol in Italia – Periodo di riferimento anno 2019. Tavole di dati*. Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/244222> ; ultima consultazione 15.12.2022
22. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2022*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/1)
23. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Matone A, Scipione R. Consumo di alcol. In: Rapporto Osservasalute 2020. *Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2021. Disponibile all'indirizzo <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2020> ; ultima consultazione 15.12.2022
24. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIH). *Understanding Binge Drinking*. 2021. Disponibile all'indirizzo https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA_Binge_Drinking_3.pdf ; ultima consultazione 15.12.2022
25. Jones, S.A.; Lueras, J.M.; and Nagel, B.J. Effects of binge drinking on the developing brain: Studies in humans. *Alcohol Research: Current Reviews* 39(1):87–96, 2018.
26. Committee on National Alcohol Policy and Action. Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2020*). CNAPA; 2014. Disponibile all'indirizzo: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/alcohol_key-doc_cnapa_ap_2014.pdf ; ultima consultazione 15.12.2022
27. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS. Piano d'Azione sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (binge drinking) (2014-2016). Traduzione e adattamento di “Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (binge drinking) (2014-2016)”. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. Disponibile all'indirizzo: [http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20\(binge%20drinking\)%202014-16.pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20(binge%20drinking)%202014-16.pdf) ; ultima consultazione 15.12.2022
28. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014–2016) endorsed by CNAPA: progress evaluation report*. WHO. Regional Office for Europe. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346532>; ultima consultazione 15.12.2022
29. Burton R et al. No level of alcohol consumption improves health. *The Lancet, Volume 392, Issue 10152, 987-988*
30. Topiwala A, Ebmeier KP, Maullin-Sapey T and Nichols T.E. No safe level of alcohol consumption for brain health: observational cohort study of 25,378 UK Biobank participants. *MedRxiv (2021)*. doi:<https://doi.org/10.1101/2021.05.10.21256931>
31. Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6. *Relazione del Ministro della Salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125*

- “legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati”. Roma: Ministero della Salute; 2020. Disponibile all’indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3059; ultima consultazione 15.12.2022
32. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Il Programma nazionale Guadagnare Salute e il contrasto all’abuso di alcol. *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(4):29-38
 33. American Psychiatric Association. *DSM-5 Task Force. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington, VA: APA; 2013
 34. Scafato E, Gandin C, Patussi V e il gruppo di lavoro IPIB (Ed.). *L’alcol e l’assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l’identificazione e l’intervento breve*. Roma: Istituto Superiore di Sanità – WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol; 2010. Disponibile all’indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf ; ultima consultazione 15.12.2022
 35. Anderson P, Gual A, Colom J. *Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia; 2005. Disponibile all’indirizzo: http://inebria.net/wp-content/uploads/2017/09/cg_1.pdf ; ultima consultazione 15.12.2022
 36. Hodgson R, Alwyn T, John B, Thom B, Smith A. The FAST Alcohol Screening Test. *Alcohol Alcohol* 2002;37(1):61-6
 37. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131(10):1121-3
 38. Nilssen O and Hunter C. Screening patients for alcohol problems in primary health care settings. *Alcohol Health & Research World* 1994;18(2)136
 39. Pokorny AD, Miller BA, Kaplan HB. The brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *Am J Psychiatry* 1972;129(3):342-5
 40. Cherpitel CJ. A brief screening instrument for problem drinking in the emergency room: the RAPS4. Rapid Alcohol Problems Screen. *J Stud Alcohol* 2000;61(3):447-9
 41. Seppä K, Lepistö J, Sillanaukee P. Five-shot questionnaire on heavy drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(8):1788-91
 42. Patton R, Hilton C, Crawford MJ, Touquet R. The paddington alcohol test: a short report. *Alcohol and Alcoholism* 2004;39(3):266-68
 43. Babor T, et al. *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. 2nd ed*. Geneva: WHO; 2001

1.5 CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità ogni anno redige una relazione sui dati di monitoraggio dei consumi e delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche nelle Regioni e province autonome di Trento e Bolzano, al fine di agevolarle nella predisposizione della programmazione regionale delle attività di prevenzione, così come dei Piani Regionali di Prevenzione. Per le predette finalità, il Ministero della Salute ha incaricato l'Osservatorio Nazionale Alcol di sviluppare 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, recentemente ristrutturato, e che verrà quindi reso disponibile a tutti gli utenti nei prossimi mesi, rappresenta lo strumento di riferimento del Ministero per monitorare l'andamento temporale delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche e delle quantità di alcol consumate dalla popolazione in tutte le regioni e le province autonome.

I dati sono di seguito riportati raggruppati per macro area.

In Italia il 77,2% degli italiani e il 56,1% delle italiane sopra gli 11 anni, pari a circa 36 milioni di abitanti, hanno consumato una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2021, e questi dati non hanno subito variazioni rispetto al 2020. Anche per quanto riguarda i diversi tipi di bevande alcoliche consumate non si ci sono state variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione, le bevande alcoliche più consumate si confermano il vino (M=65,7%; F=43,7%) e la birra (M=64,0%, F=37,5%). Troviamo invece variazioni significative in tutte le abitudini di consumo dei soli maschi, sono infatti diminuiti del 10,5% i consumatori eccedentari, del 3,4% i consumatori fuori pasto, del 16,9% i binge drinkers e del 12,8% i consumatori a rischi secondo il criterio ISS. Non ci sono state invece variazioni significative nei comportamenti delle femmine, anche se per ogni modalità di consumo rischiosa le prevalenze delle femmine rimangono molto inferiori di quelle dei maschi, almeno della metà. sui dati di monitoraggio dalle Regioni e dalle province 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 Province 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 province autonome, che sono di seguito riportati raggruppate per macro area.

Tabella I.5 Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2021)

Regione	Consumatori di bevandealcoliche (%)									
	Vino		Birra		Aperitivialcolici		Amari		Super alcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Italia Nord-Occidentale</i>	67.6	47.8	64.6	36.3	48.6	32.0	40.7	18.6	39.6	17.9
Piemonte	68.8	49.1 ↗	65.0	37.2	46.2	31.0	42.4	20.6	37.6	17.3
Valle d'Aosta	67.2	52.4	68.1	40.9	53.4	34.9	36.4	14.1	36.9	18.3
Lombardia	67.0	47.2	64.1	35.4	49.6	32.5	40.5	18.2	40.2	18.3
Liguria	68.7	47.5	66.5	39.1	48.0	32.2	37.9	16.0	41.3	17.1
<i>Italia Nord-Orientale</i>	67.7	50.1	65.4	40.2	48.8	33.3	37.1 ↘	17.0	39.1	17.6
PA Bolzano	59.9 ↘	51.5	61.4 ↘	40.2	47.5	39.9	33.3 ↘	19.1 ↘	36.0	19.5
PA Trento	62.3	46.0 ↗	63.9	41.1	48.2	36.5	33.6	17.4	37.5	20.2
Veneto	68.9	49.8	66.6	41.2	52.0	33.0	38.4	17.0	39.9	17.5
Friuli-Venezia Giulia	69.8	48.2	69.6	42.3	47.8	33.6	40.5	18.2	39.2	18.4
Emilia Romagna	67.5	51.3	63.5	38.4	45.8	32.5	35.7	16.4	38.6	16.9
<i>Italia Centrale</i>	68.4	49.2	64.2	40.9	46.0	32.0	43.4	18.8	40.2	16.9
Toscana	69.1	49.5	65.5	40.0	45.8	33.5	41.4	18.1	40.1	17.7
Umbria	70.9	52.9	63.4	40.2	43.6	32.3	37.8	15.5	39.2	18.2
Marche	70.3	50.6	65.3	42.5	45.7	30.5	37.2	17.0	38.1	16.9
Lazio	67.0	48.1	63.2	41.2	46.6	31.3	47.2	20.2	41.1	16.2
<i>Italia Meridionale</i>	62.5	34.9	63.0	35.4 ↘	42.2	22.5	48.2	19.0	35.4	12.3
Abruzzo	66.9	37.1	68.6	37.5	47.7	27.6	46.9	16.9	42.4 ↗	13.7
Molise	66.7	35.3	69.2	34.1	47.9	28.1	50.1	14.1 ↘	37.1	10.4
Campania	61.4	33.9	60.0	35.0	40.9	21.3	47.0	18.0	31.7	11.8
Puglia	62.2	36.3	64.1	34.4 ↘	41.8	22.1	51.2	20.2	38.2	12.3
Basilicata	63.0 ↘	35.0	63.6 ↘	34.7	42.3	20.4	41.6 ↘	19.7	32.3	11.6
Calabria	62.3 ↘	33.7 ↘	65.0 ↘	37.9 ↘	42.2 ↘	23.0	48.5	21.5	36.5	13.3
<i>Italia Insulare</i>	59.0	31.1	62.2	34.0	40.3 ↘	23.6	41.5	17.4	32.1	11.2
Sicilia	57.9	30.5	60.2	34.6	39.8	23.5	42.4	17.8	31.5	10.8
Sardegna	62.0	32.9	68.2	31.9	41.8 ↘	23.8 ↘	38.9	16.2	34.1	12.7
<i>Italia</i>	65.7	43.7	64.0	37.5	45.7	29.2	42.4	18.3	37.8	15.6

↘ diminuito rispetto al 2020
↗ aumentato rispetto al 2020

VALORE MINIMO NAZIONALE

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

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 (2021)

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
<i>Italia Nord-Occidentale</i>	79.0	59.3	13.8	6.9	42.5	24.6	10.5 ↘	4.3	21.8 ↘	10.2
Piemonte	79.8	59.2	15.2	7.4	40.3	24.3	10.8	5.5	22.6	12.0
Valle d'Aosta	79.6	62.2	15.7	7.9	55.8	31.2	13.9	6.1	26.1	13.0
Lombardia	78.6	59.0	13.3	6.6	43.3	24.7	10.7	3.7	21.7	9.3
Liguria	79.1	61.8	13.0	7.1	42.1	24.6	8.0	4.7	19.5	10.5
<i>Italia Nord-Orientale</i>	77.8	60.3	15.1	7.1	47.3	27.9	11.3 ↘	3.9	23.7 ↘	10.2 ↘
PA Bolzano	71.8 ↘	61.7	10.0	4.4	53.4 ↘	39.8	18,0 ↘	8.6	25.9 ↘	11.3
PA Trento	79.2	60.5	15.6	5.3	53.1	33.9	17,0 ↘	6.7	27.8	10.8
Veneto	78.5	59.7	16.1	5.9	48.5	26.6	10.3 ↘	3.3	24.2	8.4
Friuli-Venezia Giulia	80.9	59.2	18.4	7.6	52.6 ↘	30.2	14.9	3.5 ↘	28.9	10.4
Emilia Romagna	76.7 ↘	61.1	13.6 ↘	8.8	43.2	26.6	9.8	3.9	21,0 ↘	11.9
<i>Italia Centrale</i>	78.0	60.3	12.6	7.8	38.9	22.2	9.4	3.9	20.2	10.3
Toscana	78.1	60.4	14.0	10.0	39.5	24.3	8.6	4.7	21.2	12.6
Umbria	78.8	61.9	15.0	7.2	39.3	21.8	11.7	4.1	23.7	10.0
Marche	80.4	60.3	14.8	9.1	40.5	22.7	8.5	4.7	21.8	12.1
Lazio	77.2	59.9	10.8	6.2	38.0	20.7	9.9	3.1	18.7	8.4
<i>Italia Meridionale</i>	75.8	49.3 ↘	11.0 ↘	4.0 ↘	35.0	15.6	7.6 ↘	2.6	16.6 ↘	6.0 ↘
Abruzzo	79.5	51.0	12.1	4.2	41.2	18.1	11.0	4.2	21.4	8.1
Molise	80.5	50.9	20.1	6.8	51.5	21.0	17.9	3.9	30.2	9.4
Campania	75.3	48.5	10.2	3.7	33,0 ↗	14.4	6.4	2.4	14.8	5.5
Puglia	74.9	49.9 ↘	10.1 ↘	4.5 ↘	33.9	16.5	5.7 ↘	2.1	14.8 ↘	6.1 ↘
Basilicata	77.1 ↘	48.3	13.4	3.5	43.7 ↗	15.7	10.4	3.2	20,0 ↘	6.6
Calabria	75.8 ↘	49.3 ↘	12.1	3.1	34,0 ↘	14.7	10.1	2.7	19.1 ↘	5.0
<i>Italia Insulare</i>	73.3	47.6	9.5	3.5	35.5	15.5	8.0	2.6	15.5	5.5
Sicilia	71.8	47.1	8.1	3.2	32.5	14.5	5.6	2.2	12.4	4.9
Sardegna	77.8	48.9	13.4	4.6	44.4	18.5	15.0	3.6	24.5	7.3
<i>Italia</i>	77.2	56.1	12.7 ↘	6.1	40.2 ↘	21.7	9.5 ↘	3.6	20.0 ↘	8.7

↘ diminuito rispetto al 2020
↗ aumentato rispetto al 2020

VALORE MINIMO NAZIONALE	Valore inferiore alla media nazionale	Valore superiore alla media nazionale	VALORE MASSIMO NAZIONALE
-------------------------------	---	---	--------------------------------

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

ITALIA NORD-OCCIDENTALE

Nel 2021 i consumatori di bevande alcoliche in Italia nord-occidentale sono stati il 79,0% degli uomini e il 59,3% delle donne, mantenendosi al di sopra della media nazionale e senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. La prevalenza dei consumatori delle singole bevande non ha subito variazioni statisticamente significative rispetto al 2020, e per entrambi i sessi i consumatori di vino (M=67,6%; F=47,8%), di aperitivi alcolici (M=48,6%; F=32,0%), e di super alcolici (M=39,6%; F=17,9%) sono sopra alla media nazionale. La prevalenza dei consumatori di amari per i soli uomini (40,7%), come nelle precedenti rilevazioni, è inferiore alla media nazionale. Per quanto riguarda le abitudini di consumo si registrano in quest'area geografica valori superiori alla media italiana per entrambi i generi nella prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=42,5%; F=24,6%), come l'anno precedente. Per le sole femmine sono superiori alla media nazionale le prevalenze delle consumatrici abituali eccedentarie (6,9%) e delle consumatrici a rischio per il criterio ISS (10,2%). Sono invece in linea con la media nazionale e in calo rispetto al 2020 sia i maschi binge drinkers (10,5%) che i maschi a rischio secondo il criterio ISS (21,8%) (**Tabella I.5-I.6**).

PIEMONTE

Nel 2021 in Piemonte hanno consumato almeno una bevanda alcolica il 79,8% degli uomini e il 59,2% delle donne, senza variazioni significative rispetto al 2020. Per entrambi i sessi i consumatori di birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici sono rimasti pressoché stabili e in linea con la media nazionale. Sono invece al di sopra della media nazionale i consumatori di vino sia maschi (68,8%) che femmine (49,1%), queste ultime in aumento del 9,6% rispetto alla precedente rilevazione. Complessivamente il 22,6% degli uomini e il 12,0% delle donne non si sono attenuti alle indicazioni di sanità pubblica e hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute (criterio ISS), dato al di sopra della media italiana. Per quanto riguarda gli altri comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale anche le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari maschi (15,2%) e, tra le femmine, delle consumatrici fuori pasto (24,3%) e delle *binge drinkers* (5,5%)

VALLE d'AOSTA

I consumatori di almeno una bevanda alcolica in Valle d'Aosta nel 2021 sono stati il 79,6% degli uomini e il 62,2% delle donne, e solo per queste ultime il valore è superiore alla media nazionale, come l'anno precedente. I consumatori di aperitivi alcolici sono sopra la media nazionale per entrambi i sessi (M=53,4%; F= 34,9%), mentre quelli di amari sono sotto la media nazionale per entrambi i sessi (M=36,4%; F= 14,1%). Sono sopra la media nazionale anche i maschi consumatori di birra (68,1%) e le femmine consumatrici di vino (52,4%). Per tutte le tipologie di bevande alcoliche non si registrano comunque variazioni significative rispetto al 2020.

Per quanto riguarda le modalità di consumo il 26,1% dei maschi e il 13,0% delle femmine in Valle d'Aosta hanno consumato alcolici in modalità rischiosa per la salute secondo il criterio ISS, dato al di sopra della media nazionale. Sono sopra la media anche i *binge drinkers* (M=13,9%; F= 6,1%) e i consumatori di alcolici lontano dai pasti (M=55,8%; F= 31,2%), mentre i consumatori abituali

eccedentari sono in linea con la media italiana (M=15,7%; F= 7,9%). Non ci sono variazioni significative rispetto al 2020 nelle prevalenze delle modalità di consumo.

LOMBARDIA

Nel 2021 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile e pari al 78,6% tra gli uomini (valore in linea con la media nazionale) e al 59,0% tra le donne (valore superiore alla media nazionale). La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=49,6%; F=32,5%) è, come gli anni precedenti, superiore alla media nazionale così come la prevalenza delle consumatrici di super alcolici per le sole donne (18,3%). Il dato relativo alla prevalenza di consumatori di birra invece è in linea con la media italiana sia per gli uomini che per le donne (M=64,1%; F=35,4%), così come i consumatori di vino di sesso maschile (67,0%) mentre sono al di sopra della media le consumatrici di vino (47,2%). 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 2021 pari a 9,3% tra le donne e a 21,7% tra gli uomini, entrambi i valori in linea con la media italiana. Gli indicatori di comportamenti a rischio sono tutti in linea con la media italiana ad eccezione dei consumatori fuori pasto che invece risultano superiori al dato medio per entrambi i sessi (M=43,3%; F=24,7%).

LIGURIA

Nel 2021 la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche è stata dell'79,1% tra uomini e il 61,8% tra le donne e per queste il dato è superiore alla media nazionale sebbene non si registrino incrementi rispetto alla precedente rilevazione. La prevalenza dei consumatori di vino (M=68,7%; F=47,5%) è superiore alla media nazionale sia tra gli uomini che tra le donne, così come i consumatori di aperitivi alcolici per le sole donne (32,2%) e dei superalcolici per i soli uomini (41,3%).

Gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio sono tutti in linea con la media italiana ad eccezione della prevalenza delle donne che bevono lontano dai pasti che risultano superiori alla media italiana (24,6%). Nel 2021 il 19,5% degli uomini e il 10,5% delle donne in Liguria hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

ITALIA NORD-ORIENTALE

Il quadro che emerge dalle rilevazioni nelle regioni dell'Italia nord-orientale è ancora una volta molto critico, con le più alte prevalenze di comportamenti dannosi per la salute.

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 77,8% tra gli uomini e al 60,3% tra le donne e per queste il valore è il più elevato rispetto alle altre zone, sebbene non si registrino variazioni rispetto al 2020.

Le prevalenze dei consumatori di vino (M=67,7%; F=50,1%) e di aperitivi alcolici (M=48,8%; F=33,3%) di entrambi i generi risultano essere più elevate rispetto a quelle registrate a livello nazionale, mentre le sole femmine superano la media per il consumo di birra (40,2%) e di superalcolici (17,6%). In controtendenza rispetto a tutti gli altri indicatori della zona è la prevalenza di consumatori di amari di sesso maschile, sotto la media nazionale (come già riscontrato negli

ultimi sei anni), in particolare la più bassa rispetto alle altre ripartizioni nazionali, e in calo rispetto al 2020.

Come nel 2020, anche nel 2021 le prevalenze dei comportamenti a rischio analizzati sono le più elevate delle altre ripartizioni territoriali considerate, in particolare i consumatori abituali eccedentari (M=15,1%; F=7,1%) e i consumatori fuori pasto (M=47,3%; F=27,9% i più elevati di tutte le altre ripartizioni territoriali) per entrambi i generi e *binge drinkers* di sesso maschile (11,3%), mentre fanno eccezione le *binge drinkers* di sesso femminile (3,9%), questa volta in linea con la media italiana. Nonostante i dati indichino valori molto alti, si osservano, rispetto alla precedente rilevazione, una diminuzione rispetto al 2020 dei *binge drinkers* di sesso maschile e dei consumatori a rischio per il criterio ISS (M=23,7%; F=10,2%) per entrambi i generi, nonostante il dato per i maschi si mantenga il più elevato di tutte le ripartizioni (**Tabella I.5-I.6**).

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Nel 2021 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 71,8% dei maschi, valore inferiore rispetto alla media nazionale e in calo del 10,8% rispetto al 2020, e il 61,7% delle femmine, dato invece superiore alla media nazionale e pressoché invariato rispetto alla precedente rilevazione.

Per quanto riguarda il consumo delle diverse bevande alcoliche troviamo in diminuzione significativa rispetto al 2020 il consumo nei maschi sia di vino (in calo dell'11,9%) che di birra (in calo dell'11,4%), le cui prevalenze sono sotto la media nazionale, e nei consumatori di amari di entrambi i generi (M=-18,4%; F=-28,4%), con i soli maschi sotto la media nazionale. Sono invece sopra la media nazionale le femmine consumatrici di vino (49,8%), di aperitivi alcolici (39,9%) e di super alcolici (19,5%).

La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto è per le donne la più elevata di tutte le Regioni e PA italiane (39,8%); risultano inoltre superiori alla media nazionale la prevalenza dei consumatori fuori pasto di sesso maschile (53,4%), anche se in calo del 15% rispetto al 2020, i consumatori in modalità binge drinking di entrambi i generi (M=18,0%; F=8,6%), anche se il dato maschile è in calo del 28,6% rispetto al 2020, e, per i soli uomini, i consumatori a rischio (criterio ISS) (25,9%), anche se in calo del 26,5% rispetto al 2020. È invece inferiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari di sesso maschile (10,0%).

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è stata del 79,2% tra gli uomini e del 60,5% tra le donne, queste ultime sopra la media italiana, e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

Risultano sopra la media italiana le consumatrici di birra (41,1%), di aperitivi alcolici (36,5%) e di superalcolici (20,2%) e al di sotto della media i consumatori di sesso maschile di amari (33,6%). A eccezione delle consumatrici di vino che sono in aumento del 15,5% rispetto alla precedente rilevazione, tutti i dati sulle tipologie di bevande alcoliche non mostrano variazioni significative rispetto al 2020.

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=53,1%; F=33,9%) e dei *binge drinkers* (M=17,0%; F=6,7%), anche se i maschi *binge drinkers* sono in calo del 24,7%

rispetto all'anno scorso. Sono inoltre sopra la media nazionale i maschi che bevono in modalità rischiosa secondo il criterio ISS (27,8%).

VENETO

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è stata del 78,5% tra gli uomini e del 59,7% tra le donne; per queste ultime, la prevalenza è superiore alla media nazionale. La prevalenza dei consumatori di vino (M=68,9%; F=49,8%) e di aperitivi alcolici (M=52,0%; F=33,0%) è superiore alla media nazionale per entrambi i generi, e quello di birra per le sole donne (41,2%). Sono invece sotto la media nazionale i consumatori di amari di sesso maschile (38,4%).

Per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto si conferma superiore alla media nazionale (M=48,5%; F=26,6%). Per i soli uomini nel 2021 si mantengono superiori alla media italiana anche la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari (16,1%) e dei consumatori a rischio secondo il criterio ISS (24,2%). Sono in calo del 30,2% rispetto al 2020 i *binge drinkers* di sesso maschile.

FRIULI VENEZIA GIULIA

Nel 2021 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile ed è stata pari all'80,9% tra gli uomini e del 59,2% tra le donne, e per entrambi il valore è superiore alla media nazionale. Sono al di sopra della media italiana anche le prevalenze dei consumatori di vino (M=69,8%; F=48,2%) e di birra (M=69,6%; F=42,3%) di entrambi i sessi, mentre superano la media le sole femmine nel consumo di aperitivi alcolici (33,6%) e super alcolici (18,4%). Per nessuna bevanda si evidenziano variazioni statisticamente significative rispetto al 2020.

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=52,6%; F=30,2%) anche se gli uomini sono in calo del 9,5%. La prevalenza degli uomini della regione è superiore alla media nazionale anche per tutti gli altri comportamenti a rischio: abituali eccedentari (18,4%), *binge drinkers* (14,9%) e a rischio secondo il criterio ISS (28,9%). Infine, sono in diminuzione del 46,0% rispetto la precedente rilevazione le femmine che consumano in modalità *binge drinking*.

EMILIA ROMAGNA

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è stata dell'76,7% per gli uomini, in calo del 4,8% rispetto al 2020, e del 61,1% per le donne, per le quali il valore è superiore alla media nazionale sebbene non si registrino variazioni rispetto alla precedente rilevazione. Per quanto riguarda i consumi delle diverse bevande alcoliche i dati sono sostanzialmente invariati rispetto all'anno scorso e in linea con i dati medi italiani, a eccezione del consumo di vino (51,3%) e di aperitivi alcolici (32,5%) per le sole femmine.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia per le sole femmine valori superiori alla media nazionale delle consumatrici abituali eccedentarie (8,8%), delle consumatrici fuori pasto (26,6%) e delle consumatrici a rischio (criterio ISS) (11,9%). Per i maschi invece si registra un calo significativo rispetto al 2020 sia nei consumatori abituali eccedentari (-23,9%) che nei consumatori a rischio secondo il criterio ISS (-21,7%).

ITALIA CENTRALE

I consumatori di bevande alcoliche nell' Italia centrale sono stati nel 2021 il 78,0% dei maschi e il 60,3% delle femmine e la prevalenza è rimasta pressoché stabile rispetto al 2020; per le donne il valore si conferma anche nel 2021 superiore alla media nazionale. Sono al di sopra della media nazionale i consumatori di vino di entrambi i sessi (M=68,4%; F=49,2%), le consumatrici di birra (40,9%) e aperitivi alcolici (32,0%) ed i consumatori di sesso maschile di super alcolici (40,2%). Per quanto riguarda i comportamenti, tutti gli indicatori sono rimasti pressoché stabili rispetto alla precedente rilevazione e sono al di sopra della media le donne che consumano alcol in modalità abituale eccedentaria (7,8%) e in modalità a rischio per il criterio ISS (10,3%) (**Tabella I.5-I.6**).

TOSCANA

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è stata del 78,1% per gli uomini e il 60,4% per le donne, e per queste il valore è, come lo scorso anno, superiore a quello medio nazionale. Sono sopra la media nazionale anche nel 2021 i consumatori e le consumatrici di vino (M=69,1%; F=49,5%) e le consumatrici di aperitivi alcolici (33,5%). L'analisi dei comportamenti a rischio rileva valori superiori alla media nazionale per le donne che consumano in modalità abituali eccedentaria (10,0%), fuori pasto (24,3%) ed in modalità a rischio per la loro salute secondo il criterio ISS (12,6%).

UMBRIA

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è pari a 78,8% tra gli uomini e a 61,9% tra le donne e per queste, come rilevato anche lo scorso anno, 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, la prevalenza dei consumatori di vino, come nel 2020, è superiore a quella media nazionale per entrambi i generi (M=70,9%; F=52,9%) mentre è inferiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile (37,8%). Per quanto riguarda invece gli indicatori relativi alle abitudini di consumo a rischio si osserva che nel 2021 tutti gli indicatori sono in linea con la media nazionale ad eccezione del consumo a rischio (criterio ISS) che per il solo genere maschile, che risulta invece superiore al dato medio nazionale (23,7%).

MARCHE

Nel 2021 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati l'80,4% degli uomini e il 60,3% delle donne e per entrambi i generi il dato è superiore alla media nazionale. Per tutte le bevande alcoliche i dati sono in linea con la media nazionale e per entrambe i generi la prevalenza dei consumatori di vino è superiore alla media italiana (M=70,3%; F=50,6%) oltre alla prevalenza delle consumatrici di birra per il solo genere femminile (42,5%); risulta invece inferiore alla media la prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile (37,2%). Tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo sono rimasti pressoché stabili rispetto al 2020; risultano superiori alla media

italiana la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie (9,1%) e la prevalenza delle consumatrici a rischio (criterio ISS) (12,1%).

LAZIO

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata nel 2021 pari al 77,2% tra gli uomini e al 59,9% tra le donne per queste ultime il valore è superiore alla media nazionale. La prevalenza dei consumatori maschi di amari (47,2%) e di super alcolici (41,1%) è superiore alla media nazionale così come tra le donne la prevalenza è superiore tra le consumatrici di vino (48,1%) e birra (41,2%). Per entrambi i generi non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

Per quanto riguarda le abitudini di consumo a rischio per entrambi i generi tutti gli indicatori sono in linea con la media nazionale ad eccezione della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari di sesso maschile (10,8%) che risulta invece inferiore alla media nazionale. Non si registrano infine variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione degli indicatori di rischio.

ITALIA MERIDIONALE

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nell'Italia meridionale è stata nel 2021 del 75,8% per gli uomini e del 49,3% per le donne e per queste ultime il valore è diminuito rispetto al 2020 del 4,8%. I valori di prevalenza dei consumatori di vino e aperitivi alcolici e super alcolici sono inferiori al dato medio nazionale per entrambi i generi così come la prevalenza delle consumatrici di sesso femminile di birra che sono diminuite rispetto al 2020 del 6,6%. Il dato relativo alla prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile, come già rilevato lo scorso anno, è il più alto di tutte le ripartizioni territoriali analizzate (48,2%).

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, i valori di tutti gli indicatori considerati si continuano a mantenere inferiori al dato medio nazionale. Rispetto al 2020 inoltre si registrano per entrambi i generi delle diminuzioni statisticamente significative dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio oltre ai consumatori in modalità *binge drinking* per il solo genere maschile (**Tabella I.5-I.6**).

ABRUZZO

Nel 2021 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 79,5% degli e il 51,0% delle donne (come lo scorso anno al di sotto la media nazionale). Per quanto riguarda il consumo delle diverse tipologie di bevande alcoliche, tutte le prevalenze sono invariate rispetto al 2020 ad eccezione della prevalenza dei consumatori di super alcolici di sesso maschile che risulta superiore alla media italiana (in aumento del 17,8%). Sempre tra gli uomini sono superiori alla media nazionale le prevalenze dei consumatori di birra (68,6%) e di amari (46,9%) mentre tra le donne, come rilevato anche lo scorso anno, la prevalenza delle consumatrici di vino è inferiore alla media (37,1%). L'analisi dei diversi comportamenti a rischio non evidenzia variazioni significative rispetto al 2020 e mostra valori in linea con il dato nazionale di tutti gli indicatori considerati per il genere maschile e più bassi per la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie e delle consumatrici fuori pasto di genere femminile.

MOLISE

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è stata del 80,5% per gli uomini (sopra la media italiana) e 50,9% 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 sesto anno consecutivo superiore alla media nazionale ed è superiore alla media anche la prevalenza dei consumatori di birra. Tra le donne è inferiore alla media la prevalenza delle consumatrici di vino, super alcolici e amari e per quest'ultima bevanda il valore è inoltre diminuito passando da 20,6% nel 2020 a 14,1% nel 2021.

Come nel 2020, 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; non si registrano inoltre variazioni significative di questi indicatori né tra gli uomini né tra le donne.

CAMPANIA

I consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 75,3% dei maschi e il 48,5% delle femmine (queste sotto la media nazionale). Come per il 2020, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino (M=61,4%; F=33,9%), aperitivi alcolici (M=40,9%; F=21,3%) e super alcolici (M=31,7%; F=11,8%) sono inferiori alla media nazionale oltre alla prevalenza dei consumatori di birra (60,0%) per il solo genere maschile per i quali si mantiene invece superiore alla media italiana la prevalenza dei consumatori di amari (47,0%). Rispetto al 2020 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 che consumano bevande alcoliche fuori pasto è aumentata rispetto al 2020 del 15,8%.

PUGLIA

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è stata del 74,9% tra gli uomini e 49,9% tra le donne e il valore rispetto al 2020 è rimasto stabile per gli uomini mentre è diminuito del 9,3% tra le donne. Per gli uomini la prevalenza dei consumatori di amari è superiore alla media nazionale come già rilevato negli anni precedenti (M = 51,2%) mentre sono inferiori alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e di vino per entrambi i generi oltre alla prevalenza di super alcolici e birra per le sole donne. Per tutte le bevande non ci sono variazioni rispetto all'anno precedente ad eccezione della prevalenza delle consumatrici di birra che è diminuita del 16,1%.

Tutti gli indicatori di rischio considerati sono inferiori alla media nazionale, la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio ISS è diminuita rispetto al 2020 per entrambi i generi così come la prevalenza dei consumatori *binge drinker* di sesso maschile.

BASILICATA

Nel 2021 il 77,1% degli uomini e il 48,3% delle donne ha consumato almeno una bevanda alcolica; per i soli uomini il valore è diminuito rispetto al 2020 del 6,4% e come l'anno scorso il dato relativo è superiore alla media nazionale. La prevalenza dei consumatori di super alcolici è superiore alla media nazionale per entrambi i generi oltre alla prevalenza dei consumatori di vino per i soli uomini e delle consumatrici di aperitivi alcolici per le sole donne.

Rispetto all'anno 2020 si rileva per i soli uomini una diminuzione della prevalenza dei consumatori di vino (-8,6%), di birra (-8,2%) e di amari (-17,1%).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia valori superiori alla media nazionale della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari, *binge drinkers*, e di quelli fuori pasto per il solo genere maschile. Rispetto all'anno 2020 si registra inoltre, solo tra gli uomini, una diminuzione dei consumatori a rischio (-25,1%) a fronte di un incremento dei consumatori fuori pasto (+16,2%)

CALABRIA

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è pari al 75,8% tra gli uomini e al 49,3% tra le donne e rispetto all'anno 2020 si osserva per entrambi i generi una diminuzione del valore del 7,4% e 13,5% rispettivamente. Per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori di amari è superiore alla media nazionale (M=48,5%; F=21,5%) mentre per le sole donne le prevalenze delle consumatrici di vino e aperitivi alcolici sono inferiori alla media italiana. Rispetto al 2020 si osserva per entrambi i generi una diminuzione dei consumatori di vino (M=10,1%; F=14,7%), e di birra (M=10,2%; F=16,2%) oltre ad una diminuzione della prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici tra i soli maschi (12,6%).

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che la prevalenza dei consumatori fuori pasto è inferiore alla media nazionale per entrambi i generi della oltre alla prevalenza delle consumatrici abituali eccedentari e delle consumatrici a rischio per le sole donne. Rispetto al 2020 si osserva tra gli uomini una diminuzione dei consumatori fuori pasto del 16,9% e dei consumatori a rischio del 21,4%.

ITALIA INSULARE

Nel 2021 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche nell'Italia insulare è stata del 73,3% tra gli uomini e del 47,6% tra le donne; per entrambi i generi i valori registrati sono come lo scorso anno i più bassi registrati rispetto alle altre ripartizioni territoriali italiane, così come le percentuali di consumatori di vino (M = 59,0%, F = 31,1%) e la percentuale di consumatori di super alcolici tra i soli uomini (32,1%). La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici per entrambi i generi e le prevalenze dei consumatori di super alcolici e di birra per le sole donne sono più basse rispetto a quelle rilevate nelle altre ripartizioni territoriali. Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni significative dei consumatori delle diverse bevande alcoliche ad eccezione dei consumatori di aperitivi alcolici che sono diminuiti dell'8,6%.

L'analisi delle abitudini di consumo a rischio mostra che i valori rilevati di tutti gli indicatori sono inferiori alla media nazionale per entrambi i generi e non si rilevano variazioni rispetto alla precedente rilevazione (**Tabella I.5-I.6**).

SICILIA

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è stata pari al 71,8% tra gli uomini e al 47,1% tra le donne; per entrambi i generi i valori sono inferiori a quelli medi italiani e non si osservano variazioni significative rispetto al 2020. I valori di prevalenza dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e di super alcolici sono inferiori alla media italiana per entrambi i generi per tutte le bevande non ci sono variazioni di rilievo rispetto all'anno precedente.

L'analisi delle abitudini di consumo mostra che tutti gli indicatori di rischio sono inferiori alla media nazionale per entrambi i generi, e i valori sono rimasti pressoché approssimabili a quelli rilevati nel 2020.

SARDEGNA

Nel 2020 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 77,8% degli uomini e al 48,9% 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, le prevalenze dei consumatori di vino, di aperitivi alcolici e di super alcolici sono inferiori alla media italiana oltre alla prevalenza dei consumatori di amari per i soli uomini; per questi ultimi la prevalenza dei consumatori di birra è superiore alla media italiana (68,2%).

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 (44,4%), dei *binge drinkers* (15,0%) e dei consumatori a rischio ISS (24,5%), mentre si mantengono inferiori alla media i valori di prevalenza delle consumatrici fuori pasto (18,5%).

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.

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 2021, 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 2021 si sono verificati complessivamente 35.307 accessi in Pronto Soccorso caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 68% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 32% ad accessi di femmine (cfr. **TAB. I.7**).

TAB.I.7 - Accessi in pronto soccorso per età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2021

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	104	292	1.011	1.324	198	89	3.018	116	183	309	472	84	56	1.220	4.238
Valle d'Aosta	3		7	14	1	1	26	1	1	1	5	1		9	35
Lombardia	301	619	1.344	1.516	340	151	4.271	423	358	557	544	99	57	2.038	6.309
P.A. Bolzano	32	65	216	229	71	39	652	37	48	60	91	15	14	265	917
P.A. Trento	1	19	25	26	11	2	84	4	4	13	11	3	2	37	121
Veneto	50	105	280	485	120	71	1.111	64	74	111	144	34	30	457	1.568
Friuli V.G.	344	237	561	879	338	369	2.728	257	153	329	462	232	328	1.761	4.489
Liguria	77	137	282	373	62	35	966	60	86	121	165	23	16	471	1.437
Emilia Romagna	182	376	823	945	133	73	2.532	207	213	319	377	63	30	1.209	3.741
Toscana	176	324	671	629	86	40	1.926	221	208	225	274	36	22	986	2.912
Umbria	26	34	98	124	20	22	324	31	24	53	62	9	11	190	514
Marche	36	92	163	179	47	26	543	55	54	129	86	11	23	358	901
Lazio	156	301	859	1.136	159	71	2.682	198	246	317	377	35	26	1.199	3.881
Abruzzo	7	21	52	77	23	9	189	10	6	23	22	2	4	67	256
Molise	12	12	30	46	11	8	119	3	2	7	12	1		25	144
Campania	76	59	131	231	48	28	573	62	54	58	70	25	21	290	863
Puglia	68	110	158	165	34	7	542	79	66	55	37	6	1	244	786
Basilicata	6	19	30	62	11	8	136	8	4	12	16	5		45	181
Calabria	23	22	39	71	23	8	186	15	3	12	11			41	227
Sicilia	123	169	350	487	89	26	1.244	117	106	99	89	20	19	450	1.694
Sardegna	3	5	14	42	9	1	74	3	1	6	8	1		19	93
ITALIA	1.806	3.018	7.144	9.040	1.834	1.084	23.926	1.971	1.894	2.816	3.335	705	660	11.381	35.307

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 2021) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

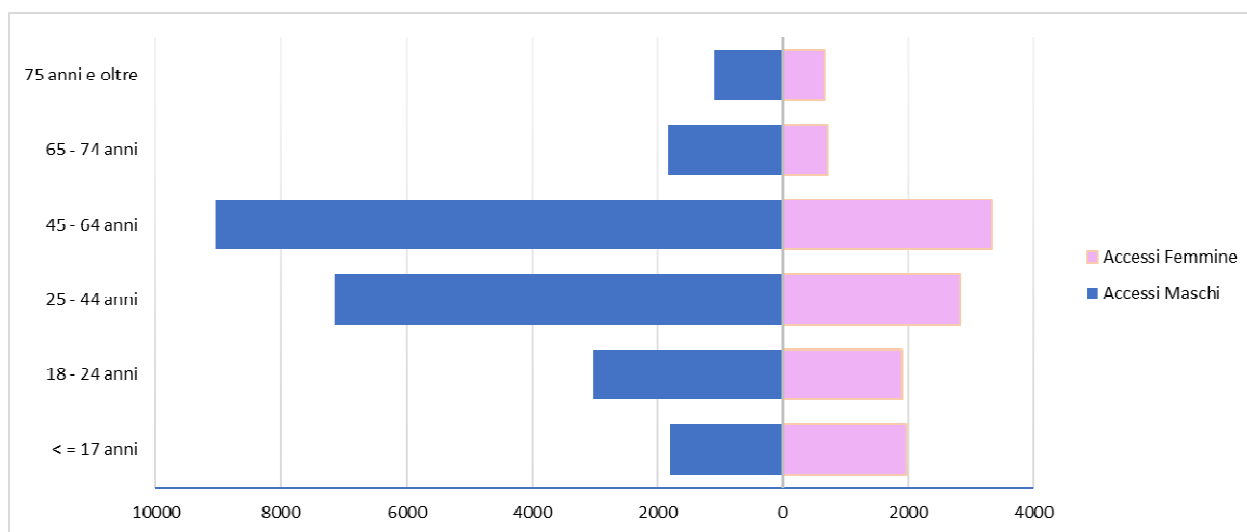
Nel corso del 2020 si sono verificati complessivamente 29.362 accessi in Pronto Soccorso caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 71% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 29% ad accessi di femmine (**TAB. I.8**).

TAB. I.8 - 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 2021



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

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

TAB I.9- Accessi in pronto soccorso per cittadinanza con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2021

Cittadinanza	Percentuale accessi
ITALIA	80,41%
ROMANIA	3,87%
MAROCCO	1,93%
ALBANIA	1,17%
INDIA	1,05%
(vuoto)	0,92%
POLONIA	0,91%

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 2021) - Elaborazione a cura

La TAB.I.10 che segue riporta la distribuzione dei tassi specifici per regione, genere e classe d'età.

La distribuzione dei tassi di accesso, calcolati sulla popolazione residente, mostra una elevata variabilità tra regioni all'interno di ciascuna classe d'età considerata.

Con riferimento ai maschi della classe 65-74 anni, si evidenzia un tasso di accessi molto elevato nella P.A. di Bolzano e in Friuli Venezia Giulia rispetto al valore medio nazionale.

Nelle classi 18-24 e 25-44 si evidenziano tassi di accesso elevati nella P.A. di Bolzano e nelle regioni Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Lazio.

Inoltre il confronto per genere evidenzia tassi specifici più elevati per i maschi rispetto alle femmine, in tutte le regioni e per tutte le classi di età ad eccezione della fascia ≤ 17 anni per la quale risulta un consumo maggiore per il genere femminile.

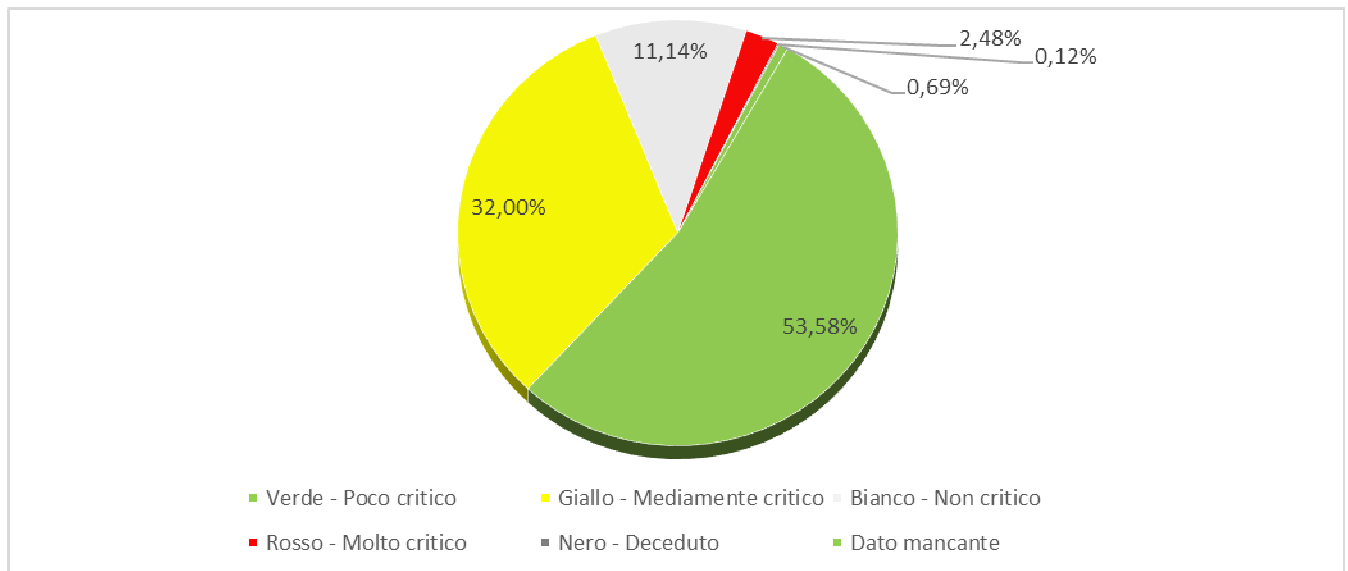
TAB.I.10 – Tassi di accesso in Pronto Soccorso (x 100.000 residenti) specifici per classi di età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2021

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	31,95	201,69	213,85	203,40	78,17	38,35	37,78	139,08	67,20	70,42	29,84	16,21
Valle d'Aosta	30,26	0,00	51,44	71,99	13,74	16,33	10,70	25,31	7,53	25,09	12,81	0,00
Lombardia	36,24	174,40	112,80	99,15	64,40	32,73	54,08	110,98	48,38	35,49	16,68	8,10
P.A. Bolzano	61,91	293,65	329,33	288,63	297,71	170,75	76,44	235,99	95,69	114,95	56,55	43,30
P.A. Trento	2,11	91,18	39,42	32,14	36,86	8,24	8,97	20,81	21,07	13,38	9,60	5,49
Veneto	12,72	60,03	50,29	63,46	44,62	30,45	17,26	46,20	20,56	18,77	11,58	8,65
Friuli V.G.	388,66	591,29	424,40	469,96	473,11	554,03	306,64	426,50	263,52	243,39	287,79	325,78
Liguria	73,14	277,25	181,97	159,51	67,15	37,63	60,44	194,14	80,39	67,45	21,73	11,03
Emilia Romagna	51,39	248,00	159,32	139,88	55,64	31,87	62,18	155,73	63,24	54,34	23,25	8,98
Toscana	62,83	262,39	162,51	112,91	40,57	19,71	83,81	185,53	55,15	47,01	15,05	7,37
Umbria	39,43	117,31	101,36	97,97	39,56	44,92	49,75	90,35	55,18	45,97	16,02	15,33
Marche	31,09	175,46	95,71	79,95	55,02	31,82	50,46	114,14	77,54	37,07	11,67	19,21
Lazio	33,37	152,74	126,01	131,67	53,24	27,36	44,87	136,33	46,90	40,52	10,12	6,67
Abruzzo	7,11	47,53	34,35	40,20	30,68	13,83	10,78	14,84	15,74	11,03	2,42	4,26
Molise	57,05	112,96	85,42	103,64	59,96	52,10	15,49	20,89	21,38	26,47	5,12	0,00
Campania	14,81	25,04	18,62	29,08	16,71	13,67	12,78	24,66	8,22	8,25	7,80	6,86
Puglia	21,22	71,43	33,63	29,11	15,44	3,85	26,09	46,13	11,82	6,15	2,42	0,39
Basilicata	14,67	90,48	45,40	76,02	34,37	30,26	20,95	21,44	19,14	18,87	14,49	0,00
Calabria	14,85	31,14	17,11	27,02	21,52	9,43	10,25	4,58	5,31	3,92	0,00	0,00
Sicilia	29,44	89,14	60,11	71,34	33,70	12,36	29,63	60,80	16,98	12,20	6,69	6,21
Sardegna	2,71	9,80	7,60	16,54	9,18	1,25	2,90	2,15	3,37	3,07	0,94	0,00
ITALIA	37,52	140,92	102,80	101,93	56,22	38,29	43,44	96,72	41,32	36,21	19,30	15,73

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 2021) - 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 54% degli accessi viene attribuito il codice verde, al 32% il codice giallo, al 11% il codice bianco e al 2% il codice rosso.

GRAF I.2 – Distribuzione degli accessi in PS per triage medico - ANNO 2021

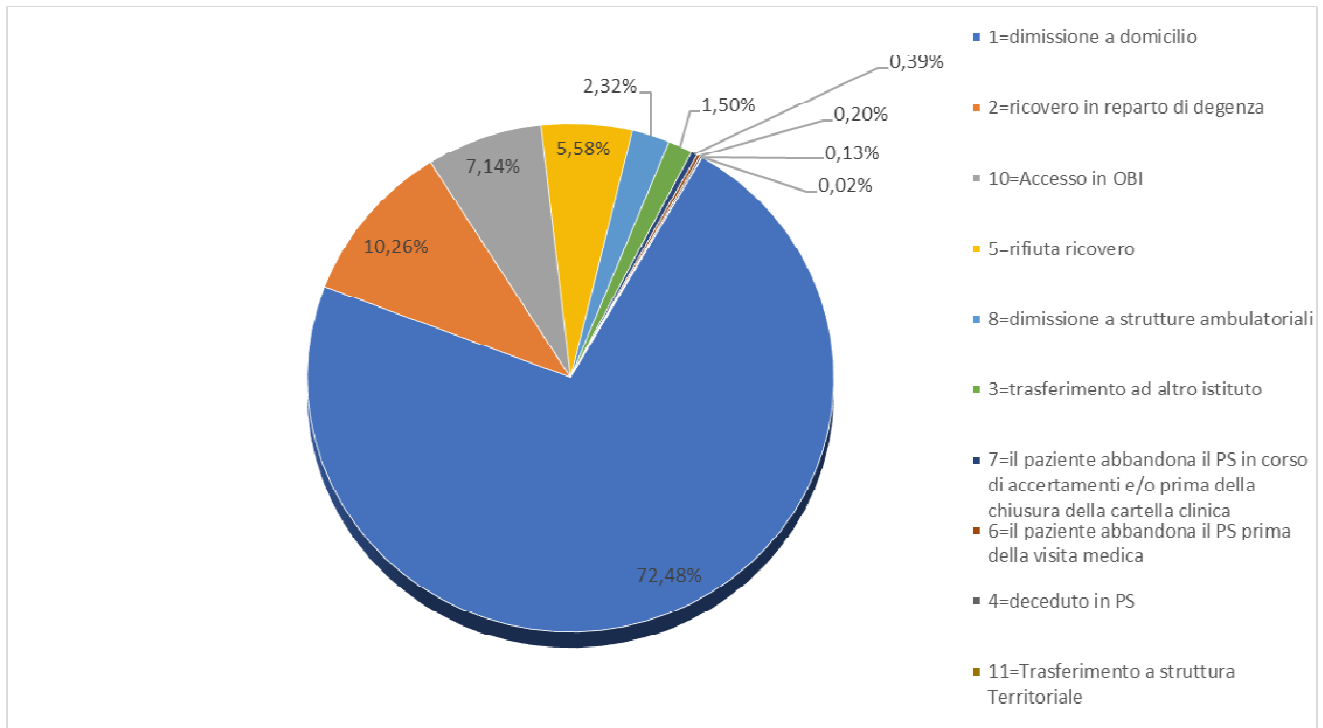


Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2021) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, 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 2021



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 2021) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che il 72% degli accessi in pronto soccorso con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol esita a domicilio, mentre il 10% degli accessi viene ricoverato.

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

TAB I.11 – Diagnosi principali più frequenti - ANNO 2021

Codigne Diagnosi	Descrizione diagnosi principale	Percentuale di accessi
305.00	ABUSO DI ALCOOL, NON SPECIFICATO	17,83%
305.02	ABUSO DI ALCOOL, EPISODICO	14,34%
980.0	EFFETTI TOSSICI DELL'ALCOOL ETILICO	13,35%
303.00	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, NON SPECIFICATA	10,62%
571.2	CIRROSI EPATICA ALCOLICA	10,09%
305.01	ABUSO DI ALCOOL, CONTINUO	8,45%
303.02	INTOSSICAZIONE ACUTA DA	5,11%
980.9	EFFETTI TOSSICI DI ALCOOL NON SPECIFICATO	2,90%
291.4	INTOSSICAZIONE ALCOLICA	2,83%
291.81	SINDROME DA ASTINENZA DA ALCOOL	2,08%
303.01	INTOSSICAZIONE ACUTA DA	1,84%
303.0	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL	1,24%
291.89	ALTRI DISTURBI PSICHICI SPECIFICATI	1,22%
571.0	STEATOSI EPATICA ALCOLICA	1,17%
291.0	DELIRIUM DA ASTINENZA DA ALCOOL	0,87%
305.03	ABUSO DI ALCOOL, IN REMISSIONE	0,68%
535.30	GASTRITE ALCOLICA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA	0,65%
571.1	EPATITE ACUTA ALCOLICA	0,64%
571.3	DANNO SPECIFICO DA ALCOL, NON SPECIFICATO	0,62%
303.90	DIPENDENZA DA ALCOOL, ALTRA E NON SPECIFICATA, NON SPECIFICATA	0,57%
291.9	DISTURBI PSICHICI NON SPECIFICATI	0,56%
303.03	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, IN REMISSIONE	0,50%
303.91	ALTRA E NON SPECIFICATA DIPENDENZA DA ALCOOL, CONTINUA	0,31%
291.3	DISTURBO PSICOTICO CON ALLUCINAZIONI INDOTTO DA ALCOOL	0,30%

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 2021) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

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

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

TAB I.12 – Distribuzione degli accessi in pronto soccorso per modalità di arrivo - ANNO 2021

Modalità di arrivo in Pronto soccorso	Percentuale di accessi
Ambulanza 118	66,05%
Autonomo (arrivato con mezzi propri)	27,61%
Altra Ambulanza	4,39%
Non rilevato	0,99%
Altro (in caso ambulanze di Esercito, Vigili del Fuoco, Polizia, ecc.)	0,80%
Elicottero 118	0,12%
Mezzo di soccorso 118 di altre regioni	0,04%
Altro Elicottero	0,01%

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2021) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che il 66% degli accessi arriva in Pronto Soccorso con il 118, mentre il 28% arriva al pronto soccorso con mezzi propri.

2.2 DIMISSIONI OSPEDALIERE CON DIAGNOSI DI PATOLOGIE TOTALMENTE ATTRIBIBILI ALL'ALCOOL

Lo stato di intossicazione causato dall'abuso di alcool 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'alcool sono le seguenti:

Diagnosi totalmente attribuibili all'alcool

Disturbi mentali indotti 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 2021 si rilevano complessivamente 45.270 dimissioni ospedaliere, un incremento del 4,2% rispetto all'anno 2020, caratterizzate dall'aver indicata almeno una patologia attribuibile all'alcol, o in diagnosi principale di dimissione, o in una delle diagnosi secondarie, che coesistono al momento del ricovero e che influenzano il trattamento terapeutico somministrato.

La distribuzione per categorie diagnostiche delle diagnosi rilevate [TAB I.13] mostra la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (57,3% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriacatezza acuta in corso di alcolismo) e alcolismo cronico e dipsomania (19,6%).

I ricoveri per abuso di alcol, effetti postumi all'eccessiva assunzione più o meno occasionale di alcol, *hangover*, ebbrezza ed ubriachezza, si collocano al terzo posto (16,9%).

TAB I.13 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2021

Diagnosi alla dimissione	Codici ICD-9-CM	Maschi		Femmine		Totale	
		Numero	%	Numero	%	Numero	%
Disturbi mentali indotti da alcol	291	1.502	4,3	363	3,5	1.865	4,1
Sindrome da dipendenza da alcol	303	6.292	18,0	2.579	25,0	8.871	19,6
Abuso di alcol	305.0	5.219	14,9	2.431	23,6	7.650	16,9
Polineuropatia alcolica	357.5	291	0,8	91	0,9	382	0,8
Cardiomiopatia alcolica	425.5	146	0,4	8	0,1	154	0,3
Gastrite alcolica	535.30 535.31	71	0,2	47	0,5	118	0,3
Malattia epatica cronica e cirrosi	571.0-571.3	21.214	60,7	4.742	45,9	25.956	57,3
Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	977.3	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Effetti tossici dell'alcol	980	211	0,6	60	0,6	271	0,6
Totale		34.946	100	10.321	100	45.267	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 delle dimissioni per genere evidenzia una netta prevalenza dei ricoveri di maschi (77,2%) rispetto alle femmine (22,8%).

Le patologie epatiche croniche sono quelle prevalenti per questi pazienti (57,3%), anche in termini di distribuzione per genere (60,7% nei maschi vs 45,9% nelle femmine). Seguono le diagnosi riconducibili alla sindrome da dipendenza da alcol e all'abuso di alcol, rispettivamente (19,6% e

16,9% nella totalità dei pazienti), con percentuali superiori nelle femmine rispetto ai maschi: (18,0% nei maschi vs 25,0% nelle femmine) per la sindrome da dipendenza e (14,9% vs 23,6%) per l'abuso di alcol.

Il tasso standardizzato di ricovero ospedaliero, caratterizzato da diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, è di 70,2 ricoveri per 100.000 residenti [TAB I.14], in aumento rispetto al 2020 (66,9 per 100.000).

Considerando la modalità di ricovero, si distinguono i ricoveri effettuati in regime ordinario (94,2%), con complessive 541.742 giornate di degenza, dai ricoveri diurni (5,8%), con 18.884 accessi giornalieri per accertamenti diagnostici e terapie.

TAB I.14 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) per regime e regione di ricovero - ANNO 2021

REGIONE	Dimissioni					
	Totale (ordinario + diurno)		Regime ordinario		Regime diurno	
	Numero	Tasso STD x 100.000 ab.	Numero	Degenza media	Numero	Numero medio accessi
Piemonte	4.172	88,4	3.968	17,3	204	4,7
Valle d'Aosta	277	200,3	236	12,3	41	5,8
Lombardia	6.103	57,3	5.997	13,6	106	3,8
P.A. Bolzano	875	162,6	867	9,6	8	5,1
P.A. Trento	621	105,8	604	12,8	17	8,1
Veneto	4.775	89,5	4.579	14,6	196	10,8
Friuli V.G.	1.604	109,9	1.349	11,6	255	12,2
Liguria	1.809	108,0	1.600	10,8	209	8,8
Emilia Romagna	5.607	118,3	5.478	11,7	129	7,6
Toscana	2.593	65,1	2.415	10,9	178	6,8
Umbria	626	67,7	613	10,7	13	6,6
Marche	1.724	111,9	1.695	18,5	29	2,2
Lazio	3.691	58,7	3.145	12,0	546	7,5
Abruzzo	923	63,3	861	11,8	62	8,1
Molise	217	63,3	216	11,8	1	6,0
Campania	2.349	39,0	2.132	10,8	217	5,0
Puglia	1.965	45,7	1.942	10,2	23	2,5
Basilicata	382	62,0	360	10,5	22	5,0
Calabria	989	47,5	838	11,3	151	4,6
Sicilia	2.011	39,5	1.905	10,4	106	3,4
Sardegna	1.957	102,7	1.827	9,9	130	6,1
ITALIA	45.270	70,2	42.627	12,7	2.643	7,1

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

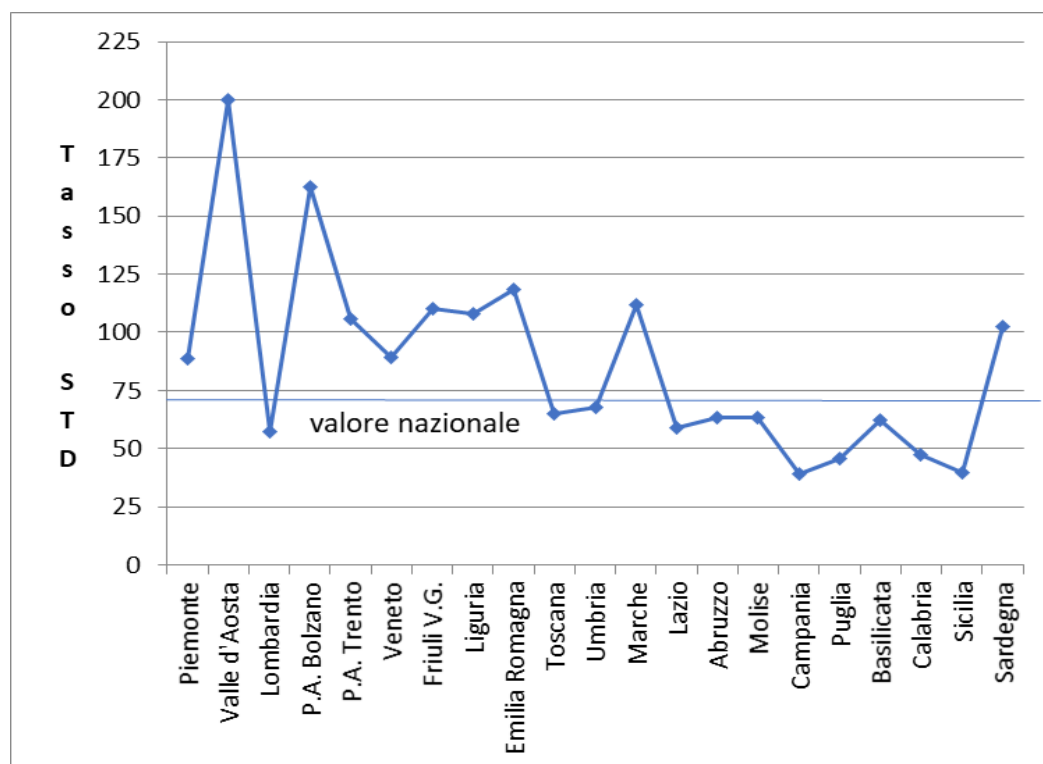
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

La **TAB I.14** riporta anche la distribuzione per regione della degenza media dei ricoveri in regime ordinario, che a livello nazionale è di 12,7 giorni (in lieve aumento rispetto a 12,4 giorni del 2020) ed il numero medio di accessi per i ricoveri diurni pari a 7,1 a livello nazionale, valore che non si discosta dal numero medio di accessi per prestazioni ed accertamenti diagnostici rilevato nel 2020.

Analizzando la differente modalità di ricorso al ricovero per cure ospedaliere, si rileva che il 75,3% dei ricoveri con degenza ordinaria avvengono in urgenza/emergenza e di questi, 1,1% è costituito dai ricoveri per trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Il restante 24,7% è costituito da ricoveri ordinari, intesi come ricoveri programmati non urgenti, di cui il 6,1% è costituito da ricoveri programmati con pre-ospedalizzazione.

Il tasso di ricovero complessivo (regime ordinario e diurno), standardizzato per età, [TAB.2] è rappresentato graficamente nel seguente grafico [GRAF I.4]. I valori regionali del tasso di ricovero presentano ampie oscillazioni attorno al valore nazionale (70,2 per 100.000 residenti).

GRAF I.4 – Tasso di ricovero (*) standardizzato per età (x 100.000 ab.) - ANNO 2021



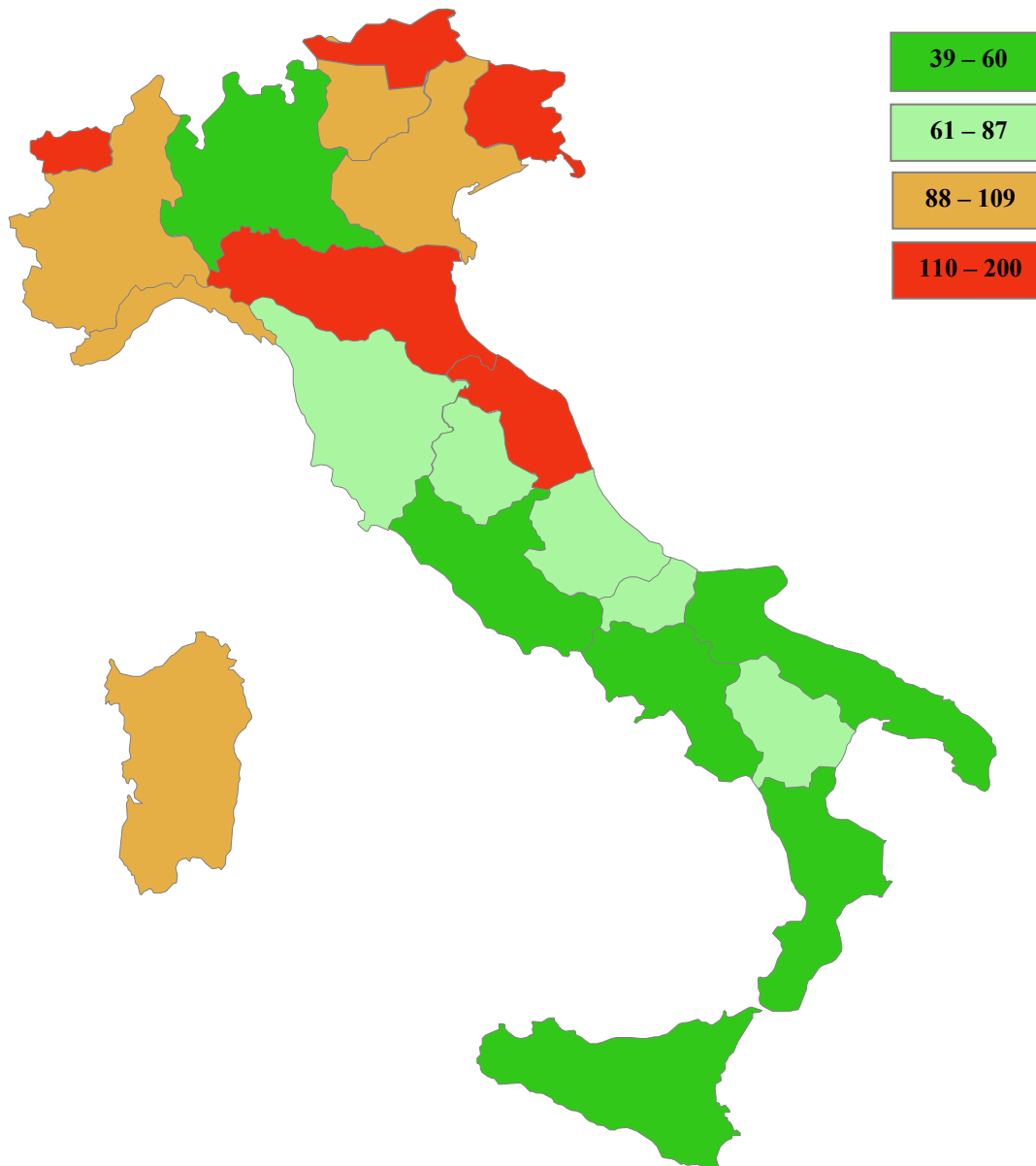
(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol

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

I valori più elevati del tasso di ricovero sono in regione Valle d'Aosta (200,3) e nella P.A. di Bolzano (162,6) per 100.000 residenti, mentre in Sicilia e Campania si rilevano i valori più bassi della distribuzione.

La **Figura I.16** rappresenta con differente colorazione le regioni, in base al valore assunto dal relativo tasso di ricovero standardizzato per età. Nella rappresentazione grafica sono stati definiti 4 cluster dei tassi di ricovero. 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 di ricovero standardizzati per età (per 100.000 residenti) - ANNO 2021



Delle 45.270 dimissioni ospedaliere con almeno una diagnosi attribuibile all'alcol, il 40,1% presenta tale diagnosi come principale motivo del ricovero, mentre per il restante 59,9% tale diagnosi è indicata come una diagnosi secondaria. Si precisa a tal riguardo che la fonte informativa relativa alla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) rileva fino a cinque diagnosi secondarie.

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

Dalla **TAB I.15** si può rilevare come in presenza di patologie secondarie attribuibili all'alcol, la diagnosi principale dei ricoveri effettuati è prevalentemente riconducibile a disturbi mentali (complessivamente, senza distinzione di genere, essi rappresentano il 25%), seguono le malattie dell'apparato digerente (15%), tumori (11%), malattie del sistema circolatorio e dell'apparato respiratorio (rispettivamente 10% e 9%).

TAB I.15 - Distribuzione delle dimissioni per raggruppamenti diagnostici della diagnosi principale, in presenza di diagnosi secondaria totalmente attribuibile all'alcol (*) ANNO 2021

RAGGRUPPAMENTI DIAGNOSTICI (DIAGNOSI PRINCIPALE)	2021			
	Maschi		Femmine	
	Numero	%	Numero	%
1 - Malattie infettive e parassitarie (001-139)	745	3,5	177	2,9
2 - Tumori (140-239)	2.555	12,2	306	5,0
3 - Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, disturbi immunitari (240-279)	420	2,0	125	2,1
4 - Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)	403	1,9	147	2,4
5 - Disturbi mentali (290-319)	4.387	20,9	2.307	38,0
6 - Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	889	4,2	196	3,2
7 - Malattie del sistema circolatorio (390-459)	2.303	11,0	440	7,2
8 - Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	2.104	10,0	459	7,6
9 - Malattie dell'apparato digerente (520-579)	3.207	15,3	794	13,1
10 - Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	469	2,2	135	2,2
11 - Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)	-	-	12	0,2
12 - Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)	76	0,4	11	0,2
13 - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	191	0,9	49	0,8
14 - Malformazioni congenite (740-759)	11	0,1	4	0,1
15 - Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)	2	0,0	-	-
16 - Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti (780-799)	1.056	5,0	251	4,1
17 - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)	1.454	6,9	405	6,7
Classificazione supplementare dei fattori che influenzano stato di salute e ricorso ai servizi san. (codici V)	647	3,1	236	3,9
Diagnosi principale non indicata	104	0,5	22	0,4
ITALIA	21.023	100	6.076	100

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

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

Con riferimento alla distribuzione per genere riportata in tabella, si rileva come la percentuale dei disturbi mentali e dei tumori varia notevolmente tra maschi e femmine: i disturbi mentali, nettamente prevalenti per entrambi i generi è di 20,9% nei maschi e 38,0% nelle femmine; le

diagnosi di tumore, sono al secondo posto per i maschi (12,2%), mentre per le femmine sono al sesto posto nell'ambito dei raggruppamenti delle diagnosi principali (5,0%).

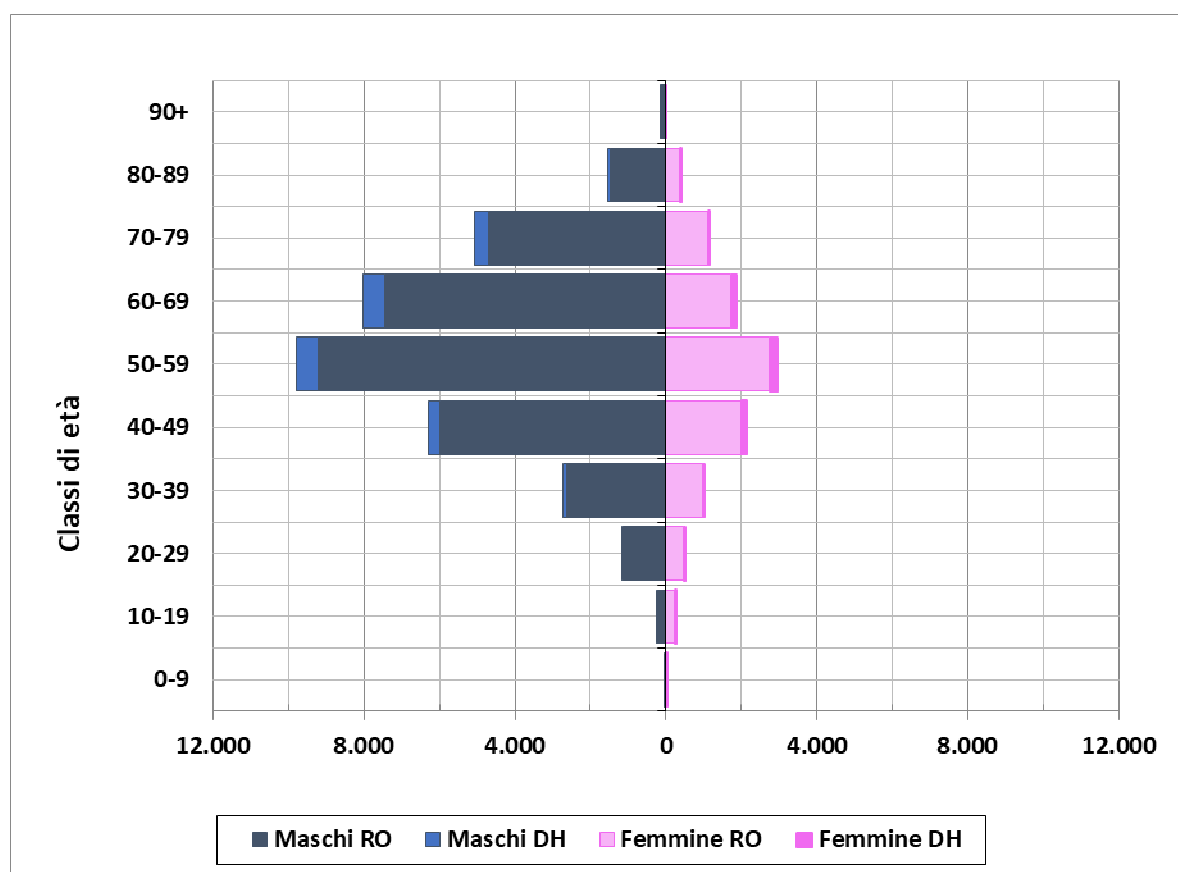
La rappresentazione grafica a forma di piramide [GRAF I.5], fornisce una visione immediata sulla prevalenza dei ricoveri dei maschi rispetto alle femmine per ciascuna classe di età considerata.

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

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

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

GRAF I.5 – Piramide per classi di età decennali e per genere delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2021



(*) 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)

TAB I.16 - Distribuzione delle dimissioni, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*), per regione, genere e fasce d'età - ANNO 2021

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	8	574	1.664	549	262	3.057	7	215	657	157	79	1.115
Valle d'Aosta	2	38	90	40	25	195	1	16	34	17	14	82
Lombardia	32	972	2.202	901	508	4.615	40	428	707	184	129	1.488
P.A. Bolzano	7	155	274	155	86	677	7	46	94	36	15	198
P.A. Trento	3	80	199	123	75	480	-	25	60	20	36	141
Veneto	8	613	1.632	839	508	3.600	12	293	552	194	124	1.175
Friuli V.G.	5	97	501	371	277	1.251	4	36	133	101	79	353
Liguria	5	233	684	243	153	1.318	3	120	261	79	28	491
Emilia Romagna	6	940	2.169	652	368	4.135	20	442	736	167	107	1.472
Toscana	10	378	982	334	193	1.897	12	181	347	97	59	696
Umbria	6	106	228	95	45	480	3	35	75	22	11	146
Marche	-	368	681	135	76	1.260	2	170	224	38	30	464
Lazio	10	555	1.614	528	230	2.937	16	171	434	74	56	751
Abruzzo	1	106	375	181	93	756	4	31	81	34	17	167
Molise	-	25	104	35	25	189	-	2	13	10	3	28
Campania	3	304	1.157	335	143	1.942	7	92	211	59	38	407
Puglia	11	264	946	278	122	1.621	10	79	178	41	36	344
Basilicata	-	42	188	58	30	318	-	7	39	15	3	64
Calabria	8	79	421	253	106	867	4	24	60	15	19	122
Sicilia	3	343	953	282	77	1.658	7	108	173	50	15	353
Sardegna	15	160	900	425	193	1.693	10	47	134	41	32	264
ITALIA	143	6.432	17.964	6.812	3.595	34.946	169	2.568	5.203	1.451	930	10.321

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

Il numero, in valore assoluto, più elevato di ricoveri, sono in Lombardia, Emilia Romagna e Veneto. Per entrambi i generi la classe di età 45-64 anni è quella in cui si rileva la percentuale più elevata di ricoveri: 51,4% per i maschi vs 50,4% per le femmine.

La distribuzione dei tassi di dimissione ospedaliera standardizzati per sesso ed età [**TAB I.17**], mostra una elevata variabilità tra regioni e per entrambi i sessi.

Dalla tabella si rilevano per entrambi i generi valori massimi della distribuzione in Valle d'Aosta (maschi 284,1 vs femmine 115,7) e Provincia Autonoma di Bolzano (249,8 vs 73,1). I valori inferiori della distribuzione si rilevano per i maschi in Sicilia (66,6) e Campania (65,7); per le femmine i valori minimi della distribuzione sono in Campania (13,4) e Calabria (11,8).

TAB I.17 - Tasso di ricovero (*) standardizzato per sesso ed età (x 100.000 residenti) – ANNO 2021

REGIONE	Maschi	Femmine
	Tasso STD x 100.000 ab.	Tasso STD x 100.000 ab.
Piemonte	131,0	46,5
Valle d'Aosta	284,1	115,7
Lombardia	85,9	28,5
P.A. Bolzano	249,8	73,1
P.A. Trento	161,8	48,0
Veneto	132,7	45,2
Friuli V.G.	169,8	48,6
Liguria	157,4	59,9
Emilia Romagna	175,1	62,5
Toscana	96,0	35,1
Umbria	105,2	31,6
Marche	164,6	60,8
Lazio	95,9	23,3
Abruzzo	103,6	23,2
Molise	109,2	16,9
Campania	65,7	13,4
Puglia	76,9	15,8
Basilicata	103,4	20,8
Calabria	83,3	11,8
Sicilia	66,6	13,8
Sardegna	175,7	29,4
ITALIA	108,9	32,2

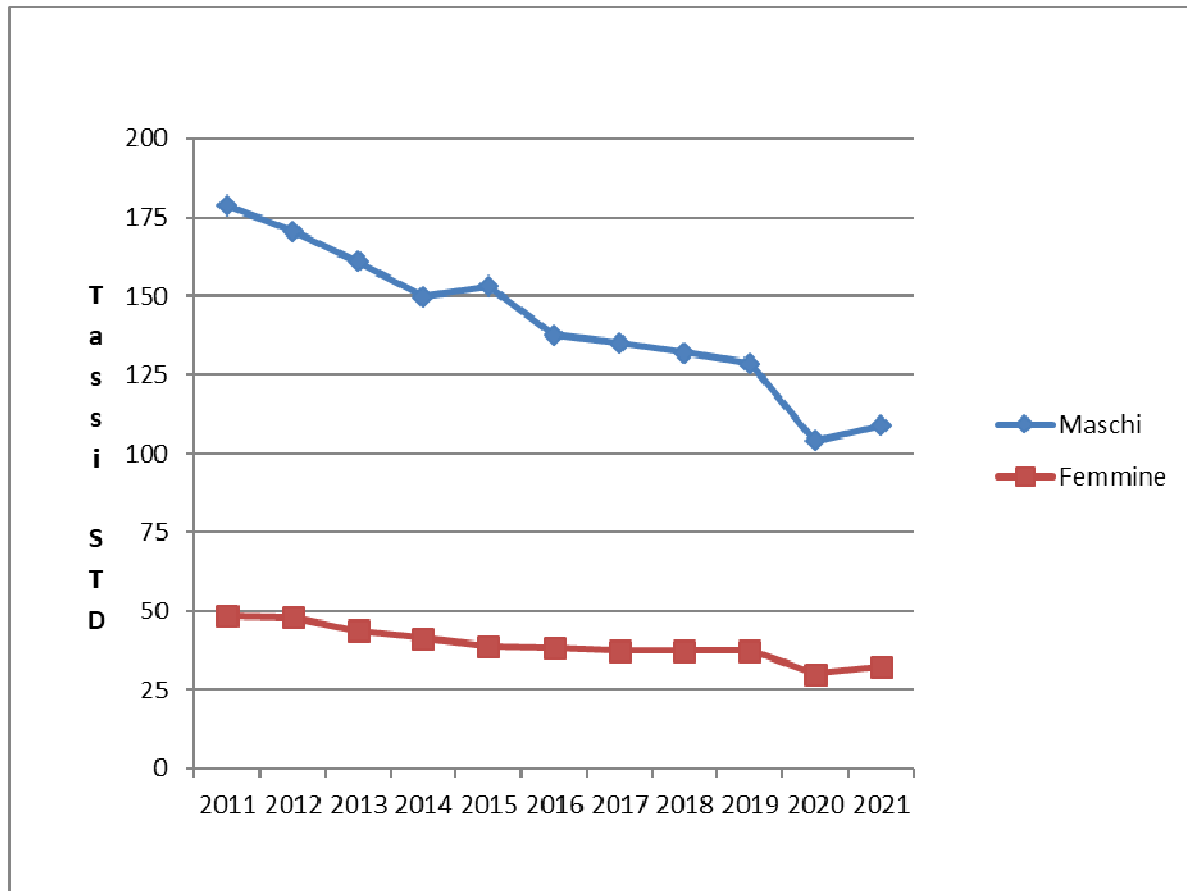
(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol. La standardizzazione è effettuata, per genere ed età, rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001.

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

Dal 2011 al 2021 si osserva una progressiva riduzione dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera per entrambi i sessi, seppure con differente intensità [**GRAF I.6**].

Nel 2020 a causa della pandemia da COVID-19, 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, si accentua nel 2020 con una contrazione dei ricoveri di circa il 20% rispetto all'anno precedente. Nel 2021 i ricoveri presentano un incremento del 4,2% rispetto all'anno precedente.

GRAF I.6 – Trend tassi standardizzati di dimissione (x100.000 residenti) con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNI 2011-2021



(*) 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)

I tassi di ricovero riflettono l'andamento decrescente dei ricoveri con diagnosi attribuibili all'alcol: per i maschi il tasso passa da 178,9 per 100.000 residenti nel 2011 a 104,1 nel 2020 e risale nel 2021 a 108,9; per le femmine i valori del tasso sono più contenuti, ma anche in questo caso si evidenzia una loro progressiva riduzione, passando da 48,6 nel 2011 a 30,2 nel 2020, per risalire nel 2021 a 32,2 per 100.000 ab.

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 2021, si rileva che il 92,9% delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol presenta un codice identificativo del paziente valido ai fini del tracciamento dei ricoveri ripetuti.

TAB I.18 - Distribuzione delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) e delle riammissioni non programmate entro 30 e 7 giorni dalla precedente dimissione - ANNO 2021

REGIONE	2021				
	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	3.918	320	8,2%	170	4,3%
Valle d'Aosta	236	25	10,6%	11	4,7%
Lombardia	5.831	359	6,2%	159	2,7%
P.A. Bolzano	841	50	5,9%	18	2,1%
P.A. Trento	598	43	7,2%	23	3,8%
Veneto	3.182	264	8,3%	118	3,7%
Friuli V.G.	1.347	106	7,9%	46	3,4%
Liguria	1.577	167	10,6%	73	4,6%
Emilia Romagna	4.789	363	7,6%	184	3,8%
Toscana	2.388	212	8,9%	100	4,2%
Umbria	527	82	15,6%	33	6,3%
Marche	1.612	69	4,3%	37	2,3%
Lazio	2.941	246	8,4%	125	4,3%
Abruzzo	851	69	8,1%	23	2,7%
Molise	216	31	14,4%	5	2,3%
Campania	1.962	123	6,3%	36	1,8%
Puglia	1.918	164	8,6%	65	3,4%
Basilicata	359	30	8,4%	13	3,6%
Calabria	829	60	7,2%	24	2,9%
Sicilia	1.870	145	7,8%	59	3,2%
Sardegna	1.818	249	13,7%	117	6,4%
ITALIA	39.610	3.177	8,0%	1.439	3,6%

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

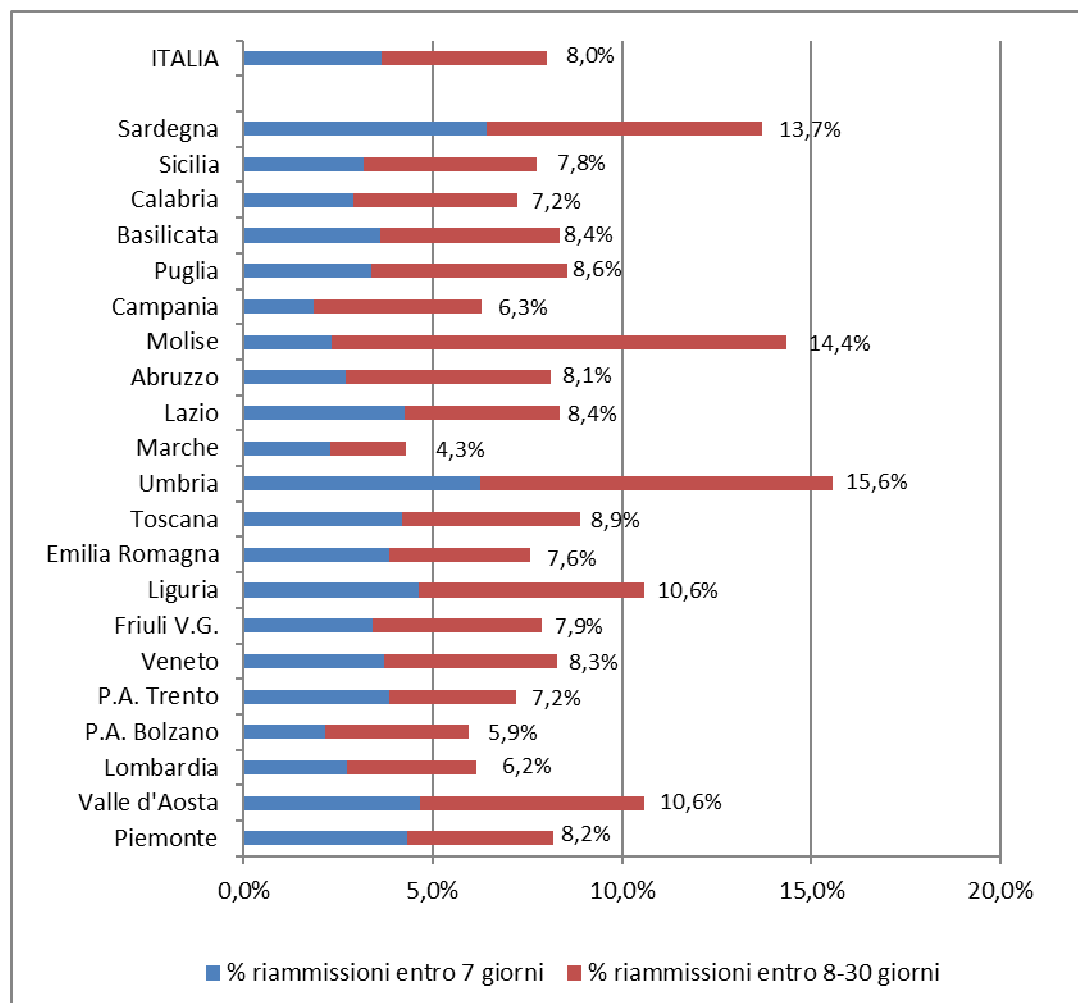
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

In particolare la **TAB I.18** presenta il numero delle riammissioni ospedaliere urgenti, ossia riammissioni a breve termine, non programmate, dei pazienti precedentemente dimessi, effettuate nel corso del 2021. Le riammissioni ospedaliere sono distinte tra quelle effettuate entro 30 giorni, da quelle effettuate entro 7 giorni dalla data di dimissione del precedente ricovero.

Relativamente alle riammissioni ospedaliere urgenti, non programmate, effettuate entro 30 giorni dal precedente ricovero, il valore nazionale è di 8,0% riammissioni, valore che non si discosta da quello osservato nel 2020. I valori regionali oscillano dal 4,3% delle Marche a 15,6% dell'Umbria.

Il **Graf I.7** rappresenta graficamente la distribuzione delle percentuali di riammissioni ospedaliere non programmate entro 30 giorni (lunghezza massima dell'istogramma, composto dal tratto blu e dal tratto rosso), evidenziando la percentuale di quelle effettuate entro 7 giorni (tratto blu dell'istogramma) e la percentuale di quelle effettuate tra l'ottavo ed il trentesimo giorno 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 2021



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

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

Le riammissioni urgenti, non programmate, entro 7 giorni presentano ovviamente percentuali più contenute, con un valore nazionale di 3,6% riammissioni, in lieve aumento rispetto al 2020 (3,4%). I valori più elevati della distribuzione sono in Sardegna (6,4%) ed Umbria (6,3%). Si evidenzia a tal riguardo il consistente incremento delle riammissioni ospedaliere a 30 e 7 giorni rilevato nella regione Umbria, rispetto ai valori osservati nel 2020 (rispettivamente 5,6% e 0,9%).

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.

Le finalità di tale rilevazione sono:

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

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

Vengono rilevate le seguenti informazioni:

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

Risultati della rilevazione statistica delle attività nel settore alcoldipendenza
ANNO 2021 (Le Tabelle, le Figure ed i Grafici sono riportati nella sezione Appendice)

Al 31.12.2021 sono stati rilevati 449 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza; l'82,9% sono di tipo territoriale (Tab.1).

IL PERSONALE DEI SERVIZI

In totale nel 2021 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 4.326 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 (27,9%), per i medici (22,2%) e per gli psicologi (16,7%); la percentuale degli infermieri aumenta se si considerano solo gli addetti esclusivi (33,0%) (graf. 2-3-4).

LE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELL'UTENZA

Nel 2021¹ sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 63.490 soggetti (tab.3). Il 24,0% 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, crescente nel tempo, negli anni più recenti si è tendenzialmente stabilizzata sia nei nuovi utenti che in quelli già in carico e rientrati (graf.5).

Il rapporto M/F è pari a 3,7 per il totale degli utenti. A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati).

L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 50-59 anni (29,9% dei soggetti) per l'utenza totale e per gli utenti già in carico (31,9% dei soggetti) e 40-49 anni (28,2% dei soggetti) per i nuovi utenti. Il 73,6% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,5% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 18,8% (tab.4).

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2021 si osserva che il 13,2% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i più vecchi questa percentuale è pari al 5,5%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 38,1% per i nuovi utenti e il 52,5% 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 24,0% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 20,4% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 47,7% nei maschi e al 52,0% nelle femmine.

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

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

I CONSUMI ALCOLICI DELL'UTENZA

Nel 2021 la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (45,4%), seguito dalla birra (30,1%), dai superalcolici (10,0%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,4%). La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: il vino è utilizzato in genere più frequentemente al nord mentre la birra e i superalcolici al sud (tab.5; graf.7).

I MODELLI DI TRATTAMENTO

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2021 il 31,4% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,0% al “*counseling*” rivolto all'utente o alla famiglia, il 3,2% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 15,9% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 3,2% degli alcolodipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 13,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 3,4% del totale degli utenti rilevati (2,1% 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).

2.4 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 **Corsi di sensibilizzazione sull'approccio ecologico sociale ai problemi alcol correlati (Metodo Hudolin).**
- **Corsi monotematici e seminari di approfondimento di tematiche specifiche.**
- **Aggiornamenti territoriali per i servitori insegnanti.**

- **Scuole alcoliche** di primo e secondo modulo rivolte alle famiglie e ai CAT.
- Numerose **Scuole alcoliche** di terzo modulo, eventi ed iniziative di informazione e sensibilizzazione della Comunità.
- **Interclub** provinciali e regionali rivolti alla Comunità.
- **Eventi di informazione e sensibilizzazione** realizzati in collaborazione con il mondo scolastico.
- **Banca Dati:** dal 2004 al 2016 l'AICAT ha sviluppato, in collaborazione con le ARCAT, una periodica rilevazione per fotografare le attività svolte nelle diverse regioni d'Italia da Club, servitori insegnanti, ACAT, ARCAT.
- **Il Numero Verde: 800 974 250**
- **Il Sito Web: www.aicat.net**

Collaborazioni

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

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 alcolologica 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.

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.

2.5 LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE

Introduzione

Il presente documento è stato redatto ai sensi della “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati” (Legge n. 125 del 30 marzo 2001, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 2001) e ha l’obiettivo di analizzare i dati di consumo e di spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per i farmaci impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica nell’ambito dell’assistenza convenzionata (farmaci erogati dalle farmacie territoriali) e non convenzionata (acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche) e acquisto privato da parte del cittadino. Il documento, aggiornato con i dati relativi all’anno 2021, fornisce una descrizione dell’andamento degli indicatori di spesa e consumo nel tempo (sia a livello nazionale che a livello regionale), fornendo dettagli sul tipo di farmaco, sul canale distributivo e sulle caratteristiche della coorte individuale.

Descrizione dei sistemi informativi e indicatori utilizzati

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

- **Assistenza farmaceutica convenzionata:** il flusso riguarda le prestazioni farmaceutiche erogate attraverso le farmacie pubbliche e private in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito ai sensi della L. 448/1998 e ss.mm.ii., di cui è stata data attuazione con il D.M. n. 245/2004. Tale flusso rileva le ricette raccolte da Federfarma (Federazione nazionale delle farmacie private convenzionate con il SSN) e da Assofarm (Associazione Farmacie Comunali), che ricevono i dati delle proprie sedi provinciali e che successivamente aggregano a livello regionale. Il flusso OsMed presenta un grado di completezza variabile per area geografica e per mese; il tasso di copertura a livello nazionale dei dati nel 2021 è stata pari al 96,3%. La quota di spesa e consumi mancanti è stata ottenuta attraverso una procedura di espansione, che utilizza come valore di riferimento della spesa farmaceutica il dato proveniente dalle Distinte Contabili Riepilogative (DCR), aggiornato periodicamente dall’AIFA. Al fine di garantire confronti omogenei tra le Regioni, la procedura di espansione riporta al 100% la spesa regionale, nell’ipotesi che la distribuzione dei dati mancanti non sia significativamente differente da quella dei dati osservati e sia garantita l’invarianza del prezzo al pubblico della singola confezione medicinale.
- **Acquisti diretti da parte delle strutture sanitarie pubbliche:** il flusso della “Tracciabilità del Farmaco” è stato istituito con il Decreto del Ministro della Salute del 15 luglio 2004 e s.m.i. nell’ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Tale flusso finalizzato a tracciare le movimentazioni di medicinali con autorizzazione all’immissione in commercio (AIC) sul territorio nazionale e/o verso l’estero è alimentato dalle aziende farmaceutiche e dalla distribuzione intermedia e rileva le confezioni movimentate lungo la filiera distributiva, fino ai punti di erogazione finale: farmacie, ospedali, ambulatori, esercizi commerciali, ecc. I dati analizzati nel presente documento si riferiscono all’acquisto di medicinali, sia in termini di quantità che di valore economico, da parte delle strutture sanitarie pubbliche (i.e. l’assistenza farmaceutica non convenzionata). Pertanto, essi sono relativi alla fornitura di medicinali da parte delle aziende farmaceutiche alle strutture sanitarie pubbliche (*sell-in*) che, successivamente, vengono utilizzati all’interno delle strutture stesse (i.e. *sell-out* dei consumi ospedalieri), o dispensati direttamente al paziente per una loro utilizzazione anche al di fuori delle strutture sanitarie (i.e. *sell-out* della distribuzione diretta e per conto).

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

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

Il consumo dei farmaci è espresso in dosi 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).

La terapia farmacologica della dipendenza alcolica

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

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

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

Tali molecole differiscono tra loro per il differente meccanismo d'azione, che si riflette poi sulle specifiche dell'indicazione terapeutica, dosaggio e durata della terapia, oltre alla diversa modalità di erogazione e rimborsabilità. Infatti, su un totale di 34 confezioni autorizzate in Italia 19 confezioni (54%) risultano in commercio nel 2021 e hanno contribuito alle analisi contenute nel presente documento. Di queste, 13 sono a totale carico del SSN: 2 confezioni a base di sodio oxibato classificate in fascia di rimborsabilità H e 11 confezioni (8 a base di naltrexone, 2 di acamprosato e 1 di disulfiram) classificate in fascia A; le restanti 6 confezioni risultano a totale a carico dei cittadini (fascia C): una a base di disulfiram e tutte quelle a base di metadoxina e nalmefene.

Secondo le linee guida internazionali relative al trattamento farmacologico dei pazienti affetti da dipendenza da alcol (*Fairbanks J, et al. Mayo Clin Proc. 2020; Reus VI, et al Am J Psychiatry.*

2018) la scelta del farmaco deve tenere in considerazione, oltre le caratteristiche farmacologiche, le indicazioni d'uso e le eventuali controindicazioni dei diversi farmaci, anche altri fattori fra cui le eventuali esperienze, credenze e aspettative del paziente sul farmaco, la motivazione del paziente nel raggiungimento dell'astinenza e la storia del paziente sull'aderenza ai trattamenti. In generale per i pazienti motivati ad assumere la terapia, la durata del programma del trattamento dovrebbe essere di almeno 6-12 mesi o quantomeno di una durata sufficiente a determinare un miglioramento significativo della qualità della vita del paziente.

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

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

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

Il **naltrexone** (*Antaxone*[®], *Nalorex*[®], *Narcoral*[®]), antagonista oppioide dei recettori μ e κ orale a lunga durata d'azione, inibisce gli effetti euforici e di gratificazione indotti dall'alcol. Il naltrexone è un farmaco che agisce sul forte desiderio di bere e come terapia aggiuntiva è più efficace nel ridurre la probabilità di ricadute piuttosto che nel rispettare l'astinenza dall'alcol o ridurre il consumo. Per la sua alta selettività recettoriale è autorizzato, oltre che per il trattamento della dipendenza alcolica, anche per il trattamento della dipendenza da oppiacei, che rappresenta la

principale motivazione di consumo di questo medicinale. Per tale ragione, le analisi indicate nel presente documento rappresentano una sovrastima dell'utilizzo nell'indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica, poiché non è possibile disporre dei dati di consumo in funzione di una specifica indicazione terapeutica.

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

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

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

Dati generali di consumo e spesa nel 2021

Nel 2021 il consumo complessivo a carico del SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica, dispensati sia dalle farmacie territoriali che acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, ammonta a circa **266,3 DDD per 1 milione di abitanti die**, in riduzione rispetto al 2020 (-14,2%), con una spesa pari a **9,6 euro per 100 abitanti** (per una **spesa totale di 5,67 milioni di euro**) in riduzione del 15,2% rispetto all'anno precedente (Tabella I.19).

L' 84,7% della spesa totale per la categoria dei farmaci per la dipendenza alcolica è a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la restante parte (15,3%) è acquistata privatamente.

Il 49,6% delle dosi è erogato da parte delle Strutture Sanitarie Pubbliche mentre il 24% è erogato dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito dell'assistenza convenzionata; il restante 26,4% delle dosi è acquistato privatamente dal cittadino, con una spesa pari al 15,3% della spesa totale per la categoria. Solo una quota residuale (3%) degli acquisti diretti viene erogato attraverso il canale della DPC, a cui corrisponde un consumo di 7,9 DDD per 1 milione ab die e una spesa di 0,4 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.19 Composizione dei consumi e della spesa dei medicinali con principale indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica nel 2021

	Consumi			Spesa		
	(DDD per 1 milione ab die)			(€ per 100 ab)		
	N.	%	Δ% 21-20	€	%	Δ% 21-20
Convenzionata	63,9	24,0	-3,7	1,4	15,1	2,9
Strutture Sanitarie Pubbliche	132,1	49,6	-23,0	6,7	69,6	-20,7
<i>di cui DPC</i>	7,9	3,0	1,0	0,4	4,3	0,7
SSN	196,0	73,6	-17,7	8,1	84,7	-17,4
Acquisto privato	70,3	26,4	-2,6	1,5	15,3	-1,2
TOTALE	266,3	100,0	-14,2	9,6	100,0	-15,2

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 2021 (**Tabella I.20**), la Valle d'Aosta è la regione che registra i consumi più elevati (512,5 DDD), seguita dall'Emilia Romagna (380,1 DDD) e dalla PA di Trento (358,9 DDD). In generale le regioni del Nord (315,8 DDD) consumano più dosi di farmaco rispetto alle regioni del Centro (237,6) e del Sud (212,9 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 (56,3%).

La maggior parte delle regioni eroga i farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica prevalentemente attraverso le Strutture Sanitarie Pubbliche, raggiungendo la quota di quasi il 74,2% in Emilia Romagna; fanno eccezione la PA di Trento e il Lazio, che erogano rispettivamente l'82,5% e il 56,3% delle dosi in regime di assistenza convenzionata. Abruzzo e Molise sono le regioni che dispensano più della metà delle dosi acquistate dalle strutture sanitarie pubbliche attraverso la distribuzione per conto (rispettivamente 38,7 e 52,7 DDD per 1 milione abitanti die), mentre la Sardegna un terzo (58,6 DDD per 1 milione abitanti die). Le PA di Trento e di Bolzano e le regioni Campania, Emilia Romagna, Lombardia, Lazio e Marche non utilizzano il canale distributivo della DPC per questo tipo di farmaci.

Se si considera la spesa regionale espressa per 100 abitanti nel corso nell'anno 2021 (**Tabella I.21**), è possibile osservare un'ampia variabilità regionale, concentrata soprattutto nell'assistenza convenzionata, dove le regioni del Centro (3,9 euro per 100 abitanti die) registrano una spesa quasi 4 volte maggiore rispetto alle regioni del Nord (1,1 euro) e 8 volte maggiore rispetto a quelle del Sud (0,5 euro). La Valle d'Aosta è la regione che registra la spesa pro capite per 100 abitanti più elevata (17,5 euro), quasi il doppio della spesa media nazionale (9,6 euro). La quota di acquisto privato è più elevata in Friuli Venezia Giulia (quasi il 35% della spesa totale regionale), mentre nelle Marche si osserva la quota percentuale più bassa per questo canale (8,5%).

Tabella I.20 Composizione dei consumi (N. DDD per 1 milione abitanti die) dei medicinali con principale indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica nel 2021 per Regione

Regione	Convenzionata		Strutture Sanitarie Pubbliche				Acquisto privato		Totale N.
			totale		quota DPC				
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
Valle d'Aosta	48,5	9,5	330,3	64,5	7,5	1,5	133,6	26,1	512,5
Emilia-Romagna	40,4	10,6	282,1	74,2	-	-	57,6	15,2	380,1
PA Trento	296,1	82,5	3,0	0,8	-	-	59,9	16,7	358,9
Veneto	53,9	15,5	210,0	60,2	2,9	0,8	84,9	24,4	348,8
Umbria	98,3	29,0	159,3	47,0	21,5	6,3	81,3	24,0	338,9
Sardegna	126,5	37,7	153,3	45,6	58,6	17,4	56,1	16,7	335,9
Piemonte	41,7	12,4	205,2	61,1	28,5	8,5	88,6	26,4	335,5
Liguria	44,5	14,1	167,5	52,9	15,5	4,9	104,4	33,0	316,4
Friuli-VG	68,5	22,4	154,9	50,6	7,1	2,3	83,0	27,1	306,3
Toscana	71,2	26,5	134,7	50,2	13,8	5,1	62,7	23,3	268,6
Calabria	71,8	27,1	99,6	37,5	1,4	0,5	94,0	35,4	265,4
Lombardia	86,9	33,1	94,3	35,9	-	-	81,6	31,1	262,8
Molise	100,8	40,1	93,3	37,1	52,7	20,9	57,4	22,8	251,5
Campania	21,0	9,5	127,2	57,6	-	-	72,8	32,9	221,0
PA Bolzano	41,8	19,7	100,7	47,6	-	-	69,2	32,7	211,7
Lazio	118,0	56,3	32,5	15,5	-	-	59,1	28,2	209,6
Sicilia	35,8	17,2	114,2	54,8	5,0	2,4	58,4	28,0	208,3
Marche	53,4	26,2	111,1	54,6	-	-	39,0	19,2	203,6
Basilicata	43,5	24,0	60,8	33,4	13,3	7,3	77,4	42,6	181,8
Abruzzo	37,4	23,1	60,0	37,1	38,7	24,0	64,4	39,8	161,8
Puglia	28,4	19,0	82,0	55,0	5,3	3,5	38,8	26,0	149,2
ITALIA	63,9	24,0	132,1	49,6	7,9	3,0	70,3	26,4	266,3
NORD	66,0	20,9	169,4	53,6	6,4	2,0	80,5	25,5	315,8
CENTRO	93,1	39,2	85,2	35,8	6,1	2,6	59,4	25,0	237,6
SUD E ISOLE	42,8	20,1	107,7	50,6	11,2	5,3	62,4	29,3	212,9

Nota: % calcolate sul totale di riga

Tabella I.21 Composizione della spesa (€ per 100 abitanti) dei medicinali con principale indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica nel 2021 per Regione

Regione	Convenzionata		Strutture Sanitarie Pubbliche				Acquisto privato		Totale
	(€ per 100 ab)	%	totale		quota DPC		(€ per 100 ab)	%	(€ per 100 ab)
			(€ per 100 ab)	%	(€ per 100 ab)	%			
Valle d'Aosta	0,3	1,6	15,3	87,2	0,4	2,5	2,0	11,1	17,5
Campania	0,2	1,6	12,9	87,5	-	-	1,6	10,9	14,7
Piemonte	0,3	1,9	11,9	87,3	1,5	10,9	1,5	10,8	13,6
Emilia-Romagna	0,2	1,8	11,9	88,1	-	-	1,4	10,1	13,5
Lazio	7,1	60,3	3,0	25,3	-	-	1,7	14,4	11,8
Marche	2,8	23,8	8,0	67,7	-	-	1,0	8,5	11,8
Sardegna	0,8	7,3	9,5	82,6	3,4	30,0	1,2	10,1	11,5
Molise	3,3	30,5	6,4	57,9	3,1	28,2	1,3	11,6	11,0
Calabria	1,3	13,6	5,9	64,4	0,1	0,9	2,0	22,0	9,2
Liguria	0,6	6,8	5,9	66,5	0,9	10,3	2,4	26,7	8,9
Sicilia	0,3	3,7	6,8	81,7	0,1	0,7	1,2	14,6	8,3
Puglia	0,3	3,3	6,6	84,0	0,3	3,9	1,0	12,8	7,9
Lombardia	2,1	28,5	3,8	50,1	-	-	1,6	21,4	7,5
Veneto	0,3	5,0	5,1	73,3	0,1	1,0	1,5	21,7	6,9
Basilicata	0,7	10,4	4,4	64,5	0,8	11,5	1,7	25,1	6,8
Umbria	0,6	9,9	4,5	68,9	1,1	17,2	1,4	21,2	6,5
Toscana	0,4	7,1	4,5	72,7	0,7	11,9	1,2	20,2	6,2
Abruzzo	0,3	5,1	4,0	68,1	2,1	34,9	1,6	26,8	5,9
PA Trento	3,9	72,8	0,5	8,6	-	-	1,0	18,6	5,4
PA Bolzano	1,3	28,6	2,3	51,8	-	-	0,9	19,6	4,4
Friuli-VG	0,5	13,2	2,1	52,1	0,4	10,3	1,4	34,6	4,0
ITALIA	1,4	15,1	6,7	69,6	0,4	4,3	1,5	15,3	9,6
NORD	1,1	11,5	6,6	71,8	0,3	3,5	1,5	16,7	9,2
CENTRO	3,9	40,9	4,2	44,1	0,3	3,3	1,4	15,0	9,6
SUD E ISOLE	0,5	4,7	8,3	81,7	0,6	5,8	1,4	13,7	10,1

Nota: % calcolate sul totale di riga

Consumi e spesa a carico del SSN

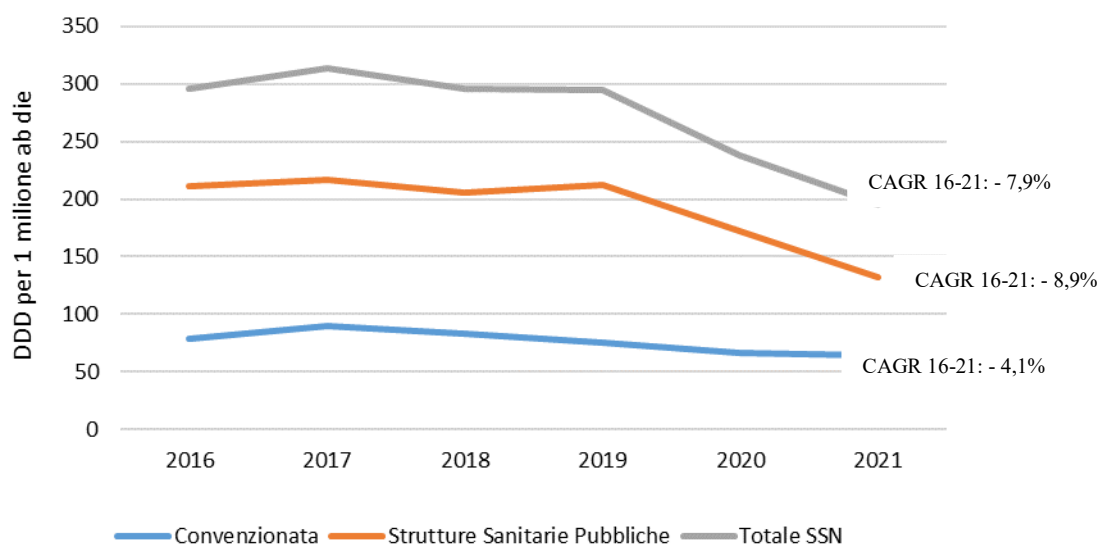
Nel 2021 i consumi a carico dell'SSN (convenzionata e strutture sanitarie pubbliche) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica ammontano a circa **196 DDD per 1 milione di abitanti die**, in riduzione del 17,7% rispetto al 2020 (**Tabella I.22, Figura I.17**). La riduzione dei consumi è attribuibile al decremento rispetto all'anno precedente delle dosi di farmaco erogate da parte delle strutture sanitarie pubbliche per il 23% e di quelle erogate in regime di assistenza convenzionata per il 3,7%. Il 67,4% del consumo a carico del SSN viene erogato dalle strutture sanitarie pubbliche, il 4% attraverso la distribuzione per conto; il restante 32,6% è dispensato dalle farmacie pubbliche e private. Considerando il periodo 2016-2021, solo nel canale della DPC si osserva un CAGR positivo (+5%).

Tabella I.22 Consumo (DDD per 1 milione abitanti die) a carico del SSN nel periodo 2016-2021

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	-	295,91	-
2017	90,06	29,39	14,7	216,39	70,61	2,5	7,12	3,29	15,0	313,57	6,0
2018	83,48	28,82	-7,3	206,14	71,18	-4,7	6,62	3,21	-7,0	296,24	-5,5
2019	75,81	26,27	-9,2	212,79	73,73	3,2	5,96	2,83	-9,9	294,56	-0,6
2020	66,32	25,32	-12,5	171,72	65,50	-19,3	7,83	3,29	31,2	238,04	-19,2
2021	63,85	32,58	-3,7	132,15	67,42	-23,0	7,90	4,03	1,0	196,00	-17,7
CAGR 16-21	-4,1%			-8,9%;			+5,0%;			-7,9%	

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.17 Trend dei consumi (DDD per 1 milione abitanti die) su base annuale a carico del SSN nel periodo 2016-2021



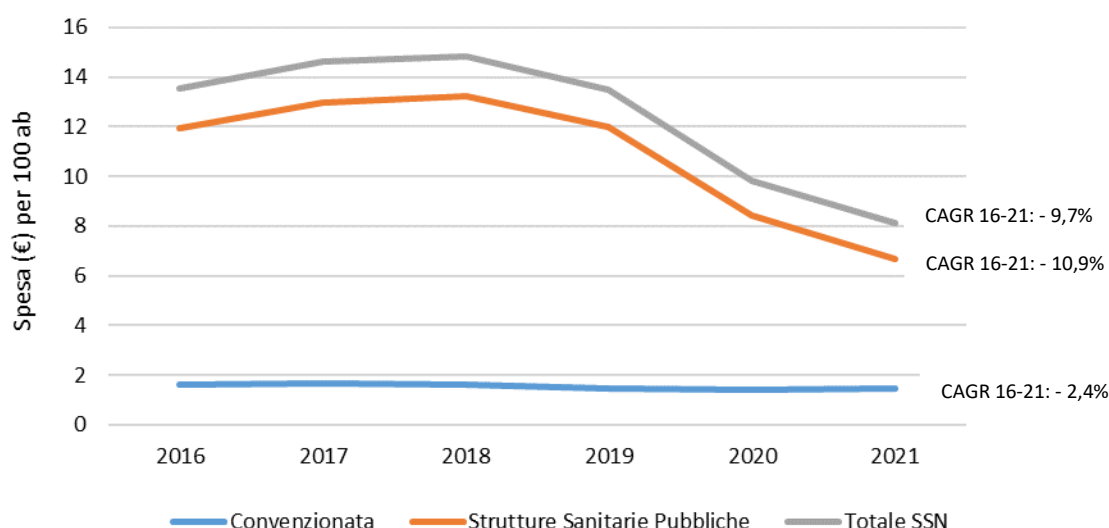
Nel 2021 la spesa farmaceutica complessiva SSN (convenzionata e strutture sanitarie pubbliche) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica ammonta a circa 4,78 milioni di euro (8,1 euro per 100 abitanti), che incide sulla spesa pubblica totale italiana (comprensiva di ossigeno, vaccini e DPC) per lo 0,02% (Tabella I.23, Figura I.18). Circa l'82% di tale valore è attribuibile agli acquisti effettuati dalle strutture sanitarie pubbliche, il 5% alla distribuzione per conto, e il restante 17,8% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico. Nel 2021 la spesa SSN per questa categoria di farmaci si è ridotta rispetto all'anno precedente (-17,4%), riduzione attribuibile esclusivamente alla riduzione della spesa da parte delle strutture sanitarie pubbliche (-20,7%) che compensa la lieve crescita della spesa convenzionata e del canale DPC (rispettivamente +2,9% e +0,7%). Nel periodo 2016-2021, si osserva un CAGR positivo (+3,9%) della spesa solo nel canale della DPC.

Tabella I.23 Spesa (€ per 100 abitanti) a carico del SSN nel periodo 2016-2021

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	2,66	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	13,70	-5,6	8,44	82,10	-30,4	0,35	3,55	10,0	9,85	-27,7
2021	1,45	17,81	2,9	6,69	82,19	-20,7	0,41	5,05	0,7	8,14	-17,4
CAGR 16-21	-2,4%			-10,9%			+3,9%			-9,7%	

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.18 Andamento della spesa a carico del SSN nel periodo 2016-2021



Consumi e spesa a carico del SSN per principio attivo

Il disulfiram è il principio attivo più prescritto e da solo assorbe circa il 55% dei consumi totali dei farmaci per la terapia della dipendenza alcolica a carico del SSN, con un totale di circa 108,1 DDD per 1 milione abitanti die (-14,4% rispetto al 2020), seguito con il 21,1% dei consumi dal sodio oxibato, farmaco classificato in fascia H, utilizzato esclusivamente nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, con un consumo di 41,3 DDD (-37% rispetto al 2020) e dall'acamprosato per il 14,8% con un consumo di 28,9 DDD, che si riduce di poco (-0,5%) rispetto all'anno precedente (**Tabella I.24 e I.26; Figura I.19**). Il sodio oxibato è il principio attivo con la spesa SSN complessiva più alta (57,3% della spesa nazionale per questa categoria di farmaci), in riduzione rispetto all'anno precedente (-25,7%), seguito dall'acamprosato (23,7% della spesa nazionale), sebbene con una spesa complessiva nettamente inferiore, pari a 1,9 euro per 100 abitanti (**Tabella I.25 e I.27; Figura I.20**). Il CAGR complessivo computato sui consumi totali è negativo (-6,3%), solo per il naltrexone e metadoxina si osservano CAGR positivi, rispettivamente 6,7% e 11,5%. Stessi trend si osservano nei CAGR calcolati sulla spesa.

Tabella I.24 Consumo (DDD per 1 milione abitanti die) a carico del SSN per l'anno 2021

Principio attivo	Convenzionata			Strutture Sanitarie Pubbliche						Totale SSN		
				totale			quota DPC					
	N.	%	Δ% 21-20	N.	%	Δ% 21-20	N.	%	Δ% 21-20	N.	%	Δ% 21-20
Disulfiram	49,2	77,0	-6,1	58,9	44,6	-20,3	-	-	-	108,1	55,2	-14,4
Sodio Oxibato	-	-	-	41,3	31,2	-37,0	-	-	-	41,3	21,1	-37,0
Acamprosato	7,2	11,3	8,4	21,7	16,4	-3,1	6,4	81,2	1,0	28,9	14,8	-0,5
Naltrexone	7,5	11,7	2,7	7,8	5,9	9,3	1,5	18,8	1,0	15,3	7,8	6,0
Metadoxina	0,0	0,0	-37,6	2,2	1,7	-8,9	-	-	-	2,3	1,1	-9,1
Nalmefene	0,0	0,0	-21,5	0,2	0,1	-21,9	-	-	-	0,2	0,1	-21,9
TOTALE	63,9	100,0	-3,7	132,1	100,0	-23,0	7,9	100,0	1,0	196,0	100,0	-17,7

Nota: % calcolate sul totale di colonna

Tabella I.25 Spesa (€ per 100 abitanti) a carico del SSN per l'anno 2021

Principio attivo	Convenzionata			Strutture Sanitarie Pubbliche						Totale SSN		
				totale			quota DPC					
	€	%	Δ% 21-20	€	%	Δ% 21-20	€	%	Δ% 21-20	€	%	Δ% 21-20
Sodio Oxibato	-	-	-	4,7	69,7	-25,7	-	-	-	4,7	57,3	-25,7
Acamprosato	0,6	43,9	8,1	1,3	19,4	-3,1	0,4	91,7	0,7	1,9	23,7	0,3
Naltrexone	0,5	35,9	2,8	0,2	3,2	10,2	0,0	8,3	0,7	0,7	9,0	4,8
Disulfiram	0,3	20,1	-6,4	0,4	6,2	-20,5	-	-	-	0,7	8,6	-15,2
Metadoxina	0,0	0,0	-34,3	0,1	1,2	-3,8	-	-	-	0,1	1,9	-4,1
Nalmefene	0,0	0,1	-21,7	0,0	0,3	-20,7	-	-	-	0,0	0,3	-20,7
TOTALE	1,4	100,0	2,9	6,7	100,0	-20,7	0,4	100,0	0,7	8,1	100,0	-1,4

Nota: % calcolate sul totale di colonna

Tabella I.26 Consumo (DDD per 1 milione abitanti die) a carico del SSN nel periodo 2016-2021

Principio attivo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ% 21-20	CAGR 2016-2021
Disulfiram	140,94	144,26	126,42	138,15	126,33	108,10	-14,43	-4,33
Sodio oxibato	104,79	113,16	115,25	103,31	65,55	41,29	-37,01	-14,38
Acamprosato	35,22	33,64	31,73	29,81	29,06	28,91	-0,51	-3,24
Naltrexone	10,35	10,63	11,76	13,57	14,43	15,30	6,10	6,73
Metadoxina	1,17	2,74	3,27	2,76	2,48	2,25	-9,17	11,54
Nalmefene	0,80	0,96	0,73	1,00	0,20	0,16	-22,46	-23,92
TOTALE	289,72	306,45	289,62	288,60	238,04	196,00	-17,66	-6,31

Figura I.18. Consumo (DDD per 1 milione abitanti die) a carico del SSN: trend temporale nel periodo 2016-2021

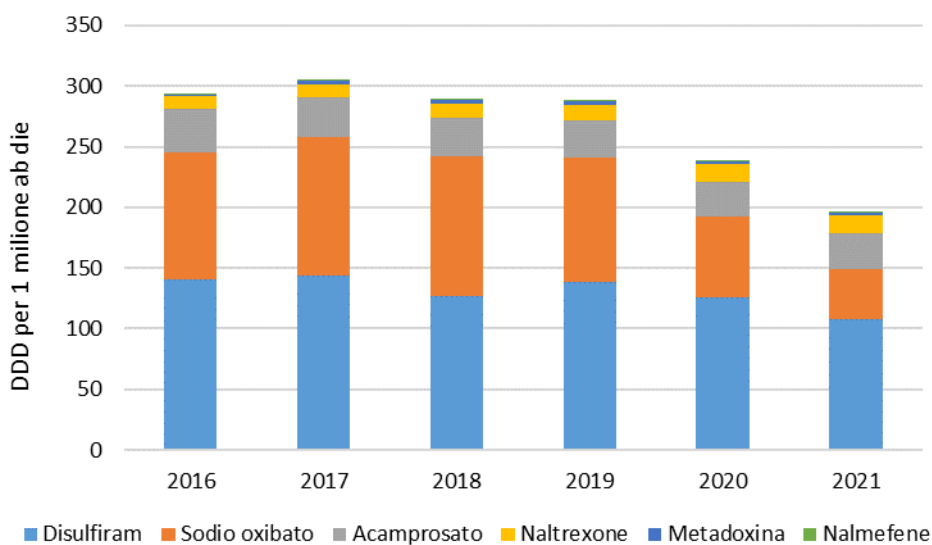
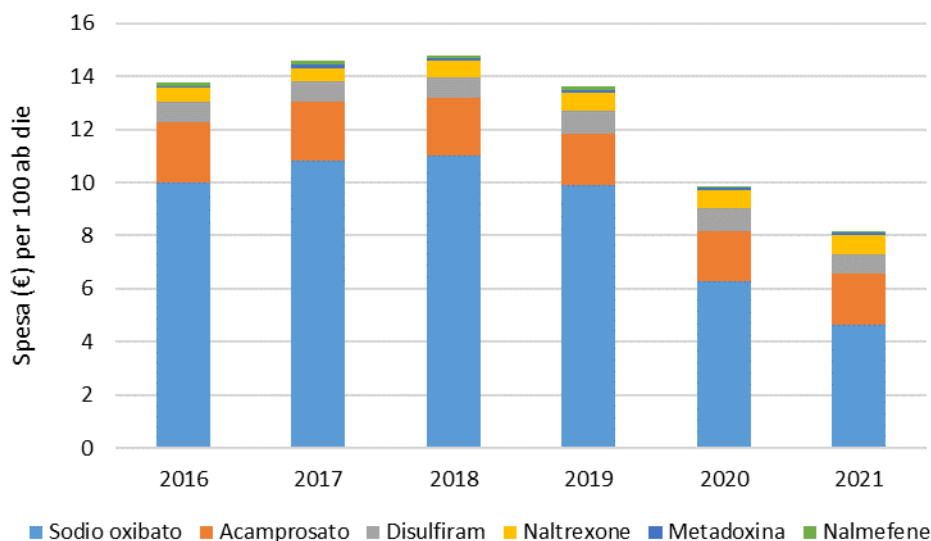


Tabella I.27 Spesa (€ per 100 abitanti die) a carico del SSN nel periodo 2016-2021

Principio attivo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ% 21-20	CAGR 2016-2020
Sodio oxibato	10,01	10,81	11,03	9,89	6,27	4,66	-25,63	-11,95
Acamprosato	2,25	2,25	2,14	1,97	1,92	1,93	0,50	-2,53
Disulfiram	0,81	0,74	0,82	0,86	0,83	0,70	-15,22	-2,32
Naltrexone	0,5	0,51	0,59	0,66	0,70	0,74	5,16	6,66
Metadoxina	0,06	0,15	0,13	0,1	0,08	0,08	-0,84	4,76
Nalmefene	0,12	0,13	0,1	0,14	0,03	0,02	-21,60	-23,78
TOTALE	13,74	14,59	14,81	13,62	9,85	8,14	-17,41	-8,36

Figura I.19 Spesa a carico del SSN: trend temporale nel periodo 2016-2021



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 235,3 DDD per 1 milione di abitanti die vs 178,3 DDD e 150,6 DDD, nonostante una riduzione dei consumi in tutte le aree geografiche (**Tabella I.28 e I.29**). La Valle d'Aosta è la regione che registra il consumo più alto con 378,9 dosi per 1 milione di abitanti die, rappresentate per oltre il 75% dal disulfiram, seguita dall'Emilia Romagna con 322,5 dosi, rappresentate per oltre la metà dal disulfiram (60,7%) e dalla PA di Trento con 299,1 dosi, rappresentate quasi esclusivamente dal disulfiram (90,3%).

Tutte le regioni registrano una riduzione dei consumi, con picchi negativi in alcune regioni del Nord quali Valle d'Aosta (-51,4%) e Piemonte (-30,7%) e del Sud, come Basilicata (-44,9%); fa eccezione la Calabria, l'unica regione che registra un aumento del 15% dei consumi nel 2021.

A livello nazionale il 55,2% delle dosi consumate sono rappresentate dal disulfiram, mentre 21,1% dal sodio oxibato; per questi principi attivi si osserva una forte variabilità regionale delle dosi erogate: ad esempio, quasi il 70% dei consumi della Campania è rappresentato dal sodio oxibato, dispensato dalle strutture sanitarie pubbliche (es. SERT), mentre circa il 90% delle dosi della PA di Trento e 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.28 Andamento regionale del consumo (DDD per 1 milione di abitanti die) a carico del SSN nel periodo 2016-2021

Regione	N. DDD per 1 milione di abitanti die						
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ% 21-20
Valle d'Aosta	707,85	797,77	722,46	852,24	779,73	378,88	-51,41
Emilia-Romagna	484,76	527,43	505,15	475,28	417,68	322,48	-22,79
PA Trento	341,15	408,78	374,46	373,13	316,60	299,09	-5,53
Sardegna	437,01	431,77	423,18	379,98	350,58	279,82	-20,18
Veneto	321,14	290,80	306,50	335,31	331,10	263,89	-20,30
Umbria	320,24	335,40	297,46	315,03	272,27	257,53	-5,41
Piemonte	497,25	509,51	440,01	492,63	356,22	246,88	-30,69
Friuli-VG	235,87	356,47	285,50	304,63	227,96	223,34	-2,03
Liguria	289,77	244,03	282,50	240,63	228,44	212,01	-7,19
Toscana	272,63	317,88	272,39	274,42	244,45	205,91	-15,77
Molise	376,93	375,78	417,20	358,85	245,01	194,11	-20,78
Lombardia	242,33	263,35	235,22	239,63	203,44	181,15	-10,95
Calabria	214,67	233,69	302,88	239,70	149,13	171,43	14,96
Marche	256,14	252,30	233,73	233,92	175,20	164,56	-6,07
Lazio	173,99	198,48	207,97	198,15	166,86	150,51	-9,80
Sicilia	189,18	191,40	177,09	193,00	158,09	149,97	-5,14
Campania	273,75	316,20	301,95	276,38	207,12	148,22	-28,44
PA Bolzano	218,65	240,98	147,84	185,30	188,27	142,48	-24,32
Puglia	205,94	202,91	190,93	192,59	132,40	110,43	-16,60
Basilicata	356,58	340,88	380,69	362,20	189,46	104,33	-44,93
Abruzzo	214,05	227,80	208,85	189,88	142,71	97,39	-31,76
ITALIA	288,33	305,39	289,17	288,60	238,04	196,00	-17,66
NORD	343,14	358,79	333,00	342,82	292,22	235,33	-19,47
CENTRO	227,56	254,24	238,76	236,23	200,88	178,25	-11,27
SUD E ISOLE	247,86	261,02	257,83	242,93	182,98	150,56	-17,72

Tabella I.29 Consumo (DDD per 1 milione di abitanti die) a carico del SSN per regione nell'anno 2021

Regione	N. DDD per 1 milione di abitanti die														Totale	Δ% 21-20
	Disulfiram	%	Sodio Oxibato	%	Acamprosato	%	Naltrexone	%	Metadoxina	%	Nalmefene	%		%		
Valle d'Aosta	291,94	77,05	67,32	17,77	19,62	5,18	-	-	-	-	-	-	-	-	378,88	-51,41
Emilia-Romagna	195,87	60,74	52,03	16,13	46,58	14,44	25,00	7,75	3,00	0,93	-	-	-	-	322,48	-22,79
PA Trento	270,09	90,30	1,12	0,37	22,68	7,58	5,17	1,73	0,03	0,01	-	-	-	-	299,09	-5,53
Sardegna	140,61	50,25	59,55	21,28	57,13	20,42	19,93	7,12	2,61	0,93	-	-	-	-	279,82	-20,18
Veneto	208,49	79,01	30,39	11,51	14,81	5,61	9,18	3,48	1,03	0,39	-	-	-	-	263,89	-20,30
Umbria	209,56	81,37	21,82	8,47	16,63	6,46	9,13	3,54	0,40	0,15	-	-	-	-	257,53	-5,41
Piemonte	125,46	50,82	63,10	25,56	41,29	16,72	16,19	6,56	0,83	0,34	0,01	0,01	-	-	246,88	-30,69
Friuli-VG	199,39	89,28	1,83	0,82	13,30	5,96	8,45	3,78	0,37	0,16	-	-	-	-	223,34	-2,03
Liguria	120,87	57,01	20,93	9,87	36,26	17,10	14,30	6,74	19,65	9,27	-	-	-	-	212,01	-7,19
Toscana	148,43	72,08	24,32	11,81	27,86	13,53	5,29	2,57	0,00	0,00	-	-	-	-	205,91	-15,77
Molise	57,98	29,87	34,45	17,75	53,31	27,46	41,80	21,54	6,56	3,38	-	-	-	-	194,11	-20,78
Lombardia	132,65	73,22	18,21	10,05	18,92	10,44	10,81	5,97	0,34	0,19	0,22	0,12	-	-	181,15	-10,95
Calabria	89,20	52,04	39,24	22,89	30,87	18,01	2,59	1,51	6,42	3,74	3,10	1,81	-	-	171,43	14,96
Marche	42,33	25,72	81,53	49,54	27,53	16,73	9,74	5,92	3,41	2,07	0,02	0,02	-	-	164,56	-6,07
Lazio	28,03	18,62	30,86	20,50	38,56	25,62	52,82	35,09	0,25	0,17	-	-	-	-	150,51	-9,80
Sicilia	52,63	35,09	31,37	20,92	47,36	31,58	17,98	11,99	0,58	0,39	0,06	0,04	-	-	149,97	-5,14
Campania	19,21	12,96	103,66	69,94	16,44	11,09	5,25	3,54	3,48	2,35	0,18	0,12	-	-	148,22	-28,44
PA Bolzano	109,11	76,58	17,93	12,58	6,72	4,71	8,73	6,13	-	-	-	-	-	-	142,48	-24,32
Puglia	31,46	28,49	57,19	51,79	13,50	12,23	2,22	2,01	6,05	5,48	-	-	-	-	110,43	-16,60
Basilicata	42,73	40,96	28,69	27,50	22,64	21,70	6,78	6,50	3,49	3,35	-	-	-	-	104,33	-44,93
Abruzzo	36,64	37,62	19,47	19,99	30,88	31,71	7,95	8,16	2,45	2,51	-	-	-	-	97,39	-31,76
ITALIA	108,10	55,15	41,29	21,07	28,91	14,75	15,30	7,80	2,25	1,1	0,16	0,1	-	-	196,00	-17,66
NORD	160,31	68,12	32,34	13,74	26,90	11,43	13,59	5,77	2,12	0,9	0,08	0,0	-	-	235,33	-19,47
CENTRO	82,35	46,20	34,63	19,43	32,03	17,97	28,65	16,07	0,59	0,3	-	-	-	-	178,25	-11,27
SUD E ISOLE	49,10	32,61	58,24	38,68	29,87	19,84	9,52	6,32	3,47	2,3	0,35	0,2	-	-	150,56	-17,72

Nota: % calcolate sul totale di riga

Considerando la corrispondente spesa regionale per 100 abitanti, le regioni del Sud registrano valori di spesa più elevati (8,76 euro) rispetto alle regioni del Nord (7,69 euro) e del Centro (circa 8,17 euro) (**Tabella I.30 e I.31**). Tutte le regioni registrano una riduzione della spesa nel 2021, tranne in Lombardia (+10,4%), PA di Trento (+57,4%), Liguria (+6,7%) e Calabria (+45,7%). Al Sud si osserva una riduzione maggiore (-20,4%) rispetto al Nord (-14,8%) e al Centro (-17,4%).

La Valle d'Aosta è la regione con la spesa più elevata (15,57 euro per 100 abitanti), in riduzione dell'67,8% rispetto all'anno precedente, seguita dalla Campania, con una spesa di 13,14 euro (-23,1% rispetto al 2020) e dall'Emilia Romagna, con una spesa di 12,12 euro per 100 abitanti (-13,5% rispetto al 2020). La contrazione maggiore della spesa si verifica in Valle d'Aosta (-67,8%) e Basilicata (-63,8%), mentre la PA di Trento e la Calabria, al contrario di tutte le altre regioni italiane, registrano gli aumenti più consistenti, rispettivamente del 57,4% e 45,7% della spesa rispetto all'anno precedente.

Il sodio oxibato è il farmaco che registra la spesa maggiore in quasi tutte le regioni, ad eccezione del Lazio dove si osserva una spesa maggiore per il naltrexone (3,6 vs 2,95 euro per 100 abitanti), del Friuli Venezia Giulia, che registra una spesa maggiore per il disulfiram (1,25 vs 0,27 euro), e della PA di Trento, in cui si spende di più per l'acamprosato (1,59 vs 0,44 euro).

Tabella I.30 Andamento regionale della spesa per 100 abitanti a carico del SSN nel periodo 2016-2021

Regione	Spesa per 100 abitanti SSN (€)						Δ% 21-20
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Valle d'Aosta	44,66	48,25	52,17	58,40	48,38	15,57	-67,82
Campania	23,01	27,60	26,11	23,90	17,09	13,14	-23,10
Emilia-Romagna	18,99	20,97	22,29	18,36	14,01	12,12	-13,48
Piemonte	25,82	26,52	27,28	26,62	16,47	12,11	-26,43
Marche	16,61	17,17	16,91	15,01	11,98	10,82	-9,72
Sardegna	19,54	17,48	17,00	16,71	15,40	10,32	-32,99
Lazio	11,93	14,01	15,04	14,37	11,81	10,14	-14,11
Molise	23,16	23,45	25,79	21,24	12,10	9,69	-19,90
Calabria	11,35	12,01	15,47	12,45	4,95	7,21	45,65
Sicilia	9,80	10,09	9,25	10,23	7,62	7,10	-6,89
Puglia	14,78	15,06	13,97	13,60	8,60	6,88	-20,05
Liguria	7,31	7,29	8,55	6,76	6,09	6,49	6,67
Lombardia	8,59	9,75	9,69	8,02	5,36	5,92	10,40
Veneto	6,96	6,49	8,09	8,28	7,67	5,43	-29,18
Umbria	8,45	9,34	8,19	8,55	6,99	5,13	-26,66
Basilicata	26,89	26,25	28,52	26,61	14,06	5,09	-63,78
Toscana	9,50	10,42	10,34	8,45	6,89	4,92	-28,62
PA Trento	2,32	2,70	2,61	2,40	2,79	4,39	57,39
Abruzzo	13,19	14,05	12,92	12,02	7,13	4,31	-39,47
Bolzano	4,63	5,43	4,67	4,98	5,40	3,57	-33,91
Friuli-VG	3,35	3,52	3,72	3,44	2,68	2,64	-1,65
ITALIA	13,51	14,59	14,81	13,62	9,84	8,14	-17,35
NORD	12,46	13,26	13,93	12,53	9,02	7,69	-14,80
CENTRO	11,49	12,91	13,25	12,11	9,88	8,17	-17,35
SUD E ISOLE	16,22	17,51	17,01	16,10	11,00	8,76	-20,38

Tabella I.31 Spesa regionale (€ per 100 abitanti) a carico del SSN per l'anno 2021

Regione	Spesa (€ per 100 abitanti) SSN 2021												Totale	Δ% 21-20
	Sodio oxibato	%	Acamprosato	%	Disulfiram	%	Naltrexone	%	Metadoxina	%	Nalmefene	%		
Valle d'Aosta	13,17	84,59	1,15	7,40	1,25	8,01	-	-	-	-	-	-	15,57	-67,82
Campania	11,68	88,89	0,97	7,35	0,11	0,87	0,22	1,64	0,14	1,06	0,02	0,19	13,14	-23,10
Emilia-Romagna	6,69	55,21	3,00	24,72	1,69	13,91	0,70	5,75	0,05	0,42	-	-	12,12	-13,48
Piemonte	8,47	69,95	2,44	20,11	0,75	6,16	0,42	3,50	0,03	0,26	0,00	0,02	12,11	-26,43
Marche	7,51	69,45	2,39	22,06	0,32	3,00	0,50	4,60	0,09	0,85	0,00	0,04	10,82	-9,72
Sardegna	5,31	51,42	3,38	32,77	0,84	8,18	0,67	6,48	0,12	1,14	-	-	10,32	-32,99
Lazio	2,95	29,07	3,40	33,51	0,17	1,63	3,62	35,69	0,01	0,10	-	-	10,14	-14,11
Molise	3,02	31,13	3,16	32,61	0,34	3,54	2,91	30,02	0,26	2,71	-	-	9,69	-19,90
Calabria	3,67	50,96	2,05	28,48	0,56	7,71	0,18	2,49	0,28	3,88	0,47	6,48	7,21	45,65
Sicilia	3,42	48,23	2,78	39,22	0,34	4,83	0,51	7,15	0,03	0,37	0,01	0,20	7,10	-6,89
Puglia	5,52	80,31	0,79	11,54	0,20	2,87	0,12	1,77	0,24	3,51	-	-	6,88	-20,05
Liguria	2,27	34,90	2,13	32,80	0,90	13,80	0,62	9,54	0,58	8,97	-	-	6,49	6,67
Lombardia	2,94	49,72	1,51	25,52	0,77	13,01	0,65	10,95	0,01	0,24	0,03	0,57	5,92	10,40
Veneto	2,90	53,43	0,86	15,82	1,38	25,45	0,25	4,55	0,04	0,77	-	-	5,43	-29,18
Umbria	2,45	47,81	0,99	19,33	1,37	26,75	0,30	5,83	0,01	0,29	-	-	5,13	-26,66
Basilicata	2,83	55,63	1,34	26,28	0,28	5,49	0,47	9,17	0,17	3,43	-	-	5,09	-63,78
Toscana	2,26	45,87	1,64	33,30	0,87	17,73	0,15	3,10	0,00	0,01	-	-	4,92	-28,62
PA Trento	0,44	9,98	1,99	45,41	1,59	36,35	0,36	8,22	0,00	0,05	-	-	4,39	57,39
Abruzzo	1,90	44,03	1,83	42,40	0,22	5,01	0,27	6,30	0,10	2,27	-	-	4,31	-39,47
PA Bolzano	1,74	48,63	0,59	16,58	0,68	19,16	0,56	15,63	-	-	-	-	3,57	-33,91
Friuli-VG	0,27	10,12	0,79	29,79	1,25	47,27	0,33	12,55	0,01	0,27	-	-	2,64	-1,65
ITALIA	4,66	57,32	1,93	23,72	0,70	8,65	0,74	9,05	0,08	0,98	0,02	0,29	8,14	-17,35
NORD	4,24	55,21	1,78	23,15	1,07	13,88	0,52	6,80	0,06	0,79	0,01	0,16	7,69	-14,80
CENTRO	3,28	40,13	2,52	30,83	0,50	6,18	1,85	22,63	0,02	0,22	0,00	0,01	8,17	-17,35
SUD E ISOLE	6,12	69,85	1,78	20,35	0,30	3,48	0,36	4,07	0,14	1,64	0,05	0,61	8,76	-20,38

Nota: % calcolate sul totale di riga

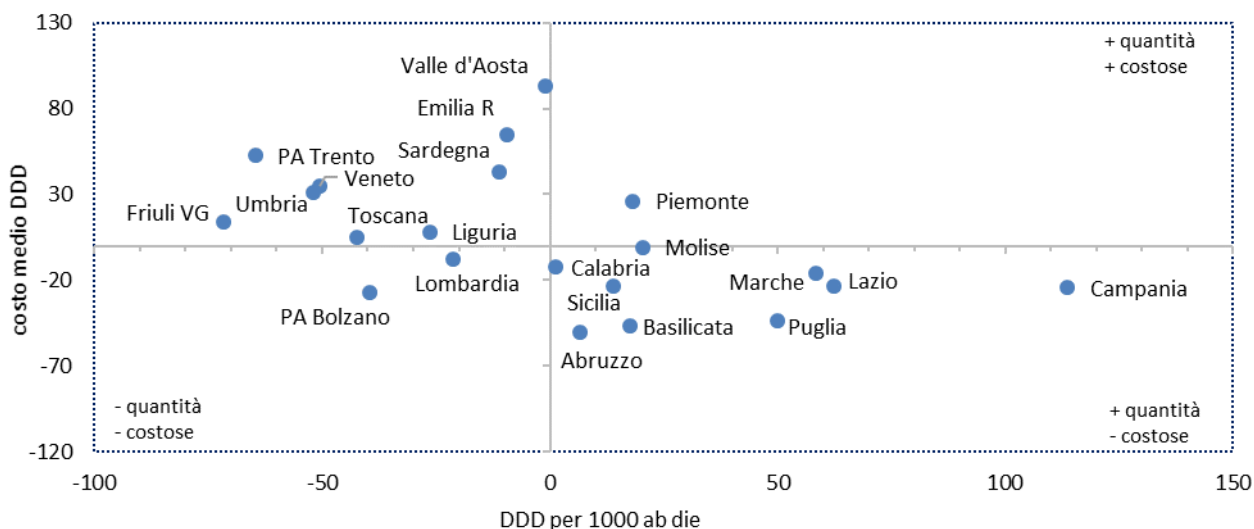
A livello nazionale il costo medio è pari a 1,14 euro per DDD, stabile rispetto all'anno precedente (+0,65%), oscillando da un minimo di 0,32 euro del Friuli Venezia Giulia a un massimo di 2,43 euro della Campania (**Tabella I.32**). Il principio attivo meno costoso è il disulfiram (0,18 euro per DDD), che è anche il più utilizzato in Italia, mentre quello più costoso è il nalmefene (4,16 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.

Dall'analisi per quantità e costo medio per giornata di terapia (**Figura I.20**) si osserva una certa variabilità regionale, con la maggior parte delle regioni del Sud che consumano più quantità con un costo medio per DDD più basso e quelle del Nord che consumano meno quantità ma più costose. Il Piemonte risulta essere la regione che consuma più quantità ad un costo medio per giornata di terapia maggiore, mentre la PA di Bolzano consuma un numero inferiore di dosi, ad un costo medio per dose giornaliera più basso rispetto alle altre regioni italiane.

Tabella I.32 Costo medio per DDD (€) a carico del SSN per regione nell'anno 2021

Regione	Costo medio per DDD (€)						Totale	Δ% 21-20
	Acamprosato	Disulfiram	Metadoxina	Nalmefene	Naltrexone	Sodio Oxibato		
Campania	1,61	0,16	1,10	3,65	1,13	3,09	2,43	7,75
Lazio	2,41	0,16	1,09	-	1,88	2,62	1,85	-4,52
Marche	2,37	0,21	0,74	4,55	1,40	2,53	1,80	-3,63
Puglia	1,61	0,17	1,10	-	1,50	2,65	1,71	-3,88
Molise	1,62	0,16	1,10	-	1,91	2,40	1,37	1,39
Piemonte	1,62	0,16	1,03	4,85	0,72	3,68	1,34	6,44
Basilicata	1,62	0,18	1,37	-	1,89	2,71	1,34	-34,06
Sicilia	1,61	0,18	1,23	6,80	0,77	2,99	1,30	-1,57
Abruzzo	1,62	0,16	1,09	-	0,94	2,67	1,21	-11,07
Calabria	1,82	0,17	1,19	4,12	1,90	2,56	1,15	27,05
Valle d'Aosta	1,61	0,12	-	-	-	5,36	1,13	-33,60
Emilia-Romagna	1,76	0,24	0,46	-	0,76	3,52	1,03	12,37
Sardegna	1,62	0,16	1,23	-	0,92	2,44	1,01	-15,82
Lombardia	2,19	0,16	1,12	4,12	1,64	4,43	0,90	24,32
Liguria	1,61	0,20	0,81	-	1,19	2,97	0,84	15,25
PA Bolzano	2,41	0,17	-	-	1,75	2,65	0,69	-12,43
Toscana	1,61	0,16	1,55	-	0,79	2,54	0,65	-15,03
Veneto	1,59	0,18	1,11	-	0,74	2,62	0,56	-10,90
Umbria	1,63	0,18	1,01	-	0,90	3,08	0,55	-22,25
PA Trento	2,41	0,16	1,82	-	1,91	10,69	0,40	67,07
Friuli-VG	1,62	0,17	0,53	-	1,07	3,99	0,32	0,66
ITALIA	1,83	0,18	0,96	4,16	1,32	3,09	1,14	0,65
NORD	1,81	0,18	0,79	4,14	1,05	3,60	0,89	6,08
CENTRO	2,15	0,17	0,82	4,55	1,77	2,59	1,26	-6,60
SUD E ISOLE	1,63	0,17	1,14	4,16	1,02	2,88	1,59	-2,97

Figura I.20 Variabilità regionale per quantità e costo medio (€) per giornata di terapia per i farmaci a carico del SSN nell'anno 2021



Dall'analisi della distribuzione percentuale dei consumi per canale distributivo emerge che il **disulfiram** è dispensato per i due terzi a livello territoriale attraverso le farmacie aperte al pubblico (metà rimborsato dal SSN e metà a carico del cittadino) e per un terzo attraverso le strutture sanitarie pubbliche, mentre l'**acamprosato** è dispensato in quote pressoché uguali sia a livello territoriale che a livello delle strutture sanitarie pubbliche; per quest'ultimo l'acquisto privato è basso. Per entrambi i principi attivi si osserva tuttavia una marcata variabilità regionale nella modalità di erogazione. Ad esempio, la PA di Trento eroga la maggior parte delle dosi rimborsate a livello territoriale, mentre la Valle d'Aosta eroga più dosi attraverso le strutture sanitarie pubbliche. Per quanto riguarda il **naltrexone**, la dispensazione avviene principalmente a livello territoriale, con la quota rimborsata che supera largamente quella relativa all'acquisto privato.

Il **sodio oxibato**, il principio attivo più utilizzato dopo il disulfiram, è erogato per la maggior parte in distribuzione diretta attraverso i SERD, coerentemente con il regime di fornitura del medicinale. Il **nalmefene** e la **metadoxina**, medicinali non rimborsati dal SSN, risultano essere poco utilizzati rispetto agli altri principi attivi e il loro costo è per la maggior parte a carico del cittadino.

Acquisto privato a carico del cittadino

Nel 2021 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 70,3 DDD per 1 milione di abitanti die, quota in riduzione di circa il 2,7% rispetto all'anno precedente e con una incidenza pari al 26,4% sul consumo totale (**Tabella I.33**). La maggior parte del consumo privato è rappresentato dal disulfiram (85%), e per la restante parte dalla metadoxina (8,4%), naltrexone (3,1%), nalmefene (1,1%) e dall'acamprosato (2,3%); per quest'ultimo principio attivo si osserva anche il maggior aumento dei consumi rispetto all'anno precedente (+20,7%). La corrispondente spesa a carico del cittadino si è attestata su un valore di quasi a 1,5 euro per 100 abitanti, sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente (-1,2%) e con una incidenza pari al 15,3% della spesa totale rilevata per questa categoria di farmaci. Il 49,5% della spesa per l'acquisto privato è relativo al disulfiram. In termini di consumi, circa il 90% delle dosi acquistate privatamente sono farmaci di classe A.

Confrontando le quote di DDD di acquisto privato con quelle erogate negli altri canali (Tabella 3) si osservano comportamenti eterogenei da parte delle regioni: la Basilicata con 77,4 DDD per 1 milione di abitanti die ha la quota di acquisto privato maggiore (42,6%) rispetto agli altri canali distributivi presi singolarmente; in Emilia Romagna l'acquisto privato è residuale (15,2%) rispetto agli acquisti pubblici (74,2%); in Lombardia i tre canali distributivi quasi si equivalgono: convenzionata 33,1%, strutture sanitarie pubbliche 35,9%, acquisti privati 31,1%. 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.34**) emerge che la Valle d'Aosta registra il consumo più alto (quasi due volte il consumo medio nazionale), con 133,6 dosi per 1 milione di abitanti die (il 26% del consumo regionale per la categoria dei farmaci considerata), seguita dalla Liguria con 104,4 dosi per 1 milione di abitanti die (il 33% del consumo regionale), dalla Calabria con quasi 94 dosi per 1 milione di abitanti die (il 35,4% del consumo regionale). In Umbria, Marche, Piemonte e Valle d'Aosta si registrano i maggiori aumenti dell'acquisto diretto rispetto all'anno precedente, mentre le PA di Bolzano e Trento e il Friuli Venezia Giulia fanno registrare le maggiori 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 (29,3%) rispetto al Centro (25,0%) e al Nord (25,5%) sebbene mostri una riduzione rispetto allo scorso anno (-7,8%).

Se si considera la spesa regionale per 100 abitanti (**Tabella I.35**) 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 (-2,6%) e con una incidenza del 26,7%

rispetto alla spesa regionale totale per la categoria di farmaci; segue la Calabria con una spesa di 2 euro (incidenza del 22%) e la Valle d'Aosta con una spesa di 1,95 euro (incidenza del 11,2%). Il disulfiram è il primo principio attivo per spesa privata a livello nazionale che si attesta a 0,73 euro per 100 abitanti e solo per nove regioni si osservano valori più elevati rispetto alla media nazionale.

Tabella I.33 Consumo e spesa dei farmaci in acquisto privato (a carico del cittadino) per l'anno 2021

Principio attivo	DDD per 1 milione ab die 2021		Δ% 21-20	incidenza % sul totale molecola	Spesa per 100 ab 2021		Δ% 21-20	Incidenza % sul totale molecola
	N.	%			€	%		
Disulfiram	59,75	85,00	-2,35	35,60	0,73	49,45	-1,59	50,84
Metadoxina	5,93	8,44	-4,86	72,48	0,24	16,48	-1,77	75,35
Naltrexone	2,19	3,11	-17,89	12,50	0,16	10,98	-16,54	18,00
Acamprosato	1,63	2,32	20,71	5,35	0,14	9,78	20,38	6,94
Nalmefene	0,79	1,12	3,68	83,58	0,20	13,32	3,40	89,29
Sodio Oxibato	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	70,29	100,00	-2,65	26,39	1,47	100,00	-1,16	15,32

Nota: % calcolate sul totale di colonna

Tabella I.34 Consumo (DDD per 1 milione abitanti die) regionale dei farmaci acquistati privatamente dal cittadino nel 2021

Regione	N. DDD per 1 milione ab die						Δ% 21-20	Incidenza %
	Acamprosato	Disulfiram	Metadoxina	Nalmefene	Naltrexone	Totale		
Valle d'Aosta	-	126,75	5,61	0,30	0,95	133,61	22,97	26,07
Liguria	1,45	77,78	18,63	0,36	6,16	104,37	-10,25	32,99
Calabria	-	84,35	6,70	2,39	0,56	93,99	-6,94	35,41
Piemonte	2,04	79,67	4,61	0,38	1,95	88,64	31,47	26,42
Veneto	2,60	78,07	3,00	0,40	0,87	84,94	-0,11	24,35
Friuli-VG	1,08	76,10	4,56	0,15	1,09	82,98	-32,75	27,09
Lombardia	1,70	72,94	2,89	0,79	3,32	81,64	-1,62	31,07
Umbria	2,12	71,55	6,24	0,08	1,36	81,34	73,47	24,00
Basilicata	0,42	56,45	16,97	0,24	3,36	77,44	-2,84	42,60
Campania	1,40	63,29	5,64	1,67	0,75	72,76	-10,99	32,92
PA Bolzano	0,23	66,39	0,40	0,73	1,42	69,18	-48,38	32,68
Abruzzo	2,08	49,29	9,54	1,04	2,41	64,36	-7,58	39,79
Toscana	0,84	56,10	3,99	0,74	1,05	62,71	3,70	23,35
PA Trento	1,23	54,82	2,36	0,29	1,16	59,86	-29,28	16,68
Lazio	1,75	43,34	7,65	1,48	4,91	59,13	-10,23	28,21
Sicilia	2,50	46,99	7,91	0,05	0,93	58,38	-9,73	28,02
Emilia-Romagna	2,53	45,18	6,36	0,31	3,25	57,63	-0,59	15,16
Molise	2,75	47,94	5,64	0,75	0,30	57,39	-3,55	22,82
Sardegna	-	46,66	6,66	0,72	2,08	56,12	-17,55	16,70
Marche	-	22,37	15,15	0,27	1,24	39,03	55,67	19,17
Puglia	1,11	30,81	4,87	1,19	0,79	38,76	12,37	25,98
ITALIA	1,63	59,75	5,93	0,79	2,19	70,29	-2,65	26,39
NORD	1,96	70,65	4,72	0,51	2,64	80,49	-1,46	25,49
CENTRO	1,26	46,87	7,34	0,98	2,93	59,36	3,44	24,98
SUD E ISOLE	1,40	52,04	6,80	1,07	1,08	62,39	-7,80	29,30

Tabella I.35 Spesa regionale per 100 abitanti per i farmaci acquistati privatamente dal cittadino nel 2021

Regione	Spesa per 100 abitanti (€)					Totale	Δ% 21-20	Incidenza %
	Acamprosato	Disulfiram	Metadoxina	Nalmefene	Naltrexone			
Liguria	0,13	0,93	0,73	0,09	0,49	2,36	-2,60	26,69
Calabria	-	1,09	0,30	0,59	0,04	2,03	10,25	21,97
Valle d'Aosta	-	1,57	0,22	0,07	0,08	1,95	17,57	11,15
Basilicata	0,04	0,72	0,66	0,06	0,24	1,71	2,53	25,14
Lazio	0,15	0,53	0,31	0,37	0,35	1,71	3,41	14,40
Lombardia	0,15	0,91	0,12	0,20	0,24	1,61	0,21	21,41
Campania	0,12	0,73	0,27	0,42	0,06	1,60	-15,47	10,87
Abruzzo	0,18	0,60	0,37	0,26	0,17	1,58	-21,79	26,83
Veneto	0,23	0,99	0,12	0,10	0,07	1,51	3,39	21,73
Piemonte	0,18	0,87	0,18	0,09	0,15	1,47	7,26	10,85
Friuli-VG	0,10	1,01	0,17	0,04	0,09	1,40	-20,94	34,63
Umbria	0,19	0,83	0,23	0,02	0,12	1,38	38,57	21,23
Emilia-Romagna	0,22	0,56	0,26	0,08	0,24	1,36	0,86	10,10
Molise	0,24	0,62	0,20	0,19	0,03	1,28	-9,83	11,64
Toscana	0,07	0,75	0,15	0,18	0,09	1,24	7,19	20,17
Sicilia	0,22	0,56	0,35	0,01	0,07	1,21	-2,78	14,61
Sardegna	-	0,57	0,26	0,18	0,15	1,16	-12,47	10,12
Puglia	0,10	0,36	0,20	0,29	0,06	1,01	0,90	12,75
Marche	-	0,26	0,58	0,07	0,09	1,00	46,49	8,47
PA Trento	0,11	0,65	0,09	0,07	0,08	1,00	-23,57	18,57
PA Bolzano	0,02	0,55	0,02	0,18	0,10	0,87	-45,80	19,62
ITALIA	0,14	0,73	0,24	0,20	0,16	1,47	-1,16	15,32
NORD	0,17	0,86	0,19	0,13	0,20	1,54	-0,68	16,72
CENTRO	0,11	0,59	0,29	0,24	0,21	1,44	9,45	14,99
SUD E ISOLE	0,12	0,62	0,29	0,27	0,08	1,39	-7,58	13,69

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.

Per l'anno 2021 il suddetto flusso delle prescrizioni farmaceutiche rende conto del 35,9% del totale dei consumi a carico del SSN, raggiungendo valori massimi nella PA di Trento (98,9%) e nella Regione Lazio (78,1%), e del 32,5% della spesa farmaceutica complessiva per questa categoria di farmaci a carico del SSN.

Se si considera la distribuzione regionale dei pazienti prevalenti in terapia per la dipendenza alcolica (n=11.644) 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 (32,1% degli utilizzatori totali); l'età media dei pazienti è di 50 anni, con un *range* va da un minimo di 44,4 anni della Sicilia a un massimo di 54,9 anni del Friuli Venezia Giulia. Per quanto riguarda la distribuzione regionale dei pazienti, la Lombardia è la regione in cui si concentra la maggior parte dei pazienti (19,5% del totale), che insieme al Lazio (18,7% del totale) rappresentano oltre un terzo dei pazienti totali trattati a livello territoriale in Italia.

In generale, non sono state osservate differenze rilevanti per la distribuzione percentuale dei pazienti **per fascia di età** tra le diverse regioni; nella fascia di età 15-24 anni di età la Valle d'Aosta non registra pazienti, mentre PA di Bolzano e Basilicata registrano solo due pazienti (**Tabella I.36**).

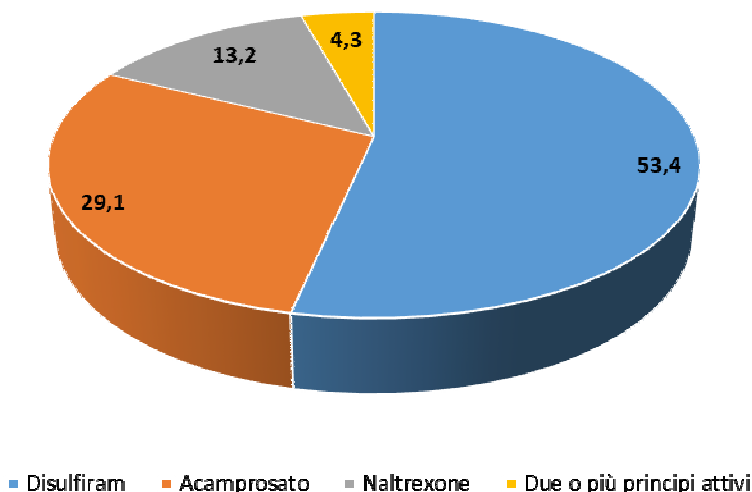
Per quanto riguarda la distribuzione dei **pazienti in base al genere**, il 70,7% erano maschi, mentre il 29,3% femmine; le regioni che mostrano il più ampio divario tra i due generi sono la Campania (16% femmine vs 84% maschi) e la Sicilia (16,6% femmine vs 83,4% maschi), mentre la Valle d'Aosta è l'unica regione in cui si registrano percentuali invertite tra i due generi (61,1% femmine vs 38,9% maschi).

Tabella I.36 Distribuzione dei pazienti per regione e fascia di età nell'anno 2021

Regione <i>età media (aa)</i>	N. pazienti (%)							TOTALE	% copertura consumi SSN
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>74		
Piemonte 50,5	9 (0,9)	72 (7,2)	198 (19,8)	359 (35,9)	265 (26,5)	79 (7,9)	17 (1,7)	999 (8,5)	29,5
Valle d'Aosta 51,4	-	1 (5,5)	5 (27,7)	4 (22,2)	5 (27,7)	3 (16,6)	-	18 (0,1)	14,8
Lombardia 49,5	48 (2,1)	188 (8,2)	493 (21,7)	805 (35,4)	499 (21,9)	188 (8,2)	46 (2)	2271 (19,5)	48,0
PA Bolzano 53,8	2 (4)	3 (6)	7 (14)	15 (30)	14 (28)	6 (12)	3 (6)	50 (0,4)	29,2
PA Trento 52,4	6 (1,5)	29 (7,5)	54 (14)	121 (31,5)	118 (30,7)	44 (11,4)	12 (3,1)	384 (3,2)	98,9
Veneto 52,8	11 (1,6)	45 (6,9)	101 (15,5)	194 (29,8)	180 (27,6)	85 (13)	33 (5)	651 (5,5)	21,1
Friuli VG 54,9	4 (1,6)	10 (4,2)	38 (16,1)	63 (26,6)	66 (27,9)	42 (17,7)	13 (5,5)	236 (2)	34,6
Liguria 52,4	7 (1,9)	22 (6,1)	59 (16,6)	111 (31,2)	97 (27,3)	41 (11,5)	17 (4,7)	355 (3)	27,7
Emilia Romagna 52,0	5 (1,2)	22 (5,3)	71 (17,2)	137 (33,3)	121 (29,4)	46 (11,1)	9 (2,1)	411 (3,5)	11,9
Toscana 50,7	22 (2,8)	46 (6)	164 (21,4)	248 (32,5)	181 (23,7)	84 (11)	18 (2,3)	763 (6,5)	39,1
Umbria 47,5	4 (1,6)	36 (14,4)	68 (27,3)	67 (26,9)	51 (20,4)	19 (7,6)	4 (1,6)	249 (2,1)	48,0
Marche 48,6	5 (1,8)	28 (10,3)	67 (24,8)	88 (32,5)	51 (18,8)	23 (8,5)	7 (2,5)	270 (2,3)	33,3
Lazio 48,4	71 (3,2)	258 (11,7)	476 (21,7)	689 (31,5)	446 (20,3)	165 (7,5)	74 (3,3)	2187 (18,7)	78,1
Abruzzo 49,8	9 (2,6)	28 (8,1)	72 (20,9)	116 (33,7)	80 (23,2)	36 (10,4)	3 (0,8)	344 (2,9)	76,0
Molise 49,4	5 (4)	14 (11,2)	24 (19,2)	34 (27,2)	31 (24,8)	13 (10,4)	4 (3,2)	125 (1)	72,4
Campania 49,9	4 (1,7)	24 (10,3)	55 (23,6)	58 (24,8)	59 (25,3)	29 (12,4)	4 (1,7)	233 (2)	13,1
Puglia 51,2	3 (0,7)	30 (7,9)	84 (22,2)	120 (31,8)	83 (22)	35 (9,2)	21 (5,5)	377 (3,2)	29,2
Basilicata 52,2	2 (2,1)	8 (8,6)	13 (14,1)	33 (35,8)	20 (21,7)	9 (9,7)	7 (7,6)	92 (0,7)	55,7
Calabria 51,0	8 (2,1)	36 (9,6)	75 (20)	113 (30,1)	81 (21,6)	44 (11,7)	18 (4,8)	375 (3,2)	42,1
Sicilia 44,4	30 (5,8)	79 (15,4)	162 (31,7)	146 (28,5)	53 (10,3)	29 (5,6)	11 (2,1)	511 (4,3)	26,5
Sardegna 50,7	12 (1,6)	62 (8,3)	153 (20,5)	226 (30,4)	191 (25,7)	74 (9,9)	25 (3,3)	743 (6,3)	59,2
ITALIA 50,0	267 (2,2)	1041 (8,9)	2439 (20,9)	3747 (32,1)	2692 (23,1)	1094 (9,3)	346 (2,9)	11644 (100)	35,9

Se si considera la distribuzione percentuale dei pazienti trattati **per principio attivo**, il farmaco più utilizzato in regime di assistenza convenzionata nel corso del 2021 è il disulfiram (53,4% del totale), seguito dall'acamprosato (29,1%) e dal naltrexone (13,2%); il 4,3% dei pazienti ha assunto nell'arco dell'anno più di un farmaco (**Figura I.21**).

Figura I.21 Distribuzione dei pazienti in trattamento per principio attivo nell'anno 2021



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

Nel corso del 2021 poco più di 10 mila pazienti (circa il 89% di tutti quelli che assumono farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica erogati a livello territoriale) 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 74,9% dei casi), seguita dalla prescrizione dei farmaci degli antimicrobici per uso sistemico (il 44,3%), dai farmaci per il sistema cardiovascolare (il 43,9%), dai farmaci del sistema muscolo-scheletrico (32,7%) (**Tabella I.37**).

Nell'ambito dei farmaci del sistema nervoso, gli antidepressivi rappresentano la prima classe di farmaci per frequenza di prescrizione (54,4% di tutte le co-prescrizioni di tutti i farmaci per il sistema nervoso). Seguono in ordine decrescente, i farmaci antiepilettici (40,8%), gli antipsicotici (30,9%) e gli analgesici oppioidi (9,3%). 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 Clin Proc. 2020; Reus VI, et al Am J Psychiatry. 2018*).

Se si considera la distribuzione dei pazienti in trattamento con un farmaco per la terapia dell'alcolismo per fascia di età e numero di altre sostanze (ATC V livello) prescritte durante l'anno, si osserva che all'aumentare dell'età aumenta il numero di categorie terapeutiche co-prescritte, in accordo con quanto descritto in generale in merito all'uso dei farmaci nella popolazione italiana (L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2021); il 18,4% 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, circa il 13% dei pazienti assume nell'arco dell'anno almeno 5 sostanze appartenenti alla categoria dei farmaci del sistema nervoso.

Tabella I.37 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 2021 in ordine decrescente (N= 10.543)

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):	7896	74,9
	<i>Antidepressivi</i>	5731	54,4
	<i>Antiepilettici</i>	4306	40,8
	<i>Antipsicotici</i>	3260	30,9
	<i>Oppiacei</i>	977	9,3
	<i>Sostanze anticolinergiche</i>	215	2,0
	<i>Antiemeticanti</i>	92	0,9
	<i>Sostanze dopaminergiche</i>	83	0,8
	<i>Anestetici locali</i>	49	0,5
	<i>Psicostimolanti e nootropi</i>	32	0,3
	<i>Farmaci anti-demenza</i>	30	0,3
	<i>Altri farmaci del sistema nervoso</i>	13	0,1
	<i>Altri analgesici e antipiretici</i>	11	0,1
	<i>Ansiolitici</i>	8	0,1
	<i>Ipnotici e sedativi</i>	7	0,1
	<i>Parasimpaticomimetici</i>	6	0,1
	<i>Farmaci usati nei disordini da assuefazione</i>	4	<0,05
	<i>Preparati antivertigine</i>	1	<0,05
J	Antimicrobici per uso sistemico	4669	44,3
C	Sistema cardiovascolare	4629	43,9
M	Sistema muscolo-scheletrico	3449	32,7
B	Sangue e organi emopoietici	2816	26,7
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	2115	20,1
R	Sistema respiratorio	1719	16,3
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	761	7,2
D	Dermatologici	301	2,9
S	Organi di senso	213	2,0
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	194	1,8
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	138	1,3
V	Vari	78	0,7

Conclusioni

Come si evince dalle analisi, nel 2021 si registra, rispetto all'anno precedente, una forte riduzione del consumo dei farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica (-14,2%), che si concentra in gran parte nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche (-23,0%), a cui si associa una marcata riduzione della spesa a carico del SSN (-17,7%), 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 512,5 DDD e 17,5 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.

La Valle d'Aosta è l'unica regione in cui la proporzione tra maschi e femmine si inverte, mostrando che circa il 60% dei pazienti in terapia per la dipendenza da alcol è di sesso femminile.

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

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

Pertanto, dalla presente analisi appare evidente la necessità di una maggiore e più completa presa in carico di tali pazienti.

Bibliografia

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

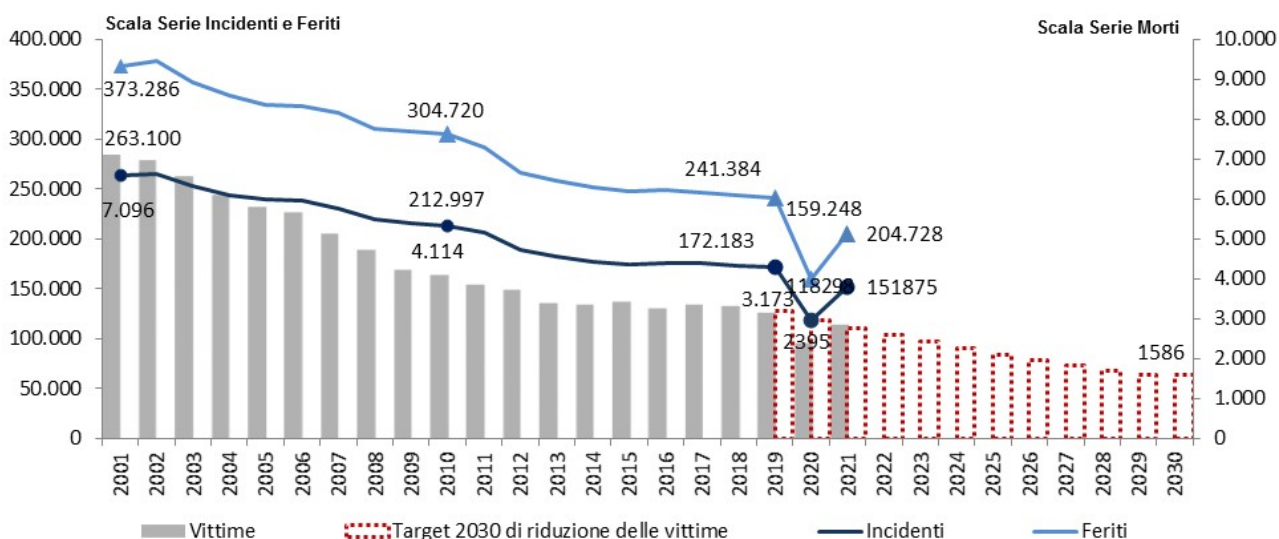
2.6 GLI INCIDENTI STRADALI E LE VIOLAZIONI DEL CODICE DELLA STRADA

Gli incidenti stradali in Italia nel 2021: l'analisi temporale, le circostanze di incidente e le violazioni al codice della strada

La situazione pandemica e le misure per contenerla hanno influenzato l'andamento dell'incidentalità stradale e della mobilità anche nel 2021. Rispetto al 2020 gli incidenti e gli infortunati diminuiscono nei mesi di gennaio e febbraio e aumentano in misura consistente nel periodo marzo-giugno, per tornare a livelli molto vicini al periodo pre-pandemia nella seconda parte dell'anno.

Nel 2021 sono 2.875 i morti in incidenti stradali in Italia (+20,0% rispetto all'anno precedente), 204.728 i feriti (+28,6%) e 151.875 gli incidenti stradali (+28,4%), valori tutti in crescita rispetto al 2020 ma ancora in diminuzione nel confronto con il 2019, benchmark per il decennio 2021-2030 (-9,4% vittime, -15,2% feriti e -11,8% incidenti) (Figura I.22).

FIGURA I.22 Incidenti stradali con lesioni a persone, morti e feriti. Anni 2001-2021 e target 2030 (valori assoluti)



Fonte: Rilevazione Istat degli incidenti stradali con lesioni a persone

Ogni giorno, durante l'anno, si sono verificati in media 416 incidenti stradali con lesioni a persone, sono morte 8 persone e ne sono rimaste ferite 561.

Anche nella Ue27 il numero delle vittime riprende ad aumentare nel 2021 (+5,3% rispetto all'anno precedente), dopo la drastica riduzione del primo anno di pandemia (-17,1% sul 2019). Complessivamente, nel 2021 le vittime sono 19.855, contro 18.861 del 2020 e 22.763 del 2019. Ogni milione di abitanti si contano 44,7 morti per incidente stradale nella Ue27 e 48,6 nel nostro Paese, che passa dal 12° al 13° posto della graduatoria europea. Il numero di morti per milione di abitanti (tasso di mortalità stradale) scende a 40,3 nel 2020 da 124,5 del 2001 e da 52,6 del 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, anche per il decennio 2021-2030 sono stati proposti importanti obiettivi europei sulla sicurezza stradale. I target per la nuova

agenda prevedono il dimezzamento del numero di vittime e feriti gravi entro il 2030 rispetto all'anno di benchmark (fissato nel 2019) e il monitoraggio di specifici indicatori di prestazione, *Key Performance Indicators*, che l'Italia si prepara a fornire. Tali indicatori riguardano: velocità, uso dei sistemi di protezione (casco, cinture di sicurezza e seggiolini per bambini), uso di alcool e droghe, livello di sicurezza del parco veicolare e della rete stradale nazionale, distrazione alla guida ed efficienza dei sistemi di soccorso in caso di incidente. Oltre agli obiettivi fissati per il prossimo decennio, sono state gettate le basi per nuovi e ambiziosi traguardi. In particolare, la Dichiarazione di Stoccolma del febbraio 2020 auspica una vision "zero vittime" per il 2050.

Le cause degli incidenti stradali

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

Tuttavia, seppure le informazioni sulle circostanze di incidente stradale³ rappresentino un bacino di dati ricco e prezioso, occorre segnalare che la comunicazione delle informazioni per le cause legate allo stato psicofisico alterato dei conducenti non avviene sempre, per cause di forza maggiore, in maniera tempestiva e completa da parte delle forze dell'ordine all'Istat. Per tale motivo il numero di incidenti legati allo stato di alterazione psicofisica comunicati dagli Organi di rilevazione appare spesso sottostimato. A seguito di tali verifiche nel 2010 l'Istat ha scelto, in maniera cautelativa, di sospendere la diffusione dei dati puntuali su tali circostanze. Da segnalare, inoltre, che il Codice della Strada (D.L. 285/1992) prevede la possibilità di rifiuto, da parte dei conducenti coinvolti, di sottoporsi agli accertamenti e, in questo caso, salvo che il fatto costituisca più grave reato, vengono applicate le sanzioni di cui al comma 2 dell'art.186 e comma 2 bis e 3 dell'art. 187 del Codice della Strada (CdS), ma non viene inviata all'Istat l'informazione sulla sanzione.

Lo stato di ebbrezza o l'abuso di stupefacenti può, infine, non essere rilevato nel caso di incidenti a veicolo isolato nei quali il conducente sia deceduto, poiché non sempre disposto il riscontro autoptico sulle vittime. Per fornire elementi di valutazione alternativi sono state considerate anche altre fonti ufficiali di dati ed esaminati i contenuti e le potenzialità informative. In particolare, sono state analizzate le informazioni sulle violazioni al CdS fornite dalle Forze di Polizia di Stato, da quelle Locali e dai Carabinieri.

Nell'ambito dei comportamenti errati di guida, nel 2021, (escluso il gruppo residuale delle cause di natura imprecisata), i più frequenti si confermano la distrazione, il mancato rispetto della precedenza e la velocità troppo elevata. I tre gruppi costituiscono complessivamente il 39,7% dei casi (78.477)⁴. Si precisa che la rilevazione condotta dall'Istat include solo le circostanze accertate o presunte per i conducenti dei primi due veicoli coinvolti nell'incidente. Gli incidenti che coinvolgono tre o più veicoli sono, nel 2021, l'8,8% del totale.

² Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone Istat - <https://www.istat.it/it/archivio/259825>

³ Sono esclusi i casi di incidente con circostanza imprecisata.

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

Tra le altre cause più rilevanti, la manovra irregolare (15.534), la mancanza della distanza di sicurezza (14.081 casi), la mancanza di precedenza al pedone (5.954) e il comportamento scorretto del pedone (5.402) rappresentano rispettivamente il 7,9%, il 7,1%, il 3,0% e il 2,7% delle cause di incidente. Con riferimento alla categoria della strada, la prima causa di incidente sulle strade urbane è il mancato rispetto delle regole di precedenza o semaforiche (17,1%) e la guida distratta (13,4%), sulle strade extraurbane è la guida distratta o andamento indeciso (20,8%) e la velocità (13,8%) (Tabella I.38).

TABELLA I.38 Cause accertate o presunte di incidente stradale. Anno 2021 (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	19.204	13,4	11.274	20,8	30.478	15,4
Procedeva senza rispettare la precedenza o il semaforo	24.608	17,1	3.685	6,8	28.293	14,3
- procedeva senza rispettare lo stop	8.456	5,9	1.538	2,8	9.994	5,1
- procedeva senza dare la precedenza al veicolo proveniente da destra	6.201	4,3	870	1,6	7.071	3,6
- procedeva senza rispettare il segnale di dare precedenza	8.386	5,8	1.159	2,1	9.545	4,8
- procedeva senza rispettare le segnalazioni semaforiche o dell'agente	1.565	1,1	118	0,2	1.683	0,9
Procedeva con velocità troppo elevata	12.249	8,5	7.457	13,8	19.706	10,0
- procedeva con eccesso di velocità	11.896	8,3	7.123	13,2	19.019	9,6
- procedeva senza rispettare i limiti di velocità	353	0,2	334	0,6	687	0,3
Procedeva senza mantenere la distanza di sicurezza	8.135	5,7	5.946	11,0	14.081	7,1
Manovrava irregolarmente	11.734	8,2	3.800	7,0	15.534	7,9
Svoltava irregolarmente	3.540	2,5	536	1,0	4.076	2,1
Procedeva contromano	2.605	1,8	1.546	2,9	4.151	2,1
Sorpassava irregolarmente	2.584	1,8	1.395	2,6	3.979	2,0
Ostacolo accidentale	2.420	1,7	2.019	3,7	4.439	2,2
Animale domestico o selvatico urtato	181	0,1	296	0,5	477	0,2
Veicolo fermo evitato	632	0,4	419	0,8	1.051	0,5
Non dava la precedenza al pedone sugli appositi attraversamenti	5.792	4,0	162	0,3	5.954	3,0
Buche, ecc. evitato o urtato	455	0,3	465	0,9	920	0,5
Circostanza imprecisata	28.364	19,8	5.968	11,0	34.332	17,4
Veicolo fermo in posizione irregolare urtato	1.636	1,1	400	0,7	2.036	1,0
Altre cause relative al comportamento nella circolazione	5.600	3,9	1.785	3,3	7.385	3,7
Comportamento scorretto del pedone	4.887	3,4	515	1,0	5.402	2,7
Totale comportamento scorretto del conducente e del pedone	134.626	93,7	47.668	88,1	182.294	92,2
Altre cause	8.987	6,3	6.463	11,9	15.450	7,8
Totale cause (b)	143.613	100,0	54.131	100,0	197.744	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 2021 sono state rese disponibili le informazioni sulle violazioni agli articoli del Codice della strada contestate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie municipali o locali⁵. Di particolare interesse per lo studio dell'incidentalità stradale, è l'analisi delle violazioni al Titolo V del Codice della strada (norme di comportamento), riportate nella Tabella I.39 per tipologia di infrazione e organo di rilevazione.

Le sanzioni per violazioni alle Norme di comportamento elevate da Polizia stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie locali dei Comuni capoluogo di provincia sono mediamente aumentate del 19% nel 2021 rispetto al 2020 e sono diminuite del 15% rispetto al 2019. Anche in questo caso, il 2021 si colloca in posizione intermedia tra il 2020, anno in cui la mobilità è stata fortemente influenzata dalla pandemia, e il 2019.

La guida troppo veloce è sempre il comportamento maggiormente sanzionato, anche grazie al sempre più diffuso utilizzo di apparecchiature precise e automatiche (l'85% circa delle contravvenzioni emesse) e rappresenta il 36% del totale, valore simile a quello delle contravvenzioni comminate per disciplina della sosta (36,5%).

Tra le altre, l'inosservanza della segnaletica orizzontale e semaforica rappresenta l'8% e risulta in crescita rispetto sia al 2020 che al 2019. In aumento anche le sanzioni per comportamento dei conducenti in caso di incidente (art.189). Diminuiscono invece sia le sanzioni per mancato uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta per bambini, che rappresentano comunque il 2,7% del totale, sia quelle per mancato uso del casco. Rimane elevato il numero di sanzioni per uso improprio di dispositivi in auto, in particolare dello *smartphone*, pari al 96% di quelle elevate per art.173 del Codice della Strada. Alla maggiore diffusione dell'uso di biciclette corrisponde un aumento delle contravvenzioni per il comportamento dei ciclisti, soprattutto nei centri urbani. Le contravvenzioni, elevate per lo più dalla Polizia Municipale (68%), sono aumentate del 29% se confrontate con il 2020 e del 50% rispetto al 2019.

Per quanto riguarda il trasporto delle merci, rispetto al 2020 e al 2019 sono in aumento le sanzioni per mancato rispetto dei tempi di guida e di riposo dei conducenti dei veicoli pesanti e per alterazione o manomissione del cronotachigrafo.

Per la guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, secondo i controlli effettuati dalle Polizie Municipali la percentuale di conducenti con stato alterato a causa di uso di droghe è risultata pari all'8,9% (17,3% nel 2020 e 6,9% nel 2019) mentre i positivi all'etilometro sono risultati il 7,3% (8,3% nel 2020 e 7,4% nel 2019). Si rilevano infine aumenti delle sanzioni pari al 19,8% e al 12% rispetto al 2020. Va però ricordato che fino al 20 giugno 2021 è stato in vigore il coprifuoco dalle 22 alle 5 del mattino.

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

TABELLA I.39 Contravvenzioni elevate da Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Municipali per violazioni sulle norme di comportamento. Anno 2020 (valori assoluti)

CODICE DELLA STRADA ⁶	Descrizione della violazione TITOLO V – Norme di comportamento	Infrazioni rilevate (Valori assoluti)		
		Polizia stradale (a)	Carabinieri (b)	Polizia locale (c)
Art.141	Velocità non moderata (caratteristiche strada, meteorologiche e del traffico)	42.167	27.402	34.372
Art.142	Superamento dei limiti di velocità	502.961	516	1.911.213
Art.143-144	Posizione dei veicoli sulla carreggiata, uso delle corsie, marcia in file parallele	11.912	11.984	13.591
Art.145	Obblighi di precedenza	4.858	9.694	18.563
Art.146	Inosservanza della segnaletica orizzontale e semaforica	29.023	18.264	504.811
Art.148	Disciplina del sorpasso dei veicoli	12.187	17.426	4.209
Art.149	Rispetto della distanza di sicurezza	5.390	3.073	3.804
Art.152-153	Uso dei dispositivi di segnalazione visiva e di illuminazione	8.609	2.844	1.287
Art.154	Disciplina del cambio di direzione e di corsia	6.119	3.448	19.951
Art.155	Limitazione dei rumori di silenziatori e degli apparati radio	585	1.243	630
Art.157-158	Disciplina dell'arresto, della fermata e della sosta fuori e dentro i centri abitati	12.994	25.079	2.520.926
Art.161-162-165	Ingombro della carreggiata, segnalazione e traino dei veicoli in avaria	2.311	460	327
Art.164	Norme sulla sistemazione del carico sui veicoli	7.842	824	1.382
Art.167	Trasporto di cose e superamento limiti di peso del veicolo	47.197	138	1.978
Art.168	Norme sul trasporto di merci pericolose	7.233	24	232
Art.169	Trasporto di persone animali ed oggetti sui veicoli a motore	6.228	2.053	3.053
Art.170	Trasporto di persone e di oggetti sui veicoli a motore a due ruote	367	1.174	600
Art.171	Uso del casco	2.884	9.004	44.077
Art.172	Uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta dei bambini	75.577	85.780	32.504
Art.173	Mancato uso di lenti o uso di radiotelefoni o cuffie	44.469	29.428	65.536
Art.174-178	Rispetto dei tempi di guida e di riposo dei conducenti dei veicoli pesanti	48.177	183	2.868
Art.175-176	Circolazione e comportamento sulle autostrade e strade extraurbane princ.	165.278	223	64
Art.179	Installazione, alterazione, manomissione del cronotachigrafo	12.655	158	1.676
Art.180-181	Possesso dei documenti della circolazione	124.104	91.075	108.158
Art.182	Norme di comportamento dei ciclisti	147	415	1.201
Art.186	Guida in stato di ebbrezza alcolica	11.717	13.932	5.373
Art.187	Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti	1.220	2.303	766
Art.189	Comportamento dei conducenti in caso di incidente	1.956	2.646	5.466
Art.190	Comportamento dei pedoni	185	339	2.470
Art.191	Comportamento dei conducenti verso i pedoni	554	1.041	6.333
Art.193	Obbligo di assicurazione	34.972	55.178	40.450
Totale	Violazioni al Codice della strada: Titolo V - Norme di comportamento	1.231.878	417.351	5.357.871

(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

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

INCIDENTI STRADALI ALCOL CORRELATI

Il tema degli incidenti stradali alcol correlati rappresenta un argomento di estrema rilevanza per la sicurezza stradale e di forte impatto mediatico, ma per il quale sono ancora presenti alcune lacune informative. Nonostante la rilevazione Istat degli incidenti stradali con lesioni a persone consenta di produrre un ricco set di informazioni, anche per quanto concerne gli eventi alcol correlati, presenta ancora alcuni *gap* di informazione e difficoltà nel reperimento di dati esaustivi a livello nazionale.

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

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

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

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

Da tali fonti risulta che, nel 2021, su un totale di 52.459 incidenti con lesioni osservati dai due Organi di rilevazione, sono stati 5.085 quelli con almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti in stato di ebbrezza e 1.676 quelli per i quali si è rilevato l'effetto di stupefacenti. Il 9,7% e il 3,2% degli incidenti rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale nel complesso, è correlato quindi ad alcol e droga, proporzioni in aumento rispetto al 2020, per lo stato di ebbrezza alla guida e in lieve diminuzione per la droga (9,2% e 3,5%). Le percentuali erano pari a 8,7 e 3,4 nel 2019.

Dai dati comunicati dalle Polizie Municipali o Locali, infine, risulta che il 36% delle sanzioni per guida in stato di ebbrezza e il 57% di quelle per guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti sono state elevate in occasione di incidente stradale.

Focalizzando l'attenzione sui soli dati rilevati dai **Carabinieri**, più dettagliati nelle informazioni fornite, nel 2021 sono stati 3.542 gli incidenti stradali con lesioni a persone per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, pari al 10,6% del totale degli incidenti con lesioni verbalizzati dall'Arma dei Carabinieri (**Tabella I.40**). Rispetto al 2020 si registra una quota in lieve aumento di incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale, tale proporzione era, infatti, pari a 10,0 per cento nel 2020 e 9,9 nel 2019. Le vittime coinvolte in incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza, nel 2021, sono state 63 (5,3% sul totale) e i feriti 5.602 (11,4% sul totale). Tali percentuali erano rispettivamente 4,8% e 10,8% nel 2020.

TABELLA I.40 Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dai Carabinieri e violazioni al codice della strada. Anno 2021
(valori assoluti e percentuali)

Violazioni al codice della strada (a)	Incidenti stradali con lesioni a persone	Incidenti stradali mortali	Vittime	Feriti
Guida sotto l'influenza dell'alcol (Artt. 186 e 186 bis) (b)	3.542	51	63	5.602
Art. 186	3.050	40	49	478
Art. 186 bis	492	11	14	906
Totale incidenti stradali, vittime e feriti (a)	33.290	638	1.179	49.030
Incidenti, vittime e feriti alcol correlati sul totale (%)	10,6	8,0	5,3	11,4

(a) Totale incidenti stradali, morti e feriti rilevati dall'Arma dei Carabinieri nel 2021.

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

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

Passando ad esaminare gli incidenti stradali alcol correlati, disaggregati per tipo di strada e per periodo di accadimento, si rileva che le percentuali citate in precedenza salgono notevolmente di notte. Sono, infatti, il 24,4% gli incidenti stradali alcol correlati, avvenuti di notte, il 24,5% in ambito urbano, il 24,1% in ambito extraurbano, sul totale incidenti notturni. Anche le vittime raggiungono il 7,4% su strade urbane, sono l'11% sulle strade extraurbane (**Tabella I.41**).

TABELLA I.41 Incidenti stradali con lesioni a persone e vittime rilevati dai Carabinieri, per tipo strada e periodo del giorno o della notte. Anno 2021

Tipo di strada (a)	Periodo del giorno o della notte		
	Giorno	Notte (b)	Totale
Incidenti stradali con lesioni a persone alcol correlati (valori assoluti)			
Strada Urbana	888	1.060	1.948
Strada Extraurbana	844	749	1.594
Totale	1.732	1.810	3.542
Vittime in incidenti stradali con lesioni alcol correlati (valori assoluti)			
Strada Urbana	12	11	23
Strada Extraurbana	35	25	60
Totale	47	36	83
Percentuale Incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale incidenti con lesioni			
Strada Urbana	6,6	24,5	11,0
Strada Extraurbana	6,8	24,1	10,3
Totale	6,7	24,4	10,6
Percentuale Vittime in incidenti stradali alcol correlati sul totale incidenti con lesioni			
Strada Urbana	3,2	7,4	4,4
Strada Extraurbana	3,9	11,0	5,8
Totale	3,7	9,7	5,3

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 20,4% delle violazioni al codice della strada per guida sotto l'effetto dell'alcol è registrato in concomitanza di un incidente stradale, con o senza lesioni a persone.

Focalizzando l'attenzione sulle violazioni contestate in occasione di incidente stradale con lesioni a persone, si osserva che l'8% degli incidenti stradali nel 2021 è alcol correlato (era 7,0% nel 2019 e 7,9 nel 2020) (**Tabella I.42**).

La percentuale rappresenta in realtà un'approssimazione, ritenuta comunque plausibile. Nel calcolo, infatti, si ipotizza, che ciascuna violazione per guida in stato di ebbrezza, attribuita a un singolo conducente, rappresenti un incidente stradale alcol correlato.

Del resto non sono molto frequenti i casi per i quali sono più di uno i conducenti coinvolti per i quali si verifica tasso alcolemico oltre il limite consentito.

TABELLA I.42 Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale e violazioni al codice della strada. Anno 2021

Totale violazioni Art. 186 o 186 bis del codice della strada (a)	
Art. 186 o 186 bis – Totale	11.717
<i>Di cui</i>	
Art. 186 o 186 bis - In incidente stradale con o senza lesioni	2.935
Violazioni Art.186 o 186 bis in incidente stradale con o senza lesioni sul totale violazioni rilevate (%)	20,4
Violazioni Art. 186 o 186 bis in incidente stradale (a)	
Art. 186 o 186 bis in incidente stradale con lesione a persone	1.543
Totale incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale	19.169
Violazioni art.186 o 186 bis in incidente stradale con lesioni sul totale incidenti rilevati (%)	8,0

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

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

Alcune considerazioni conclusive

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

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

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

Riferimenti bibliografici:

- (1) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2021 <https://www.istat.it/it/archivio/273324>
- (2) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2020 <https://www.istat.it/it/archivio/259825>
- (3) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2019 <https://www.istat.it/it/archivio/245757>
- (4) ETSC (European Transport Safety Council). Annual PIN Report. Anno 2022. Disponibile sul sito:
<https://etsc.eu/16th-annual-road-safety-performance-index-pin-report/>
- (5) European Commission CARE (Community Data Base Road Accidents)
https://ec.europa.eu/transport/road_safety/specialist/statistics_en

PARTE SECONDA

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

3.1. Gli interventi di indirizzo

II PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE (PNAS)

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

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

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

1. Informazione /educazione

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

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

2. Bere e guida

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

Azioni: collaborazione per i controlli dell'aria 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 socio-sanitari, 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.

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 alcolico, secondo le previsioni della legge 125/2001 art. 5.*

IL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2020-2025

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

Vision e Principi

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

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

L'elemento strategico di innovazione del nuovo PNP sta nella scelta di sostenere il **riorientamento di tutto il sistema della prevenzione** verso un "approccio" di Promozione della Salute, rendendo quindi trasversale a tutti i Macro Obiettivi lo sviluppo di strategie di *empowerment e capacity*

building raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS, coerentemente con lo sviluppo dei principi enunciati dalla Carta di Ottawa.

Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute sono necessarie **alleanze e sinergie 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":

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***

Obiettivi e Indicatori relativi alle Azioni Trasversali del PNP:

INTERSETTORIALITA'

OBIETTIVO: Sviluppare collaborazioni intersettoriali tra tutti gli attori del territorio

INDICATORE: **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

OBIETTIVI: - Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale

- Formazione basata su EUCP Curriculum

- Attività di formazione sul *Counseling breve*

- Favorire la programmazione partecipata di interventi formativi multidisciplinari ed intersettoriali

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

- Percorso formativo su EUPC Curriculum – ogni anno

- Percorso formativo sul *counseling breve* - ogni anno

COMUNICAZIONE

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

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

EQUITA'

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

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

STATUS QUO 2022

Nel mese di Dicembre 2021 tutte le Regioni avevano deliberato l'Atto di approvazione del proprio Piano Regionale di Prevenzione. Durante l'anno 2022 le Regioni hanno dato inizio alle attività previste per il primo anno del piano stesso.

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 ed ha deliberato 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 articolano 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, e quindi portati in Conferenza Unificata.

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 Progetto CCM **“Prevenzione, diagnosi precoce e trattamento mirato dello spettro dei disturbi fetto alcolici (Fetal Alcohol Spectrum Disorder, FASD) e della sindrome fetto alcolica (Fetal Alcohol Syndrome, FAS)”** è giunto alla conclusione. Il progetto ha raggiunto l'obiettivo di promuovere la conoscenza sui rischi del consumo dell'alcol in gravidanza, sullo spettro dei disturbi fetto alcolici (FASD) e della sindrome fetto alcolica (FAS). Ciò attraverso tre diversi step: n°1: “Monitorare il reale consumo di alcol in gravidanza e della reale esposizione prenatale all'alcol materno” che prevedeva la raccolta e l'analisi dei campioni di capelli delle gestanti e i meconi dei neonati; n° 2 “Produrre e diffondere materiali informativi sul territorio nazionale per promuovere la prevenzione di FAS e FASD” che prevedeva 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 Fetto Alcolici (Fetal Alcohol Spectrum Disorder, FASD) e della Sindrome Fetto Alcolica (Fetal Alcohol Syndrome, FAS)” suddiviso in 6 capitoli che hanno visto il contributo degli esperti di tutte le UO; n° 3 “Formare i professionisti sociosanitari sui rischi del consumo dell'alcol in gravidanza”, che ha erogato corsi di formazione online – corsi FAD sullo “Spettro dei Disturbi Fetto Alcolici” agli operatori sociosanitari.

Il progetto si è concluso con la produzione di un Manuale dal titolo “Prendersi cura dello Spettro dei Disordini Feto Alcolici (FASD)” a cura del referente scientifico dell’Istituto Superiore di Sanità dott.ssa Simona Pichini.

LA CONFERENZA NAZIONALE ALCOL

La Legge del 30.3.2001 n. 125 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati”, all’art.3 comma 4, prevede ogni anno l’assegnazione al Ministero della Salute di due ordini di fondi, uno affidato alla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria (DGPRES) finalizzato a finanziare progetti assegnati alle Regioni e PPAA, l’altro affidato alla Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti Europei ed Internazionali (DGCOREI) finalizzato a promuovere la realizzazione di attività di informazione e di prevenzione. L’Ufficio 6 della DGPRES, in accordo con la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, acquisito il parere del Ministro della Salute e in collaborazione con la DGCOREI, ha intrapreso il percorso finalizzato alla realizzazione della Seconda Conferenza Nazionale sull’Alcol quale momento di sintesi del lavoro svolto in questo ambito da tutti i livelli istituzionali. L’Ufficio 6 della DGPRES, competente in materia, ha stabilito, insieme al Gruppo Tecnico Interregionale sub area delle Dipendenze della Commissione Salute, gli ambiti ritenuti più rilevanti per la Sanità Pubblica in ambito alcologico da sviluppare in progettualità finalizzate a fornire i contributi per la Conferenza mediante la produzione di documenti di analisi e documenti di consenso. Le attività progettuali si sono svolte nell’arco degli anni 2019-2022 attraverso riunioni settimanali e workshop per agevolare la discussione ed il confronto. Le aree tematiche nelle quali si raggruppano i documenti conclusivi dei progetti sono le seguenti: “Gli interventi di prevenzione in ambito scolastico e l’aggancio precoce dei giovani vulnerabili”; “Alcol e Guida. Gli accertamenti finalizzati alla revisione delle capacità fisiche e psichiche per la guida in caso di violazione dell’art. 186 del codice della strada”; “La Formazione in alcologia”; “Le Reti Curanti”.

La Seconda Conferenza Nazionale Alcol, dal titolo: "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcologia italiana", **si è svolta presso il Ministero della Salute nelle date del 15-16-17 Marzo 2022 sia in presenza sia in modalità streaming**. I referenti scientifici delle due Regioni capofila, Valeria Zavan per la Regione Piemonte e Giovanni Greco per la Regione Emilia-Romagna, nei gruppi di lavoro ove è avvenuto il confronto e la predisposizione dei documenti, hanno coinvolto tutte le Regioni, le Istituzioni Centrali: Ministero dell’Istruzione, Ministero dell’Università e della Ricerca, Ministero dell’Interno, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti; l’Associazione Nazionale Comuni Italiani, l’Istituto Superiore di Sanità, le Società Scientifiche del Settore: Società Italiana di Alcologia, Società Italiana Patologie delle Dipendenze, Federazione Italiana Servizi delle Dipendenze, Società Italiana Tossicodipendenze; le Associazioni di settore: Associazione dei Club Alcologici Territoriali, Alcolisti Anonimi; Associazione dei Gruppi Familiari; le rappresentanze ufficiali delle Comunità terapeutiche: Coordinamento Enti Accreditati per le Dipendenze, Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, Federazione Italiana Comunità Terapeutiche.

Come opportuna conclusione della Conferenza stessa, il Ministero ha provveduto ad istituire il “Tavolo di Lavoro sull’alcol” con l’obiettivo di elaborare i documenti presentati durante il suddetto Evento con la finalità di predisporre un Report finale. I componenti del Tavolo di Lavoro,

coordinato dall'Ufficio 6 della DGPRES, hanno proposto la redazione del "Libro Bianco" come strumento per diffondere le conoscenze che sono state discusse nella Conferenza al fine di fornire un documento di riferimento per gli operatori del settore.

IL LIBRO BIANCO "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana"

Il Libro Bianco è strutturato in capitoli correlati alle tematiche affrontate nella "Conferenza Nazionale Alcol", e segue una griglia logica che predispose i singoli contributi riferendosi ad uno schema concettuale articolato come segue.

I primi capitoli del libro descrivono il panorama internazionale, europeo e nazionale, i cui dati sono stati pubblicati nella relazione del Ministro della Salute al Parlamento 2022 e nel rapporto ISTISAN 2022. Tali dati sono stati presentati nella relazione di apertura della Seconda Conferenza Nazionale Alcol che è stata affidata all'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità che cura annualmente l'aggiornamento epidemiologico mediante il sistema di sorveglianza SISMA - Sistema di Monitoraggio Alcol, previsto dal DPCM 03.03.2017. A seguire, il documento include un capitolo in cui sono brevemente riassunti i riferimenti normativi e programmatici internazionali, europei e nazionali, cui fare riferimento negli anni a venire. In particolare, viene illustrato il nuovo Piano d'Azione europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità 2022-2030 teso ad implementare la strategia globale di riduzione dell'uso dannoso di alcol. Strategie rese esecutive dall'Assemblea Mondiale della Sanità lo scorso 24 maggio 2022, nell'ambito di una più ampia strategia mondiale di lotta alle malattie croniche non trasmissibili – *Non Communicable Diseases*, quale azione principe dell'Agenda 2030 della Nazioni Unite e degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile - *Sustainable Development Goals*, che prevedono la riduzione del 10% del consumo rischioso e dannoso di alcol entro il 2025. Un interessante riferimento storico che illustra le posizioni ideologiche, scientifiche e le iniziative inerenti l'ambito dell'alcolologia in Italia prima e dopo la "Legge Quadro sull'alcol e sulle patologie e problematiche alcol correlate" è descritto nel Capitolo intitolato "La storia dell'alcolologia italiana prima e dopo la Legge 125/2001".

Le aree tematiche sono articolate nel seguente modo: stato dell'arte, scenario attuale e tendenze in atto, criticità e punti di forza - limiti e disfunzioni del presente e potenzialità delle proposte condivise -, raccomandazioni volte a innovazioni e strategie di avanzamento rispetto allo status quo. Ciascun capitolo è accreditato per il nome dei coautori. Nella Seconda Conferenza Nazionale sull'Alcol è stato presentato un documento condiviso dalle Società Scientifiche, pregevole anche perché è la prima volta che si concretizza un'azione tra di esse con una simile sinergia. Si è ritenuto più che opportuno prevedere uno spazio anche per le Associazioni affinché la loro voce non fosse soffocata dagli innumerevoli temi trattati ma anzi fosse più che mai inclusiva e partecipativa.

Il Libro Bianco termina con il capitolo dedicato alle Conclusioni, che sintetizza gli elementi salienti dei documenti, mettendo a fuoco in particolare le iniziative raccomandate per volgere al miglioramento della qualità, dell'efficienza e dell'equità delle prestazioni offerte alle persone con disturbo da uso di alcol e dei loro familiari.

Di seguito l'indice degli argomenti trattati nel Libro Bianco.

INDICE

ABBREVIAZIONI.....	
PREFAZIONE.....	
PRESENTAZIONE.....	
LA CORNICE DI RIFERIMENTO.....	
Il panorama internazionale / europeo.....	
Il panorama nazionale.....	
Riferimenti programmatici e normativi.....	
LA CORNICE STORICA.....	
L'Alcolgia Italiana prima e dopo la Legge 125/2001.....	
LE AREE TEMATICHE.....	
Introduzione del coordinatore tecnico del gruppo interregionale sub-area dipendenze	
Introduzione dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani.....	
1. GIOVANI E ALCOL.....	
Introduzione del responsabile scientifico.....	
La prevenzione nel setting scolastico.....	
Modalità di ingaggio e di intervento dedicate ai giovani con modalità di consumo problematiche.....	
2. ALCOL E GUIDA: Gli accertamenti finalizzati alla revisione delle capacità fisiche e psichiche per la guida in casi di violazione dell'art. 186 del codice della strada.....	
3. LE RETI CURANTI.....	
Introduzione del responsabile scientifico.....	
La rete alcologica oggi.....	
Processi di <i>assessment</i> e presa in carico integrata.....	
Cronicità e vulnerabilità.....	
Riabilitazione alcologica breve.....	
Il percorso del trapianto d'organo in paziente con patologia alcol-correlata	
4. LA FORMAZIONE.....	
La formazione alcologica di base in ambito universitario.....	
La <i>Clinical competence</i> degli operatori.....	
LE ASSOCIAZIONI: "Il protagonismo di ciascuno, il benessere di tutti"	
I Club Alcolgici Territoriali e l'approccio ecologico sociale: visione e proposte.....	
Alcolisti Anonimi Italia.....	
I Gruppi Familiari Al-Anon.....	
LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE: Proposte per la valorizzazione dell'alcolgia italiana.....	
CONCLUSIONI.....	
ALLEGATI.....	
1. Programma della Conferenza Nazionale Alcol 2022.....	
2. Decreto costitutivo del Tavolo Tecnico di Lavoro sull'Alcol.....	

Il Libro bianco è stato pubblicato sul Portale del Ministero della Salute nell'area tematica dedicata ai Disturbi da Uso di Alcol, al link:

www.salute.gov.it/portale/alcol/dettaglioPubblicazioniAlcol.jsp?lingua=italiano&id=3274

3.2 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**
- **Piano d'azione (2022-2030) per attuare efficacemente la strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol (OMS – 24/05/2022)**
- **European framework for action on alcohol 2022-2025 (OMS-EU 14/09/2022)**

L'Assemblea Mondiale della Sanità, il 24 Maggio 2022, ha adottato il *“Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol”*, ovvero il Piano di Azione (2022-2030) per rafforzare l'attuazione della strategia globale per ridurre i danni da uso dell'alcol come priorità per la salute pubblica, al fine di ridurre in modo significativo la morbilità e la mortalità dovute al consumo di alcol, ponendosi pertanto in continuità con *“Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases 2013-2020” (OMS)*, e prevedendo un ulteriore impegno per l'obiettivo di ridurre il consumo dannoso di alcol nei Paesi membri, portandolo dal 10% al 20% (rispetto al 2010) entro il 2030.

Inoltre, il Piano di Azione sull'alcol 2022-2030 sostiene la realizzazione degli impegni assunti nell'ambito dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite per lo Sviluppo Sostenibile, che comprendono il raggiungimento degli obiettivi 3.4 (Ridurre la mortalità per malattie non trasmissibili e promuovere la salute mentale) e 3.5 (Prevenire e curare l'abuso di sostanze).

Ciascun Paese della Regione Europea dell'OMS dovrà quindi recepire con propri Piani di Azione a livello locale i principi, gli obiettivi e le azioni del Piano di Azione dell'OMS, elaborandoli e adattandoli al proprio contesto. I Paesi membri in questa delicata operazione saranno coordinati e supportati dal Segretariato dell'OMS.

Il documento si compone di diverse parti che saranno approfondite nel documento integrale esigibile al Link: [Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases \(who.int\)](#)

Di seguito si riporta l'articolazione strutturale principale del documento.

Obiettivi operativi

1. Aumentare la copertura della popolazione, l'attuazione e l'applicazione di strategie politiche e interventi ad alto impatto per ridurre il consumo dannoso di alcol in tutto il mondo per una salute migliore ed un benessere generale, tenendo conto della prospettiva di genere e di un approccio basato sul corso della vita.
2. Rafforzare l'azione multisettoriale attraverso una governance efficace, un maggiore impegno politico, la leadership, il dialogo e il coordinamento dell'azione multisettoriale.
3. Migliorare la capacità di prevenzione e cura dei sistemi sanitari e di assistenza sociale per i disturbi dovuti al consumo di alcol e alle condizioni sanitarie associate come parte integrante della copertura sanitaria universale e in linea con l'Agenda 2030 e i suoi obiettivi sanitari.
4. Aumentare la consapevolezza dei rischi e dei danni associati al consumo di alcol e dell'impatto che può avere sulla salute e sul benessere degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle nazioni, nonché aumentare la consapevolezza dell'efficacia delle diverse opzioni politiche per ridurre il consumo e i relativi danni.
5. Rafforzare i sistemi informativi e la ricerca per monitorare il consumo di alcol, i danni alcol-correlati, i fattori determinanti e le risposte politiche a tutti i livelli, con la diffusione di informazioni relative allo sviluppo e alla valutazione delle politiche e degli interventi.
6. Aumentare significativamente la mobilitazione di risorse necessarie per svolgere un'azione appropriata e sostenuta al fine di il consumo dannoso di alcol a tutti i livelli.

Principi operativi

Azione multisettoriale. Lo sviluppo, l'attuazione e l'applicazione delle politiche di controllo dell'alcol a tutti i livelli richiedono un'azione multisettoriale concertata, con il coinvolgimento del settore sanitario e di altri settori pertinenti, come il mondo del lavoro, le dogane, l'agricoltura, l'istruzione, i trasporti, lo sport, la cultura, la finanza e le forze dell'ordine, per affrontare l'uso dannoso di alcol nelle loro attività.

Copertura sanitaria universale. Tutti gli individui e le comunità, comprese quelle delle zone rurali, ricevono i servizi sanitari di cui hanno bisogno per ridurre il problema sanitario causato dal consumo dannoso di alcol, dalla promozione della salute alla prevenzione, trattamento, riabilitazione e cure palliative lungo tutto il corso della vita., senza subire difficoltà finanziarie,

Approccio del corso di vita. Riconoscere l'importanza e l'interrelazione delle misure di controllo dell'alcol, degli interventi di prevenzione e trattamento per prevenire e ridurre i danni alcol-correlati in tutte le fasi della vita di una persona e per tutte le fasce di età. Questo varia dall'eliminazione del commercio, della pubblicità e vendita di prodotti alcolici ai minori, alla tutela del nascituro dall'esposizione prenatale all'alcol e alla prevenzione e gestione dei danni dovuti al consumo di alcol negli anziani.

Tutela da interessi commerciali. Lo sviluppo di politiche pubbliche per ridurre il consumo dannoso di alcol dovrebbe essere protetto, in conformità con le leggi nazionali, da interessi commerciali e di altro tipo che possono interferire e minare gli obiettivi di salute pubblica.

Approccio basato sull'equità. Le politiche e gli interventi di salute pubblica per ridurre il consumo dannoso di alcol dovrebbero mirare a ridurre le disuguaglianze sanitarie e proteggere le persone (al di là delle divisioni sociali, biologiche, economiche, demografiche o geografiche) dai danni alcol-correlati.

Approccio ai diritti umani. La protezione dai danni alcol-correlati (AUD) e l'accesso alla prevenzione e al trattamento dell'AUD nei sistemi sanitari contribuisce all'adempimento del diritto al più alto livello di salute raggiungibile; le strategie e gli interventi per ridurre il consumo dannoso di alcol dovrebbero affrontare ed eliminare le pratiche discriminatorie (sia reali che percepite) per quanto riguarda le misure preventive e i servizi sanitari e sociali per le persone con AUD.

Potenziamento delle persone e delle comunità. Lo sviluppo e l'attuazione di strategie e interventi per ridurre il consumo dannoso di alcol e proteggere le persone e le comunità dai danni causati dall'alcol dovrebbero fornire l'opportunità per un impegno attivo di persone comprese quelle con esperienze vissute di danni causati dall'alcol o AUD.

Aree chiave per l'azione globale

Area d'azione 1: Attuazione di strategie e interventi ad alto impatto

Area d'azione 2: Patrocinio, consapevolezza e impegno

Area d'azione 3: Partenariato, dialogo e coordinamento

Area d'azione 4: Supporto tecnico e rafforzamento delle capacità

Area d'azione 5: Produzione di conoscenza e sistemi informativi

Area d'azione 6: Mobilitazione delle risorse

Al Piano di Azione (2022-2030) per rafforzare l'attuazione della strategia globale per ridurre i danni da uso dell'alcol come priorità per la salute pubblica, illustrato precedentemente, è seguito il documento "**European framework for action on alcohol 2022-2025**" adottato dalla Regione Europea dell'OMS il 14 Settembre 2022 durante la 72nd session che si è tenuta a Tel Aviv, Israele. Di seguito si riportano i link al documento:

- European framework for action on alcohol 2022-25.: **EUR/RC72/12: European framework for action on alcohol 2022–2025 (who.int)**
- La relativa Decisione di adozione da parte del Comitato Regionale di settembre 2022: **EUR/RC72(4): Decision on European framework for action on alcohol 2022–2025 (who.int)**

Il documento "*European framework for action on alcohol 2022-2025*" si propone di rappresentare il supporto della regione europea dell'OMS per gli Stati membri al fine di raggiungere gli obiettivi operativi, condividere i principi operativi e dare priorità alle aree di azione, come stabilito nel Piano d'azione 2022-2030 (OMS).

Il documento "*European framework for action on alcohol 2022-2025*" consta di azioni chiave organizzate in sei differenti aree di intervento.

Per ogni area di intervento sono previste sia le **raccomandazioni** per gli Stati membri sia le **azioni** che l'Ufficio regionale dell'OMS può compiere per l'Europa.

Si rimanda al Link su riportato per prendere visione del documento integrale; mentre di seguito verranno elencate le **sei aree di intervento**:

1. Prezzi degli alcolici
2. Disponibilità di alcol
3. Marketing dell'alcol
4. Informazioni sulla salute
5. Offerta del Servizio Sanitario
6. Supporto alle Comunità

3.3 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 2022, ha effettuato le attività preliminari alla produzione e diffusione di una campagna di comunicazione digitale rivolta soprattutto ai giovani di età tra i 18 e i 25 anni, con i seguenti obiettivi: contrastare l’abuso di alcol nella popolazione giovanile; favorire la diffusione di corretti stili di vita; sensibilizzare i ragazzi sui danni che l’alcol produce alla salute; attivare nei giovani processi di consapevolezza e di empowerment.

L’accordo stipulato tra Il Ministero della Salute e 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 dell’adozione di corretti stili di vita ad oggi ha prodotto quanto segue: sono stati inviati questionari rivolti ai professionisti dell’ambito delle dipendenze e specificamente dell’alcol, intercettati tramite il gruppo interregionale dipendenze incardinato in seno alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome. La finalità della rilevazione è stata quella di ricevere un apporto dagli operatori del settore rispetto alle tematiche di maggior interesse in relazione al target di riferimento. I questionari raccolti sono stati rielaborati, è stata fatta un’analisi ed un incontro nel mese di aprile 2022 con i componenti del gruppo interregionale per la restituzione dei risultati ed un breve commento rispetto a quanto emerso. Inoltre è stata selezionata un’azienda fra le due inizialmente invitate a presentare un’offerta per i servizi di ideazione creativa, progettazione grafica e produzione di vari materiali per la campagna di informazione e comunicazione al fine di sensibilizzare i giovani. L’agenzia ha sottoposto ai rappresentanti delle Regioni e del Ministero il *concept* della campagna e una serie di proposte per il *claim* e per il *pay-off*. Attualmente sta adattando il messaggio ai diversi contesti sociali (università, volontariato, ambiente) individuati dal gruppo di lavoro.

La proposta dell’agenzia è quella di realizzare un video e una serie di *clip* che avranno come *testimonial* alcuni *influencer* molto conosciuti dal pubblico giovanile, i quali veicoleranno il messaggio condiviso anche ai loro *follower* attraverso i loro canali social.

È altresì previsto, dopo il lancio nazionale, la diffusione della campagna di sensibilizzazione anche a livello regionale attraverso i Piani Regionali della Prevenzione (Obiettivo Trasversale: *Comunicazione*).

Nel mese di marzo è stata organizzata da questa Direzione Generale la Seconda Conferenza Nazionale Alcol, 15 – 16 – 17 Marzo 2022, evento organizzato sia in presenza (presso l’Auditorium del Ministero della Salute a Roma) sia in modalità streaming sui canali ufficiali del Ministero della Salute, che ha visto la partecipazione tra gli altri, dei rappresentanti delle Associazioni, delle Regioni, dell’ANCI, degli operatori del settore, delle società scientifiche, dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS) e di altre istituzioni.

Nel mese di ottobre la Direzione ha pubblicato sul portale del Ministero il Libro Bianco "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana".

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

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

Le risorse finanziarie dell'anno 2021 sono state assegnate alla Regione Lombardia per il progetto "*L'intervento in Alcologia 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. La Regione Lombardia ha chiesto ed ottenuto una proroga di sei mesi per superare le criticità che si sono verificate a causa della pandemia da Covid che ha rallentato di fatto alcune attività progettuali. Il progetto presenterà nel mese di Settembre del 2023 il Report conclusivo contenente tutte le informazioni e i risultati raggiunti che verranno riportati nella Relazione al Parlamento anno 2023.

Le risorse finanziarie dell'anno 2022 sono state assegnate dalla Commissione Salute, sentito il parere del Gruppo tecnico interregionale sub area dipendenze, alle Regioni Veneto e Valle d'Aosta. Entrambe le Regioni avranno lo stesso ambito progettuale che si avvale del titolo "**Contrasto al binge drinking: interventi a favore dei giovani vulnerabili**" e si divideranno al 50% la somma di 97.008,00 euro del Fondo Alcol, di cui alla Legge n. 125/2001.

PARTE TERZA

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

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

La Relazione al Parlamento quest'anno illustrerà le conclusioni dei progetti finanziati con i fondi dell'anno finanziario 2020.

Le Regioni capofila dei progetti sono state essenzialmente due, la Regione Emilia Romagna con il progetto "Resalio – Pandemia Covid 19 e Servizi Territoriali per le Dipendenze" e la Regione Sardegna con il progetto "La Medicina di Genere nel Disturbo da Uso di Alcol".

Entrambe le tematiche scelte rispondono ad esigenze emerse nell'anno 2020 e ancora attuali.

La Pandemia da Covid ha comportato da subito molte criticità, si sono dovute rimodulare le tipologie di offerta dei servizi e individuare nuove soluzioni. Il progetto si pone la finalità di raccogliere e valutare buone pratiche ed elementi innovativi da condividere su tutto il territorio nazionale.

Il progetto che affronta la tematica "La Medicina di Genere nel Disturbo da Uso di Alcol" risponde non solo al nuovo approccio alla medicina, come previsto dal Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (Ministero della Salute, 2019) in attuazione dell'articolo 3 "Applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel Servizio Sanitario Nazionale", comma 1, Legge 3/2018, ma anche ad un incremento del numero di donne che consumano bevande alcoliche fuori pasto e occasionalmente, superando le quantità definite dalla Comunità scientifica "quantità a basso rischio". Il progetto prevede di fornire e di adottare un modello condiviso e integrato di intervento nell'ambito della Medicina di Genere nelle seguenti aree: a) "previsione di un approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche e le scienze umane che tenga conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire l'appropriatezza della ricerca, della prevenzione, della diagnosi e della cura"; b) "promozione e sostegno della ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale basata sulle differenze di genere"; c) "promozione e sostegno dell'insegnamento della Medicina di Genere, garantendo adeguati livelli di formazione e di aggiornamento di tutto il personale medico e sanitario"; d) "promozione e sostegno dell'informazione pubblica sulla salute e sulla gestione delle malattie, in un'ottica di differenza di genere".

Re sa lio

Rapporto tecnico-scientifico

Focus Group

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

INDICE

PROGETTO “RESALIO”: I FOCUS GROUP	124
Il metodo.....	124
L’articolazione dei focus group	125
FOCUS GROUP N°1	127
L’esercizio rompighiaccio	128
I brainstorming.....	129
FOCUS GROUP N°2	138
L’esercizio rompighiaccio	138
I brainstorming.....	139
CONCLUSIONI	148

PROGETTO “RESALIO”: I FOCUS GROUP

Nell’ambito delle attività del 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” la Regione Emilia Romagna ha previsto l’organizzazione di due *focus group* con il coinvolgimento di un gruppo di operatori dei servizi delle dipendenze e di utenti esperti individuati dalle Ausl regionali e selezionati per creare una riflessione partecipata partendo dai principali temi affrontati dal progetto.

La tematica di approfondimento individuata dalla Regione Emilia Romagna per lo svolgimento dei *focus group* è stata quella della domiciliarità nell’ambito dei servizi per le dipendenze, intesa come l’insieme degli interventi di prossimità finalizzati a garantire la continuità di cura.

A seguito dell’emergenza pandemica, durante il quale questa tipologia di servizio è stata incentivata per rispondere alle evidenti criticità, è stato infatti creato un gruppo regionale di lavoro specifico su questo argomento che ha elaborato delle Linee di indirizzo in merito alle sperimentazioni delle funzioni di prossimità nei Servizi per le Dipendenze Patologiche (cfr. Allegato 1) sulla base delle quali sono stati realizzati tre progetti sperimentali nei territori dell’Ausl Piacenza (3 distretti), dell’Ausl Bologna (Ser.D. cittadino) e dell’Ausl Reggio Emilia (Progetti di *Housing First*).

I *focus group* si inseriscono quindi in questo processo con l’obiettivo, allargando il confronto sul tema della domiciliarità nei servizi per le dipendenze a tutto il territorio dell’Emilia Romagna, di implementare il documento di indirizzo regionale alla luce delle criticità e delle buone pratiche emerse in fase di progettazione nei diversi territori.

Il metodo

I 2 *focus group* si sono svolti online, su piattaforma Zoom, hanno avuto la durata di 3h ciascuno e sono stati condotti da un facilitatore con comprovata esperienza nei processi partecipativi delle pubbliche amministrazioni, coadiuvato per la parte tecnica da ricercatori IFC-CNR.

I *focus group* sono stati integralmente registrati, previa autorizzazione da parte di tutti i partecipanti.

La Regione Emilia Romagna ha individuato un totale di 22 partecipanti ai *focus group* selezionandoli tra le seguenti categorie:

- operatori dei servizi che hanno partecipato attivamente ai 3 progetti sperimentali sulla domiciliarità;
- operatori di altri territori non ancora interessati dalla sperimentazione ma potenzialmente interessati ad attivare analoghi servizi;
- personale degli Uffici Regionali competenti;
- utenti esperti dei servizi.

I partecipanti sono stati suddivisi in modo bilanciato sui due *focus group* in base a criteri territoriali e di competenza.

Gli utenti esperti hanno interagito col gruppo e hanno contribuito ai lavori con il supporto tecnico degli operatori di riferimento.

Il personale della Regione Emilia Romagna ha preso parte ai *focus group* con il duplice ruolo di partecipante, con possibilità di inserimento e commento di contenuti, e di supporto alla conduzione, con particolare riferimento agli aspetti più tecnici e amministrativi legati ai contenuti e agli obiettivi prefissati.

A tutti i partecipanti è stata preventivamente inviata una comunicazione contenente le regole *del focus group* e le Linee di indirizzo.

Le attività si sono basate sulla metodologia di lavoro della “ricerca sociale apprezzativa”, che si focalizza su quanto di efficiente e funzionante già esiste all’interno dei temi trattati, favorendo lo sviluppo di proposte volte al miglioramento degli stessi. L’elemento di novità è il superamento del concetto tradizionale del *problem solving*: partendo dagli elementi apprezzativi tutti i partecipanti hanno potuto elaborare le proprie proposte.

Ciascun *focus group* è stato moderato e facilitato utilizzando Groupmap, un *software* appositamente pensato per il *decision-making* collettivo, che permette a tutti i partecipanti di scrivere direttamente i propri contributi su una lavagna condivisa e consente di effettuare e visualizzare accorpamenti, votazioni di proposte, restituzioni visuali.

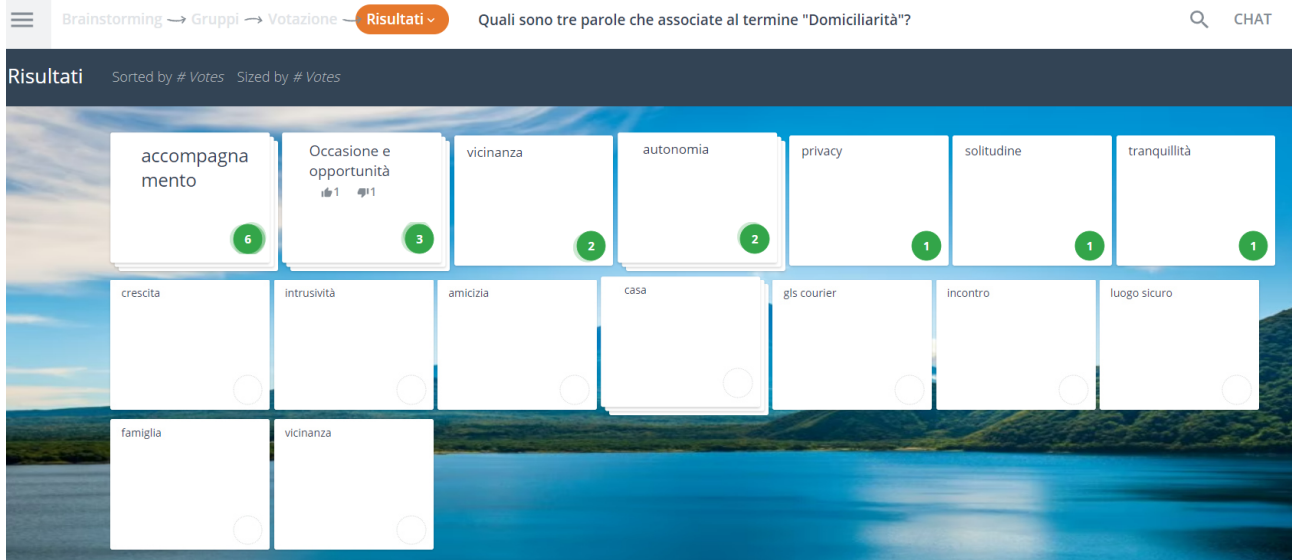
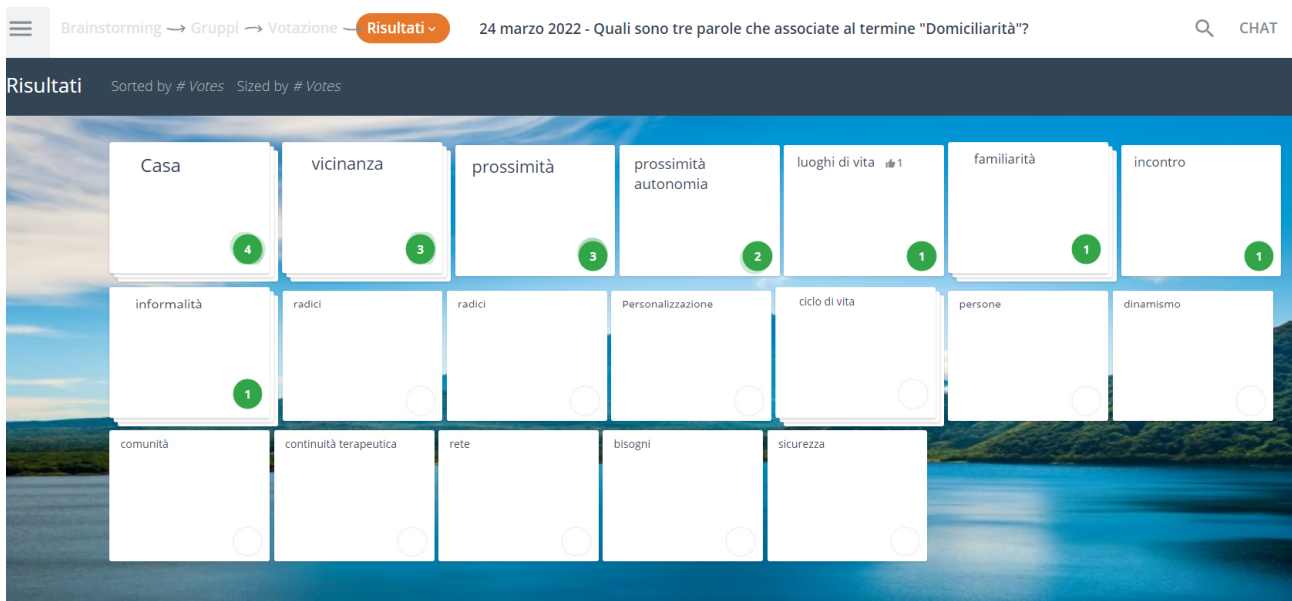
L'articolazione dei focus group

Dopo un’introduzione metodologica da parte di IFC-CNR, un intervento sugli obiettivi dei *focus group* curato dai rappresentanti della Regione Emilia Romagna e un’autopresentazione da parte dei partecipanti il facilitatore i due *focus group* si sono articolati in 5 fasi:

1. Esercizio rompighiaccio

Palestra sulle parole chiave connesse al tema della domiciliarità che ha l’obiettivo di entrare nell’argomento e di familiarizzare con l’utilizzo di Groupmap, lo strumento di lavoro partecipato online (20 min totali)

Figura 1 Schermata Groupmap – esercizio rompighiaccio (Focus group 1 e 2)



2. Brainstorming 1: Cosa è stato fatto: Quali sono le azioni messe in campo rispetto al tema della domiciliarità sui territori?

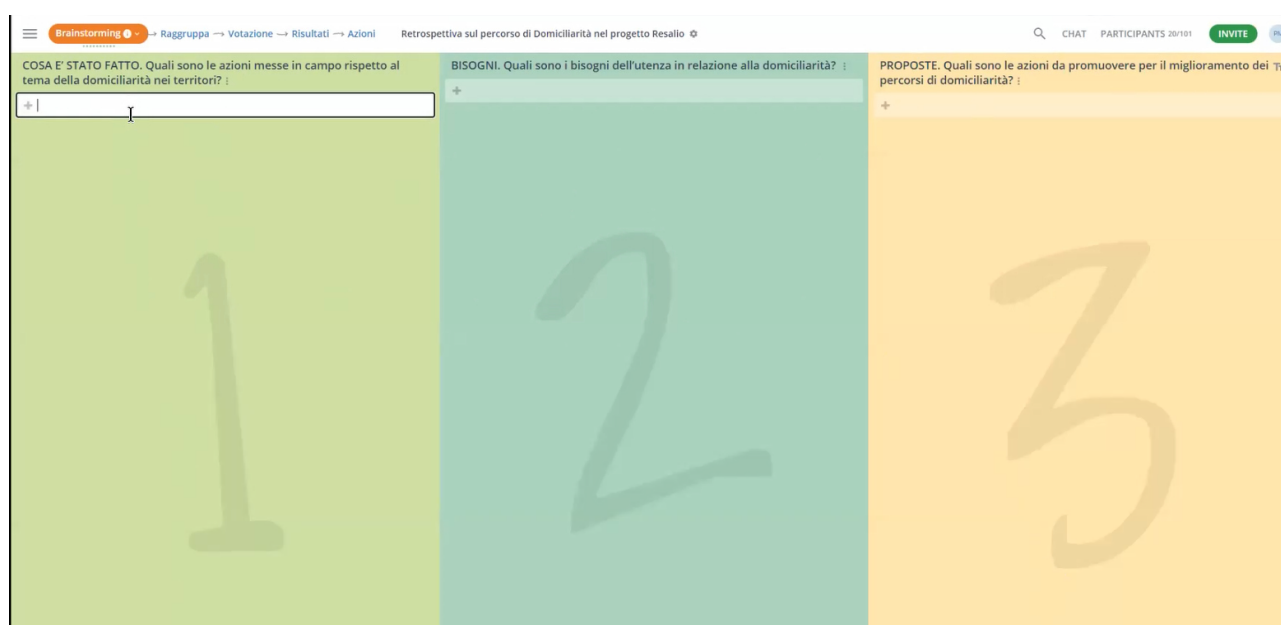
- Ogni partecipante scrive sulla lavagna condivisa un'idea o proposta. Tutte le idee vengono rilette dal facilitatore ed è possibile aggiungerne una seconda che non sia stata espressa precedentemente (15-20 min).
- Aggregazione: riletture e raggruppamento delle idee o proposte simili (20 min).
- Eventuali approfondimenti da parte dei partecipanti (10 min).
- Votazione: Ogni partecipante ha due voti a disposizione e può distribuirli tra le diverse proposte in modo da dire quali sono quelle prioritarie (5 min).
- Risultati: lettura dei risultati (5 min).

3. Brainstorming 2: Bisogni: Quali sono i bisogni dell'utenza in relazione alla domiciliarità?

- Ogni partecipante scrive sulla lavagna condivisa un'idea o proposta. Tutte le idee vengono rilette dal facilitatore ed è possibile aggiungerne una seconda che non sia stata espressa precedentemente (15-20 min).
- Aggregazione: riletture e raggruppamento delle idee o proposte simili (20 min).
- Eventuali approfondimenti da parte dei partecipanti (10 min).

- **Votazione:** Ogni partecipante ha due voti a disposizione e può distribuirli tra le diverse proposte in modo da dire quali sono quelle prioritarie (5 min).
 - **Risultati:** lettura dei risultati (5 min).
4. **Brainstorming 3: Proposte: Quali sono le azioni da promuovere per il miglioramento dei percorsi di domiciliarità?**
- Ogni partecipante scrive sulla lavagna condivisa un'idea o proposta. Tutte le idee vengono rilette dal facilitatore ed è possibile aggiungerne una seconda che non sia stata espressa precedentemente (15-20 min).
 - **Aggregazione:** rilettura e raggruppamento delle idee o proposte simili (20 min).
 - **Eventuali approfondimenti** da parte dei partecipanti (10 min).
 - **Votazione:** Ogni partecipante ha due voti a disposizione e può distribuirli tra le diverse proposte in modo da dire quali sono quelle prioritarie (5 min).
 - **Risultati:** lettura dei risultati (5 min).

Figura 2 Schermata Groupmap – visualizzazione domande brainstorming



5. **Commenti finali**

Discussione finale con *feedback* da parte dei partecipanti sui risultati del lavoro e sulla metodologia utilizzata per la gestione del *focus group* (10 min).

FOCUS GROUP N°1

Il primo *focus group* si è svolto in data 24 marzo 2022 per la durata totale di tre ore (14.30-17.30) e ha visto il coinvolgimento di 10 partecipanti. In seguito vengono indicati i loro ruoli e l'AUSL di appartenenza.

Tab. 1 Lista partecipanti al Focus group 1 (24/03/2022)

Ruolo	Ausl di appartenenza
-------	----------------------

Operatrice prossimit�	SerDPAusl Bologna
Assistente sociale	SerDPAusl Bologna
Educatore	Ausl Romagna (ambito Forli)
Coordinatore infermieristico	Ausl Modena
Tecnico riabilitazione psichiatrica	SerDPAusl Modena
2 Utenti esperti	Modena
Medico, referente programma dipendenze	Asl Piacenza
Medico, referente alcologico	USL Piacenza
Assistente sociale	Asl Romagna (ambito Ravenna)
3 Tecnici Regionali	Regione Emilia Romagna

L'esercizio rompighiaccio

Per riscaldare il gruppo, introdurre il tema e favorire la familiarizzazione con la metodologia adottata per la gestione del *focus group*   stato proposto dal facilitatore un esercizio rompighiaccio: ai partecipanti   stato chiesto di condividere all'interno della piattaforma Groupmap le proprie risposte rispetto alla seguente domanda: "Quali sono tre parole che associate al termine domiciliarit ?". Le parole emerse sono presentate nella *wordcloud* (Figura 1).

Figura 3 Wordcloud delle parole associate al termine domiciliarit 



Dopo la lettura di tutte le parole inserite,   stato chiesto ai partecipanti di esprimere una valutazione scegliendo le due parole ritenute pi  rilevanti che ha dato il seguente esito: *casa* (4 voti), *vicinanza* (3 voti), *prossimit * (3 voti), *prossimit  e autonomia* (2 voti), *luoghi di vita* (1 voto), *familiarit * (1 voto), *incontro* (1 voto) e *informalit * (1 voto).

Brainstorming

Brainstorming 1 - Cosa è stato fatto: Quali sono le azioni messe in campo rispetto al tema della domiciliarità sui territori?

I partecipanti hanno risposto in autonomia alla domanda utilizzando l'apposita funzione di Groupmap. Al termine del tempo a loro disposizione la lavagna condivisa si è popolata quindi di un elenco di azioni che sono riportate nella seguente tabella.

Tab. 2 Brainstorming 1: Lista delle azioni messe in campo

Appartamenti di Housing first
Budget di salute
Collaborazione tra ETS che lavorano sul territorio
Coprogettazione interventi con Enti Locali
Equipe condivise
Forte integrazione dei servizi. Sostegno e accompagnamento nella situazione pandemica di target e popolazioni più fragili. Attivata la creatività. Maggiore unità e chiarezza degli obiettivi e capacità di integrare gli sforzi e lavoro.
Incremento utilizzo telemedicina, sostegno alle persone per utilizzo piattaforme o attivazione SPID ecc... ampliamento affido oppioidi, riunioni on line, verifiche on line e telefoniche (comunità, con la persona a domicilio, carcere) supporto all'abitare, incremento strumenti come il budget di salute
Integrazione e co progettazione con i servizi sociali (ETI)
Interventi di prossimità rivolti ad utenti multiproblematici
Nel territorio di Piacenza, la domiciliarità è stata attivata in primis per la consegna delle terapie sostitutive per pazienti per es. malati, agli arresti domiciliari oppure in quarantena; l'accompagnamento dei pz a visite specialistiche oppure per accompagnare pazienti in strutture di ricovero oppure in ingressi di percorsi comunitari. In altri casi gli operatori sono stati inviati per es. per verificare le condizioni abitative dei pz che non riuscivano ad accedere ai servizi e per un loro sostegno sociale.
Per i progetti di disassuefazione dal fumo è stata implementata l'attività telefonica
Progetti di rete
Progetti individualizzati a domicilio (secondo possibilità offerta dall'Allegato 2 dell'accordo RER-Enti Ausiliari)
Prolungamento dei giorni di affido delle terapie
Telemedicina
Video colloqui soprattutto di natura psicologica
Visite domiciliari, accompagnamento utenti in varie circostanze, tutoring e assistenza durante ricoveri, consegna e verifica terapie, consegna kit di riduzione del danno, accompagnamenti in strutture residenziali

Si è quindi proceduto, con la guida del facilitatore, ad un'attività di aggregazione e categorizzazione delle azioni proposte secondo lo schema riportato in Tab. 3.

Tab. 3 brainstorming 1 - Accorpamenti

Integrazione e co-progettazione tra servizi	Collaborazione tra ETS che lavorano sul territorio • Coprogettazione interventi con Enti Locali • Integrazione e co progettazione con i servizi sociali (ETI) • Progetti di rete
Budget di Salute	Ricorso al Budget di Salute
Video colloqui	Video colloqui soprattutto di natura psicologica • Telemedicina

I partecipanti, che hanno dichiarato all'unanimità di essere concordi con quanto emerso dal lavoro di gruppo, hanno quindi avuto la possibilità di aggiungere eventuali commenti ed approfondimenti.

In merito al tema dei progetti di rete vengono rilevati (con una sostanziale omogeneità a livello regionale) l'attivazione, l'implementazione e il rafforzamento di attività di integrazione tra servizi, sia con progetti interni ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, sia con partner esterni.

La collaborazione con gli enti esterni ha interessato in particolare il lavoro di strada e di prossimità e i progetti di *housing*.

Insieme ai partner esterni è stato svolto un lavoro congiunto, con obiettivi ben definiti e capacità di integrare gli sforzi: la collaborazione si è basata sull'intento comune di sostenere e accompagnare gli utenti più fragili durante la situazione di criticità acuta causata dall'emergenza pandemica.

La collaborazione integrata, che ha rappresentato un aiuto concreto per gli operatori, ha interessato un ampio ventaglio di interventi: consegna delle terapie accompagnamento a visite e controlli, svolgimento di visite domiciliari a utenti non in grado di muoversi.

Viene inoltre sottolineato il ruolo delle equipe condivise con i partner esterni che, operando in maniera sinergica, hanno offerto prestazioni attraverso una clinica mobile o le unità di strada integrando le competenze educative (partner esterni) con quelle infermieristiche (Ausl).

La condizione condivisa di fragilità ha aumentato la collaborazione e l'integrazione tra i servizi e la creatività nel rispondere alle esigenze di sostegno alle popolazioni più fragili.

In riferimento a specifiche attività delle figure professionali coinvolte nei percorsi di assistenza, viene evidenziato l'utilizzo della telemedicina, in particolare per i colloqui psicologici che hanno consentito di mantenere i contatti con l'utenza. Gli educatori si sono inoltre resi disponibili e non si sono sottratti a compiti e attività che normalmente vengono svolte dagli infermieri, come, a titolo di esempio, la consegna delle terapie a domicilio, cercando di supplire alla carenza di personale infermieristico legata alla situazione emergenziale. Questo tipo di attività, anche se marginalmente, sta continuando anche dopo la fine della fase più acuta della pandemia.

Si è inoltre rilevata la diminuzione drastica dei progetti di incontro e prevenzione con le scuole alla quale si è cercato di sopperire attivando incontri a distanza.

Sul versante delle attività svolte all'interno delle carceri è stato invece registrato un sostanziale mantenimento delle modalità operative precedenti la pandemia (educatori, psicologi e medici hanno sempre svolto le loro mansioni in presenza).

E' stata infine condivisa l'esperienza di un utente che ha svolto, durante la pandemia, il ruolo di *caregiver* per la propria compagna e ha avuto la possibilità di ricevere ospitalità in appartamento. L'esperienza descritta è citata come esempio lampante di integrazione e collaborazione tra servizi per le dipendenze, area educativa, partner esterni e servizi sociali del Comune interessato: per un periodo prolungato di tempo sono stati garantiti, da un'equipe multiprofessionale sia la terapia farmacologica che il sostegno educativo. Ognuno, con le proprie competenze, incluso l'utente, ha svolto e svolge tuttora un'importante azione di sostegno.

Si è quindi proceduto alla valutazione delle azioni sulla piattaforma Groupmap.

Figura 4 Brainstorming 1 - Tabella valutazione della rilevanza

COSA E' STATO FATTO. Quali sono le azioni messe in campo rispetto al tema della domiciliarità nei territori?	
Integrazione e co-progettazione tra servizi	6
Forte integrazione dei servizi. Sostegno e accompagnamento nella situazione pandemica di target e popolazioni più fragili. Attivata la creatività. Maggiore unità e chiarezza degli obiettivi e capacità di integrare gli sforzi e lavoro.	3
BUDGET DI SALUTE	3
Video colloqui	2
visite domiciliari, accompagnamento utenti in varie circostanze, tutoring e assistenza durante ricoveri, consegna e verifica terapie, consegna kit di riduzione del danno, accompagnamenti in strutture residenziali	2
progetti individualizzati a domicilio (secondo possibilità offerta dall'Allegato 2 dell'accordo RER-Enti Ausiliari)	1
Interventi di prossimità rivolti ad utenti multiproblematici	1

Appartamenti di Housing first	1
Equipe condivise	
Incremento utilizzo telemedicina, sostegno alle persone per utilizzo piattaforme o attivazione spid ecc.. ampliamento affido oppioidi ,riunioni on line, verifiche on line e telefoniche (comunità, con la persona a domicilio, carcere) supporto all'abitare, incremento strumenti come il budget di salute	
per i progetti di dissuefazione dal fumo è stata implementata l'attività telefonica	
nel territorio di piacenza, la domiciliarità è stata attivata in primis per la consegna delle terapie sostitutive per pazienti per es. malati, agli arresti domiciliari oppure in quarantena; l'accompagnamento dei pz a visite specialistiche oppure per accompagnare pazienti in strutture di ricovero oppure in ingressi di percorsi comunitari. In altri casi gli operatori sono stati inviati per es. per verificare le condizioni abitative dei pz che non riuscivano ad accedere ai servizi e per un loro sostegno sociale.	
prolungamento dei giorni di affido delle terapie	

Al termine della lettura dei risultati i partecipanti confermano unanimemente di ritrovarsi in accordo con l'esito della votazione.

Brainstorming 2 - Bisogni: Quali sono i bisogni dell'utenza in relazione alla domiciliarità?

Ai partecipanti è stata quindi proposta la seconda domanda alla quale hanno risposto con le stesse modalità del primo *brainstorming*. L'esito del primo round è rappresentato nel seguente elenco di bisogni rappresentato in Tab. 4.

Tab. 4 Brainstorming 2: Lista dei bisogni dell'utenza

Accesso a tutte risorse territoriali
Accompagnamento in step di cura (utenti soli e con fragilità)
Accompagnamento delle persone con fragilità sociali e con elevato rischio di marginalità nella gestione di aspetti di vita quotidiana legati all'abitazione
Aiuto nel frequentare i gruppi di auto-mutuo-aiuto
Alternative alla perdita dell'alloggio
Avere un unico punto di riferimento e non dover fare il giro delle 7 chiese
Continuità supporto educativo
Favorire lo sviluppo delle autonomie personali e la continuità terapeutica, intercettazione precoce dei bisogni
Formazione, lavoro, occupare il tempo, volontariato
Fornire ausili per mantenere contatti con l'esterno
Maggior maneggevolezza della fruizione di terapia (molto impegnativa)
Nel territorio dell'unione dei comuni della bassa Romagna agli utenti del CSM e del Serdp fino ad oggi non è stato possibile accedere agli appartamenti di housing first
Potere avere un supporto in quanto <i>caregiver</i>
Riallacciare relazioni significative
Riferimento relazionale continuativo e stabile
Riflessione condivisa del reperimento e caratteristiche dello spazio abitativo
Sostegno al percorso di autonomia
Sostegno alla solitudine
Sostegno gestione alloggio
Supporto alla digitalizzazione
Supporto nell'alfabetizzazione informatica per riuscire a non perdere opportunità a cui si accede spesso solo online
Supporto nella gestione quotidiana dell'abitare
Supporto per i processi amministrativi (segretariato sociale): iscrizione SPID, Green pass, ...
Tutela della salute
Tutela della salute anche quando non è possibile recarsi al servizio

Si è proceduto anche in questo caso ad un accorpamento facilitato di alcuni dei bisogni emersi che vengono riorganizzati in cinque macrocategorie secondo il seguente schema.

Tab. 5 Brainstorming 2 - Accorpamenti

Avere operatori di riferimento stabili per la continuità della relazione	Avere un unico punto di riferimento e non dover fare il giro delle 7 chiese • Continuità supporto educativo • Riferimento relazionale continuativo e stabile
Miglioramento relazioni sociali	Riallacciare relazioni significative • Sostegno

	alla solitudine
Questione Alloggio	Alternative alla perdita dell'alloggio • Sostegno gestione alloggio • Supporto nella gestione quotidiana dell'abitare
Segretariato sociale e supporto alla digitalizzazione	Supporto alla digitalizzazione • Supporto nell'alfabetizzazione informatica per riuscire a non perdere opportunità a cui si accede spesso solo online • Supporto per i processi amministrativi (Segretariato sociale): iscrizione SPID, Green pass, ...
Tutela della salute anche quando non è possibile recarsi al servizio	Tutela della salute • Potere avere un supporto in quanto <i>caregiver</i>

I partecipanti confermano l'elenco della Tab. 5 come una rappresentazione efficace dei bisogni rilevati.

Nella discussione stimolata dal facilitatore viene sottolineata l'importanza di offrire agli utenti maggiori occasioni per impegnare la giornata (attività, esperienze, aumento delle competenze, etc..) risultando questa un'area importante per lo sviluppo dei percorsi di cura *e recovery*.

Un altro aspetto amplificato dalla pandemia in relazione alle pratiche di attivazione del *Green Pass*, è la necessità sempre più urgente di svolgere attività di segretariato sociale: con la progressiva dematerializzazione di molti processi amministrativi sta aumentando infatti la necessità di un supporto tecnico e formativo agli utenti dei servizi. Il possesso di un'identità digitale attraverso l'attivazione dello SPID risulta ad esempio importante sia per l'accesso ai servizi di telemedicina che per la gestione delle più svariate pratiche amministrative.

Si è quindi proceduto ad una valutazione dei bisogni emersi sulla piattaforma Groupmap.

Figura 5 Brainstorming 2- Tabella valutazione della rilevanza

BISOGNI. Quali sono i bisogni dell'utenza in relazione alla domiciliarità?	
Avere operatori di riferimento stabili per la continuità della relazione	4
Favorire lo sviluppo delle autonomie personali e la continuità terapeutica, Intercettazione precoce dei bisogni	4
accompagnamento delle persone con fragilità sociali e con elevato rischio di marginalità nella gestione di aspetti di vita quotidiana legati all'abitazione	2
Questione Alloggio	2
Miglioramento relazioni sociali	2
Segretariato sociale e supporto alla digitalizzazione	1
Formazione, lavoro, occupare il tempo, volontariato	1
sostegno al percorso di autonomia	1

aiuto nel frequentare i gruppi di automutuo aiuto	<input type="radio"/>
fornire ausili per mantenere contatti con l'esterno	<input type="radio"/>
riflessione condivisa del reperimento e caratteristiche dello spazio abitativo	<input type="radio"/>
accesso a tutte risorse territoriali	<input type="radio"/>
accompagnamento in step di cura (utenti soli e con fragilità)	<input type="radio"/>
maggior maneggevolezza della fruizione di terapia (molto impegnativa)	<input type="radio"/>
Tutela della salute anche quando non è possibile recarsi al servizio	<input type="radio"/>
<p>Nel territorio dell'Unione dei Comuni della Bassa Romagna agli utenti del CSM e del SerDP fino ad oggi non è stato possibile accedere agli appartamenti di housing first</p>	<input type="radio"/>

Al termine della lettura dei risultati i partecipanti confermano unanimemente l'esito della votazione.

Brainstorming 3 - Proposte: Quali sono le azioni da promuovere per il miglioramento dei percorsi di domiciliarità?

Il terzo brainstorming, che conclude il percorso del *focus group*, si è concentrato sulle proposte che i partecipanti, alla luce di quanto emerso dall'esperienza maturata e dalla rilevazione dei bisogni, si sono sentiti di scrivere sulla piattaforma e che sono elencati nella seguente Tabella.

Tab. 6 Brainstorming 3 - Lista delle azioni da promuovere

Accompagnare la persona che termina un percorso comunitario nel rientro a domicilio attraverso progetti intermedi (abitare supportato)
Aumentare strutture di accoglienza sul territorio per persone che versano in condizione di emergenza abitativa
Coinvolgere maggiormente i gruppi e le associazioni di auto aiuto nei percorsi di cura
Considerare la domiciliarità come determinante di salute e benessere psicofisico
Diffondere all'interno dei servizi una cultura che legittimi questa attenzione alla domiciliarità
Fare formazioni condivise a livello regionale
Favorire percorsi di supporto al lavoro
Formare operatori (pubblici e privato sociale) sugli interventi di domiciliarità
Formazione specifica per operatori dedicati ai bisogni specifici sociali e riabilitativi dell'utenza
Impegno lavorativo, anche a domicilio, per la prevenzione delle ricadute
Implementare budget di salute per pazienti con problemi di dipendenza
Implementare esperienze di <i>cohousing</i> e gruppi appartamento con supporto educativo
Implementare i progetti già in essere sulla domiciliarità
Implementare la formazione di utenti esperti
Implementare risorse budget di salute
Mantenere doppio canale in presenza/da remoto
Mappatura del territorio al fine di ampliare le collaborazioni
Potenziare la figura dell'infermiere che, almeno al Sert di Forlì, è l'unica figura professionale che vede quotidianamente i pazienti, magari in affiancamento con quella dell'educatore
Promozione gruppi auto-mutuo-aiuto
Promuovere equipe multi professionali che possano, nei casi in cui se ne verifichi maggiormente l'utilità, operare in prossimità e quindi anche esternamente alla sede del servizio.
Promuovere gruppi di sostegno
Promuovere la partecipazione degli utenti alle varie attività (es. Orto, attività sportive ecc.)
Riprogettare interventi dei Ser.dp. sui tempi del "dentro" (il servizio) e "fuori" (a casa utenti)
Snellire le procedure burocratiche per attivare risorse: es. tirocini, borse lavoro, budget di salute, accesso ai servizi sociali (abitare, contributi, supporto del reddito...)
Sostenere progettazione sull'abitare
Usare maggiormente lo strumento delle ETI Equipe Territoriale Integrata

L'importanza di occupare il tempo, e quindi la necessità di agire su questo specifico aspetto, è espressa in particolare dall'utente esperto: se chi esce da una comunità terapeutica deve avere come primo aiuto la possibilità di accedere ad una soluzione abitativa, per non rischiare di ritrovarsi sulla strada, deve contestualmente avere delle modalità per occupare il proprio tempo e non pensare, quindi, all'uso di sostanze.

Lo svolgimento attività di inserimento lavorativo risulta rilevante nella prevenzione delle ricadute e l'attivazione di questo tipo di supporto può aiutare gli utenti a ricollocarsi nella società.

Il budget di salute potrebbe risultare uno strumento importante per raggiungere questo obiettivo.

Il tema del rientro a casa dopo l'esperienza in comunità è anche di interesse per quanto riguarda la creazione di strutture intermedie.

Viene sottolineata la necessità di implementare questo tipo di strutture soprattutto in situazione di emergenza abitativa: i dormitori e le strutture adeguate sono poche e spesso affollate, in contesti particolari e soggetti a sfratti che mettono le persone che ne usufruiscono in situazioni di rischio.

Un'altra proposta che viene suggerita è quella di snellire le procedure burocratiche per l'attivazione delle risorse.

Il lavoro online risulta facilitare alcune procedure ma ne complica altre: viene infatti sottolineata la presenza di una parcellizzazione eccessiva di queste procedure come, ad esempio, nell'attivazione di tirocini in base alla L.R. 14 del 2015 e nell'accesso a tutti quei servizi di assistenza sociale che non sono sempre ascrivibili al SerD.

Il Covid-19 ha fatto comprendere in modo forte quanto sia importante insistere sulla salute psicofisica delle persone e semplificare alcune procedure.

Quando i servizi hanno ridotto gli interventi di prossimità, gli indicatori di salute sono diminuiti: è perciò necessario riprendere il lavoro con i territori, snellire le procedure burocratiche per attivare tirocini, borse e altri progetti di reinserimento e sviluppare il budget di salute.

I SerD hanno spesso in carico persone con problematiche di marginalità, delle quali si devono occupare anche i servizi sociali; questi utenti rischiano di non essere ascoltati e di perdere opportunità di assistenza: viene quindi sottolineata la necessità di definire un programma sociale e sanitario in accordo con i servizi comunali prendendo in considerazione anche le necessità e i bisogni legati alla domiciliarità.

Un sistema di rete integrata e l'incremento di ETI (Equipe Territoriali Integrate) risultano azioni rilevanti per rispondere a queste criticità.

I partecipanti hanno quindi valutato le proposte emerse sulla piattaforma.

Figura 6 Brainstorming 3 - Tabella valutazione della rilevanza

PROPOSTE. Quali sono le azioni da promuovere per il miglioramento dei percorsi di domiciliarità?	
Snellire le procedure burocratiche per attivare risorse: es. tirocini, borse lavoro, budget di salute, accesso ai servizi sociali (Abitare, contributi, supporto del reddito..)	4
promuovere equipe multi professionali che possano, nei casi in cui se ne verifichi maggiormente l'utilità, operare in prossimità e quindi anche esternamente alla sede del servizio.	2
implementare risorse budget di salute	2
implementare esperienze di cohousing e gruppi appartamento con supporto educativo	2
sostenere progettazione sull'abitare	1
aumentare strutture di accoglienza sul territorio per persone che versano in condizione di emergenza abitativa	1
accompagnare la persona che termina un percorso comunitario nel rientro a domicilio attraverso progetti intermedi (abitare supportato)	1
Implementare la formazione di utenti esperti	1
Promuovere la partecipazione degli utenti alle varie attività (es. orto, attività sportive ecc.)	1
Usare maggiormente lo strumento delle ETI Equipe Territoriale Integrata	
impegno lavorativo, anche a domicilio, per la prevenzione delle ricadute	
coinvolgere maggiormente i gruppi e le associazioni di auto aiuto nei percorsi di cura	
promozione gruppi automutuoaiuto	
promuovere gruppi di sostegno	
considerare la domiciliarità come determinante di salute e benessere psicofisico	
riprogettare interventi dei ser.dp. sui tempi del "dentro" (il servizio) e "fuori" (a casa utenti)	
fare formazioni condivise a livello regionale	
potenziare la figura dell'infermiere che, almeno al Sert di Forlì, è l'unica figura professionale che vede quotidianamente i pazienti, magari in affiancamento con quella dell'educatore	
formare operatori (pubblici e privato soc.) sugli interventi di domiciliarità	
formazione specifica per operatori dedicati ai bisogni specifici sociali e riabilitativi dell'utenza	
Favorire percorsi di supporto al lavoro	
implementare budget di salute per pz.con problemi di dipendenza	
Diffondere all'interno dei servizi una cultura che legittimi questa attenzione alla domiciliarità	
mappatura del territorio al fine di ampliare le collaborazioni	
mantenere doppio canale in presenza/da remoto	
implementare i progetti già in essere sulla domiciliarità	

Al termine della lettura dei risultati i partecipanti confermano unanimemente di ritrovarsi in accordo con l'esito della votazione.

Commenti finali dei partecipanti

La casa deve essere un diritto garantito a tutti. Come la pandemia ha dimostrato con evidenza chi non ha una casa ha maggiori difficoltà: bisogna trarre insegnamento da questa considerazione evitando di affrontare il problema con i mezzi limitati del periodo pre Covid-19.

Oltre ad evidenziare le difficoltà, l'emergenza sanitaria ha permesso di inventare e sperimentare strumenti per potersi avvicinare maggiormente all'utenza: diverse attività, che venivano svolte solo all'interno dei servizi ora sono svolte dagli operatori presso le abitazioni degli utenti.

La domiciliarità è un concetto ampio e multidisciplinare: non si limita alla casa. La domiciliarità è un luogo a cui appartenere.

FOCUS GROUP N°2

Il secondo *focus group* si è svolto in data 25 marzo 2022 per la durata di tre ore (14.30-17.30) e ha visto il coinvolgimento di 9 partecipanti. In seguito vengono indicati i partecipanti, differenziati per ruolo, e l'AUSL di appartenenza.

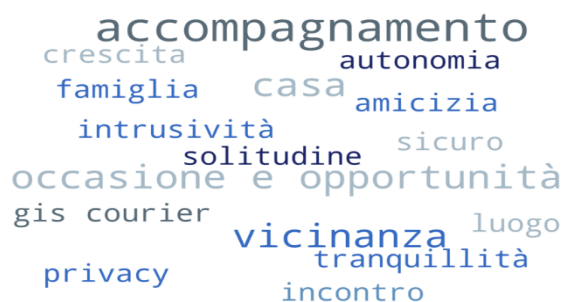
Tab. 7 Lista partecipanti al Focus group 2

Ruolo	Ausl di appartenenza
Psicologo	SerDPAusl Romagna (ambito Cesena)
Psicologa	SerDPAusl Ferrara
Pedagogista, professoressa a contratto Università Bologna	Ausl Imola
Utente esperto	Piacenza
Coordinatrice progetto prossimità	SerDP Asl Piacenza
Direttrice	SerDP area Centro Reggio Emilia
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	SerDPAusl Reggio Emilia
Psicologo, Responsabile Programma Dipendenze	Ausl Reggio Emilia
Assistente sociale	SerDPAusl Romagna (ambito Rimini)
Tecnico Regionale	Regione Emilia Romagna

L'esercizio rompighiaccio

Per riscaldare il gruppo, introdurre il tema e favorire la familiarizzazione con la metodologia adottata per la gestione del *focus group* è stato proposto dal facilitatore, come il giorno precedente, un esercizio rompighiaccio: ai partecipanti è stato chiesto di condividere all'interno della piattaforma Groupmap le proprie risposte rispetto alla seguente domanda: "Quali sono tre parole che associate al termine domiciliarità?". Le parole emerse sono presentate nella *wordcloud* (Figura 7).

Figura 7 Wordcloud delle parole associate al termine domiciliarità



Dopo la lettura di tutte le parole inserite, è stato chiesto ai partecipanti di esprimere una valutazione scegliendo le due parole ritenute maggiormente rilevanti. I risultati della votazione hanno avuto l'esito di seguito riportato: *accompagnamento* (6 voti), *occasione e opportunità* (3 voti), *vicinanza* (2 voti), *autonomia* (2 voti), *privacy* (1 voto), *solitudine* (1 voto), *tranquillità* (1 voto).

Brainstorming

Brainstorming 1 - Cosa è stato fatto: Quali sono le azioni messe in campo rispetto al tema della domiciliarità sui territori?

I partecipanti hanno risposto in autonomia alla domanda utilizzando l'apposita funzione di Groupmap. Al termine del tempo a loro disposizione la lavagna condivisa si è popolata quindi di un elenco di azioni che sono riportate nella seguente tabella.

Tab. 8 Brainstorming 1: Lista delle azioni messe in campo

Accompagnamenti alle cliniche per disintossicazioni o ricoveri
Accompagnamento a domicilio rispetto alla ritenzione in trattamento e alla ritenzione in trattamenti farmacologici dando continuità assistenziale
Accompagnamento per visite sanitarie e pratiche sociali
Accompagnamento e sostegno continuità delle cure e terapie
Collegamenti in remoto con i pazienti. Videochiamate, chiamate di gruppo
Conoscenza della rete
Consegna a domicilio delle terapie per diverse ragioni (motivo prevalente aspetti legali, segue quarantena Covid-19)
Consegna terapia a domicilio per persone Covid-19
De-stigmatizzare. Utenti e operatori sono soggetti a stigma. Domiciliarità come modo per far conoscere meglio i servizi in funzione preventiva e proattiva di informazione. Essere energici nel farci notare.
Domiciliarità richiede una interazione tra servizi di alto profilo, tra operativi e dipartimento (eg comunicazione zona rossa, mascherina)
Interfaccia con gli utenti per tutte le necessità e bisogni della persona
Interfaccia tra utenti e istituzioni pubbliche che erano inaccessibili durante il periodo Covid-19 (INPS, servizi sociali comunali, centro per l'impiego)
Link con unità di strada
Mantenimento della relazione in un momento di isolamento generale
Progettazione di interventi
Sostegno alla gravidanza
Sostegno all'autonomia nella vita quotidiana: esercizi per la patente ,continuità nelle cure, gestione economica, gestire il tempo libero, lavoro.....
Sostegno alle relazioni familiari
Supporto alla gestione della casa
Supporto alle famiglie e alle madri e/ o padri con figli minori
Supporto e indicazioni nell'adempimento di pratiche sociali\burocratiche
Supporto educativo in pz cronici
Supporto gestione app istituzionali su smartphone

Supporto sociale
Supporto telefonico
Utenti condividono e parlano molto di più in domiciliarità che all'interno. Danno informazioni.
Verifica stato di salute pazienti

Si è quindi proceduto, con la guida del facilitatore, ad un'attività di aggregazione e categorizzazione delle azioni proposte secondo lo schema riportato in Tab. 9.

Tab. 9 Brainstorming 1 - Accorpamenti

Accompagnamento e sostegno alla continuità delle cure e delle terapie	Consegna a domicilio delle terapie per diverse ragioni (motivo prevalente aspetti legali, segue quarantena covid-19) • Consegna terapia a domicilio per persone Covid-19 • Accompagnamento a domicilio rispetto alla ritenzione in trattamento e alla ritenzione in trattamenti farmacologici dando continuità assistenziale
Collegamenti in remoto con i pazienti. Videochiamate, chiamate di gruppo	Conoscenza della rete • Supporto gestione app istituzionali su smartphone • Supporto telefonico
Supporto sociale	Supporto alle famiglie e alle madri e/ o padri con figli minori • Accompagnamenti alle cliniche per disintossicazioni o ricoveri • Supporto sociale • Supporto e indicazioni nell'adempimento di pratiche sociali\burocratiche • Interfaccia tra utenti e istituzioni pubbliche che erano inaccessibili durante il periodo Covid-19 (INPS, servizi sociali comunali, centro per l'impiego) • Accompagnamento per visite sanitarie e pratiche sociali

In aggiunta alle opinioni condivise nella tabella 11, la discussione tra i partecipanti ha consentito di approfondire alcuni aspetti.

Durante la prima fase della pandemia la comunicazione tra utenti e istituzioni pubbliche è stata assente, in quanto quest'ultime erano difficilmente raggiungibili (Comune, Servizi Sociali, INPS, Centro per l'Impiego). I Servizi per le Dipendenze hanno svolto un ruolo di comunicazione: le unità di strada, in particolar modo, hanno rappresentato l'interfaccia principale con gli utenti, occupandosi non solo delle terapie in senso stretto ma gestendo i bisogni delle persone nella loro globalità. In generale i servizi per le dipendenze sono stati individuati dagli utenti, in particolare da quelli in situazioni di isolamento, come un punto di riferimento.

Viene condivisa dal gruppo l'esperienza della verifica al domicilio degli utenti per accertarsi del loro stato di salute, in particolare nel caso di soggetti che erano soliti frequentare con continuità i servizi prima dell'emergenza sanitaria.

Emerge dalla discussione la criticità dei problemi logistici vissuti dai SerD alimentati anche dalle relazioni all'interno delle Aziende Sanitarie: assenza di mascherine per personale e utenti, chiusura del reparto di Medicina, assenza di terapie farmacologiche, mancanza di comunicazioni tempestive e, soprattutto, un'attenzione non sufficiente nei confronti dei Servizi per le Dipendenze.

La domiciliarità, che per la sua stessa natura prevede il raggiungimento degli utenti presso il proprio domicilio, ha bisogno di comunicazione, di interazione e di processi comunicativi efficaci. La domiciliarità ha inoltre bisogno di interazione tra i servizi e relazioni attive tra Unità Operative e Dipartimento.

Se tra i servizi c'è stata una difficoltà nella comunicazione, gli utenti hanno invece fornito molte informazioni, come conferma l'utente esperto. Nel contesto della domiciliarità e prossimità gli utenti parlano molto di più che all'interno dei Servizi, si raccontano e hanno un ruolo di maggiore protagonismo.

Utenti, operatori e anche i servizi stessi sono soggetti a stigma, il quale ingloba tutte le dimensioni che li riguardano. La domiciliarità può essere vista come un modo per far conoscere meglio i servizi e le problematiche connesse alle dipendenze, nella direzione di una destigmatizzazione dell'utilizzatore di sostanze e di un'attività preventiva molto più efficace e informativa, che esce dai circuiti canonici ma che si contamina maggiormente con il contesto. Viene perciò sottolineata l'importanza di aumentare la disponibilità di servizi a bassa soglia (come, ad esempio, l'apertura il sabato).

Come indicato in precedenza gli utenti hanno riconosciuto negli operatori dei punti di riferimento per una molteplicità di attività tra cui il supporto nella gestione della tecnologia, richiedendo un "accompagnamento virtuale", per esempio, nella gestione di applicativi, nella richiesta dello SPID, nell'accesso al portale INPS. Il supporto sociale deve perciò includere anche questo tipo di attività che richiedono preparazione ed impegno.

Questa considerazione sottolinea come alcune delle azioni di supporto siano state specificamente legate alla gestione della pandemia, mentre per altre il Covid-19 ha esclusivamente fatto emergere delle necessità già esistenti, dei bisogni fondamentali per il sostegno degli utenti e per la crescita della loro autonomia.

COSA E' STATO FATTO. Quali sono le azioni messe in campo rispetto al tema della domiciliarità nei territori?

Supporto sociale	4
Accompagnamento e sostegno continuità delle cure e terapie	3
De-stigmatizzare. Utenti e operatori sono soggetti a stigma. Domiciliarità come modo per far conoscere meglio i servizi in funzione preventiva e proattiva di informazione. Essere energici nel farci notare.	2
Utenti condividono e parlano molto di più in domiciliarità che all'interno. Danno informazioni.	2
mantenimento della relazione in un momento di isolamento generale	2
Interfaccia con gli utenti per tutte le necessità e bisogni della persona	1

I partecipanti hanno quindi valutato le attività emerse dal *brainstorming*.

Figura 8 Brainstorming 1 - Tabella valutazione della rilevanza

Domiciliarità richiede una interazione tra servizi di alto profilo, tra operativi e dipartimento (eg comunicazione zona rossa, mascherina)	1
sostegno alle relazioni familiari	1
Collegamenti in remoto con i pazienti. Viedochiamate, chiamate di gruppo	1
sostegno all'autonomia nella vita quotidiana: esercizi per la patente ,continuità nelle cure, gestione economica, gestire il tempo libero, lavoro.....	<input type="radio"/>
verifica stato di salute pz	<input type="radio"/>
sostegno alla gravidanza	<input type="radio"/>
link con unità di strada	<input type="radio"/>
supporto educativo in pz cronici	<input type="radio"/>
progettazione di interventi	<input type="radio"/>
supporto alla gestione della casa ;	<input type="radio"/>

Al termine della lettura dei risultati i partecipanti confermano unanimemente di ritrovarsi in accordo con l'esito della votazione.

Brainstorming 2 - Bisogni: Quali sono i bisogni dell'utenza in relazione alla domiciliarità?

Ai partecipanti viene quindi proposta la seconda domanda alla quale rispondono con le stesse modalità del primo *brainstorming*. L'esito del primo *round* è rappresentato nel seguente elenco di bisogni rappresentato in Tab. 10.

Tab. 10 Brainstorming 2: Lista dei bisogni dell'utenza

Accompagnamento
Ascolto
Avere progetti individualizzati
Bisogni di genere
Continuità di trattamento con i servizi
Difficoltà nel gestire conflitti e relazioni
Essere considerati
Frammentazione dei servizi rispetto ai bisogni degli utenti. Difficoltà di parcellizzare le richieste se le necessità riguardano la persona nella sua globalità
Isolamento/solitudine
Lavoro
Noia
Operatore è anche un mediatore con la comunità dove l'utente vive
Privacy
Ricerca/indagine sul territorio di attività socio-ricreative
Rilevazione di ulteriori aspetti psicosociali con la verifica diretta/fisica sul contesto di vita
Socializzazione
Sostegno a raggiungere la massima autonomia possibile.
Sostegno digitale
Supporto nei trasporti e negli spostamenti
Trovare risposte
Vicinanza con ambienti di spaccio

L' "essere considerati" viene espresso dall'utente esperto come bisogno forte dell'utenza. Viene evidenziata la necessità di essere visti come una persona unica: non solamente come utente del SerD. Il rischio è quello di vivere tra una frammentazione dei servizi e una parcellizzazione di richieste che si devono presentare.

Sarebbe necessario introdurre dei piccoli accorgimenti nell'espletamento dei servizi come, ad esempio, una maggiore attenzione alla privacy nella consegna delle terapie (mezzi di servizio maggiormente anonimi e non riconducibili ai SerD).

Avendo già una serie di supporti sociali all'interno del servizio per le dipendenze, gli utenti fanno spesso delle richieste più ampie, legate ad aspetti sociali: l'accompagnamento a visite mediche, essere accolti nei gruppi che si occupano di bisogni di genere (contraccezione, gestione figli, etc.), essere accompagnati all'entrata della Comunità, farsi carico degli animali domestici durante la permanenza in Comunità, bisogni che vengono espletati dal servizio sociale del servizio.

Viene rilevato anche l'aiuto per problematiche legate all'accesso alla tecnologia e alla gestione di pratiche burocratiche: supporto nel mandare e-mail, partecipazione ad incontri online, ecc...

Inoltre, oltre a svolgere un'attività di accompagnamento, risulterebbe utile e necessario che l'operatore di prossimità si occupasse anche della mediazione con le comunità di appartenenza, per poter spiegare con efficacia la situazione dell'utente in particolare nei confronti dei servizi fondamentali (Uffici Postali, Uffici Comunali ecc...)

Anche in questo *focus group* viene rilevata la gestione della noia come un bisogno importante: occupare il tempo libero in maniera significativa, relazionarsi e vivere attività piacevoli risulta fondamentale e una risposta potrebbe essere trovata individuando attività socio ricreative che possano indirizzare gli utenti nella gestione della quotidianità e sviluppare autonomia, per non creare una dipendenza dal servizio.

Seguire il programma e mantenere la motivazione risulta complesso soprattutto se si vive in zone della città che presentano ambienti di spaccio. È importante che ci sia un cambiamento nello stile di vita e del contesto sociale: se il domicilio dell'utente si trova in una zona non adeguata si possono presentare delle difficoltà nel percorso di recupero. Si presenta quindi un problema nella strutturazione di programmi di domiciliarità che devono prestare una particolare attenzione a tutte le possibili interazioni col contesto.

Si è quindi proceduto alla valutazione dei bisogni elencati.

Figura 9 Brainstorming 2- Tabella valutazione della rilevanza

BISOGNI. Quali sono i bisogni dell'utenza in relazione alla domiciliarità?	
continuità di trattamento con i servizi	3
sostegno a raggiungere la massima autonomia possibile.	3
isolamento \solitudine	3
ricerca\indagine sul territorio di attività socio-ricreative	2
Accompagnamento	2
sostegno digitale	1
bisogni di genere	1
privacy	1
supporto nei trasporti e negli spostamenti	1
Ascolto	1
Frammentazione dei servizi rispetto ai bisogni degli utenti. Difficoltà di parcellizzare le richieste se le necessità riguardano la persona nella sua globalità	

Operatore è anche un mediatore con la comunità dove l'utente vive	<input type="radio"/>
essere considerati	<input type="radio"/>
rilevazione di ulteriori aspetti psicosociali con la verifica diretta\fisica sul contesto di vita	<input type="radio"/>
lavoro	<input type="radio"/>
socializzazione	<input type="radio"/>
Vicinanza con ambienti di spaccio	<input type="radio"/>
avere progetti individualizzati	<input type="radio"/>
difficoltà nel gestire conflitti e relazioni	<input type="radio"/>
noia	<input type="radio"/>
trovare risposte	<input type="radio"/>

Al termine della lettura dei risultati i partecipanti confermano unanimemente l'esito della votazione.

Brainstorming 3 - Proposte: Quali sono le azioni da promuovere per il miglioramento dei percorsi di domiciliarità?

Il terzo brainstorming, che conclude il percorso del *focus group*, si è concentrato sulle proposte che i partecipanti, alla luce di quanto emerso dall'esperienza maturata e dalla rilevazione dei bisogni, si sono sentiti di scrivere sulla piattaforma e che sono elencati nella seguente Tabella.

Tab. 11 Brainstorming 3 - Lista delle azioni da promuovere

Approfondire l'analisi dei bisogni con una scheda di rilevazione specifica
Attivare risorse del territorio
Attivazione Unità di Valutazione Multidisciplinare UVM con attori del sistema
Azioni culturali e didattiche
Co-housing come azione da promuovere per migliorare le condizioni socioeconomiche e rispondere alle necessità di contrasto alla solitudine, al bisogno di socializzazione
Budget di salute nelle dipendenze
Contrasto alla precarietà lavorativa degli operatori di prossimità
Domiciliarità come parte integrante del percorso di cura/riabilitazione/RDD
Focus sui giovani
Formazione digitale per utenti
Formazione specifica e periodica supervisione per gli operatori di prossimità
Formazione su bisogni domiciliari di genere e delle famiglie con dipendenza
Inclusione carcere. Sostegno a fine pena per ex detenuti tossicodipendenti. Collegamento ai servizi dei territori
Maggior coinvolgimento del volontariato in rete
Operatori dedicati integrati nelle equipe di riferimento. Se ci saranno altri operatori grazie al budget di salute dovranno far parte dell'equipe curante e dell'intero percorso. Partecipare alla presa di decisioni del percorso.
Perché ci sia la domiciliarità ci vuole la casa. Abitare come concetto e luogo di vita che prende tutti questi aspetti: housing first, spazi altri, case popolari, stanza condivisa, casa propria...

Si è quindi proceduto, con la guida del facilitatore, ad un'attività di aggregazione e categorizzazione delle azioni proposte secondo lo schema riportato in Tab. 12

Tab. 12 Brainstorming 3 – Accorpamenti

Creare condizioni per l'abitare	Perché ci sia la domiciliarità ci vuole la casa. Abitare come concetto e luogo di vita che prende tutti questi aspetti: housing first, spazi altri, case popolari, stanza condivisa, casa propria... • Co-housing come azione da promuovere per migliorare le condizioni socioeconomiche e rispondere alle necessità di contrasto alla solitudine, al bisogno di socializzazione
Coinvolgimento rete territoriale	Attivare risorse del territorio • Maggior coinvolgimento del volontariato in rete
Formazione digitale degli utenti e strumenti digitali	Formazione digitale per utenti
Budget di salute nelle dipendenze	Budget di salute nelle dipendenze • Attivazione Unità di Valutazione Multidisciplinare UVM con attori del sistema

Per quanto riguarda la tematica del carcere, viene indicata la proposta di creare progetti di domiciliarità, per persone che terminano il periodo di pena, in modo che questi soggetti vengano accompagnati e sostenuti, seguendo maggiormente la persona nei suoi vari bisogni collegati alla fine della pena. Un maggior coordinamento con i servizi del territorio potrebbe essere di aiuto per raggiungere questo obiettivo. Inoltre si evidenzia come azioni in questo ambito non dovrebbero essere messe in atto solo a fine pena ma dovrebbero essere potenziate attività di inclusione all'interno del carcere, con operatori a scavalco tra carcere e strutture che si dovrebbero occupare del reinserimento sul territorio e progettate azioni culturali-didattiche indirizzate anche a persone straniere.

Viene inoltre proposto di includere gli operatori che si occupano di attività domiciliari nelle equipe curanti: essi dovrebbero essere integrati all'interno del team e prendere parte a tutte le decisioni sul percorso e non avere solo un ruolo da "corriere".

Viene evidenziata l'assenza di un approfondimento sull'abitare, sul tema dell'alloggio: non c'è casa se non c'è domiciliarità. L'abitare deve essere visto come luogo di vita, con le modalità più svariate: case popolari, housing-first, progetto specifico dei servizi sociali, stanza condivisa con altri amici, casa propria, etc..Anche i progetti di cohousing, di condivisione dell'alloggio, richiedono una riflessione più approfondita, in quanto possibile azione per migliorare i percorsi, rispondendo a bisogni legati alla socializzazione .

Sulla piattaforma Groupmap ha quindi avuto luogo la valutazione delle proposte.

Figura 10 Brainstorming 3 - Tabella valutazione della rilevanza

PROPOSTE. Quali sono le azioni da promuovere per il miglioramento dei percorsi di domiciliarità?	
domiciliarità come parte integrante del percorso di cura/riabilitazione/RDD	3
Budget di salute nelle dipendenze	2
Operatori dedicati integrati nelle equipe di riferimento. Se ci saranno altri operatori grazie al budget di salute dovranno far parte dell'equipe curante e dell'intero percorso. Partecipare alla presa di decisioni del percorso.	2
Creare condizioni per l'abitare	1
Coinvolgimento rete territoriale	1
approfondire l'analisi dei bisogni con una scheda di rilevazione specifica	1
Formazione digitale degli utenti e strumenti digitali	1
formazione su bisogni domiciliari di genere e delle famiglie con dipendenza	1
inclusione carcere. Sostegno a fine pena per ex detenuti tossicodipendenti. Collegamento ai servizi dei territori	1
Contrasto alla precarietà lavorativa degli operatori di prossimità	1
azioni culturali e didattiche	0
focus sui giovani	0
Formazione specifica e periodica supervisione per gli operatori di prossimità	0

Al termine della lettura dei risultati i partecipanti confermano unanimemente di ritrovarsi in accordo con l'esito della votazione.

Commenti finali dei partecipanti

Si individua la necessità di un'azione che, trattandosi di salute, coinvolga anche le direzioni ospedaliere. I reparti devono essere coinvolti e i percorsi devono essere conosciuti, se non condivisi, da tutto il sistema salute del territorio, allargando al di fuori del gruppo e coinvolgendo il sistema salute in modo globale (almeno in fase di informazione).

I servizi per le dipendenze hanno peccato, cercando di offrire tutti i servizi: non essendo possibile una specializzazione in tutte le discipline, l'obiettivo dovrebbe essere quello di accompagnare gli utenti verso chi può dargli le risposte e servizi adeguati, offrendo in questo modo maggiore chiarezza quando vengono poste alcune richieste specifiche.

Il Budget di Salute viene individuato all'unanimità come uno strumento importante in ambiente psicosociale ed è importante comprendere come riuscire ad attuarlo nel migliore dei modi.

Viene infine approfondito il tema legato agli utenti più giovani per i quali sarebbe opportuno integrare le azioni di domiciliarità con le azioni dell'Unità di Strada.

Il ruolo degli educatori domiciliari risulta rilevante in quanto spesso hanno la possibilità di intercettare situazioni di consumo difficilmente individuabili, riferite sia a persone in carico che a persone non conosciute ai servizi che utilizzano sostanze all'interno della propria abitazione e che le Unità di Strada non sarebbero riuscite a raggiungere.

CONCLUSIONI

Obiettivo di questo ultimo paragrafo è quello di estrarre, dal confronto tra i principali esiti delle due giornate, gli elementi in comune e le differenze riscontrate nelle risposte dei due gruppi agli stimoli proposti.

Nella lettura dei risultati di questo esercizio è da considerare la diversità nella composizione dei due gruppi che, sebbene mitigata da un bilanciamento preventivo, ha potuto influire sul risultato finale. Un altro elemento è da collegare ad alcune differenti decisioni prese dai due gruppi nella gestione di alcuni momenti dei due *focus group*: si cita, a titolo di esempio, la differente risposta di fronte all'opzione di procedere o meno alla fase di accorpamento riscontrabile nel Brainstorming 2 e nel Brainstorming 3. Ultimo elemento da tenere in considerazione è la possibile differenza, anche sfumata, nel presentare le tre domande ai partecipanti che potrebbe aver influenzato, anche inconsapevolmente, la tipologia e il tono delle risposte.

Cosa è stato fatto: Quali sono le azioni messe in campo rispetto al tema della domiciliarità sui territori.

Entrambi i gruppi rilevano come esperienza positiva messa in atto durante l'emergenza pandemica nell'ambito della domiciliarità, la maggior attività di integrazione e co-progettazione tra servizi, sia quelli pubblici sia quelli affidati ai partner esterni (ETS) con l'obiettivo primario di garantire la continuità terapeutica e di rispondere ad esigenze sociali, già esistenti, ma acuite dal Covid-19.

Un secondo elemento comune e prioritario è rappresentato da un maggior ricorso all'utilizzo della tecnologia, in particolare delle videochiamate, per mantenere un rapporto costante con gli utenti.

Ci sono poi alcuni spunti che si ritiene importante citare, emersi in modo più specifico nelle singole giornate, come la consapevolezza di una maggior creatività nell'individuazione di soluzioni dettata dalla situazione emergenziale (Focus N°1) o la considerazione di come il maggior sviluppo di esperienze domiciliari abbia facilitato una riduzione dello stigma e abbia favorito la funzione preventiva dei servizi per le dipendenze, consentendo di ridurre la distanza con gli utenti e di raggiungere soggetti difficilmente raggiungibili anche dalle Unità di Strada (Focus N°2).

Bisogni: Quali sono i bisogni dell'utenza in relazione alla domiciliarità?

Nel riconoscimento dei principali bisogni dell'utenza, per i quali la domiciliarità potrebbe essere una risposta efficace, emerge una sostanziale omogeneità tra i due gruppi.

Il concetto di continuità del trattamento ma, soprattutto, della continuità della relazione con gli operatori dei servizi, è riconosciuto come il principale bisogno degli utenti.

Un secondo elemento emerso in modo forte è collegato al bisogno dell'utenza di sviluppare una maggiore autonomia e di avere maggiori possibilità di occupare le proprie giornate con attività di gestione del tempo libero, di formazione, di volontariato e di familiarizzazione con attività lavorative.

Un ulteriore bisogno collegato al tema dell'autonomia, particolarmente evidenziato dal Covid 19 ma, in prospettiva futura sempre più sentito, è riscontrabile nel supporto alla digitalizzazione in riferimento alla gestione da parte dell'utenza di pratiche amministrative (SPID, Green Pass, ecc...)

In relazione invece ai bisogni più strettamente collegati al tema della casa si evidenzia il bisogno di una riflessione più approfondita sulle tipologie abitative e sull'inserimento nel contesto urbano (vicinanza ai luoghi di spaccio ecc...).

Proposte: Quali sono le azioni da promuovere per il miglioramento dei percorsi di domiciliarità?

Sul versante delle proposte presentate dai partecipanti nel terzo brainstorming sono individuabili alcuni temi condivisi ampiamente dai due gruppi.

Un tema importante è legato alla necessità di uno snellimento delle procedure burocratiche per l'attivazione delle risorse necessarie per rendere disponibili supporti al reddito, contributi per l'abitare, tirocini, borse lavoro e per finanziare il Budget di Salute, unanimemente individuato come possibile strumento di attuazione per i progetti di domiciliarità.

L'attivazione e il rafforzamento di equipe multi professionali, di cui le ETI (Equipe Territoriali Integrate) potrebbero essere un modello, che possano seguire interamente i percorsi personalizzati degli utenti in carico con azioni che vedano la domiciliarità come parte integrante dei percorsi di cura, di riabilitazione e di Riduzione del Danno, è un secondo elemento sottolineato con particolare evidenza, così come, sul tema più strettamente legato alla casa, la necessità di una risposta forte all'emergenza abitativa attuabile attraverso, ad esempio, l'implementazione di esperienze di abitare supportato (cohousing e gruppi appartamento con supporto educativo) e l'aumento di strutture di accoglienza.

Entrambi i gruppi segnalano la necessità di programmare azioni di formazione nei confronti degli operatori dei servizi rispetto al tema della prossimità e della domiciliarità con l'obiettivo di diffondere all'interno dei servizi stessi una cultura diffusa che legittimi il ricorso a questi strumenti e di costruire percorsi formativi di digitalizzazione rivolti agli utenti per facilitare la gestione in autonomia di pratiche amministrative fondamentali per l'attivazione di servizi socio sanitari.

Il potenziamento delle reti territoriali è un'altra proposta condivisa, con particolare riferimento ad un maggior coinvolgimento delle associazioni di auto e mutuo aiuto nei percorsi di cura e si evidenzia l'opportunità di attivare efficaci percorsi di inserimento lavorativo come strumento per ridurre la possibilità di recidiva.

In contesto carcerario è da segnalare invece la proposta di prevedere specifici progetti di sostegno abitativo, anche in collaborazione con le reti territoriali, per i detenuti tossicodipendenti in uscita dal carcere.

Si segnala infine la proposta relativa al contrasto della precarietà lavorativa degli operatori di prossimità in carico agli ETS.

4.2 - LA MEDICINA DI GENERE NEL DISTURBO DA USO DI ALCOL

REGIONE SARDEGNA

Struttura di appartenenza: Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Zona Sud Sardegna - Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici correlati ad Alcol e Gioco d'Azzardo Patologico - ASL Cagliari.

RESPONSABILE SCIENTIFICO DEL PROGETTO: Dott.ssa Graziella Boi

La presente relazione si pone l'obiettivo di fornire un report finale delle attività realizzate nell'ambito del progetto "La Medicina di Genere nel Disturbo da Uso di Alcol" assegnato, con Nota prot. N°3720/UC/SAE del 10 settembre 2020, alla Regione Sardegna per l'annualità 2021.

Per la programmazione e realizzazione di tale progetto si è tenuto conto in particolare del Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere (Ministero della Salute, 2019), del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 (Ministero della Salute, 2020), dello studio della letteratura e delle più recenti evidenze scientifiche sul tema, nonché della pluriennale esperienza nell'ambito della prevenzione e del trattamento del Disturbo da Uso di Alcol del Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici correlati ad Alcol e Gioco d'Azzardo - DSMD Zona Sud Sardegna - diretto dalla Dott.ssa Graziella Boi.

È stata attivata una proficua collaborazione tra il suddetto Centro, capofila del progetto, e le due Cliniche Psichiatriche appartenenti alle Università di Cagliari e di Sassari, con il coinvolgimento di Servizi Sanitari, Enti e Istituzioni del territorio al fine di costruire una rete multidisciplinare atta a favorire la diffusione della cultura della Medicina di Genere, la condivisione di buone pratiche tra gli addetti ai lavori e la realizzazione di interventi specificatamente mirati. È stato costituito un gruppo di lavoro e un relativo tavolo tecnico per la condivisione e l'aggiornamento in itinere rispetto alla programmazione di obiettivi e attività, che ha svolto riunioni periodiche in modalità webinar con le Regioni aderenti al progetto, quali Liguria, Friuli Venezia Giulia, Calabria, Provincia autonoma di Bolzano, Marche, Abruzzo, Umbria, Toscana, Lombardia, Veneto. Di fondamentale importanza per il raccordo del gruppo di lavoro, in particolare nella fase di avvio, è stata la mediazione e il supporto dato dal Gruppo Interregionale Dipendenze IR, coordinato dalla Dott.ssa Angela Bravi.

Gli interventi attuati hanno tenuto conto del fatto che la specificità dei bisogni di salute di uomini e donne non è solo correlata ai connotati biologici e alla riproduzione, bensì a variabili ambientali, sociali, culturali e relazionali peculiari del genere.

I diversi bisogni dei generi, infatti, si manifestano sia nell'ambito della salute, sia nei comportamenti e negli stili di vita, sia nella percezione del benessere. Appare sempre più evidente la necessità di una riformulazione della visione sanitaria e scientifica che tenga conto delle peculiarità di genere nella modulazione di interventi rispondenti a bisogni specifici. Nel campo della ricerca sull'alcol sta emergendo sempre di più l'importanza di valutare i problemi alcol correlati in una prospettiva di genere, nonché la necessità di sviluppare studi *gender-targeted* (Mancinelli, 2013). I dati attualmente presenti in letteratura indicano che il Disturbo da Uso di Alcol beneficerebbe di una modalità di approccio *gender-specific* (SAMHSA, 2009), ma che tuttavia approcci di genere dedicati al sesso femminile si stanno sviluppando solo relativamente di recente. Da questi studi emerge che le donne risultano essere più vulnerabili agli effetti tossici dell'alcol sia in acuto che in cronico e incontrano maggiori difficoltà nell'accesso ai Servizi per questioni culturali, socio-economiche e di ruolo. Nell'ambito del presente progetto, infatti, è stata

riservata particolare attenzione alle specificità caratterizzanti le diverse fasi del ciclo di vita della donna, età evolutiva, gravidanza e puerperio, menopausa, con particolare attenzione verso tematiche quali la violenza di genere e le condotte alimentari correlate all'uso di alcol come la *drunkoressia*. Gli interventi, diversificati nelle aree della diagnosi, cura e riabilitazione, prevenzione e promozione della salute, ricerca scientifica e innovazione, hanno avuto inizio in data 28 gennaio 2021. Di seguito un prospetto riepilogativo per aree delle attività realizzate.

AREA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

L'obiettivo generale ha mirato a promuovere, sulla base dei dati epidemiologici, la prevenzione e la diagnosi precoce del Disturbo da Uso di Alcol in un'ottica di genere.

In linea con quanto previsto dal Piano di Prevenzione Nazionale (PNP) 2020-2025, la prevenzione e la promozione della salute necessitano di interventi secondo un approccio *life course*, che tengano conto dell'impatto del genere al fine di migliorare l'appropriatezza e l'equità degli interventi. Per questo gli interventi attuati sono stati orientati ad attivare sistemi di protezione e di contrasto all'instaurarsi di comportamenti non salutari, tra cui quelli legati all'assunzione di alcol, fin dal delicato momento evolutivo della maternità/paternità e della nascita del nuovo nucleo familiare, con particolare attenzione ad alcune fasi del ciclo di vita della persona caratterizzate da maggiore vulnerabilità, come la fase menopausale nella donna e la preadolescenza e adolescenza per quanto riguarda l'età evolutiva.

OBIETTIVO SPECIFICO 1

	<i>Aumentare la conoscenza dei rischi e promuovere comportamenti salutari tra i minori, le famiglie e i docenti negli Istituti scolastici e facilitare l'accesso ai Servizi</i>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	N. soggetti raggiunti dagli interventi di prevenzione e promozione della salute
<i>Standard di risultato</i>	N. 50 soggetti raggiunti dagli interventi di prevenzione e promozione della salute
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	Realizzare strategie per la prevenzione e il contrasto dell'uso di alcol e di comportamenti non salutari, previste a livello nazionale dai principali programmi di promozione della salute e di prevenzione (come il Piano Nazionale di Prevenzione) anche sulla base dei dati epidemiologici regionali, in un'ottica di genere

Nell'ambito di tale obiettivo nasce il progetto dal titolo "Rischiare digitale", che si è proposto di offrire un intervento di educazione e promozione alla salute, al benessere e alla convivenza civile, attraverso attività di informazione, sensibilizzazione e prevenzione rivolte a studenti degli Istituti secondari di I grado, docenti e famiglie. Esso si è concentrato sui tre contesti di vita dell'adolescente, che costituiscono tre spazi di apprendimento di rappresentazioni, aspettative e comportamenti legati al genere; dapprima la famiglia in cui avvengono le prime esperienze del Sé e del Sé in relazione all'altro, la seconda è la Scuola in quanto altro agente di socializzazione e luogo

privilegiato per lo sviluppo di abilità cognitive, affettive e relazionali; il terzo è il contesto dei pari, che oggi è rappresentato prevalentemente dal mondo digitale in cui i pari si incontrano e incontrano un “mondo fluido”, in balia di stimolazioni non sempre alla portata delle loro capacità ricettive e elaborative, luogo di sperimentazione in cui ampliare la conoscenza di Sé e dell’altro.

Nello specifico sono stati realizzati 5 moduli per classe per un totale di 27 incontri gruppali che hanno coinvolto oltre 100 studenti, le loro famiglie e i docenti, aventi l’obiettivo di promuovere atteggiamenti positivi e abilità emotivo-relazionali, utili contro l’intolleranza e tutte le forme di violenza, auto e eterodiretta, di contrastare pregiudizi e stereotipi legati ai ruoli maschili e femminili nella nostra società, di prevenire lo sviluppo di comportamenti a rischio con particolare attenzione all’uso di alcol, all’utilizzo degli strumenti digitali (*Internet Addiction*) e alle differenze relative ai pattern di utilizzo *gender-specific*.

Tale percorso ha consentito di promuovere nel *setting* scolastico l’educazione emotivo-relazionale e il lavoro sulle *life skills*, veicolando strategie educative e modelli relazionali efficaci e contribuendo a diffondere un modello di lavoro multidimensionale e di rete, che ha coinvolto l’istituzione scolastica, le famiglie e i ragazzi.

La metodologia utilizzata è stata di tipo laboratoriale-esperienziale attraverso l’utilizzo di tecniche quali attivazioni, giochi psicologici, *simulate*, *roleplaying*, *brainstorming*, *focus group* e strumenti come stimoli multimediali di diversa natura. Un altro aspetto metodologico riguarda l’impiego dei pari (*Peer Education*) all’interno del percorso di prevenzione, come strategia educativa centrata sulla sperimentazione attiva di sé nella relazione tra pari, sullo scambio comunicativo simmetrico e orizzontale, sulla condivisione di un senso di appartenenza al gruppo e di significati e linguaggi comuni alla cultura giovanile, sull’attivazione di processi di apprendimento indiretto quale il *modeling* favorevoli l’identificazione con l’altro.

Il percorso ha subito una rimodulazione per via delle problematiche dovute alla pandemia da SARS-Cov-2: sia la durata del percorso che l’articolazione degli interventi è stata ridefinita rispetto al progetto iniziale sulla base delle disponibilità dell’istituto scolastico (le attività si sono svolte, per la maggior parte e per quanto possibile, in presenza) ed essi hanno, nonostante ciò, subito dei rallentamenti.

La scelta fatta è stata quella di integrare diverse aree tematiche nell’ambito di uno stesso progetto, in modo da evitare una parcellizzazione degli interventi, come indicato da tutte le evidenze rispetto all’efficacia degli interventi di prevenzione, con particolare focus su queste aree tematiche: la co-Regolazione emotiva e l’educazione affettivo-relazionale; le relazioni ai tempi dei *Social Media*: dal bisogno di contatto al rischio di sviluppare dipendenza (es. *selfie* estremi e *challenge*, *sexting*, *grooming* e adescamento online, *internet addiction disorder*); il Bullismo e Cyberbullismo: dal *like* all’agito violento; l’uso di alcol tra i giovani e comportamenti violenti; il *Gaming* e il Gioco d’Azzardo.

OBIETTIVO SPECIFICO 2	<i>Aumentare la conoscenza dei rischi e promuovere comportamenti salutari tra le donne in gravidanza e nel puerperio e in età menopausale e facilitare l'accesso ai Servizi</i>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	N. totale interventi/programmi di screening attivati nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita dei Consultori Familiari, nei Reparti di Ginecologia e Ostetricia Ospedalieri
<i>Standard di risultato</i>	N. totale 4 interventi/programmi di screening attivati nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita dei Consultori Familiari, nei Reparti di Ginecologia e Ostetricia Ospedalieri
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	Attivare interventi di prevenzione e promuovere programmi di screening e loro monitoraggio in un'ottica di genere

Nell'ambito di tale obiettivo nasce Il progetto dal titolo "La medicina di genere nel disturbo da uso di alcol: stili di vita e benessere psicofisico nel ciclo evolutivo della donna".

Esso è stato realizzato in collaborazione con la Struttura Complessa di Ginecologia e Ostetricia Ospedale S.S. Trinità della ASL di Cagliari e ha consistito nella programmazione di due moduli, per un totale di 4 incontri gruppalì, di cui uno rivolto alle donne in fase menopausale e uno rivolto alle coppie in attesa della nascita di un figlio.

L'obiettivo di base è stato quello di promuovere comportamenti e stili di vita sani e informare sui comportamenti a rischio per la salute riguardanti non solo il consumo di alcol, ma anche per esempio l'area dell'alimentazione, dell'attività fisica e della cura di sé, e attuare strategie di prevenzione e promozione della salute che consentano di intercettare precocemente fattori di rischio e individuare fattori di protezione sviluppando migliori capacità di adattamento e di *coping* di fronte alle problematiche legate a queste due fasi del ciclo di vita.

La metodologia utilizzata è di tipo laboratoriale-esperienziale attraverso l'utilizzo di tecniche quali attivazioni, giochi psicologici, simulate, *roleplaying*, *brainstorming*, *focus group* e strumenti come stimoli multimediali di diversa natura, a partire da un modello bio-psico-sociale di salute in cui si è valorizzata la multidisciplinarietà degli interventi (ginecologia, ostetricia, psicologia, psichiatria psicoterapia).

Per quanto riguarda l'attivazione del modulo dedicato alle donne in fase menopausale, le partecipanti coinvolte sono state 40. Dalle risultanze emerge un alto livello di soddisfazione e la corrispondenza tra il bisogno di conoscenza-informazione e di condivisione nel gruppo dei vissuti emotivo-relazionali individuali e la risposta ricevuta attraverso l'intervento attuato. L'intervento, inoltre, è risultato efficace rispetto all'intercettazione dei fattori di rischio tanto che diversi partecipanti hanno ricercato successivamente supporto, rivolgendosi a professionisti della salute mentale. Rispetto ai fattori di protezione lo strumento della prevenzione attuata con tale modalità è stato segnalato come particolarmente importante tanto più se effettuato prima o in un momento iniziale della fase evolutiva considerata.

Per quanto riguarda l'attivazione del modulo dedicato alla coppia genitoriale a causa di impedimenti dovuti alla pandemia da SARS-CoV-2, è stata posticipata l'attuazione al mese di marzo 2022.

OBIETTIVO SPECIFICO 3

Formazione e aggiornamento di operatori sanitari e sociosanitari (operatori Servizi Alcolologici e Servizi per le Dipendenze, Centri di Salute Mentale, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Servizi dell'età evolutiva - NPI e Consulteri familiari, operatori dei Reparti di ginecologia e Ostetricia)

<i>Indicatore/i di risultato</i>	N. operatori raggiunti dalla formazione
<i>Standard di risultato</i>	N. di 100 operatori raggiunti dalla formazione
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	Pianificare attività formative finalizzate alla promozione e alla diffusione della cultura della Medicina di Genere nell'ambito del Disturbo da uso di alcol con realizzazione di seminari e workshop residenziali e/o a distanza caratterizzati da un approccio esperienziale di genere

Al fine di diffondere la cultura della Medicina di Genere in tutti i ambiti sanitari e realizzare una rete integrata di interventi, sono stati realizzati 4 eventi formativi in modalità online e in presenza, che hanno ospitato importanti esperti a livello Nazionale e Internazionale. Gli eventi rivolti, come da progetto, alle diverse figure professionali afferenti a Servizi territoriali e Ospedalieri, saranno resi disponibili in modalità asincrona per una loro maggiore diffusione nel territorio nazionale. Ogni evento formativo ha visto il coinvolgimento di oltre 150 operatori.

Di seguito il dettaglio degli eventi:

- “Medicina di Genere e alcolismo – dall’epigenetica alla clinica” (7 luglio 2021)
- “Vittimologia: aspetti clinici e psichiatrico-forensi” (13 dicembre 2021)
- “Implicazioni di genere in psicofarmacologia” (14 gennaio 2022)
- “Stili di vita e benessere psicofisico nelle fasi evolutive della donna” (24 febbraio 2022)

Per un maggiore approfondimento si forniscono in allegato locandine e programmi (disponibili sul sito internet – www.salute.gov.it - Portale del Ministero della Salute all’area tematica “Alcol”).

OBIETTIVO SPECIFICO 4

	<i>Promuovere la conoscenza della medicina di genere applicata al Disturbo da uso di Alcol nella popolazione generale, attuando la prevenzione universale attraverso il coinvolgimento del mondo del giornalismo, dei media e del social media</i>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	N. materiale informativo-divulgativo cartaceo N. Attivazione pagina Facebook dedicata N. pubblicazioni su siti Istituzionali
<i>Standard di risultato</i>	N. 10.000 materiale informativo-divulgativo cartaceo N. 1 Attivazione pagina Facebook dedicata N. 4 pubblicazioni su siti Istituzionali
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ul style="list-style-type: none">- Divulgazione informazioni sulle differenze di genere in sanità, indirizzata alla popolazione generale e ai pazienti avvalendosi di diversi canali comunicativi, sia tradizionali che innovativi, adeguati al target (opuscoli/brochure/locandine, ecc.)- Predisporre risorse informative online attraverso l'utilizzo dei social-media per la popolazione generale- Rendere disponibile sui siti web istituzionali risorse informative sulle differenze di genere nella prevenzione, diagnosi e cura del Disturbo da uso di alcol- Fornire ai media informazioni appropriate e rilevanti, attraverso specifiche linee-guida, sulla Medicina di Genere e il Disturbo da uso di Alcol

Sono stati predisposti, a cura di personale specializzato, i contenuti per il materiale informativo-divulgativo, condivisi con le Regioni partecipanti al tavolo tecnico. Per ciascuna delle Regioni aderenti, che ha fornito loghi e indirizzari dei propri Servizi (Calabria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Umbria) è stato predisposto il materiale informativo personalizzato, che verrà inviato nel mese di marzo 2022. In totale sono state stampate:

- 15.000 locandine, di cui 2.500 per la Regione Sardegna e 12.500 da inviare alle Regioni aderenti;
- 150.000 brochure, di cui 25.000 per la Regione Sardegna e 125.000 da inviare alle Regioni aderenti.

Per l'attività di divulgazione e pubblicizzazione degli eventi formativi realizzati sono stati utilizzati i canali istituzionali (pagine Facebook e sito ATS Sardegna) ed è stato coinvolto il mondo del giornalismo e dei media locali.

AREA RICERCA SCIENTIFICA E INNOVAZIONE

L'obiettivo generale perseguito ha mirato alla realizzazione di progetti di ricerca scientifica al fine di migliorare la qualità degli interventi di cura e prevenzione.

Sono stati realizzati due progetti di ricerca scientifica:

- un progetto di ricerca a cura della Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Cagliari, per la rilevazione delle differenze di genere in pazienti afferenti ai Servizi per il Trattamento delle problematiche alcol-correlate negli adulti;
- un progetto di ricerca a cura della Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Sassari, per la valutazione della relazione esistente tra l'uso problematico di alcol e la violenza di genere sia nella prospettiva dell'autore che della vittima di violenza.

Nell'ambito del primo progetto di ricerca è stato previsto il coinvolgimento delle Regioni facenti parte del tavolo tecnico, che hanno fornito i dati relativi ai propri Servizi attraverso la compilazione della scheda di rilevazione fornita. Hanno aderito le seguenti Regioni: Calabria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Umbria.

Si allegano alla presente i report sintetici dei risultati preliminari dei progetti di ricerca (disponibili sul sito internet – www.salute.gov.it - Portale del Ministero della Salute all'area tematica "Alcol").

OBIETTIVO SPECIFICO 1	Realizzazione Protocollo di trattamento <i>Gender-specific</i>
<i>Indicatore/i di risultato</i>	N. Protocollo <i>Gender-specific</i> N. Lavoro scientifico
<i>Standard di risultato</i>	N. 1 Protocollo <i>Gender-specific</i> N. 1 Lavoro scientifico
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raccolta dati e analisi statistica per studio trasversale al fine della rilevazione delle differenze di genere (in termini di qualità di vita e funzionamento, fattori di rischio e di protezione, quadro clinico, modalità di trattamento, decorso ed esito) in pazienti afferenti ai Servizi per il trattamento delle problematiche alcol correlate negli adulti e nei minori 2. Raccolta dati e analisi statistica parallela per studio trasversale al fine della valutazione della relazione esistente tra l'uso problematico di alcol e la violenza di genere sia nella prospettiva dell'autore che della vittima di violenza. 3. Selezione di un campione rappresentativo della popolazione di pazienti, bilanciato per sesso, età e altre variabili da definire per l'applicazione del nuovo protocollo <i>gender-specific</i> 4. Stesura protocollo di cura <i>gender specific</i>

Per quanto riguarda la stesura del protocollo, propedeutico alla attivazione di percorsi di trattamento *gender-specific*, essa è ancora in fase di elaborazione, in quanto i tempi necessari al reperimento dei dati e alla loro elaborazione si sono protratti a seguito della complessità dell'impianto di ricerca, che ha visto coinvolti, oltre al territorio regionale sardo, anche le Regioni che hanno aderito alla ricerca.

A tal proposito una criticità rilevata riguarda la non uniformità nella raccolta dei dati dovuta alle specificità dei Servizi coinvolti, che in alcuni casi hanno potuto effettuare una compilazione solo parziale della scheda di rilevazione condivisa con il tavolo tecnico.

OBIETTIVO SPECIFICO 2	Valutazione <i>effectiveness</i> degli interventi di prevenzione realizzati nel setting scolastico
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Presenza/assenza variazione positiva nelle dimensioni cliniche individuate
<i>Standard di risultato</i>	Presenza di una variazione positiva nelle dimensioni cliniche individuate
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	Selezione campione e analisi statistica pre e post intervento per studio longitudinale al fine della valutazione della <i>effectiveness</i> degli interventi di prevenzione realizzati nel setting scolastico (scuole secondaria di I e II grado) i cambiamenti in alcune dimensioni cliniche strettamente correlate, in base ai dati di letteratura, alla presenza di condotte a rischio di sviluppare problematiche alcol correlate nei giovani
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	Selezione campione e analisi statistica pre e post intervento per studio longitudinale al fine della valutazione della <i>effectiveness</i> degli interventi di prevenzione realizzati nel setting scolastico (scuole secondaria di I e II grado) i cambiamenti in alcune dimensioni cliniche strettamente correlate, in base ai dati di letteratura, alla presenza di condotte a rischio di sviluppare problematiche alcol correlate nei giovani

Per quanto riguarda l'attività di monitoraggio e valutazione degli esiti degli interventi di prevenzione nel setting scolastico, è stato valutato l'apprendimento dei contenuti nozionistici relativi ai temi trattati mediante somministrazione di questionari ad inizio lavori e al termine dell'attività, è stata inoltre effettuata una valutazione sulle abilità emotivo-relazionali mediante l'osservazione delle dinamiche gruppali e degli aspetti comunicativi del gruppo classe.

Alla luce della valutazione effettuata, per quanto concerne gli aspetti nozionistici, i questionari rivelano un incremento delle conoscenze teoriche da parte dei soggetti coinvolti; riguardo agli aspetti emotivo-relazionali il percorso ha certamente favorito un clima di comunicazione paritario tra gli adolescenti, in linea con i principi del progetto, tuttavia l'impossibilità di attuare un intervento nel lungo periodo non ha consentito di effettuare la valutazione dell'*effectiveness* programmata.

AREA DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE

L'obiettivo generale perseguito ha mirato all'attivazione di percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione *gender-specific*.

OBIETTIVO SPECIFICO 1	Ampliare e diversificare l'offerta e la tipologia di cura in un'ottica di genere, sulla base dei dati epidemiologici, al fine di favorire una maggiore appropriatezza e personalizzazione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione
<i>Indicatore/i di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Predisposizione linee guida e protocollo di cura <i>gender-specific</i> nell'ambito del trattamento del Disturbo da Uso di Alcol 2. % Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) implementati in un'ottica di genere 3. Attivazione di n. Reti multidisciplinari con attenzione al genere
<i>Standard di risultato</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. N. 1 Predisposizione linee guida e protocollo di cura <i>gender-specific</i> nell'ambito del trattamento del Disturbo da uso di alcol 2. Almeno 50% PDTA implementati in un'ottica di genere 3. Attivazione di almeno N. 1 Rete multidisciplinare con attenzione al genere
<i>Attività previste per il raggiungimento dell'obiettivo specifico</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Applicazione delle linee guida e del protocollo di cura <i>gender-specific</i> utili nella definizione di PDTA inclusivi di indicatori di processo e di esito stratificati per sesso e genere 2. Predisporre e implementare PDTA in un'ottica di genere presso il Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici correlati ad Alcol e Gioco d'Azzardo Patologico Assl Cagliari (Capofila del Progetto) 3. Attivazione di reti assistenziali e specialistiche multidisciplinari che assicurino una presa in carico personalizzata e la continuità assistenziale

Nell'ambito dell'attività del Centro per il trattamento dei Disturbi Psichiatrici correlati ad Alcol e Gioco d'Azzardo fin dal momento della presa in carico si pone attenzione all'esplorazione e valutazione dei bisogni specifici legati al genere e alla raccolta di informazioni utili alla predisposizione di percorsi di cura *gender-specific*, procedendo con l'implementazione dei PDTA in un'ottica di genere.

Le attività del progetto, in particolare quelle di sensibilizzazione e formazione degli operatori, hanno favorito la collaborazione tra i diversi Servizi e la presa in carico integrata, attraverso l'attivazione di reti multidisciplinari che coinvolgono i Servizi sanitari, quelli socio-sanitari e le associazioni del privato sociale.

Rispetto al funzionamento delle *équipe* si rileva una maggiore percezione di auto-efficacia nella predisposizione dei percorsi di cura e nella gestione di situazioni critiche, in cui la specificità di genere può rivestire un ruolo significativo.

Si auspica che la realizzazione del Protocollo *gender-specific* possa dare un contributo importante nel favorire l'accesso ai servizi, migliorare la *compliance* e ridurre i *drop-out*, in particolare delle donne che, come si evince dalla letteratura, hanno maggiori difficoltà a rivolgersi ai Servizi specialistici e a mantenere la continuità terapeutica.

Conclusioni finali

L'esperienza di lavoro effettuata nelle diverse aree del presente progetto (prevenzione, ricerca e cura), sottolinea ancora una volta la centralità della Medicina di Genere come disciplina trasversale e dai plurimi livelli di analisi e intervento, secondo una attenzione alla persona nella sua globalità. Il progetto ha costituito un'occasione di riflessione rispetto alla delicata interazione tra la persona e i Servizi dedicati alla Salute Mentale, rispetto ai bisogni clinici, non solo biologici, ma anche culturali e sociali in costante evoluzione, a cui il Sistema Sanitario ha il mandato di rispondere.

I numerosi aspetti indagati nell'ambito delle attività di ricerca appaiono di fondamentale importanza al fine di pianificare e attuare percorsi di cura mirati e *gender-specific*, nonché strategie di prevenzione costruiti sulla base delle differenze derivanti sia da aspetti puramente biologici che da caratteristiche legate all'identità, al ruolo e ai comportamenti socialmente attribuiti a donne e uomini.

Dedicare un'intera progettazione alla Medicina di Genere nei suoi diversi ambiti d'intervento ha permesso di porre attenzione ad una serie di elementi e variabili *gender-specific* a cui talvolta nella pratica clinica non viene riservata l'attenzione necessaria e ha consentito di mettere in luce i bisogni formativi degli operatori, a cui si è iniziato a dare una risposta più mirata. La connessione attivata tra i diversi Servizi e le Istituzioni è stato un punto di forza nella costituzione di una rete multidisciplinare che, declinata nella nostra realtà locale, consente, in una visione prospettica, di ridurre la frammentarietà degli interventi per donne e uomini.

Le azioni attuate nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute hanno perseguito un approccio *life course*, che ha permesso di riconoscere le specificità delle diverse fasi del ciclo di vita in relazione al genere e, conseguentemente, di attuare interventi diversificati orientati ad ampliare la consapevolezza sul tema nei diversi *target* e favorire lo sviluppo di strategie adattive.

È risultato infine di fondamentale importanza attivare strategie di prevenzione universale orientate alla divulgazione e diffusione della cultura della Medicina di Genere nella popolazione generale attraverso canali di comunicazione tradizionali e online. L'attività di comunicazione e informazione ha dimostrato di poter favorire una maggiore consapevolezza e stimolare così la responsabilità del singolo in termini di *empowerment*, riconoscendo all'individuo un ruolo attivo nella strategia di prevenzione e nella costruzione della propria salute.

Allegati

disponibili sul sito del Portale del Ministero della Salute – www.salute.gov.it - all'area tematica "Alcol"

1. Materiale informativo-divulgativo (brochure e locandine)
2. Locandine e programma eventi formativi
3. Report dati Ricerca "Rilevazione delle differenze di genere in pazienti afferenti ai Servizi per il trattamento delle problematiche alcol correlate negli adulti"
4. Report dati Ricerca "Violenza intima da parte del partner, violenza domestica e Disturbo da Uso di Alcol"

APPENDICE

Table e Grafici – Paragrafo 2.4 “Alcoldipendenza: i servizi alcologici e l’utenza”

Tab.1- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2021

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	TOTALE
PIEMONTE	64	-	-	1	65
VALLE D'AOSTA		1	-		1
LOMBARDIA	47	-	-	8	55
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	-	-	6
PROV.AUTON.TRENTO	1	-	-	-	1
VENETO	8	1	1	5	15
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	-	-	-	6
LIGURIA	6	-	-	-	6
EMILIA ROMAGNA	13	-	-	31	44
TOSCANA	37	-	1	-	38
UMBRIA	11	-	-	-	11
MARCHE	14	-	-	-	14
LAZIO	22	-	-	12	34
ABRUZZO	7	-	-	-	7
MOLISE	5	-	-	1	6
CAMPANIA	20	-	-	-	20
PUGLIA	45	-	-	4	49
BASILICATA	4	-	-	2	6
CALABRIA	8	-	-	5	13
SICILIA	44	-	-	2	46
SARDEGNA	5	-	-	1	6
ITALIA	372	3	2	72	449

Tab. 2 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2021

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	11	96	107	9	86	95	4	71	75	10	102	112
VALLE D'AOSTA	1	1	2	0	5	5	0	4	4	0	5	5
LOMBARDIA	23	100	123	15	97	112	18	83	101	11	51	62
PROV.AUTON.BOLZANO	2	8	10	2	26	28	2	6	8	2	0	2
PROV.AUTON.TRENTO	1	6	7	0	1	1	0	6	6	3	3	6
VENETO	4	33	37	4	23	27	7	27	34	7	32	39
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	9	14	6	12	18	4	9	13	3	8	11
LIGURIA	3	33	36	0	24	24	1	26	27	1	11	12
EMILIA ROMAGNA	3	47	50	1	15	16	1	31	32	3	30	33
TOSCANA	4	74	78	1	54	55	2	48	50	4	43	47
UMBRIA	4	12	16	4	13	17	2	7	9	0	4	4
MARCHE	5	30	35	3	22	25	3	19	22	0	3	3
LAZIO	21	94	115	16	58	74	11	36	47	0	5	5
ABRUZZO	1	12	13	1	6	7	1	8	9	0	1	1
MOLISE	0	11	11	0	2	2	0	11	11	0	0	0
CAMPANIA	22	58	80	13	44	57	14	36	50	3	9	12
PUGLIA	12	65	77	19	54	73	15	50	65	1	33	34
BASILICATA	3	10	13	5	3	8	3	4	7	7	3	10
CALABRIA	9	23	32	6	6	12	6	12	18	2	1	3
SICILIA	0	83	83	0	53	53	0	56	56	0	6	6
SARDEGNA	12	10	22	8	5	13	4	5	9	5	1	6
ITALIA	146	815	961	113	609	722	98	555	653	62	351	413

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	5	121	126	1	25	26	5	37	42	45	538	583
VALLE D'AOSTA	0	5	5	0	3	3	0	2	2	1	25	26
LOMBARDIA	18	119	137	4	28	32	3	6	9	92	484	576
PROV.AUTON.BOLZANO	1	17	18	1	6	7	0	1	1	10	64	74
PROV.AUTON.TRENTO	2	2	4	0	1	1	3	0	3	9	19	28
VENETO	7	56	63	1	9	10	2	16	18	32	196	228
FRIULI VENEZIA GIULIA	25	14	39	0	5	5	4	0	4	47	57	104
LIGURIA	2	66	68	0	8	8	0	3	3	7	171	178
EMILIA ROMAGNA	2	50	52	0	1	1	0	3	3	10	177	187
TOSCANA	12	94	106	1	7	8	1	9	10	25	329	354
UMBRIA	12	6	18	0	1	1	1	1	2	23	44	67
MARCHE	3	32	35	1	7	8	0	23	23	15	136	151
LAZIO	48	77	125	2	2	4	8	23	31	106	295	401
ABRUZZO	2	17	19	0	3	3	1	1	2	6	48	54
MOLISE	0	14	14	0	0	0	0	1	1	0	39	39
CAMPANIA	22	74	96	1	10	11	3	5	8	78	236	314
PUGLIA	34	72	106	2	6	8	2	11	13	85	291	376
BASILICATA	11	10	21	0	2	2	1	6	7	30	38	68
CALABRIA	10	19	29	4	0	4	4	5	9	41	66	107
SICILIA	0	94	94	0	12	12	0	19	19	0	323	323
SARDEGNA	20	12	32	2	0	2	2	2	4	53	35	88
ITALIA	236	971	1.207	20	136	156	40	174	214	715	3.611	4.326

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

UTENTI TOTALI

REGIONE	2016				2017				2018				2019				2020				2021			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	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	6.637	2,9	4.369	1.536	5.905	2,8	4.302	1.586	5.888	2,7
VALLE D'AOSTA	256	76	332	3,4	239	82	321	2,9	216	68	284	3,2	228	82	310	2,8	208	85	293	2,4	230	84	314	2,7
LOMBARDIA	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	11.561	3,3	6.189	1.901	8.090	3,3	7.473	2.319	9.792	3,2
PROV.AUTON.BOLZANO	2.139	556	2.695	3,8	2.179	545	2.724	4,0	2.169	574	2.743	3,8	2.226	581	2.807	3,8	1.998	559	2.557	3,6	2.104	550	2.654	3,8
PROV.AUTON.TRENTO	2.941	586	3.527	5,0	2.070	344	2.414	6,0	1.944	350	2.294	5,6	1.850	352	2.202	5,3	1.651	318	1.969	5,2	1.766	341	2.107	5,2
VENETO	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	3.824	3,7	6.344	2.158	8.502	2,9	4.277	1.389	5.666	3,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	3.256	929	4.185	3,5	2.629	772	3.401	3,4	2.716	873	3.589	3,1	2.556	798	3.354	3,2	2.383	755	3.138	3,2	2.398	808	3.206	3,0
LIGURIA	1.132	470	1.602	2,4	825	373	1.198	2,2	1.399	522	1.921	2,7	1.412	545	1.957	2,6	1.325	561	1.886	2,4	1.458	600	2.058	2,4
EMILIA ROMAGNA	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	5.930	2,4	3.970	1.658	5.628	2,4	3.887	1.646	5.533	2,4
TOSCANA	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	5.563	2,6	3.697	1.434	5.131	2,6	3.787	1.547	5.334	2,4
UMBRIA	2.381	670	3.051	3,6	2.046	561	2.607	3,6	2.404	612	3.016	3,9	2.195	567	2.762	3,9	1.430	511	1.941	2,8	2.065	639	2.704	3,2
MARCHE	1.202	513	1.715	2,3	1.228	501	1.729	2,5	1.300	524	1.824	2,5	1.562	565	2.127	2,8	1.306	536	1.842	2,4	1.330	523	1.853	2,5
LAZIO	1.771	653	2.424	2,7	1.403	447	1.850	3,1	627	235	862	2,7	1.921	659	2.580	2,9	2.513	903	3.416	2,8	2.114	771	2.885	2,7
ABRUZZO	620	171	791	3,6	340	58	398	5,9	1.008	227	1.235	4,4	882	220	1.102	4,0	965	216	1.181	4,5	797	180	977	4,4
MOLISE	341	86	427	4,0	295	62	357	4,8	276	54	330	5,1	282	56	338	5,0	302	53	355	5,7	277	65	342	4,3
CAMPANIA	2.709	457	3.166	5,9	2.714	505	3.219	5,4	2.665	532	3.197	5,0	2.967	582	3.549	5,1	2.359	486	2.845	4,9	2.130	387	2.517	5,5
PUGLIA	1.403	309	1.712	4,5	2.039	465	2.504	4,4	2.034	456	2.490	4,5	1.325	320	1.645	4,1	2.014	444	2.458	4,5	1.435	309	1.744	4,6
BASILICATA	261	67	328	3,9	304	74	378	4,1	384	70	454	5,5	526	114	640	4,6	386	87	473	4,4	409	112	521	3,7
CALABRIA	1.008	167	1.175	6,0	1.163	207	1.370	5,6	988	149	1.137	6,6	1.009	155	1.164	6,5	319	64	383	5,0	850	156	1.006	5,4
SICILIA	2.956	634	3.590	4,7	2.999	633	3.632	4,7	1.499	309	1.808	4,9	2.751	579	3.330	4,8	3.435	737	4.172	4,7	3.358	719	4.077	4,7
SARDEGNA	1.910	434	2.344	4,4	2.213	514	2.727	4,3	2.131	530	2.661	4,0	1.625	380	2.005	4,3	1.873	489	2.362	3,8	1.817	495	2.312	3,7
ITALIA	55.234	15.985	71.219	3,5	52.736	15.239	67.975	3,5	49.951	15.268	65.219	3,3	50.353	15.034	65.387	3,3	49.036	15.491	64.527	3,2	48.264	15.226	63.490	3,7

Segue Tab.3

UTENTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI

REGIONE	2016				2017				2018				2019				2020				2021			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	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	4.926	2,8	3.474	1.264	4.738	2,7	3.357	1.275	4.632	2,6
VALLE D'AOSTA	229	60	289	3,8	218	67	285	3,3	208	59	267	3,5	220	76	296	2,9	183	72	255	2,5	222	80	302	2,8
LOMBARDIA	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	8.272	3,3	4.641	1.428	6.069	3,2	5.369	1.601	6.970	3,4
PROV.AUTON.BOLZANO	1.705	462	2.167	3,7	1.683	434	2.117	3,9	1.699	444	2.143	3,8	1.775	444	2.219	4,0	1.676	457	2.133	3,7	1.670	431	2.101	3,9
PROV.AUTON.TRENTO	2.385	488	2.873	4,9	1.458	239	1.697	6,1	1.391	244	1.635	5,7	1.218	246	1.464	5,0	1.143	215	1.358	5,3	1.214	227	1.441	5,3
VENETO	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	2.757	3,8	4.941	1.657	6.598	3,0	3.335	1.096	4.431	3,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.303	630	2.933	3,7	1.913	566	2.479	3,4	2.020	655	2.675	3,1	1.815	589	2.404	3,1	1.747	581	2.328	3,0	1.818	624	2.442	2,9
LIGURIA	907	390	1.297	2,3	663	296	959	2,2	1.066	407	1.473	2,6	1.092	430	1.522	2,5	1.045	468	1.513	2,2	1.131	472	1.603	2,4
EMILIA ROMAGNA	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	4.623	2,4	3.254	1.345	4.599	2,4	2.990	1.294	4.284	2,3
TOSCANA	2.648	1.122	3.770	2,4	3.055	1.174	4.229	2,6	2.986	1.145	4.131	2,6	2.980	1.160	4.140	2,6	2.890	1.135	4.025	2,5	2.923	1.152	4.075	2,5
UMBRIA	1.161	366	1.527	3,2	853	254	1.107	3,4	979	232	1.211	4,2	739	199	938	3,7	1.027	383	1.410	2,7	917	353	1.270	2,6
MARCHE	879	388	1.267	2,3	825	360	1.185	2,3	915	388	1.303	2,4	1.143	423	1.566	2,7	1.026	428	1.454	2,4	961	380	1.341	2,5
LAZIO	1.225	431	1.656	2,8	904	299	1.203	3,0	432	177	609	2,4	1.065	372	1.437	2,9	1.511	565	2.076	2,7	1.453	528	1.981	2,8
ABRUZZO	416	109	525	3,8	178	31	209	5,7	699	164	863	4,3	627	156	783	4,0	728	154	882	4,7	590	124	714	4,8
MOLISE	269	67	336	4,0	220	51	271	4,3	211	42	253	5,0	200	42	242	4,8	223	46	269	4,8	229	52	281	4,4
CAMPANIA	2.115	340	2.455	6,2	2.070	360	2.430	5,8	2.100	413	2.513	5,1	2.276	452	2.728	5,0	1.945	376	2.321	5,2	1.657	286	1.943	5,8
PUGLIA	1.065	231	1.296	4,6	1.552	363	1.915	4,3	1.516	326	1.842	4,7	1.030	222	1.252	4,6	1.670	358	2.028	4,7	1.086	212	1.298	5,1
BASILICATA	187	53	240	3,5	230	62	292	3,7	293	56	349	5,2	428	95	523	4,5	275	67	342	4,1	284	75	359	3,8
CALABRIA	668	104	772	6,4	705	133	838	5,3	582	84	666	6,9	535	89	624	6,0	207	46	253	4,5	414	86	500	4,8
SICILIA	2.212	482	2.694	4,6	2.220	467	2.687	4,8	1.160	230	1.390	5,0	2.090	436	2.526	4,8	2.714	528	3.242	5,1	2.640	529	3.169	5,0
SARDEGNA	1.318	320	1.638	4,1	1.519	361	1.880	4,2	1.561	406	1.967	3,8	1.229	299	1.528	4,1	1.475	392	1.867	3,8	1.448	386	1.834	3,8
ITALIA	40.179	11.778	51.957	3,4	38.266	11.269	49.535	3,4	36.184	11.133	47.317	3,3	35.867	10.903	46.770	3,3	37.795	11.965	49.760	3,2	35.708	11.263	46.971	3,2

Segue Tab.3

UTENTI NUOVI

REGIONE	2016				2017				2018				2019				2020				2021			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	1.283	294	1.577	4,4	1.430	351	1.781	4,1	954	452	1.406	2,1	1.305	406	1.711	3,2	895	272	1.167	3,3	945	311	1.256	3,0
VALLE D'AOSTA	27	16	43	1,7	21	15	36	1,4	8	9	17	0,9	8	6	14	1,3	25	13	38	1,9	8	4	12	2,0
LOMBARDIA	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	1.548	473	2.021	3,3	2.104	718	2.822	2,9
PROV.AUTON.BOLZANO	434	94	528	4,6	496	111	607	4,5	470	130	600	3,6	451	137	588	3,3	322	102	424	3,2	434	119	553	3,6
PROV.AUTON.TRENTO	556	98	654	5,7	612	105	717	5,8	553	106	659	5,2	632	106	738	6,0	508	103	611	4,9	552	114	666	4,8
VENETO	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	1.403	501	1.904	2,8	942	293	1.235	3,2
FRIULI VENEZIA GIULIA	953	299	1.252	3,2	716	206	922	3,5	696	218	914	3,2	741	209	950	3,5	636	174	810	3,7	580	184	764	3,2
LIGURIA	225	80	305	2,8	162	77	239	2,1	333	115	448	2,9	320	115	435	2,8	280	93	373	3,0	327	128	455	2,6
EMILIA ROMAGNA	921	372	1.293	2,5	880	323	1.203	2,7	815	303	1.118	2,7	944	363	1.307	2,6	716	313	1.029	2,3	897	352	1.249	2,5
TOSCANA	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	807	299	1.106	2,7	864	395	1.259	2,2
UMBRIA	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	403	128	531	3,1	1.148	286	1.434	4,0
MARCHE	323	125	448	2,6	403	141	544	2,9	385	136	521	2,8	419	142	561	3,0	280	108	388	2,6	369	143	512	2,6
LAZIO	546	222	768	2,5	499	148	647	3,4	195	58	253	3,4	856	287	1.143	3,0	1.002	338	1.340	3,0	661	243	904	2,7
ABRUZZO	204	62	266	3,3	162	27	189	6,0	309	63	372	4,9	255	64	319	4,0	237	62	299	3,8	207	56	263	3,7
MOLISE	72	19	91	3,8	75	11	86	6,8	65	12	77	5,4	82	14	96	5,9	79	7	86	11,3	48	13	61	3,7
CAMPANIA	594	117	711	5,1	644	145	789	4,4	565	119	684	4,7	691	130	821	5,3	414	110	524	3,8	473	101	574	4,7
PUGLIA	338	78	416	4,3	487	102	589	4,8	518	130	648	4,0	295	98	393	3,0	344	86	430	4,0	349	97	446	3,6
BASILICATA	74	14	88	5,3	74	12	86	6,2	91	14	105	6,5	98	19	117	5,2	111	20	131	5,6	125	37	162	3,4
CALABRIA	340	63	403	5,4	458	74	532	6,2	406	65	471	6,2	474	66	540	7,2	112	18	130	6,2	436	70	506	6,2
SICILIA	744	152	896	4,9	779	166	945	4,7	339	79	418	4,3	661	143	804	4,6	721	209	930	3,4	718	190	908	3,8
SARDEGNA	592	114	706	5,2	694	153	847	4,5	570	124	694	4,6	396	81	477	4,9	398	97	495	4,1	369	109	478	3,4
ITALIA	15.055	4.207	19.262	3,6	14.470	3.970	18.440	3,6	13.767	4.135	17.902	3,3	14.486	4.131	18.617	3,5	11.241	3.526	14.767	3,2	12.556	3.963	16.519	3,2

Tab.4- DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2021

CLASSI DI ETA'	Nuovi utenti						Utenti già in carico o rientrati						Totale utenti					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<20	140	1,1	63	1,6	203	1,2	147	0,4	56	0,5	203	0,4	287	0,6	119	0,8	406	0,6
20-29	1.536	12,2	439	11,1	1.975	12,0	1.908	5,3	491	4,4	2.399	5,1	3.444	7,1	930	6,1	4.374	6,9
30-39	2.640	21,0	743	18,7	3.383	20,5	5.155	14,4	1.319	11,7	6.474	13,8	7.795	16,2	2.062	13,5	9.857	15,5
40-49	3.518	28,0	1.143	28,8	4.661	28,2	10.214	28,6	3.057	27,1	13.271	28,3	13.732	28,5	4.200	27,6	17.932	28,2
50-59	3.050	24,3	961	24,2	4.011	24,3	11.179	31,3	3.792	33,7	14.971	31,9	14.229	29,5	4.753	31,2	18.982	29,9
>=60	1.672	13,3	614	15,5	2.286	13,8	7.105	19,9	2.548	22,6	9.653	20,6	8.777	18,2	3.162	20,8	11.939	18,8
TOTALE	12.556	100,0	3.963	100,0	16.519	100,0	35.708	100,0	11.263	100,0	46.971	100,0	48.264	100,0	15.226	100,0	63.490	100,0

Tab.5 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%) - ANNO 2021

REGIONE	SUPERALCOLICI			APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI			VINI			BIRRA			ALTRO		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	11,0	9,9	10,7	3,6	3,6	3,6	38,9	47,9	41,3	26,5	20,5	24,9	20,1	18,1	19,5
VALLE D'AOSTA	5,9	5,4	5,7	0,8	1,1	0,9	31,6	38,7	33,5	19,9	17,2	19,2	41,8	37,6	40,7
LOMBARDIA	10,5	8,9	10,2	4,6	5,5	4,8	43,0	51,7	45,0	37,9	29,6	35,9	4,0	4,3	4,1
PROV.AUTON.BOLZANO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PROV.AUTON.TRENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	5,0	6,6	5,4	2,9	6,7	3,8	54,8	60,2	56,1	37,1	25,8	34,3	0,3	0,7	0,4
LIGURIA	8,0	7,1	7,7	2,7	3,8	3,1	42,6	46,9	44,0	24,1	18,2	22,3	22,5	23,9	23,0
EMILIA ROMAGNA	10,9	9,7	10,6	3,2	3,8	3,4	50,7	62,2	54,1	34,0	24,1	31,0	1,2	0,2	0,9
TOSCANA	11,2	8,0	10,3	6,1	5,3	5,9	48,8	54,2	50,3	28,1	27,1	27,8	5,8	5,3	5,7
UMBRIA	12,1	8,4	11,3	9,2	9,6	9,3	46,7	51,6	47,7	32,0	30,5	31,7	0,0	0,0	0,0
MARCHE	6,5	6,1	6,4	3,1	4,4	3,5	36,9	43,8	38,9	17,8	15,9	17,3	35,7	29,8	34,1
LAZIO	6,7	5,9	6,5	2,8	2,7	2,8	25,3	32,8	27,3	24,9	23,6	24,6	40,3	34,9	38,8
ABRUZZO	14,2	13,9	14,2	4,0	6,7	4,5	52,1	47,1	51,2	29,6	32,3	30,1	0,1	0,0	0,1
MOLISE	9,4	10,3	9,5	5,0	6,9	5,4	51,4	53,4	51,8	32,4	27,6	31,5	1,8	1,7	1,8
CAMPANIA	19,8	11,8	18,5	10,0	8,8	9,8	44,2	54,3	45,9	25,7	19,2	24,7	0,2	5,9	1,2
PUGLIA	18,6	14,3	17,8	6,5	5,4	6,3	40,5	50,2	42,2	32,0	26,7	31,0	2,5	3,5	2,6
BASILICATA	8,8	6,8	8,3	4,4	6,8	4,9	57,2	56,8	57,1	29,1	28,4	28,9	0,6	1,1	0,7
CALABRIA	11,4	15,0	12,0	7,9	7,8	7,9	37,2	47,7	38,8	32,8	26,1	31,8	10,7	3,3	9,5
SICILIA	14,9	12,8	14,5	8,3	8,2	8,3	34,7	40,3	35,7	36,6	33,5	36,1	5,5	5,2	5,4
SARDEGNA	5,3	6,6	5,6	5,4	14,7	7,4	41,1	44,3	41,7	48,2	34,4	45,3	0,0	0,0	0,0
ITALIA	10,4	8,8	10,0	5,2	5,9	5,4	43,6	51,1	45,4	31,6	25,2	30,1	9,1	9,0	9,1

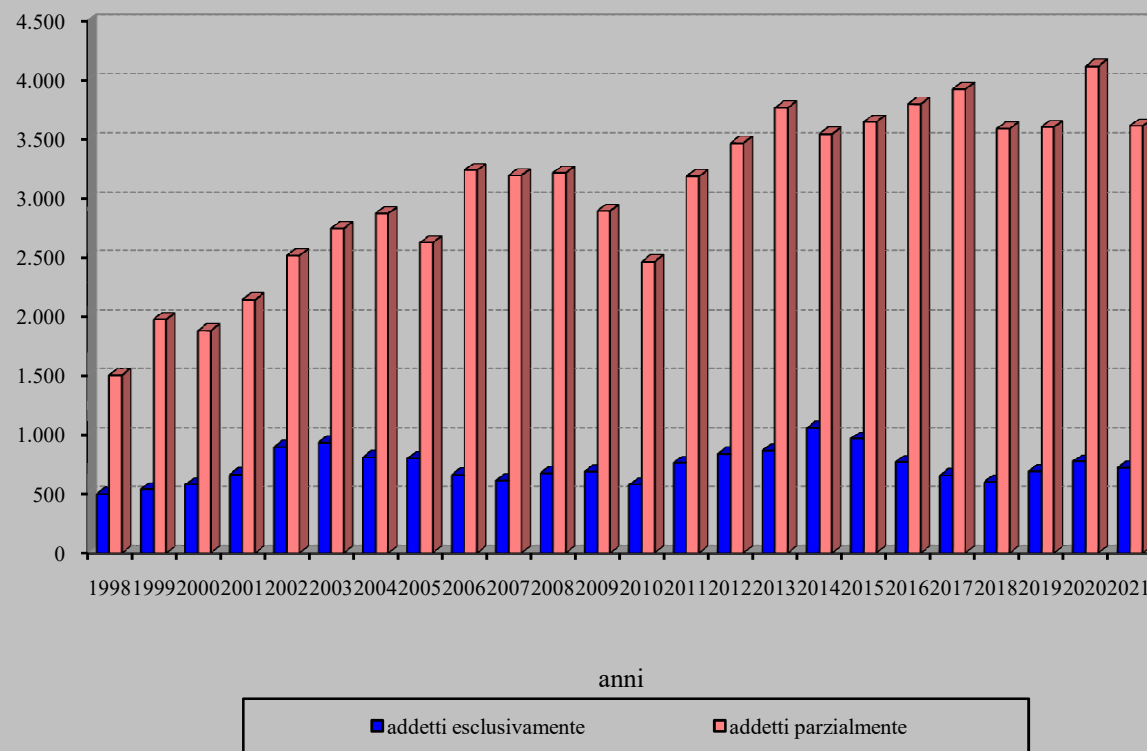
Tab.6 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2021

REGIONE	Medico farmacologico ambulatoriale	Psicoterapeutico		Counseling all'utente o alla famiglia	Inserimento nei gruppi di auto/muto aiuto	Trattamento socio- riabilitativo	Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.	Ricovero ospedaliero o day hospital per:			Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:			Altro
		individuale	di gruppo o familiare					sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	
PIEMONTE	26,5	8,2	0,9	22,1	1,7	25,5	5,3	0,6	0,3	0,2	2,7	0,1	0,2	5,8
VALLE D'AOSTA	27,1	9,4	1,3	18,4	1,2	20,6	5,6	3,4	6,1	6,6	0,2	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	26,4	12,8	2,5	26,3	1,5	18,0	2,6	1,1	0,4	0,2	0,6	0,0	0,0	7,5
PROV.AUTON.BOLZANO	26,8	29,9	0,0	26,3	0,0	11,9	2,5	1,9	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0
PROV.AUTON.TRENTO	53,6	0,0	0,0	37,8	4,2	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0
VENETO	28,8	6,9	4,5	28,6	9,5	14,8	3,2	1,9	0,9	0,0	0,6	0,1	0,0	0,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	26,0	6,6	8,4	27,4	4,2	9,7	3,1	1,8	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	12,2
LIGURIA	28,8	8,1	0,9	31,8	1,3	23,8	2,2	1,7	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0	0,7
EMILIA ROMAGNA	48,8	3,9	0,6	8,3	0,8	24,5	5,7	0,3	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	6,5
TOSCANA	28,9	6,0	1,2	30,5	8,0	11,1	4,4	0,7	2,1	0,1	1,9	3,9	0,0	1,2
UMBRIA	26,7	10,5	9,1	32,4	5,5	9,4	1,8	1,1	0,7	0,0	2,1	0,8	0,0	0,0
MARCHE	32,5	9,4	1,1	32,2	1,8	12,9	2,9	2,3	0,3	0,0	3,2	0,1	0,0	1,3
LAZIO	39,6	14,7	1,8	26,5	2,5	5,6	3,1	1,6	0,4	0,4	2,3	0,2	0,0	1,2
ABRUZZO	21,9	10,5	1,4	24,5	1,5	19,7	2,8	0,3	0,7	0,0	1,7	0,1	0,0	14,8
MOLISE	27,2	24,7	1,1	25,6	4,3	10,6	4,0	0,4	0,3	0,1	0,7	0,1	0,0	0,9
CAMPANIA	36,9	12,1	2,9	29,9	3,0	7,6	2,1	1,7	2,0	0,0	1,1	0,4	0,0	0,1
PUGLIA	41,1	9,5	2,0	12,5	3,4	17,5	5,0	0,6	1,7	0,1	0,5	0,5	0,0	5,5
BASILICATA	22,9	12,9	6,4	30,6	12,2	10,5	4,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CALABRIA	28,9	12,8	6,3	16,6	5,3	22,9	4,4	1,1	1,5	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
SICILIA	30,7	11,9	3,7	28,0	1,1	19,5	1,9	1,1	1,1	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0
SARDEGNA	39,1	6,2	3,0	31,8	2,3	12,2	2,0	1,6	1,6	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
ITALIA	31,4	10,3	2,8	26,0	3,2	15,9	3,2	1,2	0,7	0,2	1,0	0,3	0,0	3,7

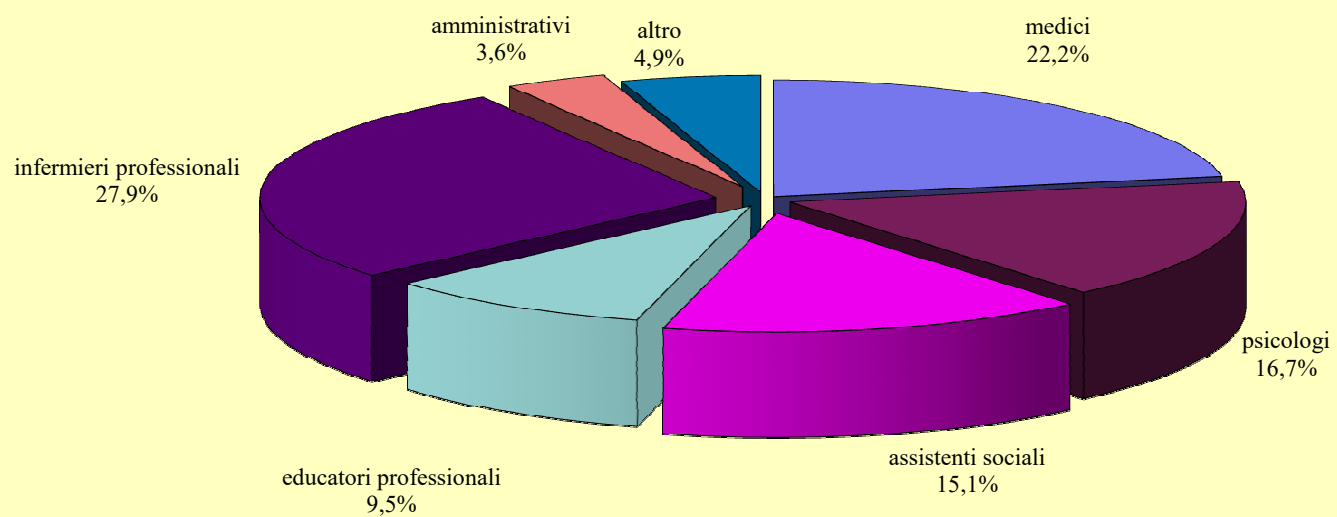
Tab.7 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO
percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Medico farmacologico ambulatoriale		28,2	30,3	29,4	30,0	28,9	27,0	26,8	27,3	27,1	25,7	27,3	28,1	30,1	29,3	30,2	32,0	31,4
Psicoterapeutico	individuale	7,0	7,1	6,6	6,7	6,9	8,1	7,9	7,5	8,3	8,2	9,1	8,7	9,2	8,8	9,0	10,0	10,3
	di gruppo o familiare	4,6	4,1	3,0	3,6	3,3	4,6	3,4	3,5	3,5	2,9	2,9	3,4	3,6	3,8	3,8	3,1	2,8
Counseling all'utente o alla famiglia		26,1	26,4	28,3	26,5	26,5	27,2	29,0	26,5	28,3	24,8	25,3	25,5	24,7	26,2	25,7	25,7	26,0
Inserimento nei gruppi di auto/mutuo aiuto		9,8	8,8	8,5	7,8	7,0	7,0	7,4	6,3	5,6	5,5	4,5	5,0	4,8	4,7	3,8	3,6	3,2
Trattamento socio-riabilitativo		12,1	13,0	13,7	14,0	14,5	14,6	13,3	13,5	12,1	15,8	16,0	15,3	16,3	16,6	17,4	16,6	15,9
Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.		2,5	2,5	2,9	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	2,5	2,5	2,9	2,9	2,9	3,0	3,0	3,0	3,2
Ricovero ospedaliero o day hospital per:	sindrome di dipendenza da alcool	2,7	2,8	2,3	2,3	2,1	2,3	1,7	1,9	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,7	1,4	1,1	1,2
	altre patologie alcoolcorrelate	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,3	1,0	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,7	0,6	0,7
	altro	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2
Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:	sindrome di dipendenza da alcool	1,6	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	0,7	0,8	1,0	0,9	1,0	0,9	1,0
	altre patologie alcoolcorrelate	0,4	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,3	0,3
	altro	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4	0,4	0,0	0,2	0,5	0,5	0,9	0,3	0,5	0,0	0,1	0,1	0,0
Altro		2,8	1,8	2,1	3,5	5,2	3,1	5,3	8,8	8,5	10,4	7,6	7,1	4,2	3,7	3,7	2,8	3,7

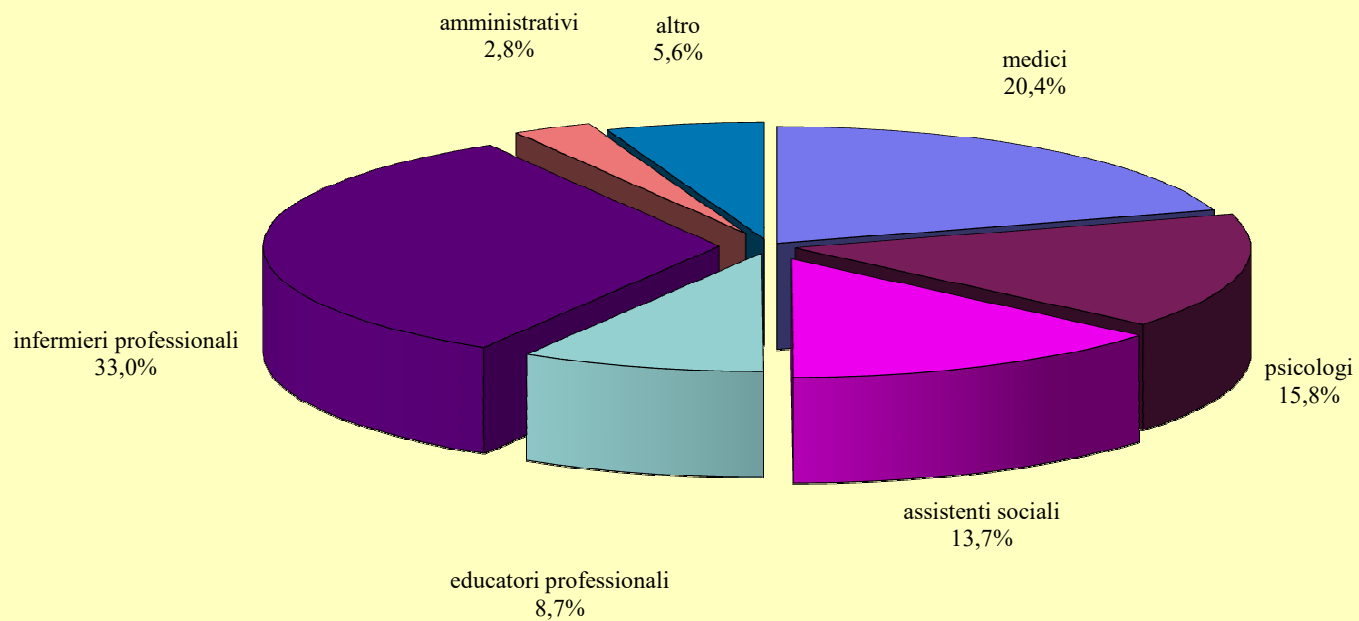
**Graf. 1 - PERSONALE ADDETTO ALLE ATTIVITA' RELATIVE
ALLA ALCOOLDIPENDENZA**



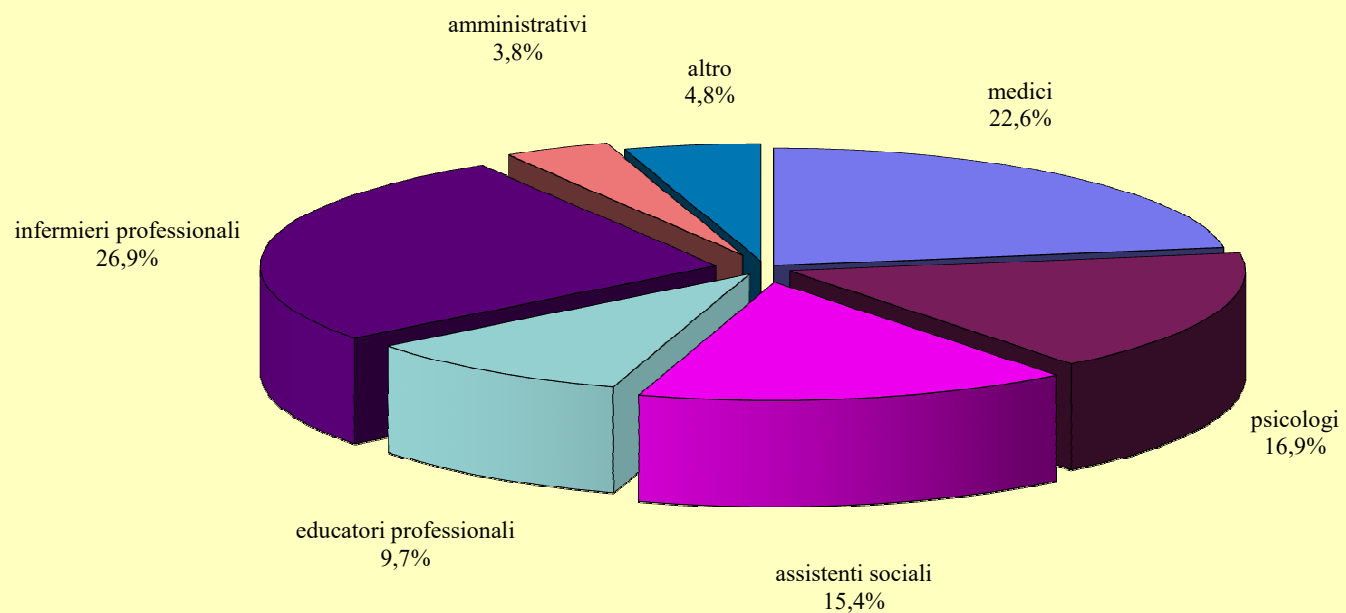
**Graf.2 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE (TOTALE) PER QUALIFICA
ANNO 2021**



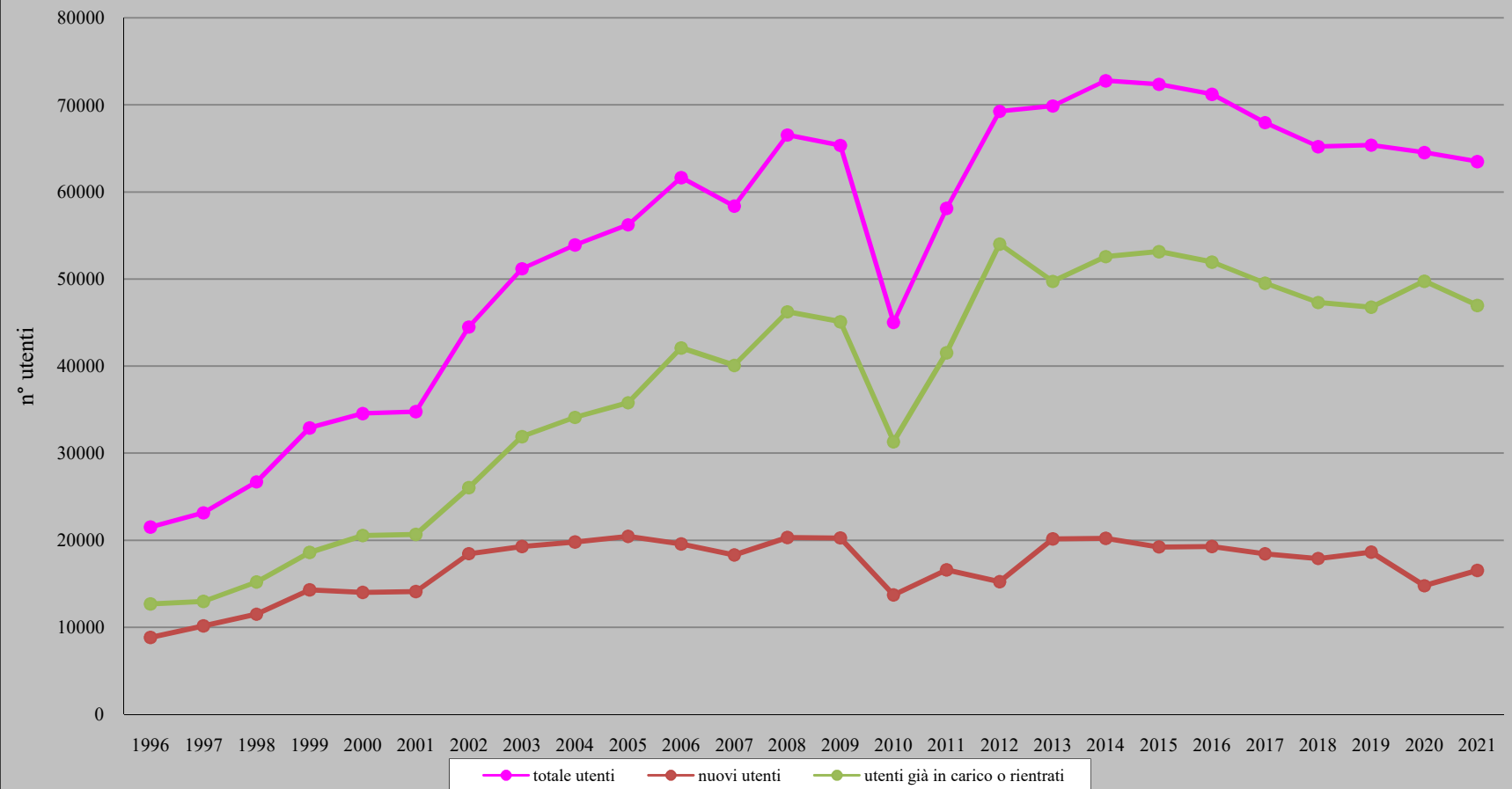
**Graf.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO
ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2021**



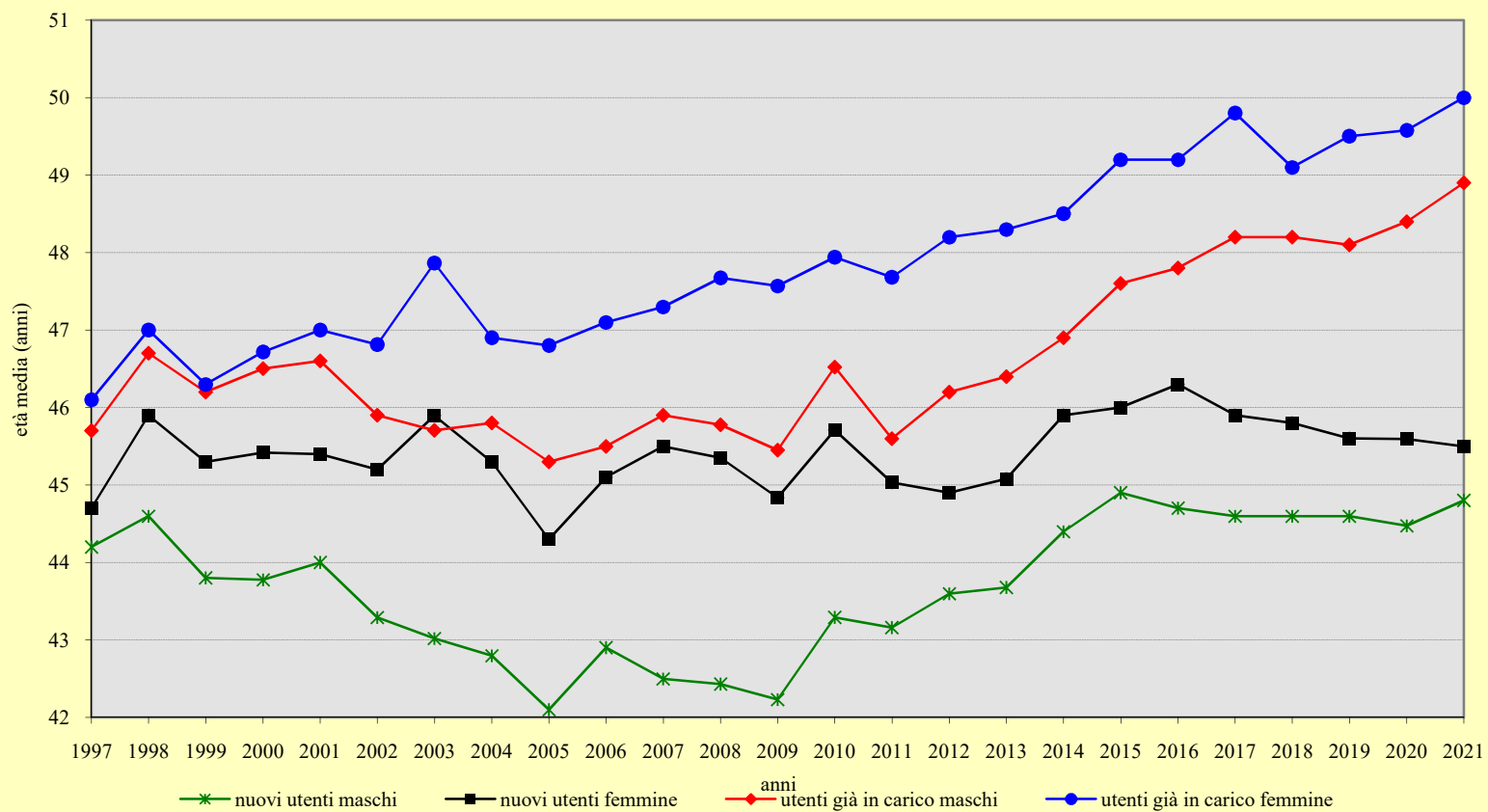
**Graf.4 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO
PARZIALMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2021**



Graf.5 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

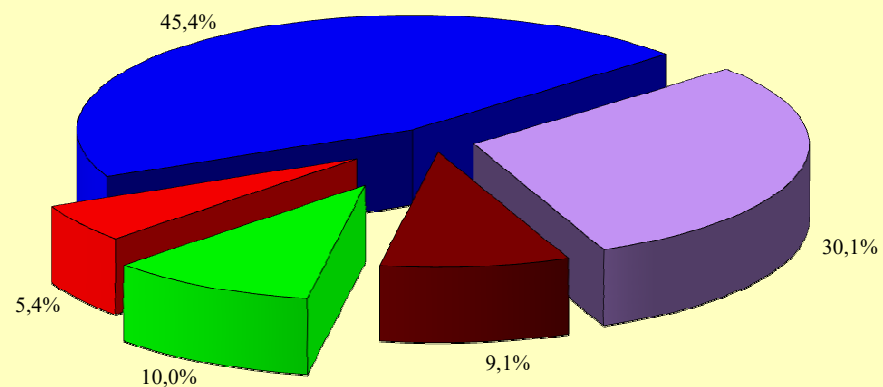


Graf. 6 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI



**Graf.7 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA
DI USO PREVALENTE - ANNO 2021**

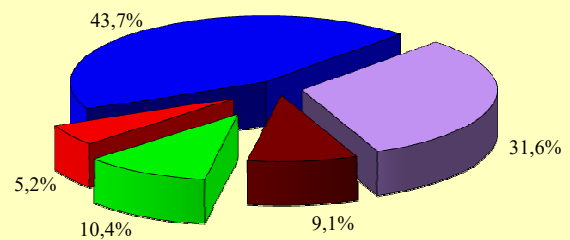
a) Totale utenti



■ SUPERALCOLICI ■ APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI ■ VINI ■ BIRRA ■ ALTRO

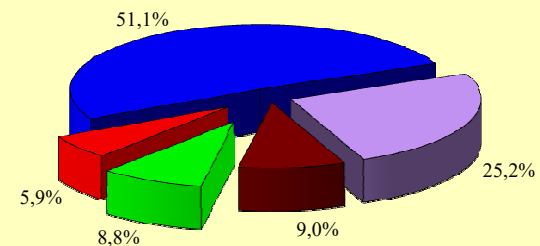
Segue graf.7

b) Totale utenti maschi



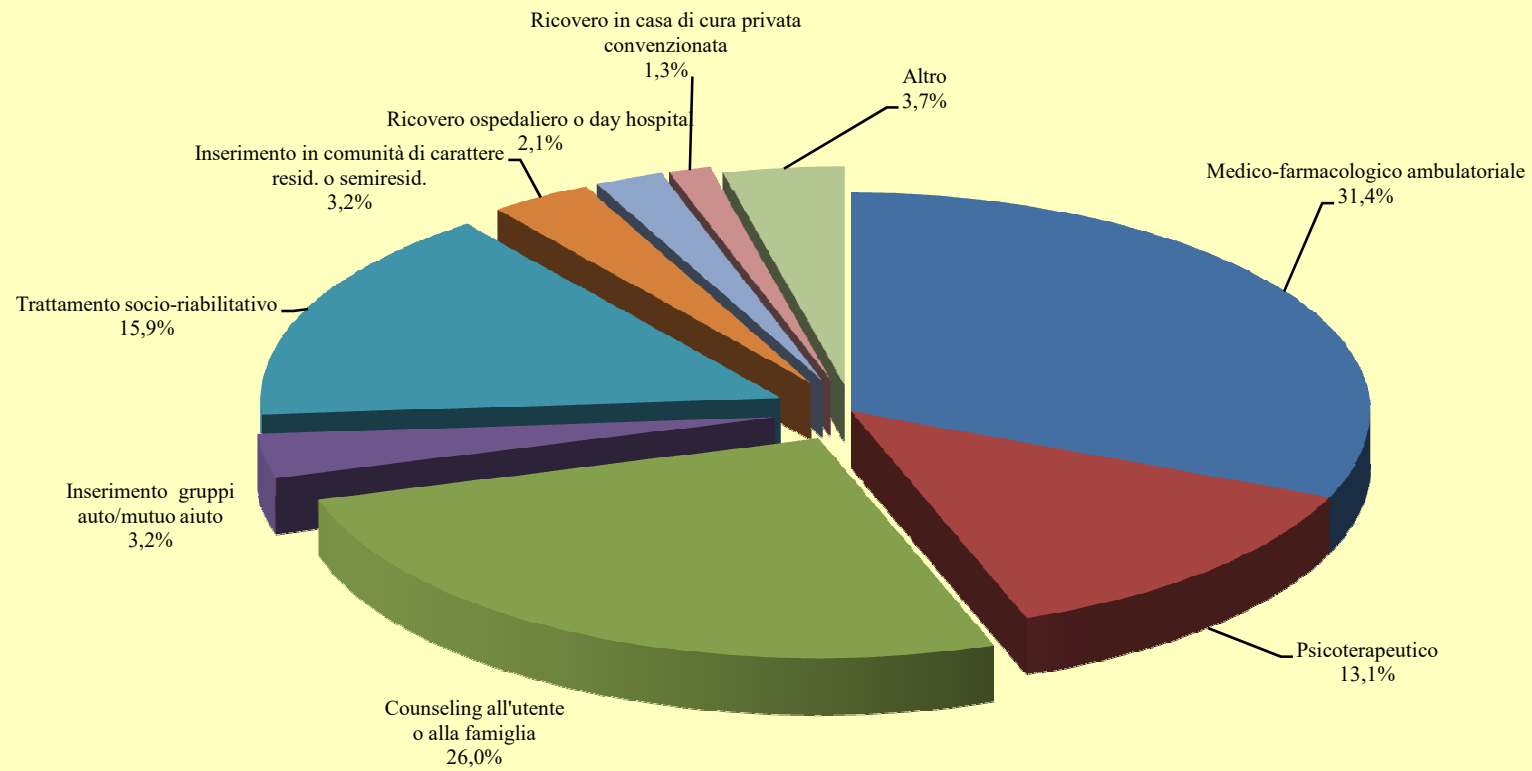
■ SUPERALCOLICI ■ APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI ■ VINI ■ BIRRA ■ ALTRO

c) Totale utenti femmine



■ SUPERALCOLICI ■ APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI ■ VINI ■ BIRRA ■ ALTRO

**Graf.8 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO
PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (*)
ANNO 2021**



(*)=percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati