



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 2018

INDICE

PREMESSA

PRESENTAZIONE I

PARTE I

1.	IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO	1
1.1	I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo	1
1.1.1	<i>Il consumo di bevande alcoliche nel Mondo ed in Europa</i>	1
1.1.2	<i>Il consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana</i>	2
1.1.3	<i>L'alcol nelle Linee Guida</i>	9
1.1.4	<i>Consumatori a rischio</i>	10
1.2	L'alcoldipendenza	17
1.3	<i>La morbilità e la mortalità alcol correlate</i>	18
1.3.1	<i>Accessi in Pronto Soccorso con diagnosi di patologie totalmente alcol attribuibili</i>	19
1.3.2	<i>Le stime di mortalità dell'Istituto Superiore di Sanità</i>	27
1.3.3	<i>Gli incidenti stradali e le violazioni del Codice della Strada</i>	32
2.	LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE	40

PARTE II

3.	I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N.125 ANNO 2015	66
3.1	Il personale dei Servizi	67
3.2	Le caratteristiche demografiche dell'utenza	67
3.3	I consumi alcolici dell'utenza	68
3.4	I modelli di trattamento	68
3.5	La collaborazione dei Servizi con gli Enti e le Associazioni del volontariato, e del Privato Sociale	68
3.6	Le Associazioni di Auto Mutuo Aiuto – AICAT, AA	69
4.	CRITICITA' DEL SISTEMA	79

TABELLE E GRAFICI

PARTE III

5.	GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125	83
5.1	Gli interventi di indirizzo	83
5.2	Gli interventi in materia di informazione e comunicazione	92
5.3	L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001 ai fini del monitoraggio	94
5.4	La partecipazione alle politiche internazionali	95

PARTE IV

6.	I CONSUMI ALCOLICI E I MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI	98
7.	PROGETTO NAZIONALE ALCOL: “Valutazione e monitoraggio delle politiche e delle azioni sanitarie e sociali in tema di alcol e problemi alcol correlati”	108

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 2017, i modelli di trattamento per l'alcoldipendenza e la capacità di assistenza dei Servizi alcolologici con le eventuali criticità emerse, ed inoltre illustra gli interventi e le iniziative intraprese dal Ministero della Salute nell'anno 2018.

Infine, la Relazione di quest'anno prevede, come concordato con la Commissione Salute, la presentazione dei risultati conseguiti dal Progetto Nazionale finanziato con i fondi previsti dalle Legge 125/2001 (art. 3, comma 4) per l'Anno Finanziario 2017.

La Relazione al Parlamento viene annualmente curata dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 6 (Dott.ssa Liliana La Sala, dott.ssa Maria Migliore, dott.ssa Natalia Magliocchetti; dott.ssa Stefania Milazzo), avvalendosi anche di informazioni pertinenti fornite da diversi uffici delle Direzioni Generali del Ministero della Salute: Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Uff. 8 (Dott.ssa Daniela Galeone, dott.ssa Maria Teresa Menzano); Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Uff. 6 (Dott.ssa Lucia Lispi, dott.ssa Carla Ceccolini); Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti europei e internazionali - Uff. 3 (Dott. Alfredo D'Ari e dott. Lucio Vitale); Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica - Uff. 3 (Dott.ssa Lidia Di Minco, dott.ssa Elisabetta Santori).

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

Pertanto si ringraziano:

- *Prof. Emanuele Scafato, dott.ssa Silvia Ghirini e dott.ssa Claudia Gandin - 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.ssa Laura Rossi, Dott. Andrea Ghiselli - Centro CREA - Alimenti e Nutrizione.
- *Dott. Marco Orsega, dott. Pierfranco Severi e dott. Pino Nicolucci - AICAT, Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali.
- *AA, Alcolisti Anonimi
- *Dott. Valentino Patussi - Centro Alcolologico Regionale, Regione Toscana
- *Dott. Gaetano Manna e dott. Roberto Diecidue, coordinamento progetto nazionale-Regione Piemonte

PRESENTAZIONE

Il fenomeno relativo al consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana, negli anni più recenti, sta decisamente mostrando un profilo nuovo rispetto agli ultimi decenni soprattutto se si considera che, a fronte di una riduzione del consumo di vino durante i pasti, si registra un progressivo aumento di consumo di bevande alcoliche occasionale e al di fuori dei pasti, condizione ancor più dannosa per le patologie e le problematiche correlate.

Secondo i dati acquisiti dall' ISTAT, nel corso del 2017, ha consumato almeno una bevanda alcolica il 65,4% degli italiani di 11 anni e più (pari a 35 milioni e 534 mila persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (78,1%) rispetto alle femmine (53,5%).

Il 21,4% dei consumatori (11 milioni 612 mila persone) beve quotidianamente, di cui il 32,2% tra i maschi e l'11,2% tra le femmine.

Nell'anno 2017 si osserva un aumento rispetto all'anno precedente del consumo nell'anno (dal 64,7% al 65,4%), su questo dato pesa l'aumento del consumo occasionale (dal 43,3% al 44%), mentre sono stabili gli altri tipi di consumo (consumo giornaliero e consumo fuori pasto).

Negli ultimi 10 anni si è assistito ad un cambiamento nelle abitudini a consumare le bevande alcoliche in tutte le fasce d'età, ma in maniera differenziata. Tra i giovani fino ai 24 anni e tra gli adulti 25-44enni c'è un maggior calo di consumo alcolico giornaliero; tra gli adulti di 45-64 anni e gli anziani over 65 aumenta principalmente il numero di consumatori occasionali e, specialmente tra le donne, il numero di consumatrici di alcol fuori pasto.

Nel tempo si assiste anche a sensibili cambiamenti nel tipo di bevande consumate. Si osserva una diminuzione del consumo esclusivo di vino e birra e un robusto aumento nel consumo di altri alcolici con o senza il consumo di vino e birra.

Nel 2017, nella popolazione di 11 anni e più che ha consumato alcolici nell'anno, beve **vino** il 52,6% di cui 65,7% maschi e 40,3% femmine. Nella stessa popolazione considerata beve **birra** il 48%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile (63,4%) doppia rispetto a quella femminile (33,5%). Gli aperitivi alcolici, amari e superalcolici sono consumati nel 2017 dal 43,8% della popolazione di età superiore a 11 anni e come nel caso della birra, la prevalenza tra i maschi (56,5%) è circa il doppio rispetto a quella tra le femmine (31,9). Nell'anno 2017 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche che hanno bevuto vino sono stati il 19% (28,2% maschi e 10,4% femmine), mentre hanno bevuto birra il 4,9% (8,3% maschi e 1,6% femmine) ed infine hanno bevuto aperitivi, amari, superalcolici lo 0,7% (1,2% maschi e 0,2% femmine).

Il consumo di alcol è più forte nel Centro-Nord, soprattutto nel Nord-est, e tra i maschi.

La quota di consumatori di bevande alcoliche aumenta al crescere del titolo di studio conseguito. Ciò avviene soprattutto per le donne, quelle con licenza elementare consuma alcol almeno una volta all'anno il 52,0%, quota che sale al 77,6% 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.

Il consumo di bevande alcoliche tra i giovani permane una criticità che suggerisce di mantenere alta l'attenzione su questa fascia di popolazione. Infatti, lo studio sui modelli di

consumo tra i giovani mostra che nel 2017 il 51,5% dei ragazzi e il 45,6% delle ragazze di età compresa tra 11 e 24 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; per entrambi i generi si rileva un aumento rispetto all'anno precedente. Nella fascia di età 11-24 anni è soprattutto diffusa la consuetudine di bere alcolici fuori dai pasti, 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. 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 comunque differenziato per genere, tra i ragazzi è circa il doppio rispetto alle ragazze. Tra i comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche tra i giovani il *binge drinking* rappresenta l'abitudine più diffusa e consolidata. Nel 2017 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il 17% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 22,3% maschi e l'11,5% femmine. L'abitudine da parte dei genitori ad avere almeno un tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche sembra influenzare il comportamento dei figli. Infatti, il 29,5% dei ragazzi di 11-24 anni che vivono in famiglie dove entrambi i genitori adottano comportamenti a rischio nel consumo di alcol ha abitudini non moderate nel bere alcolici, mentre tale quota scende al 16,4% tra i giovani con genitori che non bevono o consumano alcolici in maniera moderata.

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. E' assolutamente rilevante il fatto che nella fascia di età 11-17 anni il 18,4% abbia almeno un comportamento a rischio (21,7% maschi e 14,6% femmine), valore che dovrebbe tendere allo zero. Inoltre risulta particolarmente critico il quadro dei comportamenti a rischio tra i ragazzi di 16-17 anni, infatti già a questa età il *binge drinking* raggiunge con il valore del 6,9% livelli quasi equivalenti a quelli medi della popolazione (v.m.7,4%).**

Tra i giovani di 18-24 anni e tra i giovanissimi di 11-17 anni è più frequente, rispetto alle altre fasce di età, l'abitudine ad effettuare l'ultimo episodio di *binge drinking* in discoteca o night (18-24 anni 31,3%, 11-17 anni 26,6%). In queste classi di età, se si considera soltanto chi frequenta assiduamente (più di 12 volte nell'anno) le discoteche, la quota di quanti dichiarano l'ultimo episodio in discoteca o night arriva al 50%. Tra le bevande preferite dai giovani vi è la birra soprattutto tra i ragazzi seguita da aperitivi alcolici (alcolpops) e tra le ragazze gli aperitivi alcolici (alcolpops) seguiti dalla birra.

Al fine di individuare interventi di Sanità Pubblica mirati al contenimento di **comportamenti di consumo a rischio**, che comportano non solo rischi per la salute del singolo bevitore ma anche rischi per la comunità e per la sicurezza sociale, soprattutto in relazione agli incidenti stradali, agli incidenti sul lavoro e alle violenze di vario genere, si è ritenuto necessario individuare strumenti idonei a monitorare attentamente il fenomeno. L'Istituto Superiore di Sanità (Osservatorio Nazionale Alcol), tenendo conto anche delle indicazioni dell'OMS, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), e dei nuovi livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN), 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 e quotidiano eccedentario ed il *binge drinking*. Le nuove indicazioni scientifiche hanno stabilito di considerare il livello di consumo zero come livello di riferimento

per la popolazione non a rischio di età inferiore ai 18 anni di entrambi i sessi: di conseguenza è opportuno considerare a rischio gli individui al di sotto della maggiore età (18 anni) che hanno consumato una qualsiasi bevanda alcolica; sono invece da considerare a maggior rischio gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di due Unità Alcoliche standard (UA), le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di una UA e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi, è stata nel 2017 del 23,6% per uomini e dell'8,8% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8.600.000 individui (M=6.100.000, F=2.500.000) che nel 2017 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica.

L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazioni più a rischio per entrambi i generi è quella dei 16-17enni (M=47,0%, F=34,5%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei "giovani anziani" (65-75 anni). Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 700.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone quindi che non sono identificate precocemente e che andrebbero sensibilizzate sul loro consumo non conforme alle raccomandazioni di sanità pubblica. La prevalenza di consumatori a rischio di sesso maschile è superiore a quelle delle donne per tutte le classi di età, ad eccezione di quella dei minorenni, dove invece le differenze non raggiungono la significatività statistica.

L'**alcoldipendenza** è a tutt'oggi un ambito che continua a necessitare di grande attenzione per le implicazioni sanitarie e sociali che ne derivano. La stima puntuale del numero di alcoldipendenti presenti nel nostro Paese ha finora presentato difficoltà di vario tipo e non esistono ancora dati ufficiali in merito. Per una valutazione del fenomeno è comunque utile tener conto, fra gli altri elementi, del numero di alcoldipendenti in trattamento nei Servizi di alcolologia pubblici, nonché del numero dei soggetti e delle famiglie che frequentano a scopo riabilitativo i gruppi di auto-mutuo aiuto o le associazioni *no profit* che operano in collaborazione con gli stessi Servizi pubblici o in maniera autonoma.

Nel 2017 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati (n=495) 67.975 soggetti. Il 27,1% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. Il rapporto M/F è pari a 3,5 per il totale degli utenti. A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati).

L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni (circa il 30% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Il 75,1% 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 17,4%. La bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (48,1%), seguito dalla birra (27,1%), dai superalcolici (10,3%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,5%). 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 2017 il 30,1% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 24,7% al "*counseling*"

rivolto all'utente o alla famiglia, il 4,8% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 16,3% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,9% degli alcolodipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 12,8% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 4,3% del totale degli utenti rilevati (2,6% in istituti pubblici, 1,7% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol. Il buon funzionamento dei Servizi alcologici viene favorito da una diffusa collaborazione con la rete dei gruppi di auto-mutuo aiuto, grande risorsa per il Sistema Sanitario Nazionale ed espressamente prevista dalla legge 125/2001. I Gruppi di auto-mutuo aiuto svolgono attività che riguardano prevalentemente la riabilitazione degli alcol dipendenti, ma spesso anche la sensibilizzazione e informazione della popolazione generale. Si osserva che nel 2017 il 49,9% dei Servizi ha collaborato con i Club Alcologici Territoriali (CAT), il 36,6% con gli Alcolisti Anonimi (A.A.) e il 15,6% con altri gruppi. Le attività di collaborazione con le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali e con le cooperative sociali per la gestione dei Servizi sociosanitari ed educativi riguardano rispettivamente il 44,6% e il 22,0% dei Servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 33,9%. nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei Servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli Enti privati cioè con case di cura convenzionate (19,2%) o private (2,0%). Si ripropone, come per molti altri aspetti del fenomeno in esame, l'assenza di una omogeneità territoriale, qui ancora più accentuata per la presenza di situazioni "estreme" (regioni con scostamenti molto significativi, in una direzione o in quella opposta, rispetto al valore centrale di riferimento).

Dai dati elaborati e rappresentati dall'**Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)**, l'andamento generale dei consumi e della spesa a carico del SSN registra un aumento nel 2017, rispettivamente del 5% e 8%, rispetto all'anno precedente e si concentra per la maggior parte nell'ambito dell'assistenza non convenzionata. Il sodio oxibato è il farmaco più utilizzato nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, mentre il disulfiram e l'acamprosato quelli più utilizzati nell'ambito dell'assistenza convenzionata. I pazienti in trattamento con questi ultimi due farmaci sono per lo più maschi con un'età media di 50 anni. I farmaci più frequentemente co-prescritti sono quelli del sistema nervoso, in particolare con gli antidepressivi. Questo dato è in linea con quanto è già noto, ovvero che la dipendenza alcolica si associa frequentemente a disturbi neuropsichiatrici, come depressione, disturbi bipolari e disturbi d'ansia.

Nel corso del 2017 si sono verificati complessivamente **39.182 accessi in Pronto Soccorso** caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 70% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 30% ad accessi di femmine. La distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per triage medico mostra che il 64% degli accessi avviene in codice verde, il 20% in codice giallo, il 13,5% in codice bianco e il 2% in codice rosso. Si rileva che al 14,5% degli accessi in pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcol, non specificato, a seguire in ordine di frequenza, al 14,29% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcol, episodico, mentre al 12,8% una diagnosi di effetti tossici dell'alcol etilico. Il 59,75% degli accessi arriva in PS con il 118, mentre il 30,3% arriva al PS con mezzi propri. Infine, si rileva che il 76% degli accessi in PS con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol esita a domicilio, mentre il 13,5% degli accessi viene ricoverato.

I dati relativi ai **decessi totalmente alcol-attribuibili** sono forniti dall'ISTAT ed elaborati dall'ISS (ONA e Ufficio di Statistica) i dati più recenti attualmente disponibili si riferiscono ai decessi avvenuti in Italia nel 2015 e le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri). Si evince che nell'anno 2015 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.240, di cui 1016 (81,9%) uomini e 224 donne (18,1%); queste percentuali corrispondono a circa 38 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e quasi 1 decesso per milione tra le donne. Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi per entrambe i sessi sono le **epatopatie alcoliche** e **sindromi psicotiche indotte da alcol**. Nel 2015, il tasso standardizzato di mortalità, nella popolazione di 15 anni e più, per le patologie totalmente causate dal consumo di alcol è stato pari a 4,06 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,78 per le donne, con un lieve incremento rispetto all'anno precedente sia per il genere maschile che per il genere femminile. La mortalità alcol-attribuibile è più elevata nella popolazione di età più avanzata. L'analisi del trend mostra che dal 2007 al 2015, la mortalità per patologie alcol-attribuibili è diminuita per entrambi i generi sebbene nell'ultimo anno di disponibilità del dato, si è registrato un incremento del tasso di mortalità per entrambi i generi, incremento che, per il genere maschile, era già stato rilevato lo scorso anno. L'incremento registrato nel 2015 tra gli uomini riguarda tutte le fasce di età adulte e in particolare quella degli individui di età superiore a 55 anni. Tra le donne invece, l'incremento registrato rispetto allo scorso anno è ascrivibile alla fascia di età dei 35-54 anni.

L'analisi della mortalità alcol attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità territoriale piuttosto elevata, differenziata anche in relazione al sesso della persona deceduta. Le regioni che nel 2015 hanno fatto registrare i livelli statisticamente più elevati di mortalità sia tra gli uomini che tra le donne sono state la Provincia Autonoma di Bolzano, la Basilicata oltre a Friuli Venezia Giulia, Abruzzo e Lazio per i soli uomini e Liguria e Veneto per le sole donne. Le regioni che viceversa hanno fatto registrare valori inferiori alla media nazionale in maniera statisticamente significativa sono state la Sicilia per entrambi i generi, a cui si aggiungono per i soli uomini la Campania, l'Umbria e la Toscana. Complessivamente rispetto al 2014, nel Lazio si rileva un incremento statisticamente significativo del tasso di mortalità per patologie totalmente alcol attribuibili che è passato da 1,75 a 2,72 per 100.000 abitanti.

Di grande rilievo per completare la panoramica inerente la morbosità e la mortalità alcol-correlata rientra anche l'analisi del fenomeno riguardante **l'incidentalità stradale**. Il tema degli incidenti stradali alcol correlati rappresenta un argomento di estrema rilevanza per la sicurezza stradale, per il quale sono ancora presenti lacune informative soprattutto a causa della mancanza di un'unica Banca Dati alla quale possano afferire tutte le informazioni raccolte dalle diverse fonti ufficiali attualmente esistenti. **Carabinieri e Polizia Stradale**, organi che rilevano circa un terzo del totale degli incidenti stradali con lesioni, hanno reso disponibili i dati riferiti all'anno 2017 sulle contravvenzioni elevate per guida in stato di ebbrezza e sotto l'effetto di stupefacenti in occasione di incidente stradale. Da tali dati risulta che, in totale per i due organi di rilevazione, sono **4.575 gli incidenti stradali** per i quali almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era in stato di ebbrezza e 1.690 sotto l'effetto di stupefacenti, su un totale di 58.583 incidenti. Il **7,8%** e **2,9%** degli incidenti rilevati dai Carabinieri e dalla Polizia Stradale è correlato dunque, rispettivamente ad **alcol** e droga, **percentuali in aumento rispetto al 2015** quando erano pari al 7,6% e al 2,3%.

Anche le **Polizie Locali** di alcuni Comuni capoluogo hanno reso disponibile il numero di sanzioni rilevate in caso di incidente per guida in stato di ebbrezza pari a 2.126 ed in aumento rispetto al 2016. Con riferimento al numero degli incidenti con lesioni rilevati dalle Polizie Locali nei Comuni considerati, le quote dei sinistri correlati ad alcol risultano pari a 3,8%.

Focalizzando l'attenzione sui soli dati rilevati dai **Carabinieri**, più dettagliati nelle informazioni fornite, nel 2017 sono stati 2.912 gli incidenti stradali con lesioni a persone per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, pari al 9,0% del totale degli incidenti con lesioni verbalizzati dall'Arma dei Carabinieri. Rispetto al 2015 e al 2016 si registra, un aumento della quota degli incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale, tale proporzione era, infatti, pari a 8,6 per cento nel 2015 e 8,1 nel 2016.

Con riferimento alle informazioni fornite dalla **Polizia Stradale**, dai dati 2017 elaborati emerge che il 10,7 % delle violazioni al codice della strada per guida sotto l'effetto dell'alcol è registrato in concomitanza di un incidente stradale, di questi il 6,4% è riferibile ad incidenti stradali con lesioni a persone.

Nello spirito della legge 125/2001, il Ministero della Salute ha continuato a sostenere politiche sull'alcol in linea con gli orientamenti approvati **in ambito internazionale**, sia a livello di Unione Europea che di Organizzazione Mondiale della Sanità. Le principali attività sono ascrivibili alla partecipazione formale al Comitato per le Politiche Nazionali e Azioni sull'Alcol (CNAPA) della Commissione Europea e ai gruppi di lavoro, consultivi, di condivisione e aggiornamento periodico, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO Global e WHO European Region). Tutte le attività sono state svolte anche con il supporto tecnico-scientifico dell'ISS - Osservatorio Nazionale Alcol (ONA), che è anche WHO Collaborating Centre in tema di alcol e problemi alcol correlati.

In relazione all'Organizzazione Mondiale della Sanità, un'attività sostanziale è stata la partecipazione al gruppo consultivo di esperti sullo strumento per la misurazione dell'implementazione delle politiche sull'alcol, come richiesto dalla risoluzione EUR/RC61/R4 che ha approvato il Piano di Azione Europeo sull'Alcol 2014-2020 (EAAP). Il Comitato regionale dell'OMS per l'Europa ha raccomandato agli Stati membri della regione europea di utilizzare l'EAAP per formulare politiche nazionali in materia di alcol e piani d'azione, in modo tale da permettere di monitorare i progressi compiuti dagli Stati Membri, l'impatto e l'attuazione nazionale del piano d'azione europeo. L'ISS-ONA ha contribuito, anche in funzione dell'esigenze specifiche nazionali e tecniche del Ministero della Salute, ad elaborare un elenco di indicatori, da utilizzare come strumento per la valutazione dei progressi delle singole azioni e degli obiettivi previsti dal Piano d'azione europeo e dalle politiche nazionali e dai piani di prevenzione nazionali e regionali in materia di alcol. Il Ministero della Salute, tramite ISS - ONA, ha inoltre contribuito al monitoraggio annuale europeo ed internazionale sull'alcol, in particolare per lo "**EU Status Report on Alcohol**" e per il "**Global Status Report on alcohol**".

Il Ministero della Salute ha garantito, attraverso il Centro Collaborativo Italiano dell'OMS, la partecipazione alle riunioni organizzate ad **Edimburgo** il 17 novembre 2018 per la revisione del MOPAC relativo al monitoraggio del Piano di Azione sui Giovani e il Binge Drinking (CNAPA). I sistemi di monitoraggio italiani, SISMA e SISTIMAL, sono stati oggetto di presentazione nel Corso della Conferenza Europea sulle Alcohol Policy svolta ad **Edimburgo** nei giorni 19-21 novembre 2018. L'attività del SISTIMAL e del SISMA è stata anche oggetto di

condivisione nella riunione riservata ai Centri Collaboratori OMS di settore, convocata dall'OMS a **Mosca** nei giorni 5 e 6 dicembre 2018, ai fini di poter avviare la rete di monitoraggio per indicatori sulla strategia OMS di controllo delle Malattie Croniche Degenerative (NCDs). Al fine di far fronte alle sempre più frequenti comorbidità che accompagnano l'uso rischioso e dannoso di alcol alle concomitanti dipendenze comportamentali, quali il *gaming* e il *gambling*, è stata garantita dal Centro Collaborativo Italiano dell'OMS la partecipazione al coordinamento del “*WHO Collaborative Project on the Development of New International Screening and Diagnostic Instruments for Gaming Disorder and Gambling Disorder*” ed alla riunione operativa organizzata dal 22 al 24 novembre 2018 dall'Head Quarter OMS in **Changsha (Cina)** per il “*WHO Collaborating Fifth WHO Meeting on the public health implications of addictive behaviours*”. In tale circostanza si sono definite le modalità d'implementazione della nuova classificazione ICD 11 sul *gaming* nell'ambito delle dipendenze e avviato *field testing* basati su strumenti da validare sulla base dell'esperienza italiana ed internazionale dell'AUDIT, ripercorrendo in tal modo la fruttuosa esperienza condotta sull'identificazione precoce e l'intervento breve su alcol e problematiche alcolcorrelate.

In ambito nazionale la programmazione di interventi e piani di azione nel settore della prevenzione in Sanità Pubblica è oramai da anni orientata a recepire le indicazioni incluse nelle Strategie Comunitarie.

Il **Piano Nazionale di Prevenzione (PNP)** per il quinquennio 2014-2018, è stato prorogato fino a dicembre 2019 con l'Intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 21 dicembre 2017, che prevede anche una eventuale rimodulazione dei Piani Regionali discendenti. Il PNP costituisce il documento programmatico sulla base del quale le Regioni, in modo coordinato e nel rispetto di un metodo di lavoro improntato ai principi della progettazione in sanità pubblica, hanno predisposto i Piani Regionali di Prevenzione (PRP) per il quinquennio di interesse, indicando le azioni da realizzare nei loro territori, i tempi e gli indicatori per la valutazione. I PRP attualmente prevedono la fase di “*Valutazione di Processo*” (2016-2017-2018), che misura il livello di avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici regionali, attraverso lo scostamento tra valori osservati e standard degli indicatori “sentinella”. Tale valutazione avviene annualmente sulla base dei cronoprogrammi regionali, a far data dall'avvio dei PRP.

Tutte le Regioni, nell'ambito dei propri Piani, hanno attivato programmi volti a ridurre il consumo a rischio di alcol, privilegiando in particolare interventi specifici nel *setting* scuola e nei luoghi di lavoro. Il PNP ha fatto proprio l'approccio strategico del Programma nazionale “Guadagnare Salute” che, secondo i principi della “Salute in tutte le politiche”, mira a contrastare l'epidemia di malattie cronico degenerative, intervenendo principalmente attraverso strategie di popolazione finalizzate a diffondere e facilitare la scelta di stili di vita corretti, sviluppando interventi “intersectoriali” e “trasversali”, volti sia a modificare i comportamenti individuali non salutari (alimentazione non corretta, sedentarietà, tabagismo, abuso/uso scorretto di alcol), sia a creare condizioni ambientali atte a favorire l'adozione di corretti stili di vita. La collaborazione intersectoriale permette lo sviluppo di azioni sui determinanti di salute secondo modalità più efficaci, efficienti o sostenibili rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario, da attivare nei luoghi o nei contesti sociali in cui le persone vivono, lavorano o interagiscono tra loro, in linea con gli obiettivi del “*WHO - Global Action Plan for the prevention and control of non communicable diseases 2014–2020*”.

Il PNP individua, principalmente in due macro obiettivi, le strategie di prevenzione del consumo dannoso e rischioso di alcol da attuare per la fascia di popolazione giovanile e per le età successive: 1) macro obiettivo “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT” e 2) macro obiettivo “Prevenire la dipendenza da sostanze”. Le strategie da attuare prevedono azioni svolte in *setting* specifici per giungere ad incidere sulla popolazione giovanile (scuole, famiglie, luoghi di svago). Le strategie individuali sono essenzialmente focalizzate sia sulla potenzialità delle capacità personali (ad esempio competenze socio-emotive e relazionali) sia su azioni di conferma e di rinforzo dell’ambiente di vita attraverso i metodi “*life skills education*” e “*peer education*”. Si tratta di diffondere un approccio educativo centrato sul potenziamento dei fattori positivi e teso a sviluppare le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza. Anche gli interventi di comunicazione per la salute (attraverso vecchi e nuovi media) e di marketing sociale, volti alle de-normalizzazione dell’abuso di alcol hanno apprezzabili prove di efficacia. Nel macro obiettivo “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT”, tra le strategie mirate all’individuo è prevista la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali mediante la loro diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita e l’attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, allo scopo di prevenire o ritardare l’insorgenza delle complicanze più gravi. L’identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio e la loro conseguente presa in carico da parte del Sistema Sanitario è essenziale per la riduzione del rischio di mortalità e disabilità evitabili. Pertanto tra le azioni suggerite dal nuovo PNP vi è l’applicazione dello strumento di Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB) da attuarsi nei contesti sanitari “opportunistici” (es. Ambulatori dei MMG, Medici Competenti, ecc.).

Proprio in virtù di quanto suggerito dal PNP, i nuovi **Livelli Essenziali di Assistenza** (LEA - DPCM del 12 gennaio 2017) hanno inserito 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.

Inoltre, nell’allegato 1 “Prevenzione collettiva e sanità pubblica” dei “nuovi” LEA 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, alla sorveglianza dei principali fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione.

Proprio al fine di attuare le predette sorveglianze, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 ha istituito “**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.

La Legge 125/2001 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati” ha previsto diversi interventi da realizzare ai fini della prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie e delle problematiche alcol correlate. Tra questi sono da annoverare anche gli interventi per i quali la legge prevede uno stanziamento di risorse economiche (art. 3 comma 4), al fine di promuovere Campagne di Informazione Istituzionale, volte alla prevenzione dei danni alcol correlati e risorse destinate alle Regioni, al fine di monitorare le attività regionali in attuazione del disposto legislativo. Le **Campagne di Comunicazione** del Ministero hanno l'obiettivo di motivare al cambiamento, diffondere *empowerment*, far sì che i destinatari dell'intervento assumano spontaneamente atteggiamenti e stili di comportamento salutari, negli ultimi anni tali campagne di comunicazione si sono focalizzate in modo particolare sui giovani. Anche nel 2018 (16 maggio 2018) si è svolto, come di consueto, l'**Alcohol Prevention Day**, finanziato dal Ministero della Salute e realizzato dall'ISS in collaborazione con la Società Italiana di Alcologia, l'Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali (AICAT) ed EUROCARE.

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. Secondo gli accordi assunti nelle sedi della Conferenza Stato-Regioni, dall'anno 2016, le risorse per il monitoraggio dei dati alcolologici vengono assegnate per lo sviluppo di una progettualità unica tra le Regioni.

Con nota pec del 22/09/2017, la Commissione Salute Coordinamento tecnico interregionale assegnava alla Regione Piemonte il coordinamento delle attività progettuali e le risorse finanziarie pari ad € 93.016,00. Il progetto nazionale alcol (AF 2017) ha per titolo **“Valutazione e monitoraggio delle politiche e delle azioni sanitarie e sociali in tema di alcol e guida”**, e ha svolto le attività in dodici mesi, concludendo con l'elaborazione di un report finale ed una Conferenza, nella quale sono stati presentati i risultati raggiunti.

La Legge 125/2001 prevedeva una serie di adempimenti, che in parte sono stati attuati ed in parte non si sono tradotti in iniziative realizzate, pur mantenendo a tutt'oggi una riconosciuta validità. La modifica del Titolo V della Costituzione (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3), subentrata poco dopo la Legge 125/2001, ha, come noto, rimodulato la competenza legislativa e amministrativa tra Stato e Regioni e questo ha avuto ripercussioni sulla attuazione della Legge stessa. Tra le maggiori inadempienze resta ancora oggi l'assenza di norme che regolino l'identificazione, l'organizzazione e la funzione dei Servizi per l'Alcologia. Ciò ha comportato una notevole frammentazione della risposta alle problematiche alcol correlate a livello regionale. Negli ultimi anni la tendenza delle Regioni è stata prevalentemente quella di collocare i Servizi di alcologia all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze, mentre in alcune realtà regionali gli stessi Servizi sono collocati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Inoltre, i Servizi Alcolologici e i Gruppi

di Lavoro per l'alcoldipendenza risultano essere inseriti nei Servizi Territoriali (Ser.T) insieme alla presa in carico di altre forme di dipendenza (tossicodipendenza, dipendenza da gioco d'azzardo ecc), spesso con personale non esclusivamente dedicato ai pazienti con problemi alcolologici. In pochi altri casi invece i Servizi di alcologia si trovano collocati in Strutture Ospedaliere o Universitarie. Poiché sull'alcol non esistono ad oggi delle indicazioni univoche per i Servizi territoriali che si occupano di Problemi e Patologie Alcol Correlate, sarebbe auspicabile prevedere **Linee di indirizzo** che definiscano gli ambiti e gli interventi specialistici inerenti il Disturbo da Uso di Alcol e Alcoldipendenza così come invece esistono per il Tabacco. Questa lacuna, tra l'altro, porta alcune Regioni a unificare, nel Catalogo Aziendale delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, sotto la definizione di Visita Tossicologia, anche quella Alcolologica.

Altro aspetto critico correlato all'attuazione della Legge 125/2001 riguarda la Formazione e l'aggiornamento in Alcologia. Ad oggi non vi è una regolamentazione univoca e condivisa dalle Regioni riguardo la formazione in alcologia tra gli insegnamenti curricolari specifici nelle facoltà universitarie, sia di medicina e chirurgia sia nelle professioni sanitarie e sociali.

La Legge 125/2001 aveva previsto e pertanto fu costituita la **Consulta Nazionale Alcol** che fino a qualche anno fa ha lavorato in sinergia con le diverse Istituzioni coinvolte, gli Esperti del settore e vari *Stakeholders*, producendo documenti di notevole interesse in tale ambito come ad esempio il Piano Nazionale Alcol e Salute 2007-2009. La sospensione delle attività della Consulta, in seguito alle manovre previste dalla *spending review*, ha lasciato una lacuna che ancora oggi si percepisce come un'assenza di confronto e di sinergie tra istituzioni, mondo dell'associazionismo, e *stakeholders* oltre ad Esperti qualificati nel settore. Poiché è indubbia l'opportunità di coordinare gli interventi sul territorio nazionale, in modo tale da fornire risposte e soluzioni alle criticità emerse, ed inoltre è sempre più cogente l'esigenza di confrontarsi con le iniziative in ambito internazionale, appare quanto mai opportuno il ripristino delle attività della Consulta Nazionale Alcol ed, eventualmente, l'attivazione di un Tavolo di lavoro permanente presso il Ministero della Salute con lo scopo di supportare il Gruppo tecnico interregionale per l'alcologia della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni, che interagisce direttamente sul territorio con le Autorità locali.

On. Giulia Grillo

PARTE PRIMA

1. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

1.1 I CONSUMI DI BEVANDE ALCOLICHE E I MODELLI DI CONSUMO

1.1.1 IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NEL MONDO E IN EUROPA

Health for All, il database europeo della WHO

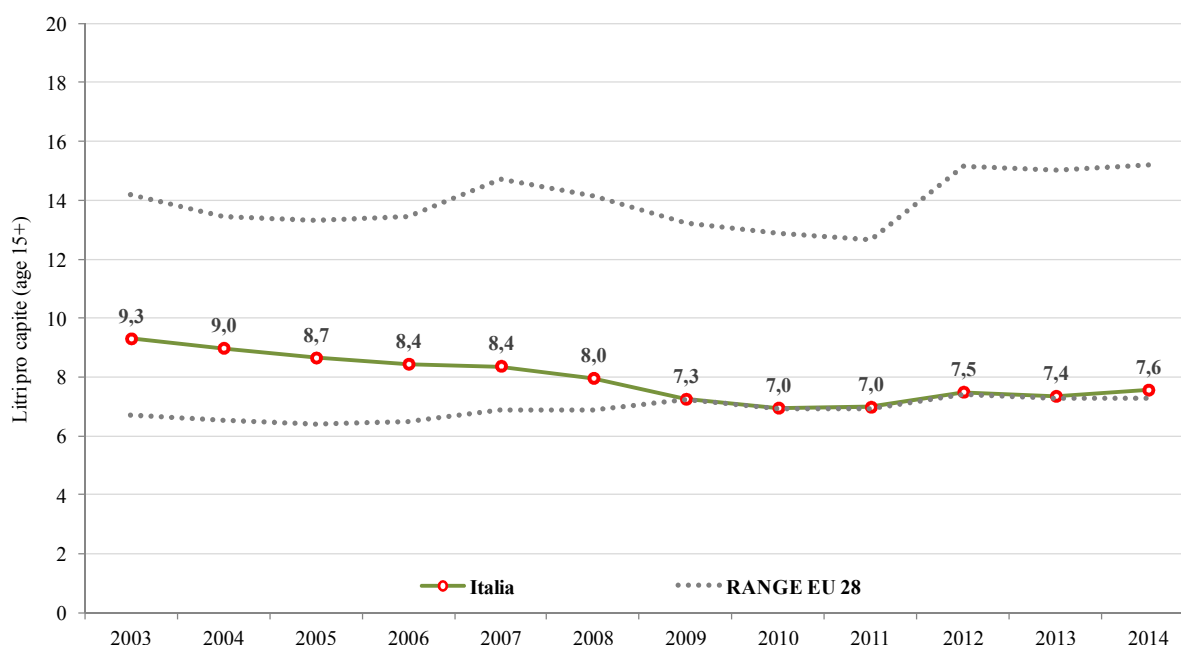
Il database europeo *Health For All* (HFA-DB) è uno strumento messo a disposizione dalla WHO per monitorare numerosi fenomeni sanitari negli Stati membri della regione Europea.

I dati vengono direttamente trasmessi dagli Stati membri, ed alla data del 31 gennaio 2018 era disponibile un aggiornamento dei dati riferiti fino al 2014.

L'indicatore utilizzato prende in considerazione solo il consumo medio pro capite di alcol puro che è contabilizzato a livello nazionale da ogni Paese (spesso attraverso i dati di produzione, importazione, esportazione, e vendita) e non tiene quindi conto del consumo di alcol prodotto a livello domestico o acquistato all'estero tramite canali di vendita non tassati o registrati (ad esempio i *duty free*) o acquistato in maniera illegale (*unrecorded consumption*).

L'Italia, inizialmente collocata tra i Paesi con il consumo medio *pro capite* più elevato, nel 2014 è tra i Paesi con i valori più bassi tra tutti i 28 Stati Membri dell'UE con 7,6 litri (**figura I.1**).

Figura I.1 Trend di consumo di alcol (espresso in litri *pro capite* di alcol puro) in Italia



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati *HFA-DB* della WHO (20 dicembre 2016).

1.1.2 IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NELLA POPOLAZIONE ITALIANA

La valutazione dell'esposizione al rischio alcol correlato si basa sull'uso di un sistema d'indicatori validati a livello nazionale ed europeo a cui contribuiscono l'ISTAT, con le statistiche desumibili dall'elaborazione delle Indagini annuali Multiscopo, l'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il Ministero della Salute.

Secondo i dati ISTAT nel corso del 2017 ha consumato almeno una bevanda alcolica il 65,4% degli italiani di 11 anni e più (pari a 35 milioni e 534 mila persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (78,1%) rispetto alle femmine (53,5%).

Il 21,4% dei consumatori (11 milioni 612 mila persone) beve quotidianamente (32,2% tra i maschi e 11,2% tra le femmine).

Nell'anno 2017 si osserva un aumento rispetto all'anno precedente del consumo nell'anno (dal 64,7% al 65,4%). Su questo pesa l'aumento del consumo occasionale (dal 43,3% al 44%), mentre sono stabili gli altri tipi di consumo (consumo giornaliero e consumo fuori pasto).

Nell'ambito dell'arco di tempo 2007-2017 (tab.I.1) l'ISTAT ha rilevato:

- la diminuzione della quota di consumatori (dal 68,2% al 65,4%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 29,3% al 21,4%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 38,9% al 44,0%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 25,6% al 29,2%).

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 2007 e 2017 (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	
	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017
MASCHI												
Nell'anno	34,6	21,7	80,2	78,2	86,7	85,1	87,8	84,0	81,0	80,6	81,0	78,1
Tutti i giorni	3,5	0,7	19,5	11,8	37,7	24,7	56,5	38,4	61,3	51,9	43,3	32,2
Occasionalmente	31,1	21,0	60,7	66,4	49,1	60,4	31,3	45,6	19,7	28,7	37,7	45,9
Fuori pasto	15,0	9,7	50,8	53,6	46,8	53,2	38,6	39,8	23,3	27,4	37,6	39,7
FEMMINE												
Nell'anno	25,3	14,6	62,5	64,3	62,7	61,9	62,3	57,9	48,2	46,2	56,3	53,5
Tutti i giorni	0,9	0,6	3,9	2,9	11,6	6,1	23,2	13,2	22,9	18,8	16,3	11,2
Occasionalmente	24,4	13,9	58,6	61,4	51,1	55,8	39,1	44,7	25,3	27,4	40,1	42,3
Fuori pasto	11,0	7,3	33,1	41,4	20,3	30,2	12,5	17,9	4,3	7,3	14,5	19,4
MASCHI E FEMMINE												
Nell'anno	30,1	18,4	71,3	71,3	74,8	73,5	74,8	70,7	62,0	61,2	68,2	65,4
Tutti i giorni	2,3	0,7	11,7	7,4	24,7	15,4	39,5	25,5	39,1	33,2	29,3	21,4
Occasionalmente	27,9	17,7	59,6	63,9	50,1	58,1	35,3	45,2	23,0	28,0	38,9	44,0
Fuori pasto	13,1	8,6	41,9	47,6	33,7	41,8	25,3	28,6	12,3	16,0	25,6	29,2

Fonte: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2017

I cambiamenti nelle abitudini a distanza di 10 anni sono diffusi in tutte le fasce d'età, ma in maniera differenziata. Tra i giovani fino a 24 anni e tra gli adulti 25-44enni c'è un maggior calo di consumo

giornaliero; tra gli adulti di 45-64 anni e gli anziani over 65 aumenta principalmente il numero di consumatori occasionali e, specialmente tra le donne, il numero di consumatrici di alcol fuori pasto.

Bevande alcoliche consumate dagli italiani nel 2017

Nel tempo si assiste anche a sensibili cambiamenti, in tutte le classi di età, nel tipo di bevande consumate. Tra gli adolescenti fino a 17 anni diminuisce sia il consumo esclusivo di vino e birra che il consumo di altri alcolici con o senza vino e birra. In tutte le altre fasce di età si osserva, invece, una diminuzione del consumo esclusivo di vino e birra e un robusto aumento nel consumo di altri alcolici con o senza il consumo di vino e birra.

Nel 2017, nella popolazione di 11 anni e più che ha consumato alcolici nell'anno, beve **vino** il 52,6% di cui 65,7% maschi e 40,3% femmine. Nella stessa popolazione considerata beve **birra** il 48%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile (63,4%) doppia rispetto a quella femminile (33,5%). Gli **aperitivi alcolici, amari e superalcolici** sono consumati nel 2017 dal 43,8% della popolazione di età superiore a 11 anni e come nel caso della birra, la prevalenza tra i maschi (56,5%) è circa il doppio rispetto a quella tra le femmine (31,9).

Nell'anno 2017 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche che hanno bevuto **vino** sono stati il 19% (28,2% maschi e 10,4% femmine), mentre hanno bevuto **birra** il 4,9% (8,3% maschi e 1,6% femmine) ed infine hanno bevuto **aperitivi, amari, superalcolici** lo 0,7% (1,2% maschi e 0,2% femmine) (Tab.I.2).

TabI.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 2017 (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	28,2	40,3	10,4	52,6	19,0
Birra	63,4	8,3	33,5	1,6	48,0	4,9
Aperitivi, amari, superalcolici	56,5	1,2	31,9	0,2	43,8	0,7
Totale	78,1	32,2	53,5	11,2	65,4	21,4

Fonte: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2017

Si consuma più alcol al Nord e al Centro Italia

Il consumo di alcol nell'anno è più forte nel Centro-Nord, soprattutto nel Nord-est (69,9%) e tra i maschi (Nord-ovest=79,5%; Nord-est=79,1%).

Anche la quota più elevata di consumatori giornalieri (23,1%) si concentra nel Nord.

Considerando l'ampiezza demografica dei Comuni, la quota di consumatori nell'anno è più elevata nei Comuni centro dell'area metropolitana e nei Comuni con più di 50.000 abitanti, mentre nei Comuni fino a duemila abitanti è più alta la percentuale dei consumatori giornalieri.

Il consumo di alcol aumenta al crescere del titolo di studio

Tra le persone di 25 anni e più, la quota di consumatori di bevande alcoliche aumenta al crescere del titolo di studio conseguito. Ciò avviene soprattutto per le donne: tra quelle con licenza elementare consuma alcol almeno una volta all'anno il 40,9%, quota che sale al 71,3% fra le laureate. Le differenze di genere, pur permanendo, diminuiscono all'aumentare del titolo di studio, anche a parità di età. Andamento inverso ha, invece, il consumo quotidiano, che risulta crescente al diminuire del titolo di studio, per entrambi i sessi ma soprattutto per gli uomini

IMODELLI DI CONSUMO DEI GIOVANI

Nel 2017, il 51,5% dei ragazzi e il 45,6% delle ragazze di età compresa tra 11 e 24 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; per entrambi i generi si rileva una diminuzione della prevalenza rispetto all'anno 2007 ma rispetto all'anno precedente si osserva un aumento delle prevalenze. Nella fascia di età 11-24 anni è soprattutto diffusa la consuetudine di bere alcolici fuori dai pasti, 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 comunque differenziato per genere, tra i ragazzi è circa il doppio rispetto alle ragazze.

Nel 2016 il consumo abituale eccedentario, nella classe di età 18-24 anni era l'1,6%, di cui il 2% maschi e l'1,3% femmine.

Nel 2017 il consumo abituale eccedentario nella stessa classe di età è stato l'1,9%, di cui il 2,7% maschi e l'1,2% 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 2016 il fenomeno del *binge drinking* riguardava il 17% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 21,8% erano maschi e l'11,7% erano femmine.

Nel 2017 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il 17% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 22,3% maschi e l'11,5% femmine.

Tab I.3 Persone di 11-24 anni per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche, sesso e classe d'età. Anno 2017 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso e classe d'età)

Classe di età	Almeno un comportamento di consumo a rischio			Tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche					
				Consumo abituale eccedentario			Binge drinking		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11-15	11,2	6,3	8,9	11,2	6,3	8,9	0,8	0,9	0,9
16-17	47,0	34,5	41,2	47,0	34,5	41,2	8,3	5,4	6,9
11-17(*)	21,7	14,6	18,4	21,7	14,6	18,4	3,0	2,2	2,6
18-19	24,1	15,1	19,5	3,1	1,6	2,3	23,1	13,5	18,2
20-24	22,9	11,3	17,2	2,5	1,0	1,8	22,0	10,7	16,5
18-24	23,2	12,4	17,9	2,7	1,2	1,9	22,3	11,5	17,0

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

Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2017

L'abitudine da parte dei genitori ad avere almeno un tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche sembra influenzare il comportamento dei figli. Infatti, il 29,5% dei ragazzi di 11-24 anni che vivono in famiglie dove entrambi i genitori adottano comportamenti a rischio nel consumo di alcol ha abitudini non moderate nel bere alcolici, mentre tale quota scende al 16,4% tra i giovani con genitori che non bevono o consumano alcolici in maniera moderata (Tab I.4).

Tab I.4 Persone di 11-24 anni con almeno un comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche per abitudine al consumo di alcol dei genitori e sesso. Anno 2017 (per 100 persone di 11-24 anni dello stesso sesso e con le stesse caratteristiche familiari)

ABITUDINE AL CONSUMO DI ALCOL DEI GENITORI	Almeno un comportamento di consumo a rischio		
	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
Né il padre né la madre hanno comportamenti a rischio nel consumo di alcol	20,5	12,1	16,4
Solo la madre ha comportamenti a rischio nel consumo di alcol	33,3	24,9	29,3
Solo il padre ha comportamenti a rischio nel consumo di alcol	26,6	16,3	21,9
Sia la madre che il padre hanno comportamenti a rischio nel consumo di alcol	36,2	22,5	29,5
Totale	22,3	13,4	18,0

Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2017

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.

E' assolutamente rilevante il fatto che nella fascia di età 11-17 anni il 18,4% abbia almeno un comportamento a rischio (21,7% maschi e 14,6% femmine), valore che dovrebbe tendere allo zero. Inoltre **risulta particolarmente critico il quadro dei comportamenti a rischio tra i ragazzi di 16-17 anni, infatti già a questa età il binge drinking raggiunge con il valore del 6,9% livelli quasi equivalenti a quelli medi della popolazione (v.m.7,4%)**.

Tra i giovani di 18-24 anni e tra i giovanissimi di 11-17 anni è più frequente, rispetto alle altre fasce di età, l'abitudine ad effettuare l'ultimo episodio di *binge drinking* in discoteca o night (18-24 anni 31,3%, 11-17 anni 26,6%). In queste classi di età, se si considera soltanto chi frequenta assiduamente (più di 12 volte nell'anno) le discoteche, la quota di quanti dichiarano l'ultimo episodio in discoteca o night arriva al 50%.

Tra le bevande preferite dai giovani vi è la birra soprattutto tra i ragazzi seguita da aperitivi alcolici (alcolpops) e tra le ragazze gli aperitivi alcolici (alcolpops) seguiti dalla birra.

IMODELLI 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 dopo i 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 65enni, è importante rispettare ciò che suggeriscono i LARN, le linee guida nutrizionali, il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, la Società Italiana di Alcolologia e cioè di non superare il limite giornaliero di consumo pari a 1 UA (12 grammi di alcol) senza distinzioni tra uomini e donne in stato di buona salute.

Nel 2017 il 61,2% delle persone di 65 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 80,6%; F: 46,2%). La prevalenza dei consumatori ultra 65enni nel 2017 è stata più elevata per il vino (M: 76,4%; F: 40,6%) e doppia rispetto alla prevalenza dei consumatori di birra (M: 47,1%; F: 16,0%) per entrambi i sessi; valori molto più bassi sono stati calcolati per il 2017 per le prevalenze dei consumatori di amari (M: 30,9%; F: 9,9%), di aperitivi alcolici (M: 23,9%; F: 8,7%) e i superalcolici (M: 24,8%; F: 7,5%).

Nel corso degli ultimi anni, sia tra gli uomini che tra le donne si sono registrate delle oscillazioni dei valori di prevalenza dei consumatori delle bevande alcoliche che tuttavia non hanno mai evidenziato variazioni significative degli andamenti nel tempo.

In totale si stima che nell'anno 2017 sono stati 2.737.000 le persone di 65 anni e più che hanno adottato almeno un comportamento di consumo a rischio per la loro salute di cui 2.112.000 uomini e 626.000 donne, pari al 36,4% e 8,3% rispettivamente.

Il comportamento a rischio più diffuso tra gli anziani è il consumo abituale eccedentario, verosimilmente in virtù della mancata conoscenza da parte delle persone dei limiti da non superare per non incorrere in problemi con la salute; la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari nel 2017 è stata pari al 35,1% degli uomini e il 7,9% delle donne. Hanno inoltre dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti il 27,4% degli uomini e il 7,3% delle donne.

Per quasi tutti gli indicatori di rischio si registrano aumenti significativi rispetto alla precedente rilevazione, in modo particolare per quanto riguarda il consumo di aperitivi alcolici, amari e superalcolici, specialmente tra le donne.

Tabl.5 Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2017)

	65-74		75-84		≥85		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	82,9	49,2	79,6	46,2	73,8	38,3	80,6	46,2
Consumatori di vino	77,8	42,0	75,7	41,4	73,0	35,2	76,4	40,6
Consumatori di birra	57,3	21,3	39,7	13,9	25,5	6,2	47,1	16,0
Consumatori di aperitivi alcolici	30,2	11,2	19,3	7,8	10,2	3,8	23,9	8,7
Consumatori di amari	37,2	12,4	26,0	9,2	18,2	4,5	30,9	9,9
Consumatori di super alcolici	30,6	9,0	20,7	7,3	11,9	3,9	24,8	7,5
Consumatori di alcolici fuori pasto	31,4	9,3	24,3	6,7	18,8	3,3	27,4	7,3
Almeno un comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche (Consumo abituale eccedentario/ <i>Binge drinking</i>)	36,2	7,9	37,4	9,1	33,7	7,7	36,4	8,3
Consumatori abituali eccedentari	35,2	7,6	36,2	8,5	31,3	7,3	35,1	7,9

Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2017

1.1.3 L'ALCOL NELLE LINEE GUIDA

Le bevande alcoliche, soprattutto il vino, sono un prodotto largamente utilizzato nel nostro Paese e il loro consumo è parte integrante della cultura e della tradizione italiana. Da qui la necessità di inserirle in un documento di salute pubblica come le linee guida per una sana alimentazione italiana.

Le raccomandazioni sul consumo di bevande alcoliche in molti Paesi, ancor prima del nostro Paese, hanno adottato un criterio rivolto alla prudenza.

Infatti, nei documenti di consenso, nelle Linee Guida più moderne **non si usano più termini come “consumo moderato”, “consumo consapevole”, o simili, che potrebbero indurre il consumatore in una certa indulgenza nel bere alcolici, ma si parla di consumi a basso rischio**, specificando che se non si consumano bevande alcoliche, di qualsiasi tipo esse siano è senza dubbio meglio.

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

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

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

Ciò a sottolineare che quando si tratta di bevande alcoliche, non può esistere un rischio pari a zero e qualsiasi modalità di consumo comporterà un rischio, tanto più elevato quanto maggiore sarà la quantità di alcol consumata.

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

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

Ogni unità alcolica consumata apporta mediamente 70 kcal, prive di qualsiasi contenuto nutritivo se non il potere calorico, di cui bisogna tenere conto, anche in vista del crescente aumento di eccedenza ponderale. L'apporto energetico di un'unità alcolica infatti si andrà ad aggiungere ad un apporto calorico complessivo già tendenzialmente maggiore del fabbisogno, come testimonia il fatto che un uomo di due e una donna su tre sono, nel nostro Paese, in eccedenza ponderale, oppure andrà a sostituire le calorie apportate da alimenti importanti per lo stato complessivo di nutrizione. Particolare attenzione deve essere quindi posta non solo per i rischi di varie patologie, ma anche per quelli legati all'aumento di peso.

1.1.4 CONSUMATORI A RISCHIO

Le analisi dell'Istituto Superiore di Sanità

Il consumo di alcol è considerato il quinto principale fattore di rischio per il carico di malattia globale nel 2010 ed è anche il più importante fattore di rischio nella popolazione di età 15-49 anni; è responsabile di circa 3,3 milioni di decessi ogni anno e del 5,1% di anni di vita persi al netto della disabilità in tutto il mondo.

Le conseguenze negative del consumo di alcol sulla salute sono molteplici. Più di 30 categorie della Classificazione Internazionale delle Malattie e dei problemi sanitari correlati, 10^a revisione (ICD-10) riguardano condizioni totalmente alcol-attribuibili, inclusi i disturbi dovuti al consumo di alcol, le psicosi alcoliche e le gastriti alcoliche. L'alcol è inoltre causa di oltre 200 malattie che includono il cancro, le malattie cardiovascolari e le disfunzioni metaboliche e sebbene ci siano alcune evidenze di effetti protettivi del consumo sporadico di piccole quantità di alcol sulle cardiopatie coronariche, ictus ischemico e diabete, gli effetti nocivi dell'alcol risultano comunque preponderanti.

I danni alcol-correlati infine non coinvolgono i soli consumatori. Molte sono le conseguenze del consumo di alcol che hanno effetti sulle famiglie e sulla comunità in generale a causa del deterioramento delle relazioni personali e di lavoro, dei comportamenti criminali (ad esempio vandalismo e violenza), della perdita di produttività e dei costi a carico dell'assistenza sanitaria.

Le linee guida per una sana alimentazione rappresentano in tutti i Paesi un importante strumento alla base di strategie nazionali ed europee sanitarie e alimentari, con la finalità di promuovere la salute pubblica. A livello internazionale sono state pubblicate nel rapporto *Good practice principles for low risk drinking guidelines*.

Le linee guida, che in Italia rispecchiano quanto riportato nei LARN (Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia), ribadiscono la necessità di non superare mai le quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*). In questa ottica, è necessario monitorare oltre al consumo abituale eccedentario sopra definito, anche tutti quei comportamenti occasionali che possono causare un danno immediato alla salute come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* (assunzione in un'unica occasione di consumo di elevate quantità di alcol pari mediamente a 60 grammi di alcol, 5-6 Unità Alcoliche, UA; una UA equivale a 12 grammi di alcol puro).

Consumatori abituali eccedentari

I limiti di consumo di bevande alcoliche da non superare in maniera abituale, riportati nel 2014 nei nuovi LARN e già acquisiti dal Ministero della Salute e dall'Istat, stabiliscono che per non incorrere in problemi per la salute è consigliato non superare mai quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*). Sotto i diciotto anni qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare un'Unità Alcolica (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 precisare che per i ragazzi minorenni, qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, è da considerare a rischio poiché la legge, per questa fascia di popolazione, vieta la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica.

Nel 2017 il 14,8% degli uomini e il 5,9% delle donne di età superiore a undici anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.600.000 persone. La percentuale più elevata per entrambi i sessi, si rileva tra gli adolescenti di 16-17 anni (M=47,0%; F=34,5%) e tra gli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa viceversa si registra nella fascia di età 18-24 anni (M=2,7%; F=1,2%) (Figura I.2).

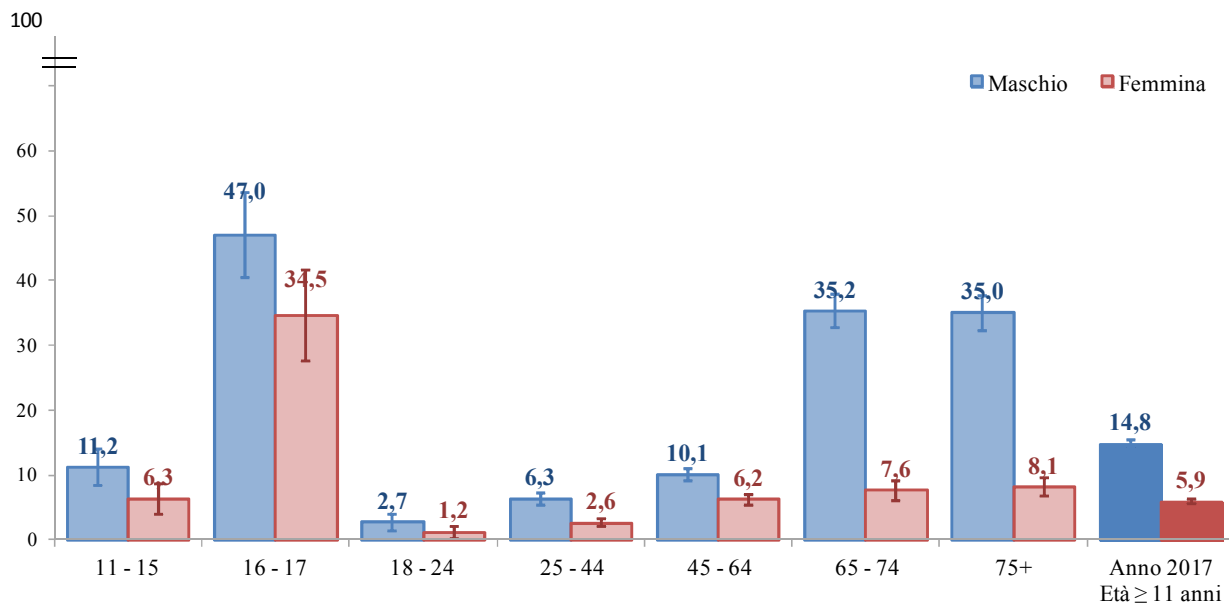


Figura I.2 Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per sesso ed età (2017)

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 undici anni, ha mostrato che la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita nel corso di questi dieci anni complessivamente di 7,5 punti percentuali (p.p.) tra gli uomini e di 4,3 p.p. tra le donne ma, per entrambi i generi, a decorrere dal 2012 i valori sono rimasti pressoché stabili. (Figura I.3).

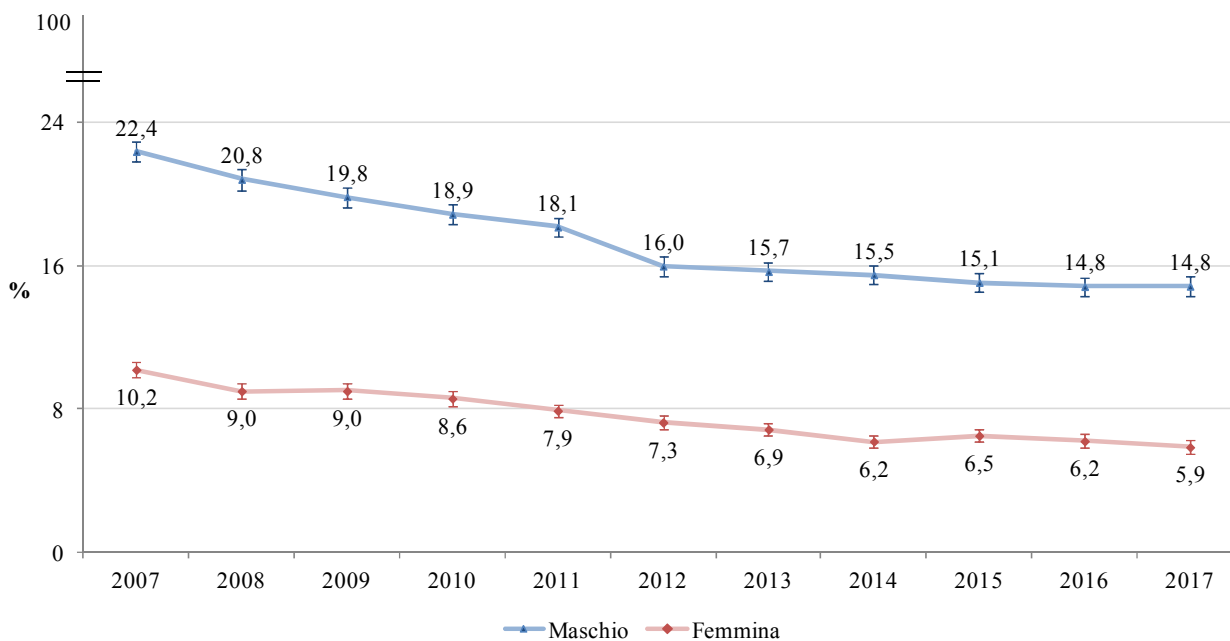


Figura I.3 Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2007-2017)

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

Consumatori fuori pasto

I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2017 il 39,7% degli uomini e il 19,4% delle donne, pari a quasi sedici milioni di persone di età superiore a 11 anni (Figura I.4). L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 18-44 anni, con oltre la metà delle persone che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24 anni: M=53,6%; F=41,4% - 25-44 anni: M=53,2%; F=30,2%) per entrambi i sessi e oltre tali età le percentuali diminuiscono nuovamente; la prevalenza più bassa si rileva senza distinzione di genere tra i giovanissimi di 11-15 anni (M=3,3%; F=3,4%) e per le donne anche tra le ultra 75enni (5,6%).

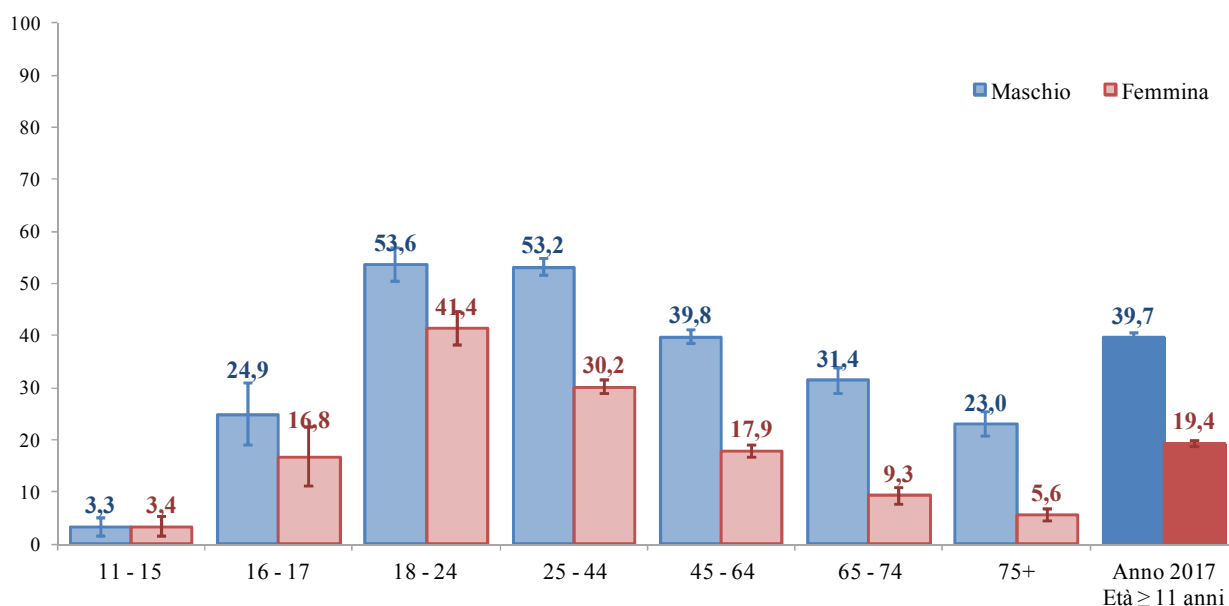


Figura I.4. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere ed età (2017)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi del trend dei consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che, per entrambi i generi, è aumentata la prevalenza dei consumatori, sia rispetto all'anno 2007 (M=+2,1 p.p.; F=4,9 p.p.) e negli ultimi cinque anni per il genere femminile si registra un incremento lineare costante. (Figura I.5).

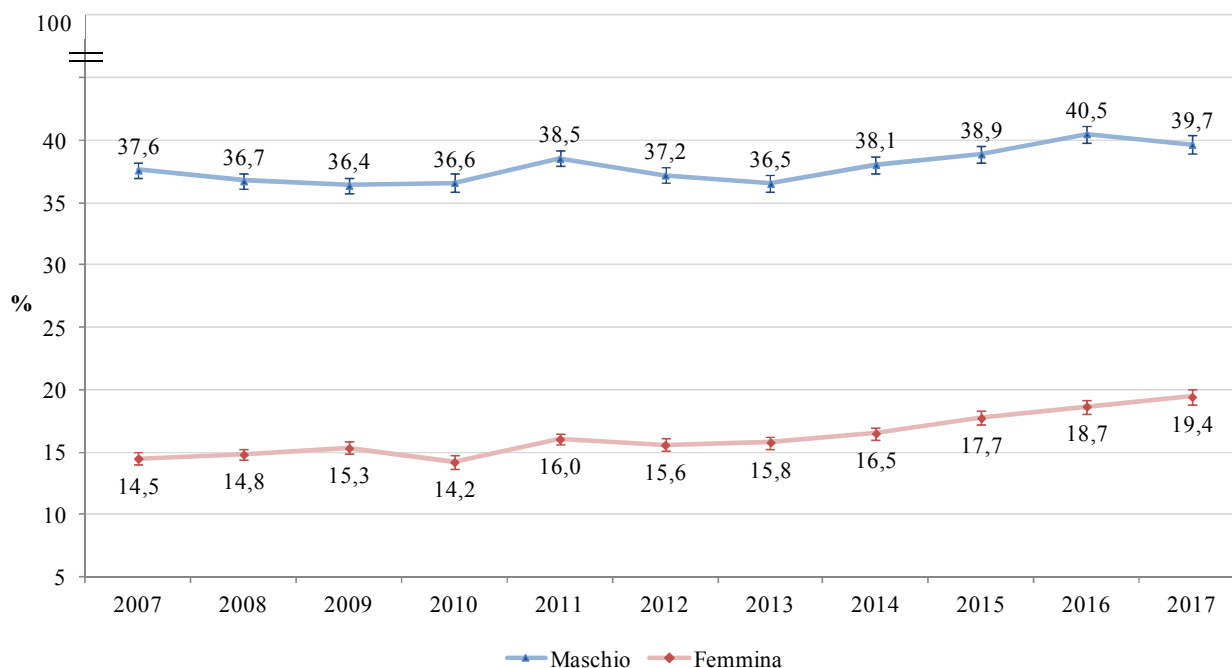


Figura I.5 Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto (2007-2017)

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

Consumatori *binge drinking*

Il *binge drinking* è una modalità di consumo di bevande alcoliche sviluppatasi inizialmente nei Paesi del Nord Europa e particolarmente diffusa nelle fasce di popolazione giovanile. Con il termine *binge drinking* si vuole normalmente identificare una modalità di “consumo eccessivo episodico” concentrato in un arco ristretto di tempo di bevande alcoliche di qualsiasi tipo in modo consecutivo ed in Italia è da molti anni rilevato dall'ISTAT attraverso l'indagine Multiscopo sulle famiglie come un consumo di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche (un bicchiere corrisponde ad una UA standard contenente 12 grammi di alcol puro), indipendentemente dal sesso, concentrato in un'unica occasione di consumo.

Il fenomeno, vista la diffusione in tutti i Paesi europei dell'area mediterranea, ha portato allo sviluppo di una strategia comunitaria denominata *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2016)* che identificava sei aree su cui è necessario intervenire per contrastare il consumo eccessivo di bevande alcoliche tra i giovani. Le priorità emerse per ridurre gli episodi di *binge drinking*, riguardano in particolare la riduzione dell'accessibilità e della disponibilità di bevande alcoliche, la riduzione all'esposizione alle pubblicità e al marketing legato all'alcol, la necessità di ridurre i danni causati dall'assunzione di bevande alcoliche in gravidanza e di garantire un ambiente sano e sicuro per i giovani, a cui si aggiunge la raccomandazione di migliorare le attività di ricerca e monitoraggio sul tema.

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 nella popolazione, nel 2017 è stata pari a 11,5% tra gli uomini e 3,4% tra le donne di età superiore a 11 anni e identifica quattro milioni di *binge drinker* di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età (Figura I.6).

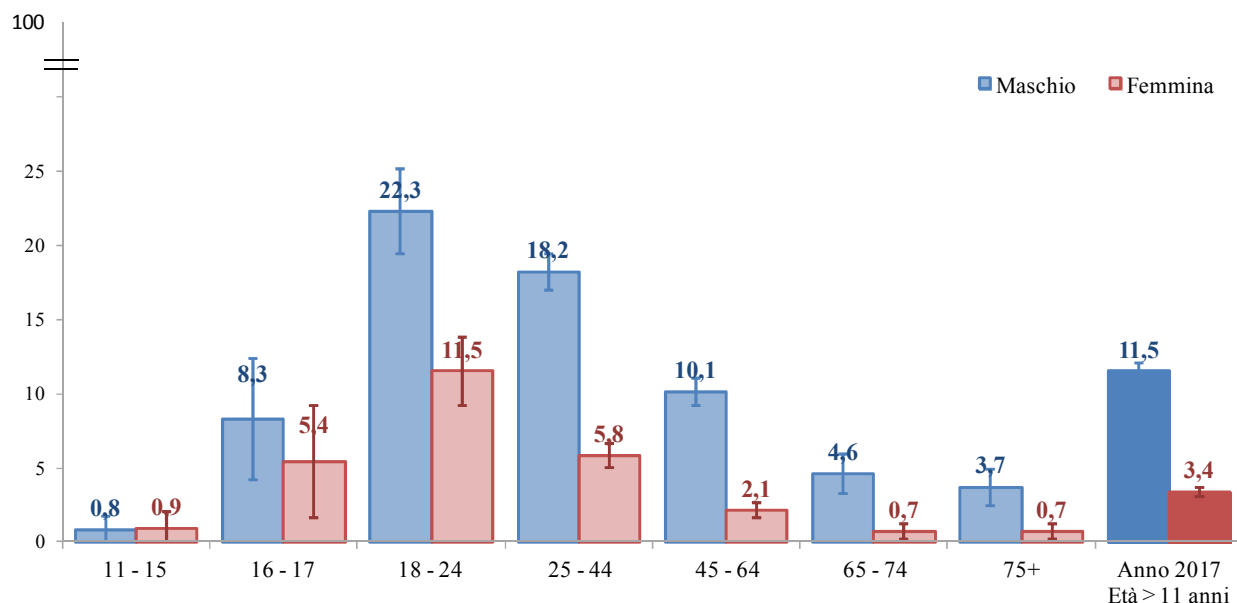


Figura I.6 Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2017)

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

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=22,3%; F=11,5%) per poi diminuire nuovamente nelle età più anziane. La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione dei minorenni, ossia quella fascia di popolazione per la quale la percentuale dovrebbe essere zero a causa del divieto per legge della vendita e somministrazione di bevande alcoliche.

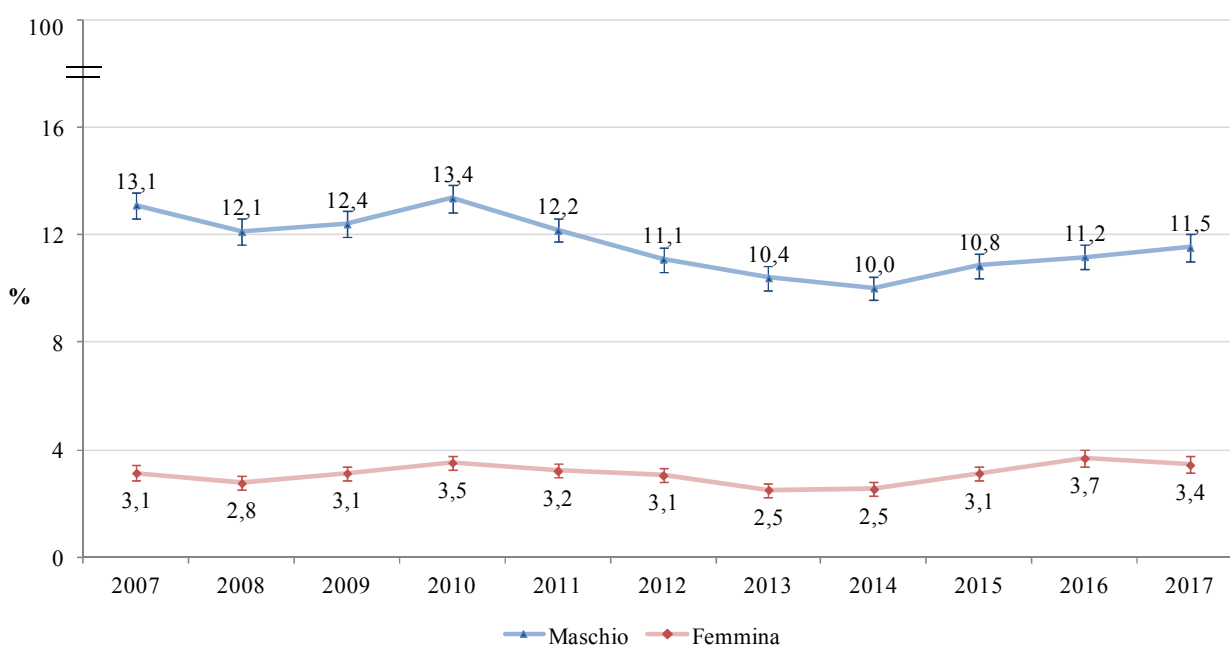


Figura I.7 Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere (2007-2017)

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

L'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* condotta separatamente per uomini e donne sulla popolazione di età superiore a 11 anni, mostra che tra il 2007 ed il 2017, la prevalenza dei consumatori *binge drinking* ha subito delle oscillazioni sia tra gli uomini che tra le donne. Nel corso degli ultimi anni tuttavia si rileva una costante crescita dei consumatori *binge drinking* di entrambi i generi (M=+1,5 p.p; F=0,9 p.p. rispetto al 2014). (Figura I.7).

Consumatori a rischio (criterio ISS)

In una prospettiva di *public health*, non esistono soglie o livelli raccomandabili o “sicuri” di consumo di bevande alcoliche, poiché non è possibile, sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, identificare quantità di consumo alcolico non pregiudiziali per la salute e la sicurezza dei cittadini, così come ribadito in tutte le strategie comunitarie e i Piani di Azione della WHO. Sono molteplici le variabili da tenere in considerazione per una corretta valutazione per la salute legato al consumo di alcol: le quantità assunte, la frequenza del consumo, la concomitanza del consumo ai pasti, la capacità di metabolizzare l'alcol in relazione al sesso e all'età, le controindicazioni al consumo di alcol in relazione alle condizioni di salute, l'assunzione di farmaci e la valutazione del contesto in cui avviene il consumo di bevande alcoliche.

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

Tale approccio è stato oggetto di validazione attraverso una valutazione e analisi congiunta di un gruppo di esperti statistici, epidemiologi e clinici che hanno condiviso l'appropriatezza e congruenza del nuovo indicatore utilizzandolo a livello formale nei sistemi di monitoraggio nazionale. Le nuove indicazioni scientifiche hanno stabilito di considerare il livello di consumo zero come livello di riferimento per la popolazione non a rischio di età inferiore ai 18 anni di entrambi i sessi; di conseguenza è opportuno considerare a rischio gli individui al di sotto della maggiore età (18 anni) che hanno consumato una qualsiasi bevanda alcolica; sono invece da considerare a maggior rischio gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di due UA standard, le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di una UA e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi, è stata nel 2017 del 23,6% per uomini e dell'8,8% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8.600.000 individui (M=6.100.000, F=2.500.000) che nel 2017 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica (Figura I.8).

L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazioni più a rischio per entrambi i generi è quelle dei 16-17enni (M=47,0%, F=34,5%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei “giovani anziani”. Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 700.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone quindi che non sono identificate precocemente e che andrebbero sensibilizzate sul loro consumo non conforme alle raccomandazioni di sanità pubblica.

La prevalenza di consumatori a rischio di sesso maschile è superiore a quelle delle donne per tutte le classi di età (Figura I.8).

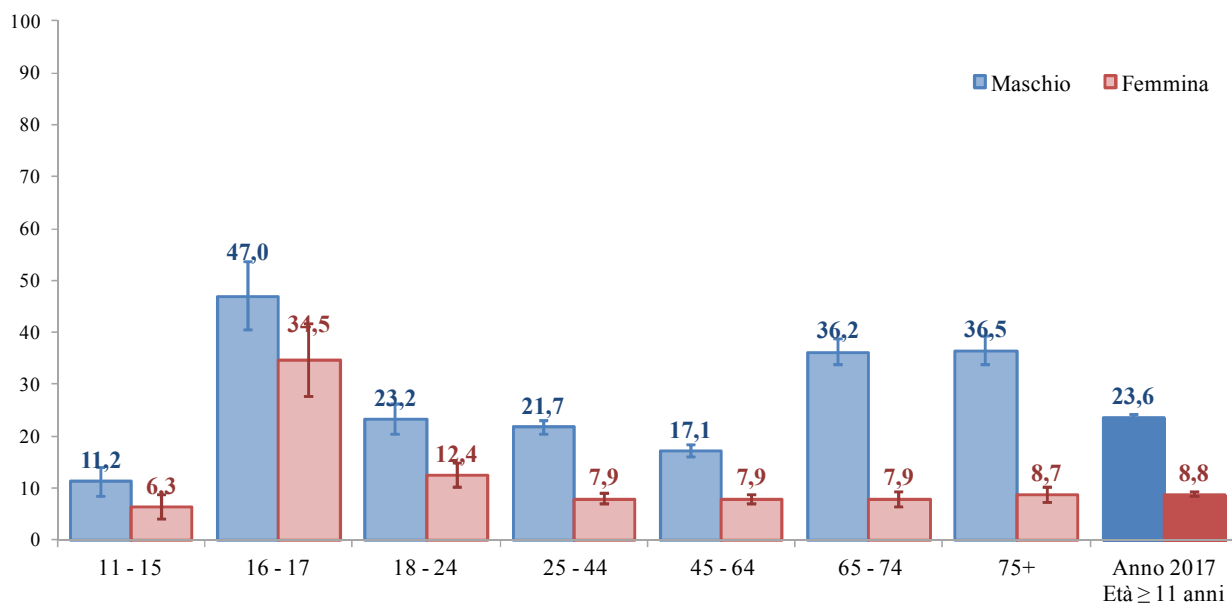


Figura I.8 Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2017)

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

L'analisi del trend mostra che, a fronte della diminuzione registrata negli ultimi 10 anni ($M=-7$ p.p.; $F=-3,8$ p.p.), nel corso degli ultimi anni la prevalenza è rimasta pressoché invariata sia per gli uomini che per le donne (Figura I.9).

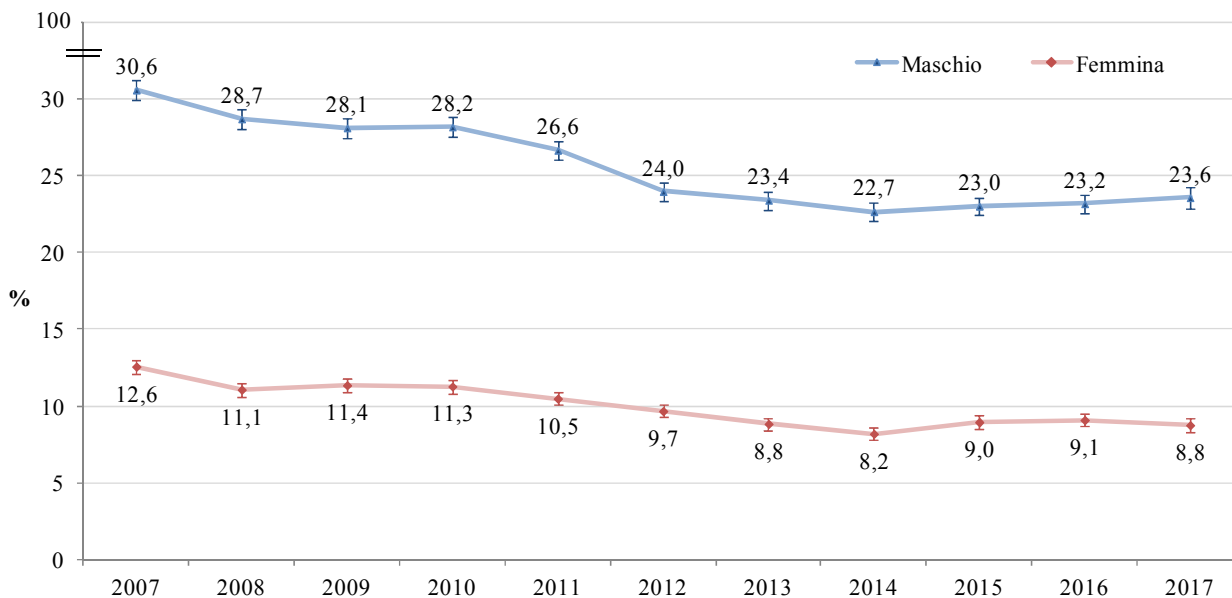


Figura I.9 Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2017)

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

1.2 L'ALCOLDIPENDENZA

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

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

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

Nel 2017 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati (n=495) 67.975 soggetti. Il 27,1% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.

Il rapporto M/F è pari a 3,5 per il totale degli utenti. A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati).

L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni (circa il 30% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Il 75,1% 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 17,4%.

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2017 si osserva che il 13,2% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i più vecchi questa percentuale è pari al 5,4%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 37,3% per i nuovi utenti e il 48,6% 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 25,5% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 20,3% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 44,4% nei maschi e al 49,7% nelle femmine.

La bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (48,1%), seguito dalla birra (27,1%), dai superalcolici (10,3%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,5%). 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 2017 il 30,1% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 24,7% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 4,8% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 16,3% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,9% degli alcolodipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 12,8% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 4,3% del totale degli utenti rilevati (2,6% in istituti pubblici, 1,7% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol.

1.3 LA MORBILITA' E LA MORTALITA' ALCOL CORRELATE

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

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

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

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

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

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

1.3.1 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 2017, disponibili nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute al mese di marzo 2018.

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

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

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

Diagnosi totalmente attribuibili all'alcol

Sindromi psicotiche indotte da alcool	
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 2017 si sono verificati complessivamente 39.182 accessi in Pronto Soccorso caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 70% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 30% ad accessi di femmine (TAB.I.6).

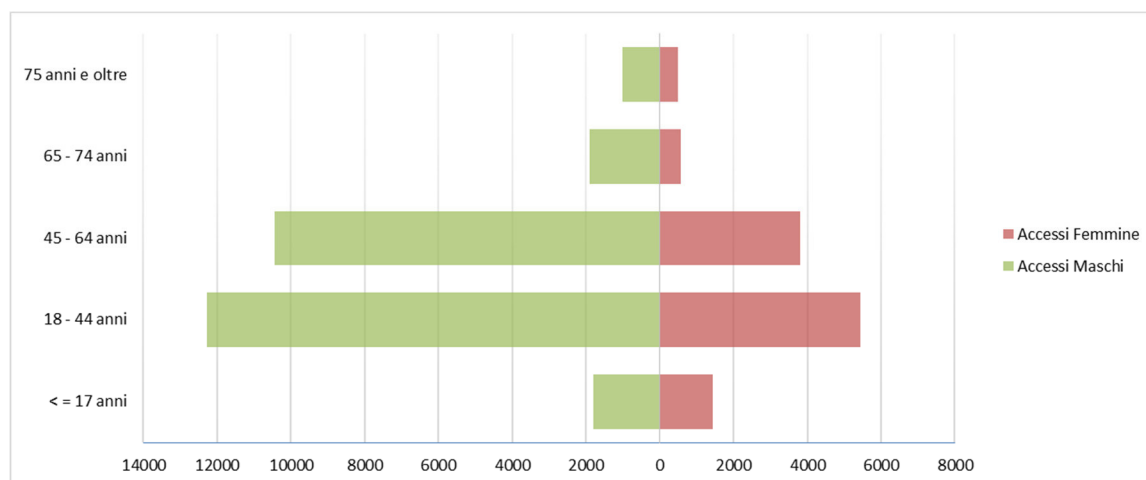
TAB.I.6 - Accessi in pronto soccorso per età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2017

REGIONE	Maschi					totale	Femmine					totale	Totale
	<= 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre		<= 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre		
Piemonte	155	1.591	1.444	224	136	3.550	137	570	543	90	51	1.391	4.941
Valle d'Aosta	3	16	29	12	10	70	4	8	5	2		19	89
Lombardia	317	2.069	1.372	308	151	4.217	254	874	524	81	48	1.781	5.998
P.A. Bolzano	67	355	319	85	30	856	76	126	108	16	23	349	1.205
P.A. Trento	10	65	74	10	4	163	8	14	15	9	3	49	212
Veneto	93	610	544	164	106	1.517	67	269	173	50	46	605	2.122
Friuli V.G.	57	426	430	156	76	1.145	48	180	162	40	40	470	1.615
Liguria	104	587	387	81	37	1.196	85	275	164	36	15	575	1.771
Emilia Romagna	150	1.325	851	157	61	2.544	150	622	387	41	57	1.257	3.801
Toscana	207	1.363	709	105	53	2.437	166	625	359	37	26	1.213	3.650
Umbria	49	151	109	47	40	396	39	152	84	21	47	343	739
Marche	60	365	223	53	37	738	46	202	116	20	19	403	1.141
Lazio	153	1.433	1.174	169	106	3.035	120	727	347	67	61	1.322	4.357
Abruzzo	34	172	191	61	32	490	24	88	37	10	11	170	660
Molise	2	14	14	5		35	1	6	7	1	2	17	52
Campania*						1.309						475	1.784
Puglia	77	584	373	57	24	1.115	66	186	82	12	5	351	1.466
Basilicata	10	68	87	26	21	212	6	15	16	1	3	41	253
Calabria	36	152	92	32	22	334	20	82	29	8	7	146	480
Sicilia	150	732	454	87	46	1.469	101	340	119	19	26	605	2.074
Sardegna	57	186	257	75	28	603	28	72	50	9	10	169	772
ITALIA	1.791	12.264	10.442	1.914	1.020	27.431	1.446	5.433	3.802	570	500	11.751	39.182

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 2017) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

*non è possibile distinguere gli accessi per classi di età

GRAF. I.1 – Piramide per classi di età e per genere degli accessi in PS - ANNO 2017



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

La TAB.I.7 che segue mostra la distribuzione percentuale degli accessi in Pronto Soccorso per cittadinanza. L'analisi è stata condotta su una percentuale pari al 90% degli accessi.

TAB.I.7- Accessi in pronto soccorso per cittadinanza con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2017

Cittadinanza	Percentuale accessi
Italiana	76,05%
sconosciuta	5,65%
Romania	3,74%
Marocco	2,03%
Polonia	1,05%
Albania	0,97%

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 2017) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

A seguire la **TAB.I.8** 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 ed in Valle d'Aosta rispetto al valore medio nazionale. Inoltre il confronto per genere evidenzia tassi specifici più elevati per i maschi rispetto alle femmine, in tutte le regioni e per tutte le classi di età, con la sola eccezione della prima classe di età, ossia quella dei pazienti con età inferiore a 18 anni. Relativamente a questa classe di età infatti i tassi di accesso a livello nazionale si discostano lievemente tra loro.

TAB.I.8 – Tassi di accesso in Pronto Soccorso (x 100.000 residenti) specifici per classi di età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2017

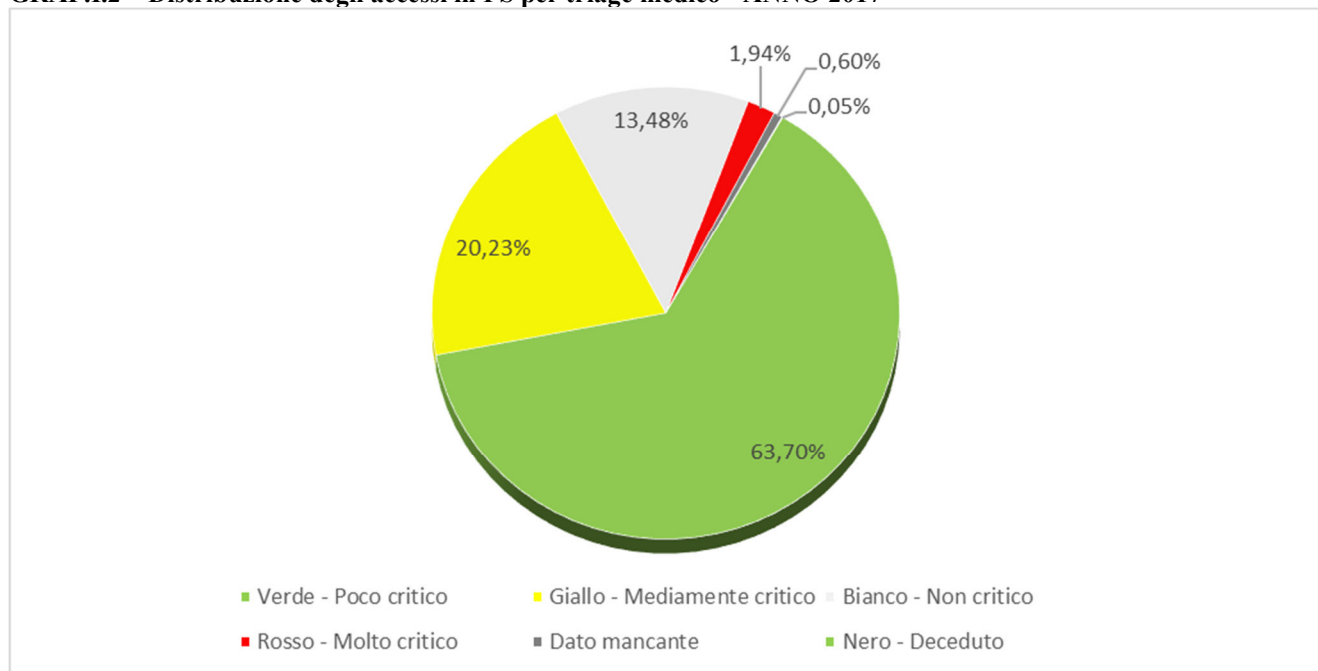
REGIONE	Maschi					Femmine				
	<= 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	<= 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre
Piemonte	44,76	238,65	225,13	91,14	59,32	42,11	87,78	81,85	32,84	14,53
Valle d'Aosta	27,97	82,92	152,03	170,96	170,65	39,73	42,42	25,73	27,24	0,00
Lombardia	36,71	127,38	94,25	60,55	34,14	31,23	55,83	35,54	14,14	6,87
P.A. Bolzano	129,11	401,73	428,12	362,66	144,68	155,81	146,90	146,37	61,14	74,67
P.A. Trento	20,26	75,59	94,56	36,18	17,85	17,24	16,59	19,02	30,77	8,32
Veneto	22,36	79,01	74,21	63,97	48,83	17,03	35,59	23,35	17,67	13,53
Friuli V.G.	61,06	234,24	237,75	218,46	122,06	54,47	102,55	87,70	49,98	40,11
Liguria	93,62	269,04	167,59	88,01	39,31	81,13	128,91	67,42	33,61	9,97
Emilia Romagna	40,97	190,99	132,85	68,05	26,98	43,55	91,22	58,16	15,77	16,77
Toscana	70,48	239,62	132,49	50,58	26,82	60,25	110,74	63,51	15,78	8,67
Umbria	69,71	110,31	88,31	96,39	84,04	58,74	111,31	63,38	38,66	65,15
Marche	48,42	151,46	102,03	65,43	45,67	39,44	85,52	50,89	22,32	15,54
Lazio	30,88	146,61	139,80	59,60	42,27	25,67	75,59	38,24	20,24	15,90
Abruzzo	32,52	79,83	101,12	87,78	48,99	24,43	42,00	18,70	13,13	11,37
Molise	8,67	26,77	31,18	30,13	0,00	4,68	12,37	15,24	5,76	8,16
Campania*										
Puglia	22,04	84,75	67,20	27,28	13,97	19,97	27,43	13,79	5,13	1,98
Basilicata	22,20	70,25	105,77	92,08	75,45	14,29	16,32	18,77	3,25	7,45
Calabria	21,55	44,38	34,16	32,67	25,70	12,71	24,63	10,18	7,62	5,71
Sicilia	33,51	83,42	66,69	35,37	22,15	23,80	39,74	16,26	6,84	8,44
Sardegna	47,12	67,78	102,20	81,89	38,36	24,77	27,75	19,30	8,95	9,13
ITALIA	35,11	124,35	120,96	61,56	37,23	30,07	56,40	42,14	16,34	11,93

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 2017) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

*non è possibile distinguere gli accessi per classi di età

Il GRAF.I.2 mostra la distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per triage medico. Al 64% degli accessi viene attribuito codice verde, al 20% il codice giallo, al 13,5% codice bianco e al 2% codice rosso.

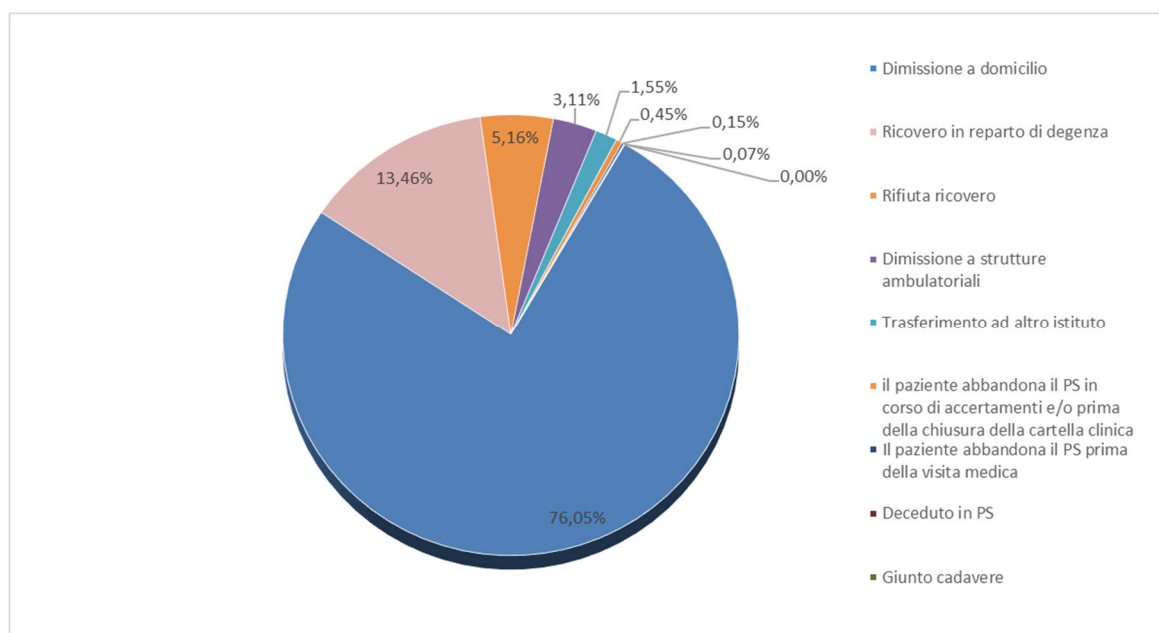
GRAF.I.2 – Distribuzione degli accessi in PS per triage medico - ANNO 2017



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 2017) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

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 2017



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 2017) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che il 76% degli accessi in pronto soccorso con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol esita a domicilio, mentre il 13,5% degli accessi viene ricoverato.

La **TAB.I.9** che segue mostra le diagnosi principali più frequenti attribuite in Pronto Soccorso per il 90% circa degli accessi.

TAB.I.9 – Diagnosi principali più frequenti - ANNO 2017

Codigne Diagnosi principale	Descrizione diagnosi principale	Percentuale accessi sul totale degli accessi
305.00	ABUSO DI ALCOOL, NON SPECIFICATO	14,50%
305.02	ABUSO DI ALCOOL, EPISODICO	14,29%
980.0	EFFETTI TOSSICI DELL'ALCOOL ETILICO	12,80%
571.2	CIRROSI EPATICA ALCOLICA	9,53%
303.00	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, NON SPECIFICATA	8,98%
305.01	ABUSO DI ALCOOL, CONTINUO	7,46%
303.02	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, EPISODICA	6,67%
303.0	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL	3,41%
303.01	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, CONTINUA	2,80%
291.4	INTOSSICAZIONE ALCOLICA IDIOSINCRASICA	2,75%
291.89	ALTRI DISTURBI DEL SONNO INDOTTI DA ALCOOL	1,28%
980.9	EFFETTI TOSSICI DI ALCOOL NON SPECIFICATO	1,27%
291.81	SINDROME DA ASTINENZA DA ALCOOL	1,14%
535.30	GASTRITE ALCOLICA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA	0,96%
571.0	STEATOSI EPATICA ALCOLICA	0,91%
571.1	EPATITE ACUTA ALCOLICA	0,89%
305.03	ABUSO DI ALCOOL, IN REMISSIONE	0,73%
303.03	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL, IN REMISSIONE	0,67%
291.9	DISTURBI PSICHICI NON SPECIFICATI INDOTTI DALL'ALCOOL	0,63%
303.90	DIPENDENZA DA ALCOOL, ALTRA E NON SPECIFICATA, NON SPECIFICATA	0,63%

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 2017) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che al 14,5% degli accessi in pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcol, non specificato, a seguire in ordine di frequenza, al 14,29% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcol, episodico, mentre al 12,8% una diagnosi di effetti tossici dell'alcol etilico. La **TAB.I.10** che segue mostra la distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per modalità di arrivo. Si rileva che il 59,75% degli accessi arriva in Pronto Soccorso con il 118, mentre il 30,3% arriva al pronto soccorso con mezzi propri.

TAB.I.10 – Distribuzione degli accessi in pronto soccorso per modalità di arrivo - ANNO 2017

Modalità di arrivo in Pronto soccorso	Percentuale di accessi
Ambulanza 118	59,75%
Autonomo (arrivato con mezzi propri)	30,30%
Altra Ambulanza	6,37%
Non rilevato	2,00%
Altro (in caso ambulanze di Esercito, Vigili del Fuoco, Po	1,21%
Elicottero 118	0,31%
Mezzo di soccorso 118 di altre regioni	0,03%
Altro Elicottero	0,03%

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 2017) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

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

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

Le informazioni qui presentate si basano su dati di fonte ISAT elaborati dall'ONA-ISS e dal Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell'ISS. Il dato più recente si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nel 2015; le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese. Al fine di consentire confronti spazio-temporali corretti e non influenzati dalla diversa struttura per età della popolazione, i tassi sono stati standardizzati utilizzando come riferimento la popolazione Italiana al Censimento 2011.

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

Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere

Nell'anno 2015 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.240, di cui 1016 (81,9%) uomini e 224 donne (18,1%) (**Tabella I.11**); queste percentuali corrispondono a circa 38 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e quasi 1 decesso per milione tra le donne.

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche (M=766; F=166) e sindromi psicotiche indotte da alcol (M=174; F=45) che, nel complesso, causano il 92,4% dei decessi alcol-attribuibili tra gli uomini e il 94,2% tra le donne.

Nel 2015, il tasso standardizzato di mortalità, nella popolazione di 15 anni e più, per le patologie totalmente causate dal consumo di alcol è stato pari a 4,06 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,78 per le donne; con un lieve incremento rispetto all'anno precedente sia per il genere maschile che per il genere femminile (**Figura I.10**).

La mortalità alcol-attribuibile è più elevata nella popolazione di età più avanzata sia per gli uomini che per le donne; infatti, tra la popolazione di 55 anni e più il tasso di mortalità standardizzato assume il valore di 7,59 per 100.000 abitanti e di 1,32 per 100.000 rispettivamente per i due generi (**Tabella I.12**).

Tabella I.11. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2015.

Codici	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
F10	Sindromi psicotiche indotte da alcol	174	17,1	45	20,1	219	17,7
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	35	3,4	5	2,2	40	3,2
G62.1	Polineuropatia alcolica	10	1,0	2	0,9	12	1,0
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	11	1,1	2	0,9	13	1,0
K29.2	Gastrite alcolica	1	0,1	0	0,0	1	0,1
K70	Epatopatie alcoliche	766	75,4	166	74,1	932	75,2
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	4	0,4	0	0,0	4	0,3
T51	Effetti tossici dell'alcol	15	1,5	4	1,8	19	1,5
Totale decessi		1.016	100	224	100	1.240	100

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

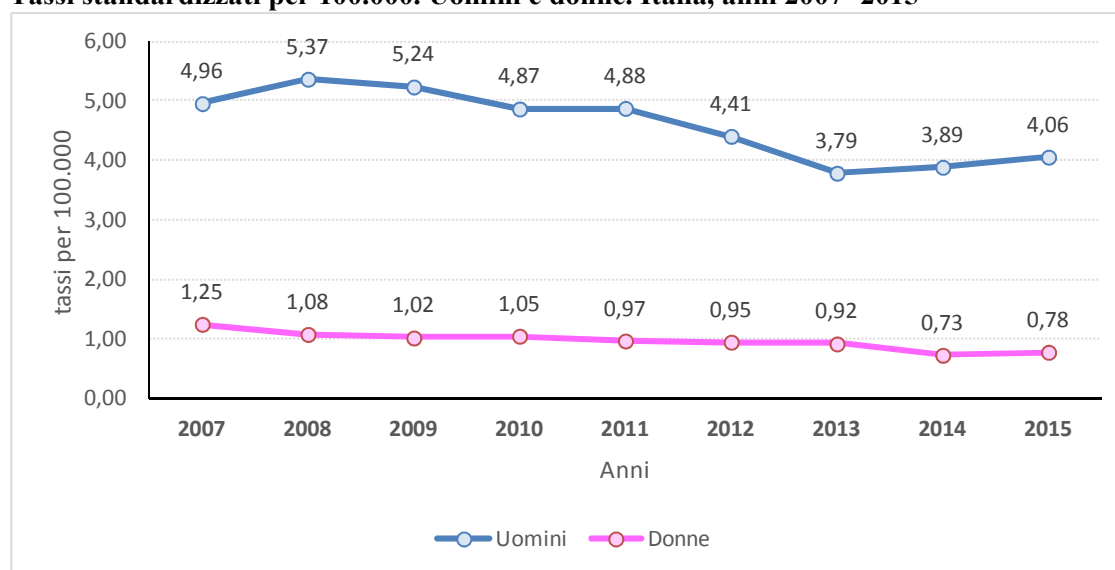
L'analisi del trend mostra che dal 2007 al 2015, la mortalità per patologie alcol-attribuibili è diminuita per entrambi i generi sebbene nell'ultimo anno di disponibilità del dato, si è registrato un incremento del tasso di mortalità per entrambi i generi, incremento che, per i soli uomini, era già stato rilevato lo scorso anno (**Figura I.10**).

Tabella I.12. Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati. Italia, anno 2015.

età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34 anni	12	0,20	1	0,02	13	0,11
35-54 anni	285	2,97	73	0,75	358	1,84
55+ anni	719	7,59	150	1,32	869	4,16
15+ anni	1016	4,06	224	0,78	1240	2,30

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

Figura I.10. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Uomini e donne. Italia, anni 2007- 2015



Analizzando nel dettaglio le diverse fasce di età si rileva che l'incremento registrato nel 2015 tra gli uomini riguarda tutte le fasce di età adulte e in particolare quella degli individui di età superiore a 55 anni (**Figura I.11**). Tra le donne invece, l'incremento registrato rispetto allo scorso anno è ascrivibile alla fascia di età dei 35-54enni. (**Figura I.12**).

Figura I.11 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Uomini. Italia, anni 2007- 2015

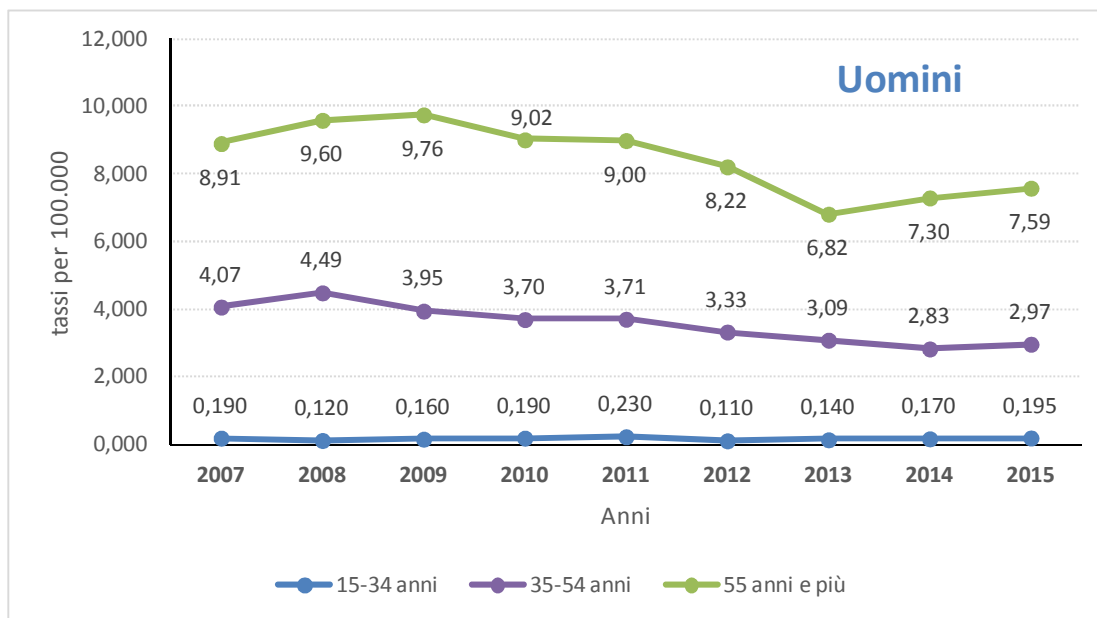
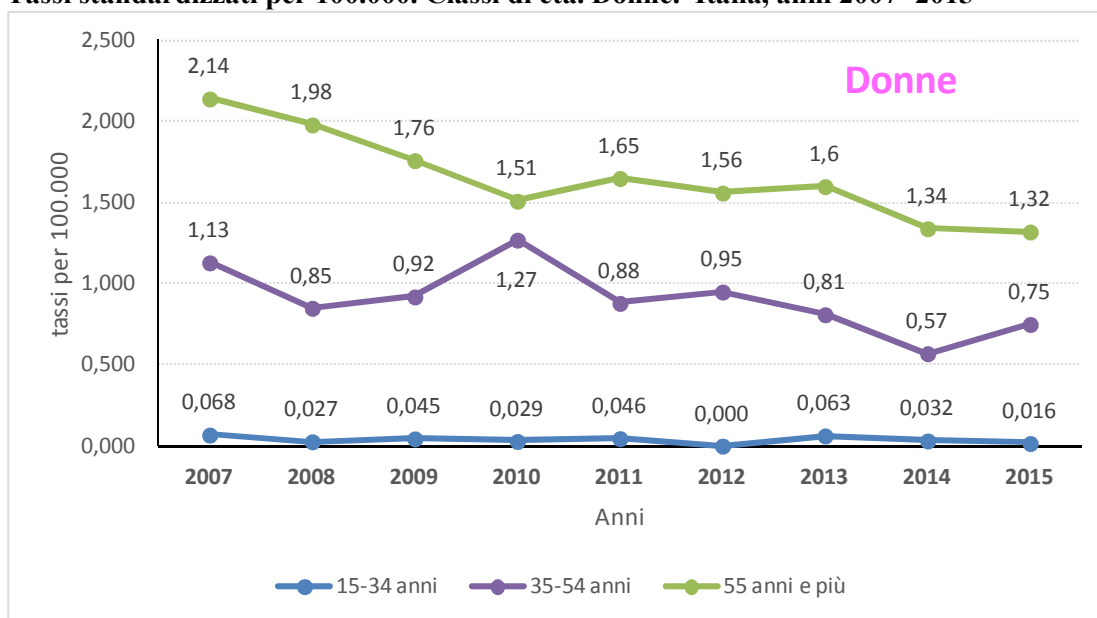


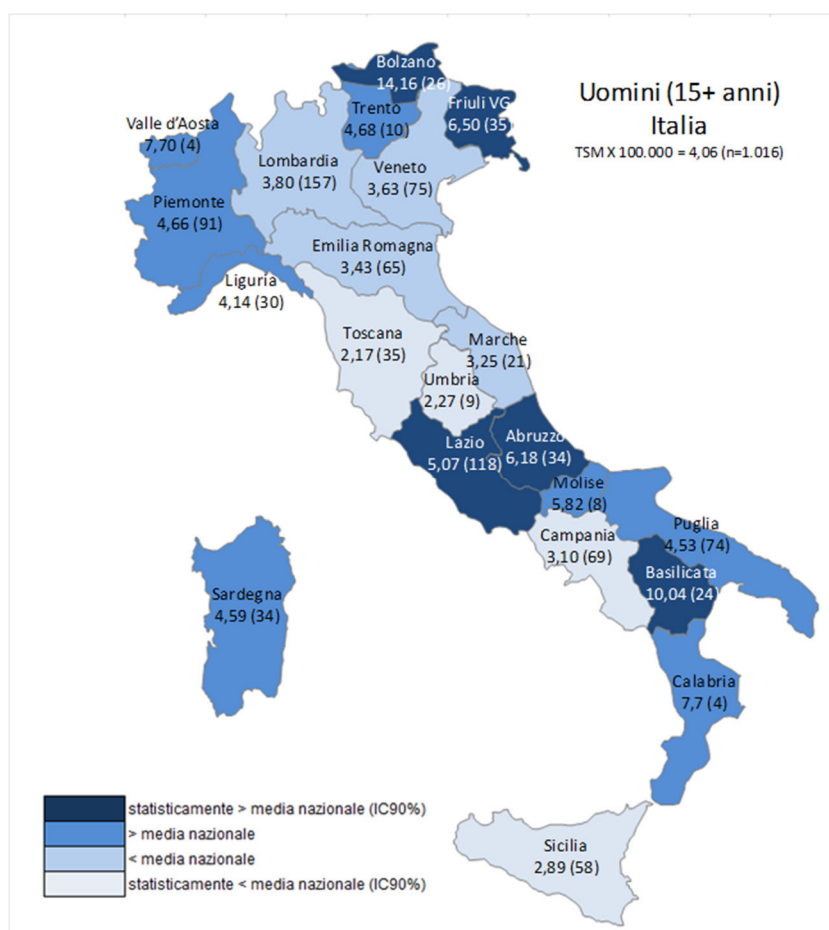
Figura I.12 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Donne. Italia, anni 2007- 2015

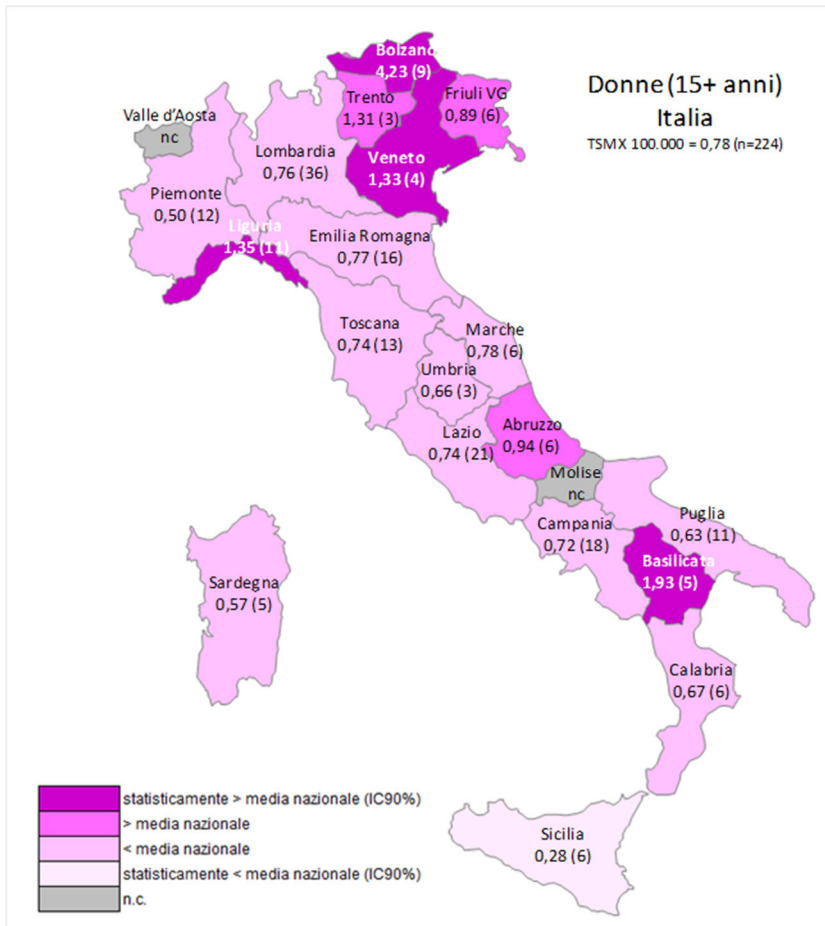


Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza

L'analisi della mortalità alcol attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità territoriale piuttosto elevata, differenziata anche in relazione al sesso della persona deceduta. Le regioni che nel 2015 hanno fatto registrare i livelli statisticamente più elevati di mortalità (tassi standardizzati) sia tra gli uomini che tra le donne sono state la Provincia Autonoma di Bolzano (M=14,16 per 100.000 abitanti; F=4,23 per 100.000 abitanti), la Basilicata (M=10,04 per 100.000 abitanti; F=1,93 per 100.000 abitanti), oltre a Friuli Venezia Giulia (6,5 per 100.000 abitanti), Abruzzo (6,18 per 100.000 abitanti) e Lazio (5,07 per 100.000 abitanti) per i soli uomini e Liguria (1,35 per 100.000 abitanti) e Veneto (1,33 per 100.000 abitanti) per le sole donne. Le regioni che viceversa hanno fatto registrare valori inferiori alla media nazionale in maniera statisticamente significativa sono state la Sicilia per entrambi i generi (M=2,89 per 100.000 abitanti; F=0,28 per 100.000 abitanti) a cui si aggiungono per i soli uomini la Campania (3,14 per 100.000 abitanti), l'Umbria (2,27 per 100.000 abitanti) e la Toscana (2,17 per 100.000 abitanti) (Figura I.13). Complessivamente rispetto al 2014, nel Lazio si rileva un incremento statisticamente significativo del tasso di mortalità per patologie totalmente alcol attribuibili che è passato da 1,75 a 2,72 per 100.000 abitanti.

Figura I.13 Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Tassi standardizzati per 100.000 abitanti (numero di decessi). Popolazione di 15 anni e più, per genere. Italia, anno 2015.





1.3.3 GLI INCIDENTI STRADALI E LE VIOLAZIONI DEL CODICE DELLA STRADA

Gli incidenti stradali in Italia nel 2017: l'analisi temporale, le circostanze di incidente e le violazioni al codice della strada

Nel 2017 gli incidenti stradali con lesioni a persone in Italia sono stati 174.933, le vittime 3.378 e i feriti 246.750. Ogni giorno, durante l'anno, si sono verificati in media 479 incidenti stradali con lesioni a persone, sono morte 9 persone e ne sono rimaste ferite 676.

Rispetto al 2016 il numero di vittime aumenta del 2,9%, e diminuiscono gli incidenti dello 0,5% e i feriti dell'1,0%.

Tra il 2010 e il 2017 le vittime della strada diminuiscono del 17,9%.

Nel periodo 2001-2017, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono diminuiti del 33,5%, le vittime del 52,4% e i feriti del 33,9% (Fig.1). Il numero di morti per milione di abitanti (tasso di mortalità stradale) scende a 55,8 nel 2017 dai 124,5 del 2001.

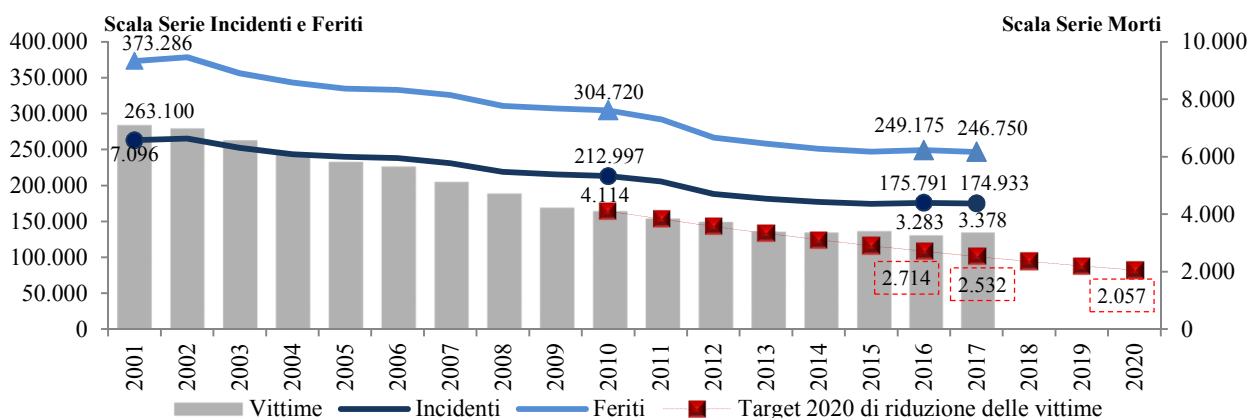
Anche per il 2017, è stato calcolato il numero dei feriti gravi in incidente stradale in Italia, secondo le indicazioni della Commissione europea. Sulla base dei dati di dimissione ospedaliera, nel 2016 i feriti gravi sono stati 17 mila, il 9% in più dell'anno precedente. Il numero di feriti gravi in incidente stradale per ogni decesso, invece, è pari a 5,3 (era 4,6 nel 2015).

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

Fra il 2016 e il 2010 le vittime della strada diminuiscono del 20,2%. Tra il 2001 e il 2016 gli incidenti stradali con lesioni a persone sono passati da 263.100 a 175.791 (-33,2%), i morti da 7.096 a 3.283 (-53,7%) e i feriti da 373.286 a 246.175 (-33,2%) (Figura I.14).

Il numero di morti per milione di abitanti, calcolato come rapporto tra il numero di morti in incidenti stradali e la popolazione media residente (per 1.000.000), passa dal valore di 124,5 del 2001 a 54,2 del 2016.

FIGURA I.14. Incidenti stradali con lesioni a persone, morti e feriti. Anni 2001-2017 (valori assoluti)



Fonte: Rilevazione Istat degli incidenti stradali con lesioni a persone

Le cause degli incidenti stradali

La rilevazione degli incidenti stradali¹, condotta dall'Istat, con la compartecipazione dell'Automobile Club d'Italia (ACI) e delle Regioni aderenti a un Protocollo di intesa, rileva, tra le altre 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 psicofisico del conducente o del pedone, tra queste ultime stato di ebbrezza alcolica e assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Sebbene le informazioni sulle cause di incidente siano di estrema importanza per descrivere il fenomeno, occorre precisare che, a partire dai dati riferiti all'anno 2009, l'Istat ha scelto di sospendere la diffusione dei dati sugli incidenti stradali dettagliati per le circostanze legate allo stato psicofisico alterato (stato di ebbrezza e uso di sostanze stupefacenti e psicotrope). Ad oggi, la compilazione di tale informazione appare ancora non esaustiva e conduce a valori del dato sottostimati se comparati con studi internazionali.

Si segnala, inoltre, che il Codice della Strada (D.L 285/1992) prevede la possibilità di rifiuto, da parte dei conducenti coinvolti, di sottoporsi agli accertamenti sullo stato psico-fisico (stato di ebbrezza o uso di stupefacenti), in questo caso, salvo che il fatto costituisca più grave reato, vengono applicate le sanzioni di cui al comma 2 dell'art.186 del codice della strada, ma non inviata l'informazione all'Istat.

Per arricchire il set di dati sulle cause di incidente, sono rese disponibili le violazioni del Codice della strada, contestate da Polizia stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie Locali e avviata una sperimentazione su dati riferiti alle violazioni degli art. 186 e bis e 187 in occasione di incidente stradale.

Nell'ambito dei comportamenti errati di guida, nel 2017, le circostanze accertate o presunte dagli organi di rilevazione² alla base degli incidenti stradali con lesioni a persone, sono sostanzialmente invariate rispetto all'anno precedente.

La distrazione, il mancato rispetto delle regole di precedenza o del semaforo e la velocità troppo elevata sono le prime tre cause di incidente (escludendo il gruppo residuale delle cause di natura imprecisata). I tre gruppi costituiscono complessivamente il 40,8% dei casi³.

Tra le altre cause più rilevanti, la mancanza della distanza di sicurezza (21.463 casi), la manovra irregolare (15.932) e anche il comportamento scorretto del pedone (7.204) rappresentano rispettivamente il 9,6%, il 7,1% e il 3,2% delle cause di incidente.

Con riferimento alla categoria della strada, la prima causa di incidente sulle strade urbane è il mancato rispetto delle regole di precedenza o semaforiche (17,1%), sulle strade extraurbane è la guida distratta o andamento indeciso (pari al 20,1%), seguita dalla guida con velocità troppo elevata (14,6%) e dalla mancata distanza di sicurezza (14,6%) (Tabella I.13).

¹ Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone Istat - <https://www.istat.it/it/archivio/4609>

² Sono esclusi i casi di incidente con circostanza imprecisata.

³ Si precisa che la rilevazione condotta dall'Istat include solo le circostanze accertate o presunte per i conducenti dei primi due veicoli coinvolti nell'incidente. Gli incidenti stradali che coinvolgono tre o più veicoli rappresentano circa il 10% del totale.

TABELLA I.13 Cause accertate o presunte di incidente stradale. Anno 2017 (valori assoluti e valori percentuali)

DESCRIZIONE CAUSE	Strade urbane		Strade extraurbane		Totale	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Procedeva con guida distratta o andamento indeciso	24.200	14,6	11.561	20,1	35.761	16,0
Procedeva senza rispettare la precedenza o il semaforo	28.298	17,1	4.064	7,1	32.362	14,5
- procedeva senza rispettare lo stop	9.836	5,9	1.720	3,0	11.556	5,2
- procedeva senza dare la precedenza al veicolo proveniente da destra	7.473	4,5	958	1,7	8.431	3,8
- procedeva senza rispettare il segnale di dare precedenza	9.202	5,5	1.271	2,2	10.473	4,7
- procedeva senza rispettare le segnalazioni semaforiche o dell'agente	1.787	1,1	115	0,2	1.902	0,9
Procedeva con velocità troppo elevata	14.688	8,9	8.399	14,6	23.087	10,3
- procedeva con eccesso di velocità	14.088	8,5	8.127	14,1	22.215	9,9
- procedeva senza rispettare i limiti di velocità	600	0,4	272	0,5	872	0,4
Procedeva senza mantenere la distanza di sicurezza	13.054	7,9	8.409	14,6	21.463	9,6
Manovrava irregolarmente	12.550	7,6	3.382	5,9	15.932	7,1
Svoltava irregolarmente	4.301	2,6	628	1,1	4.929	2,2
Procedeva contromano	3.135	1,9	1.769	3,1	4.904	2,2
Sorpassava irregolarmente	2.922	1,8	1.262	2,2	4.184	1,9
Ostacolo accidentale	2.929	1,8	2.399	4,2	5.328	2,4
Veicolo fermo evitato	959	0,6	1.005	1,7	1.964	0,9
Non dava la precedenza al pedone sugli appositi attraversamenti	7.226	4,4	110	0,2	7.336	3,3
Buche, ecc. evitato	725	0,4	659	1,1	1.384	0,6
Circostanza imprecisata	28.258	17,0	5.848	10,2	34.106	15,3
Veicolo fermo in posizione irregolare urtato	2.061	1,2	290	0,5	2.351	1,1
Altre cause relative al comportamento nella circolazione	5.771	3,5	1.863	3,2	7.634	3,4
Comportamento scorretto del pedone	6.737	4,1	467	0,8	7.204	3,2
Totale comportamento scorretto del conducente e del pedone	157.814	95,1	52.115	90,5	209.929	93,9
Altre cause	8.083	4,9	5.496	9,5	13.579	6,1

- (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 2017 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 locali⁴. 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.14 per tipologia di infrazione e organo di rilevazione.

TABELLA I.14 Contravvenzioni elevate da Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Municipali per violazioni sulle norme di comportamento. Anno 2017 (valori assoluti)

CODICE DELLA STRADA ⁵	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)	48.328	24.304	35.525
Art.142	Superamento dei limiti di velocità	797.658	1.107	2.044.787
Art.143-144	Posizione dei veicoli sulla carreggiata, uso delle corsie, marcia in file	15.288	12.071	11.072
Art.145	Obblighi di precedenza	6.433	9.779	20.488
Art.146	Inosservanza della segnaletica orizzontale e semaforica	37.935	16.630	336.804
Art.148	Disciplina del sorpasso dei veicoli	13.397	16.541	3.685
Art.149	Rispetto della distanza di sicurezza	5.915	3.207	4.727
Art.152-153	Uso dei dispositivi di segnalazione visiva e di illuminazione	14.091	4.456	1.263
Art.154	Disciplina del cambio di direzione e di corsia	6.663	3.606	20.149
Art.155	Limitazione dei rumori de silenziatori e degli apparati radio	666	1.009	468
Art.157-158	Disciplina dell'arresto, della fermata e della sosta fuori e dentro i centri abitati	19.542	22.900	3.199.604
Art.161-162-165	Ingombro della carreggiata, segnalazione e traino dei veicoli in avaria	2.883	519	261
Art.164	Norme sulla sistemazione dei carico sui veicoli	6.371	748	758
Art.167	Trasporto di cose e superamento limiti di peso del veicolo	40.109	172	999
Art.168	Norme sul trasporto di merci pericolose	2.749	58	75
Art.169	Trasporto di persone animali ed oggetti sui veicoli a motore	7.431	2.166	4.526
Art.170	Trasporto di persone e di oggetti sui veicoli a motore a due ruote	417	801	794
Art.171	Uso del casco	3.862	9.913	62.050
Art.172	Uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta dei bambini	108.274	63.547	31.172
Art.173	Mancato uso di lenti o uso di radiotelefoni o cuffie	53.008	30.878	61.929
Art.174-178	Rispetto dei tempi di guida e di riposo dei conducenti dei veicoli pesanti	46.444	416	2.664
Art.175-176	Circolazione e comportamento sulle autostrade e strade extraurbane princ.	154.698	224	265
Art.179	Installazione, alterazione, manomissione del cronotachigrafo	6.887	253	667
Art.180-181	Possesso dei documenti della circolazione	193.812	127.685	92.440
Art.182	Norme di comportamento dei ciclisti	149	280	740
Art.186	Guida in stato di ebbrezza alcolica	20.710	15.825	4.941
Art.187	Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti	1.892	2.544	853
Art.189	Comportamento dei conducenti in caso di incidente	2.046	2.469	4.508
Art.190	Comportamento dei pedoni	268	431	2.492
Art.191	Comportamento dei conducenti verso i pedoni	933	1.131	6.733
Art.193	Obbligo di assicurazione	52.982	63.773	49.242
Totale	Violazioni al codice della strada: Titolo V - Norme di comportamento	1.671.841	439.443	6.006.681

(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

Nel 2017, tra le principali violazioni al codice della strada, al netto del mancato possesso di documenti validi per la circolazione e della disciplina di fermata e sosta, si confermano il superamento dei limiti di velocità (art.142), l'inosservanza del rispetto della segnaletica (art.146), il mancato uso di cinture

⁴ Rilevazione ad hoc, condotta dall'Automobile Club d'Italia (ACI), presso i Comandi di Polizia municipale o locale dei Comuni capoluogo di provincia.

⁵ Codice della strada - Decreto Legislativo n. 285 del 30/04/1992 e Legge 29 luglio 2010, n. 120 Disposizioni in materia di sicurezza stradale.

di sicurezza e sistemi di ritenuta per bambini (art.172) e il mancato uso di lenti o l'uso improprio di telefoni cellulari o cuffie (art.173). In particolare si registrano aumenti nel numero di sanzioni elevate a causa di inosservanza della segnaletica (+7,8%), superamento dei limiti di velocità (+6,9%), mancato uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta per bambini (+3,4%). L'incremento nel numero di sanzioni per superamento dei limiti di velocità, esclusivamente a carico delle Polizie Municipali, verosimilmente è legato al sempre più frequente uso di strumentazione elettronica, spesso sulle grandi arterie a penetrazione urbana. Le contravvenzioni per mancato uso di lenti o uso improprio dei telefoni cellulari o cuffie, pur restando tra quelle più frequenti, diminuiscono mediamente dell'8% e in modo più marcato per quanto riguarda quelle contestate dalle Polizie Locali. In aumento del 3,8% anche il numero di sanzioni elevate ai ciclisti per comportamenti errati (art.182) e del 4,9% quelle elevate per comportamento dei conducenti in caso di incidente (art. 189), mentre diminuiscono quelle elevate ai pedoni (art. 190; - 12%).

Per quanto riguarda lo stato psicofisico alterato dei conducenti, sono in aumento sia le sanzioni per guida in stato di ebbrezza alcolica (Artt. 186 e 186 bis), sia quelle per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (Art. 187). Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo hanno contestato, nel 2017, rispettivamente 41.476 (+2,5%) e 5.289 violazioni (+11,7%). Dai dati della Polizia Stradale che fornisce dettagli per classe di età, fascia oraria e tipologia di veicolo emerge che sono multati per guida in stato di ebbrezza soprattutto i giovani conducenti di autovetture (tra 25 e 32 anni), nella fascia oraria notturna, fascia durante la quale è stato elevato circa l'80% delle sanzioni.

Incidenti stradali alcol correlati

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

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

Per fornire elementi di valutazione alternativi sono state considerate anche altre fonti ufficiali di dati ed esaminati i contenuti e le potenzialità informative. In particolare, sono state considerate le informazioni sulle sanzioni elevate in occasione di incidente stradale, fornite da Carabinieri e Polizia Stradale. E' disponibile, infine, un dato aggregato fornito dalle Polizie Locali dei comuni capoluogo. La violazione al Codice della Strada degli Artt. 186 e 186 bis, guida sotto l'influenza dell'alcol, comporta diverse pene a seconda della gravità:

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

Grazie alla collaborazione con il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e del Servizio di Polizia Stradale, è stato possibile effettuare alcune elaborazioni aggiuntive, mirate al sottoinsieme di incidenti stradali alcol correlati. In particolare, sono stati resi disponibili dati sulle violazioni al codice della strada per guida sotto l'influenza di alcol, contestate nel 2017. E' stato inoltre operato un confronto con l'anno 2015⁶.

6 Per l'anno 2016 non sono disponibili i dati per Carabinieri e Polizia Stradale nel complesso, ma solo per l'Arma dei Carabinieri.

Carabinieri e Polizia Stradale, organi che rilevano circa un terzo del totale degli incidenti stradali con lesioni nel complesso, hanno reso disponibili i dati riferiti all'anno 2017 sulle contravvenzioni elevate per guida in stato di ebbrezza e sotto l'effetto di stupefacenti in occasione di incidente stradale.

Da tali dati risulta che, in totale per i due organi di rilevazione, sono **4.575** gli incidenti stradali per i quali almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era in stato di ebbrezza e 1.690 sotto l'effetto di stupefacenti, su un totale di 58.583 incidenti. Il **7,8%** e 2,9% degli incidenti rilevati dai Carabinieri e dalla Polizia Stradale è correlato dunque, rispettivamente ad alcol e droga, **percentuali in aumento rispetto al il 2015** quando erano pari al 7,6% e al 2,3%.

Anche le Polizie Locali di alcuni Comuni capoluogo (nei cui territori risiedono oltre 17 milioni di abitanti) hanno reso disponibile il numero di sanzioni elevate in caso di incidente⁷, pari rispettivamente a 2.126 e 462 e in aumento rispetto al 2016, per guida in stato di ebbrezza e per uso di droghe. Tali frequenze rappresentano il 43% e il 55% del totale delle sanzioni elevate per le infrazioni degli articoli 186 e bis e 187.

I controlli effettuati dalle Polizie Locali con etilometro o precursore hanno riguardato il 7 per mille della popolazione e gli esiti positivi sono stati il 3,5%.

Con riferimento al numero degli incidenti con lesioni rilevati dalle Polizie Locali nei Comuni considerati, le quote dei sinistri correlati ad alcol e droga risultano pari rispettivamente a 3,8% e 0,8%. Focalizzando l'attenzione sui soli dati rilevati dai **Carabinieri**, più dettagliati nelle informazioni fornite, nel 2017 sono stati 2.912 gli incidenti stradali con lesioni a persone per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, pari al 9,0% del totale degli incidenti con lesioni verbalizzati dall'Arma dei Carabinieri (Tabella I.15).

Rispetto al 2015⁸ e al 2016 si registra, un aumento della quota degli incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale, tale proporzione era, infatti, pari a 8,6 per cento nel 2015 e 8,1 nel 2016.

Le vittime coinvolte in incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza, nel 2017, sono state 57 (4,3% sul totale) e i feriti 4.903 (9,6% sul totale). Tali percentuali erano rispettivamente 5,2% e 9,2% nel 2015. Gli incidenti stradali alcol correlati con soli danni alle cose ammontano, invece, nel 2017 a 1.240, erano pari nel 2016 a 1.179 e nel 2015 a 1.161.

TABELLA I.15 Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dai Carabinieri e violazioni al codice della strada. Anno 2017
(valori assoluti e percentuali)

Violazioni al codice della strada (a)	Incidenti stradali con lesioni a persone	Incidenti stradali mortali	Vittime	Feriti
Guida sotto l'influenza dell'alcol (Artt. 186 e 186 bis) (b)	2.912	49	57	4.903
Art. 186	2.594	40	46	4.285
Art. 186 bis	318	9	11	618
Totale incidenti stradali, vittime e feriti (a)	32.533	1.241	1.327	50.999
Incidenti, vittime e feriti alcol correlati sul totale (%)	9,0	3,9	4,3	9,6

(a) Totale incidenti stradali, morti e feriti rilevati dall'Arma dei Carabinieri nel 2017.

(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".

⁷ I Comuni capoluogo che hanno reso disponibile tali dati per la Rilevazione ACI sono: Andria, Aosta, Ascoli Piceno, Arezzo, Asti, Bari, Belluno Biella, Bologna, Brescia, Brindisi, Caltanissetta, Campobasso, Carbonia, Catania, Catanzaro, Cesena, Chieti, Como, Cremona, Cuneo, Enna, Fermo, Firenze, Frosinone, Forlì, Genova, Grosseto, Iglesias, Imperia, La Spezia, L'Aquila, Livorno, Lodi, Lucca, Macerata, Mantova, Matera, Messina, Milano, Modena, Monza, Novara, Nuoro, Oristano, Padova, Parma, Pesaro, Perugia, Pescara, Piacenza, Pisa, Pordenone, Potenza, Prato, Reggio di Calabria, Reggio nell'Emilia, Rimini, Rieti, Roma, Rovigo, Salerno, Sassari, Siena, Siracusa, Sondrio, Taranto, Teramo, Terni, Torino, Treviso, Trani, Udine, Urbino, Varese, Venezia, Verbania, Verona, Vercelli, Vicenza, Viterbo.

⁸ Il calcolo degli incidenti stradali con lesioni a persone alcol correlati per l'anno 2015 è stato rielaborato, nel 2017, sulla base di nuovi elementi forniti dall'Arma dei Carabinieri, il dato 2015 citato nel presente testo risulta, pertanto, parzialmente rettificato rispetto a quanto pubblicato nella Relazione per l'anno 2016. Non risulta variato, invece, il numero di morti e feriti coinvolti.

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 e in ambito urbano. Sono, infatti, ben il 22,6% gli incidenti stradali alcol correlati sul totale, mentre le vittime, per lo stesso ambito stradale sono il 10,9%, e sono il 5,6% se si considerano le strade extraurbane e sempre di notte (Tabella I.16).

TABELLA I.16 Incidenti stradali con lesioni a persone e vittime rilevati dai Carabinieri, per tipo strada e periodo del giorno o della notte. Anno 2017

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	681	1068	1.749
Strada Extraurbana	542	621	1.163
Totale	1.223	1.689	2.912
Incidenti stradali con soli danni alle cose alcol correlati (valori assoluti)			
Strada Urbana	308	563	871
Strada Extraurbana	166	203	369
Totale	474	766	1.240
Vittime in Incidenti stradali con lesioni alcol correlati (valori assoluti)			
Strada Urbana	15	15	30
Strada Extraurbana	13	14	27
Totale	28	29	57
Percentuale Incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale incidenti con lesioni			
Strada Urbana	5,0	22,4	9,6
Strada Extraurbana	4,9	20,0	8,2
Totale	5,0	21,4	9,0
Percentuale Vittime in incidenti stradali alcol correlati sul totale incidenti con lesioni			
Strada Urbana	4,8	10,9	6,7
Strada Extraurbana	2,1	5,6	3,1
Totale	3,0	7,5	4,3

Fonte: Elaborazione Istat su dati forniti dal Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri-Ufficio Operazioni – Sala Operativa 2ª 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 10,7 % delle violazioni al codice della strada per guida sotto l'effetto dell'alcol è registrato in concomitanza di un incidente stradale, con o senza lesioni a persone.

Focalizzando l'attenzione sulle violazioni contestate in occasione di incidente stradale con lesioni a persone, si osserva che il 6,4% degli incidenti stradali nel 2017 è alcol correlato (era 6,5% nel 2015) (Tabella I.17).

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.17 Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale e violazioni al codice della strada. Anno 2017

Totale violazioni Art. 186 o 186 bis del codice della strada (a)	
Art. 186 o 186 bis – Totale	20.698
<i>Di cui</i>	
Art. 186 o 186 bis - In incidente stradale con o senza lesioni	2.765
Art. 186 o 186 bis - Con rifiuto di sottoporsi al test alcolemico	564
Violazioni Art.186 o 186 bis in incidente stradale con o senza lesioni sul totale violazioni rilevate (%)	10,7%
Violazioni Art. 186 o 186 bis in incidente stradale (a)	
Art. 186 o 186 bis in incidente stradale con lesione a persone	1.663
Totale incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale	26.039
Violazioni art.186 o 186 bis in incidente stradale con lesioni sul totale incidenti rilevati (%)	6,4%

(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.

2. LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE

1. Introduzione

Il presente documento è stato redatto ai sensi della “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati” (Legge n. 125 del 30 marzo 2001, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 2001) e ha l’obiettivo di analizzare i dati di consumo e di spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per i farmaci impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica nell’ambito dell’assistenza convenzionata (farmaci erogati dalle farmacie territoriali) e non convenzionata (acquisti da parte delle Strutture sanitarie pubbliche). Il documento, aggiornato con i dati relativi all’anno 2017, fornisce una descrizione dell’andamento degli indicatori di spesa e consumo nel tempo (sia a livello nazionale che a livello regionale).

Gli indicatori di consumo e spesa in regime di assistenza convenzionata e non convenzionata sono stati calcolati utilizzando i dati derivanti dai seguenti flussi informativi:

Assistenza farmaceutica convenzionata: il flusso riguarda le prestazioni farmaceutiche erogate attraverso le farmacie pubbliche e private in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito ai sensi della L. 448/1998. Tale flusso rileva le ricette raccolte da Federfarma (Federazione nazionale delle farmacie private convenzionate con il SSN) e da Assofarm (Associazione Farmacie Comunali), che ricevono i dati delle proprie sedi provinciali e che successivamente aggregano a livello regionale. Il flusso OsMed presenta un grado di completezza variabile per area geografica e per mese, tuttavia la copertura nazionale è generalmente superiore al 95% della spesa. La quota di spesa e consumi mancanti è ottenuta attraverso una procedura di espansione che utilizza come valore di riferimento della spesa farmaceutica il dato proveniente dalle Distinte Contabili Riepilogative (DCR), comunicato periodicamente dalle Regioni all’Agenzia Italiana del Farmaco (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 per specialità non sia significativamente differente da quella dei dati osservati e sia garantita l’invarianza del prezzo al pubblico della singola confezione medicinale. Per la presente analisi sono state utilizzate le DCR aggiornate al mese di marzo 2018.

Assistenza farmaceutica non convenzionata: il flusso della “tracciabilità del farmaco” è stato istituito con il Decreto del Ministro della Salute del 15 luglio 2004 e s.m.i.. Tale flusso, alimentato dalle aziende farmaceutiche, è finalizzato a tracciare le movimentazioni di medicinali con autorizzazione all’immissione in commercio (AIC) sul territorio nazionale lungo tutta 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. Tali dati non sono aggiornati al mese di maggio 2018 e non tengono conto delle successive revisioni che le ditte hanno chiesto di inviare al sistema NSIS per l’anno 2017.

Prescrizioni farmaceutiche in regime di convenzionata: il flusso informativo per la trasmissione delle prescrizioni farmaceutiche (c.d. Tessera Sanitaria) 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.. 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.

La trasmissione dei dati delle ricette da parte 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. Ai fini del presente documento, i dati utilizzati sono relativi a sei Regioni Italiane, afferenti alle aree geografiche del nord, centro e sud d'Italia (Lombardia, Veneto, Lazio, Toscana, Campania e Puglia).

Le analisi di consumo a livello nazionale sono espresse in dosi giornaliere (o giornate di terapia), definite come DDD (*Defined Daily Dose*), al fine di consentire elaborazioni di confronto temporale e in particolare. Le analisi di consumo a livello regionale sono espresse sia in DDD totali che in DDD per 1 milione ab die, 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 all'eventuale distribuzione territoriale (distribuzione diretta e distribuzione per conto).

2. Medicinali per la terapia farmacologica della dipendenza alcolica

Il trattamento farmacologico della dipendenza alcolica prevede l'impiego di diverse classi di farmaci, alcune dirette al trattamento dell'astinenza, altre dirette a prevenire le ricadute nell'abuso alcolico. Attualmente in Italia sono approvati per il trattamento della dipendenza alcolica sei farmaci: disulfiram, acamprosato, naltrexone cloridrato, sodio oxibato, metadoxina e nalmefene (**Tabella I.18**). Tali molecole differiscono tra loro per il differente meccanismo d'azione, che si riflette poi sulle specifiche dell'indicazione terapeutica, oltre alla diversa modalità di erogazione e rimborsabilità. Infatti, su un totale di 35 confezioni autorizzate in Italia, 19 confezioni (54%) risultano in commercio nel 2017 e hanno contribuito alle analisi contenute nel presente documento. Di queste, 13 sono a totale carico del SSN: 2 confezioni a base di sodio oxibato classificate in fascia di rimborsabilità H e 11 confezioni (8 a base di naltrexone, 2 di acamprosate e 1 di disulfiram) classificate in fascia A; le restanti 7 confezioni risultano a totale a carico dei cittadini (fascia C): una a base di disulfiram e tutte quelle a base di metadoxina e nalmefene.

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

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

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

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

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

Il **naltrexone** (*Antaxone*[®], *Nalorex*[®], *Narcoral*[®]), antagonista oppioide orale a lunga durata d'azione, inibisce gli effetti di gratificazione indotti dall'alcol. Per la sua alta selettività recettoriale è

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

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

Tabella I.18 Medicinali per la terapia farmacologica della dipendenza alcolica

ATC	Principio attivo	Specialità	Ditta produttrice	Formulazione	AIC	Classe di rimborsabilità	Indicazione
N07BB01	Disulfiram	Antabuse Dispergettes	Aurobindo Pharma Italia srl	400 mg 24 compresse effervescenti	004308019	C	Terapia di disassuefazione dall'etilismo.
		Etiltox	Molteni&C. F.Ili Alitti SpA	200 mg 30 compresse	010681029	A	
N07BB03	Acamprosato	Campral	Bruno Farmaceutici SpA	333 mg 84 compresse rivestite gastroresistenti	034208013	A	Mantenimento dell'astinenza nel paziente alcolodipendente. Deve essere associato ad un sostegno psicologico.
				333 mg 84 compresse rivestite gastroresistenti	041824018	A	
N07BB	Metadoxina	Metadoxil	Laboratori Baldacci srl	500 mg 30 compresse	025316011	C	Etilismo acuto e cronico.
				300 mg/5 ml sol. iniettabile (10 fiale da 5 ml)	025316023	C	
				500 mg/15 ml soluzione orale (10 flaconcini da 15 ml)	025316035	C	
N07XX04	Sodio oxibato	Alcover	Laboratorio Farmaceutico C.T. srl	175 mg/ml sol. orale (140 ml)	027751066	H	Coadiuvante nelle seguenti terapie: <ul style="list-style-type: none"> • controllo della sindrome di astinenza da alcol etilico; • fase iniziale del trattamento multimodale della dipendenza alcolica; • trattamento prolungato della dipendenza alcolica resistente ad altri presidi terapeutici, in coesistenza di altre patologie aggravate dall'assunzione di alcol etilico.
				175 mg/ml sol. orale (10 ml)	027751078	H	
N07BB05	Nalmefene	Selincro	Lundbeck Italia SpA	18 mg, 14 compresse rivestite con film	042683021	C	Riduzione del consumo di alcool in pazienti adulti con dipendenza da alcool che hanno livelli di consumo ad elevato rischio (<i>Drinking Risk Level</i> – DRL), senza sintomi fisici da sospensione e che non richiedono interventi immediati di disintossicazione. Deve essere prescritto solo congiuntamente ad un supporto psicosociale continuativo, mirato all'aderenza al trattamento ed alla riduzione del consumo di alcool. Il trattamento deve essere iniziato solo in pazienti che continuano ad avere un livello di consumo ad elevato rischio (elevato DRL) due settimane dopo la valutazione iniziale.
				18 mg, 7 compresse rivestite con film	042683019	C	
				18 mg, 28 compresse rivestite con film	042683033	Non in commercio	
				18 mg, 42 compresse rivestite con film	042683045	Non in commercio	
				18 mg, 98 compresse rivestite con film	042683058	Non in commercio	
				18 mg, 49 compresse rivestite con film	042683060	Non in commercio	
				18 mg, 14 compresse rivestite con film	042683072	Non in commercio	
				18 mg, 28 compresse rivestite con film	042683084	Non in commercio	

N07BB04	Naltrexone	Antaxone	Zambon Italia srl	50 mg/10 ml soluzione orale (10 fl monodose da 10 ml)	025855065	A	Consente di bloccare gli effetti farmacologici dagli oppiacei somministrati per via esogena, favorendo così il mantenimento della non dipendenza da oppiacei in individui disintossicati ex-tossicodipendenti.
				100 mg/20 ml soluzione orale (5 fl monodose da 20 ml)	025855040	A	
				50 mg 14 capsule rigide	025855077	A	
		Narcoral	Sirton Medicare srl	50 mg 10 compresse rivestite	028248021	A	
				10 mg 10 compresse rivestite	028248019	A	
N07BB04	Naltrexone	Nalorex	Molteni&C. F.Ili Alitti SpA	50 mg 14 compresse rivestite con film	025969039	A	Terapia integrativa di prevenzione, nel mantenimento della disintossicazione dagli oppiacei in pazienti ex-tossicodipendenti. E' inoltre indicato nel programma di trattamento globale per la dipendenza da alcol, al fine di ridurre il rischio di recidiva, di favorire l'astinenza e di ridurre il bisogno di assumere bevande alcoliche durante le fasi iniziali della cura.
N07BB04	Naltrexone	Naltrexone Accord	Accord Healthcare Italia Limited	50 mg 14 compresse rivestite con film	040955027	A	Per uso come terapia addizionale, come parte di un programma di trattamento completo che includa una consulenza psicologica, per favorire il mantenimento dell'astinenza in pazienti disintossicati con pregressa dipendenza da oppiacei e dipendenza da alcool.
				50 mg 14 compresse rivestite con film	040955080	A	
				50 mg 7 compresse rivestite con film in blister PVC/PE/PCTFE/AL	040955015	Non in commercio	
				50 mg 28 compresse rivestite con film in blister PVC/PE/PCTFE/AL	040955039	Non in commercio	
				50 mg 30 compresse rivestite con film in blister PVC/PE/PCTFE/AL	040955041	Non in commercio	
				50 mg 50 compresse rivestite con film in blister PVC/PE/PCTFE/AL	040955054	Non in commercio	
				50 mg 56 compresse rivestite con film in blister PVC/PE/PCTFE/AL	040955066	Non in commercio	
				50 mg 7 compresse rivestite con film in blister AL/AL	040955078	Non in commercio	
				50 mg 28 compresse rivestite con film in blister AL/AL	040955092	Non in commercio	
				50 mg 30 compresse rivestite con film in blister AL/AL	040955104	Non in commercio	
				50 mg 50 compresse rivestite con film in blister AL/AL	040955116	Non in commercio	
50 mg 56 compresse rivestite con film in blister AL/AL	040955128	Non in commercio					

3. Assistenza farmaceutica convenzionata (tramite il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico)

3.1. Consumi

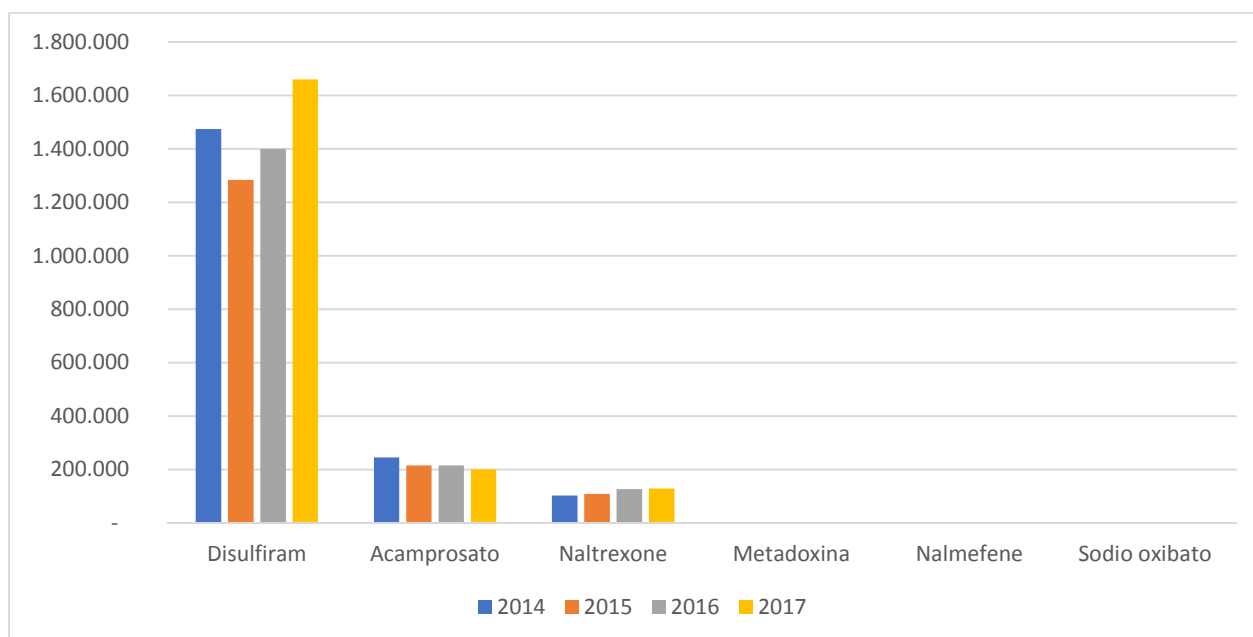
Nell'anno 2017, attraverso il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico, sono state dispensate in totale quasi **2 milioni** di dosi di medicinali utilizzati per il trattamento della dipendenza alcolica (**Tabella I.19, Figura I.15**). Come per gli anni precedenti, i prodotti medicinali a base di disulfiram detengono il primato dei consumi con l'83% sul totale delle prescrizioni, seguiti dall'acamprosato e dal naltrexone concorrenti rispettivamente con un consumo minimo del 10% e del 6,5%.

In generale, rispetto all'anno precedente, è stato osservato un aumento dei consumi (quasi +248 mila dosi, +14,2%), dovuto soprattutto all'aumento dei consumi di disulfiram. Anche i medicinali a base del naltrexone, anche se impiegati prevalentemente nel trattamento della disassuefazione della dipendenza da oppiacei, continuano a registrare un lieve incremento dei consumi (+1,9%). L'unico decremento nel consumo delle dosi è stato osservato per l'acamprosato (-6,8%).

Tabella I.19 Consumo (DDD totali) in regime di assistenza convenzionata nel periodo 2014-2017

Principio Attivo	DDD totali 2014-2017									
	2014		2015		2016		2017		Δ 16-17	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Disulfiram	1.475.208	80,88	1.284.486	79,84	1.400.796	80,33	1.660.260	83,36	259.464	18,50%
Acamprosato	245.692	13,47	215.496	13,39	215.287	12,35	200.573	10,07	- 14.608	-6,80%
Naltrexone	102.652	5,63	108.406	6,74	127.018	7,28	129.436	6,50	2.418	1,90%
Metadoxina	325	0,02	410	0,03	763	0,04	1.382	0,07	618	81,00%
Nalmefene	112	0,01	14	≈0	-	-	105	0,01	105	-
Sodio oxibato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	1.823.989	100,00	1.608.812	100,00	1.743.864	100,00	1.991.756	100,00	247.892	14,20%

Figura I.15 Trend temporale dei consumi (N. DDD totali) in regime di assistenza convenzionata nel periodo 2014-2017



Se si considera la distribuzione regionale dei consumi in termini assoluti (DDD totali) di questi farmaci in regime di assistenza farmaceutica convenzionata (**Tabella I.20**), la regione che fa registrare il maggior consumo nell'anno 2017 è la Lombardia con più di 455 mila dosi (23% del

consumo nazionale), costituito principalmente da disulfiram; in ordine decrescente di consumo, seguono il Lazio con 248 mila dosi (13% del consumo nazionale), il Veneto con circa 164 mila dosi e la Toscana con 150 mila dosi (ciascuna circa l'8% del consumo nazionale). In totale, le quattro regioni rappresentano più della metà del consumo nazionale.

Tabella I.20. Consumo (DDD totali) regionale in regime di assistenza convenzionata nell'anno 2017

Regione	DDD totali 2017							TOTALE	
	Disulfiram	Acamprosato	Naltrexone	Metadoxina	Nalmefene	Sodio oxibato	N.	%	
	N.	N.	N.	N.	N.	N.			
Lombardia	371.760	60.573	22.848	-	-	-	455.181	22,85	
Lazio	84.720	90.098	73.018	97	84	-	248.016	12,45	
Veneto	162.030	-	2.018	-	-	-	164.048	8,24	
Toscana	148.950	196	1.528	-	-	-	150.674	7,56	
Sardegna	123.150	56	1.246	-	-	-	124.452	6,25	
Piemonte	117.630	28	-	90	-	-	117.748	5,91	
E. Romagna	80.400	6.965	5.976	-	-	-	93.341	4,69	
Sicilia	82.380	28	4.956	165	-	-	87.529	4,39	
P.A. Trento	77.220	503	126	-	-	-	77.849	3,91	
Friuli V.G.	68.100	28	1.602	-	-	-	69.730	3,50	
Calabria	64.200	28	794	5	14	-	65.041	3,27	
Campania	50.340	10.545	3.594	-	-	-	64.479	3,24	
Puglia	53.670	-	2.122	-	-	-	55.792	2,80	
Umbria	52.350	350	140	-	-	-	52.840	2,65	
Marche	21.720	23.245	3.048	1.025	7	-	49.045	2,46	
Liguria	37.500	1.720	146	-	-	-	39.366	1,98	
Abruzzo	30.750	2.350	1.662	-	-	-	34.762	1,75	
Molise	12.060	336	3.114	-	-	-	15.510	0,78	
Basilicata	11.700	280	784	-	-	-	12.764	0,64	
P.A. Bolzano	7.020	3.231	714	-	-	-	10.965	0,55	
Valle D'Aosta	2.610	14	-	-	-	-	2.624	0,13	
ITALIA	1.660.260	200.573	129.436	1.382	105	-	1.991.756	100,00	

Se si considera invece la distribuzione regionale dei consumi in base alla popolazione residente, espressa come DDD per 1 milione di abitanti die, la regione che fa registrare il maggior consumo nell'anno 2017 è la Provincia Autonoma di Trento con circa 402 dosi, seguita dalla Sardegna con quasi 203 dosi, dall'Umbria con circa 155 dosi e dal Friuli V.G. con quasi 147 dosi (**Tabella I.21**). Considerando la distribuzione dei consumi regionali in regime di assistenza farmaceutica convenzionata in base ai diversi principi attivi, il disulfiram risulta essere il farmaco a più alto consumo in quasi tutte le regioni, ad eccezione di Lazio e Marche (in cui risulta essere più consumato l'acamprosato), mentre la metadoxina e il nalmefene sono i principi attivi a più basso consumo (utilizzati rispettivamente in 5 e 3 regioni), sebbene tra tutte le regioni italiane, nelle Marche si registri il più alto consumo di metadoxina (circa 1,8 DDD per 1 milione di abitanti die).

Tabella I.21 Consumo (DDD*1.000.000 abitanti die) regionale in regime di assistenza convenzionata nell'anno 2017

Regione	N. DDD*1.000.000 ab die 2017						TOTALE
	Disulfiram	Acamprosato	Naltrexone	Metadoxina	Nalmefene	Sodio oxibato	
P.A. Trento	399,18	2,60	0,65	-	-	-	402,44
Sardegna	200,58	0,09	2,03	-	-	-	202,80
Umbria	154,00	1,03	0,41	-	-	-	155,44
Friuli V.G.	143,43	0,06	3,37	-	-	-	146,86
Molise	103,29	2,88	26,67	-	-	-	132,84
Lombardia	101,84	16,59	6,26	-	-	-	124,69
Lazio	40,05	42,59	34,52	0,05	0,04	-	117,25
Toscana	103,59	0,14	1,06	-	-	-	104,79
Calabria	92,50	0,04	1,14	0,01	0,02	-	93,71
Veneto	89,87	-	1,12	-	-	-	90,99
Marche	37,36	39,98	5,24	1,76	0,01	-	84,36
Abruzzo	62,58	4,78	3,38	-	-	-	70,75
Piemonte	69,63	0,02	-	0,05	-	-	69,70
Liguria	58,70	2,69	0,23	-	-	-	61,62
Basilicata	56,17	1,34	3,76	-	-	-	61,28
P.A. Bolzano	39,04	17,97	3,97	-	-	-	60,98
E. Romagna	48,17	4,17	3,58	-	-	-	55,92
Valle D'Aosta	55,02	0,30	-	-	-	-	55,31
Sicilia	46,54	0,02	2,80	0,09	-	-	49,45
Puglia	37,09	-	1,47	-	-	-	38,56
Campania	25,78	5,40	1,84	-	-	-	33,02
ITALIA	75,07	9,07	5,85	0,06	0,01	-	90,06

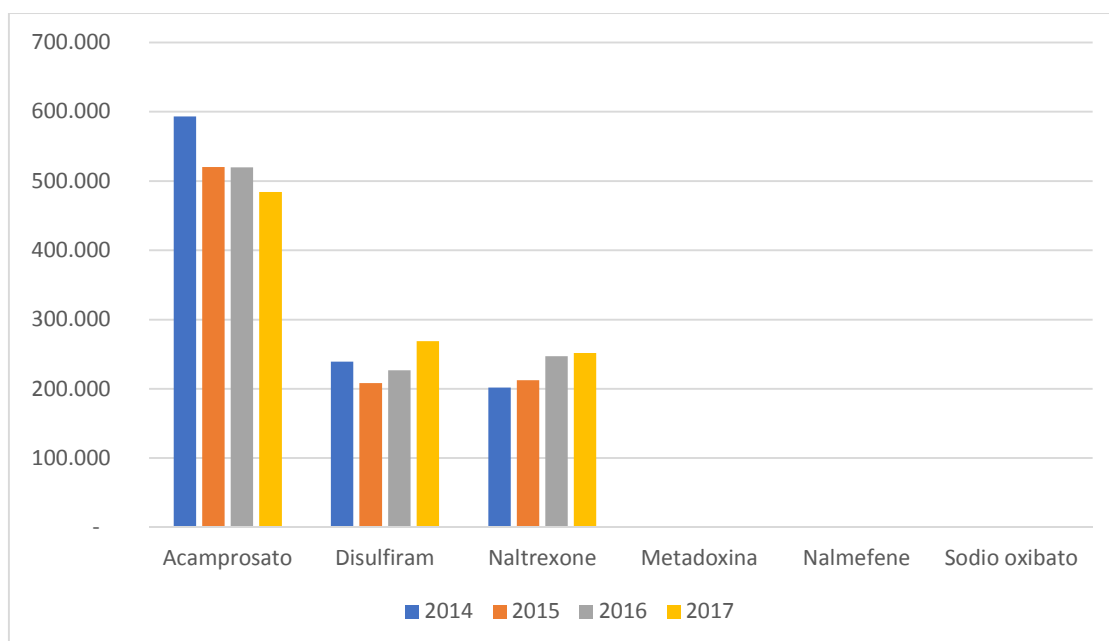
3.1 Spesa farmaceutica

Per l'anno 2017, la spesa farmaceutica in regime di assistenza convenzionata per i farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica ammonta a poco più di 1 milione di euro (Tabella I.22, Figura I.16). Tale valore è dovuto *in primis* alla spesa per l'acamprosato (48%), seguito dal disulfiram (27%) e dal naltrexone (25%), mentre l'impatto della spesa per le restanti molecole (nalmefene e metadoxina) è trascurabile. Rispetto all'anno 2016, in linea con l'andamento dei consumi, la spesa per questa categoria di farmaci è aumentata del +1,2%, soprattutto a causa dell'aumento di spesa per il disulfiram (+18,5%); si riduce la spesa per l'acamprosato (-6,8%).

Tabella I.22 Spesa in regime di assistenza convenzionata nel periodo 2014-2017

Principio Attivo	2014		2015		2016		2017		Δ 16-17	
	spesa	%	spesa	%	spesa	%	spesa	%	spesa	%
Acamprosato	593.238	57,32	520.328	55,27	519.822	52,27	484.296	48,10	- 35.526	-6,8%
Disulfiram	239.097	23,10	208.163	22,11	226.947	22,82	269.008	26,72	42.061	18,5%
Naltrexone	201.628	19,48	212.444	22,57	247.113	24,85	251.495	24,98	4.382	1,8%
Metadoxina	315	0,03	421	0,04	662	0,07	1.242	0,12	581	87,8%
Nalmefene	762	0,07	95	0,01	-	-	709	0,07	709	-
Sodio oxibato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	1.035.039	100,00	941.452	100,00	994.543	100,00	1.006.750	100,00	12.207	1,2%

Figura I.16 Trend temporale della spesa in regime di assistenza convenzionata nel periodo 2014-2017



Se si considera la distribuzione regionale del totale della spesa in regime di assistenza convenzionata, la regione che fa registrare il valore più alto di spesa nell'anno 2017 per questa categoria terapeutica è il Lazio con più di 371 mila euro (il 37% della spesa nazionale), dovuto principalmente alla spesa per l'acamprosato e il naltrexone; in ordine decrescente di spesa, seguono la Lombardia con circa 251 mila euro (25% della spesa nazionale), dovuta per la maggior parte alla spesa per l'acamprosato; queste due regioni rappresentano insieme più della metà della spesa nazionale in regime di assistenza convenzionata (**Tabella I.23**).

Tabella I.23 Spesa regionale in regime di assistenza convenzionata nell'anno 2017

Regione	Spesa Totale 2017						TOTALE	
	Acamprosato	Disulfiram	Metadoxina	Nalmefene	Naltrexone	Sodio oxibato	N.	%
	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	%
Lazio	217.547	13.725	97	571	139.407	-	371.346	36,89
Lombardia	146.258	60.225	-	-	44.953	-	251.436	24,98
Marche	56.126	3.564	903	43	6.384	-	67.020	6,66
E. Romagna	16.817	13.025	-	-	12.036	-	41.879	4,16
Campania	25.463	8.155	-	-	7.350	-	40.967	4,07
Veneto	-	26.249	-	-	4.255	-	30.504	3,03
Toscana	473	24.130	-	-	3.095	-	27.698	2,75
Sicilia	68	13.346	151	-	9.675	-	23.239	2,31
Sardegna	135	19.950	-	-	2.402	-	22.487	2,23
Piemonte	68	19.056	82	-	-	-	19.206	1,91
Friuli V.G.	68	11.032	-	-	3.095	-	14.195	1,41
P.A. Trento	1.216	12.510	-	-	247	-	13.973	1,39
Abruzzo	5.673	4.982	-	-	3.165	-	13.820	1,37
Puglia	-	8.695	-	-	4.252	-	12.946	1,29
Calabria	68	10.400	9	95	1.543	-	12.115	1,20
Liguria	4.154	6.075	-	-	315	-	10.544	1,05
P.A. Bolzano	7.801	1.137	-	-	1.384	-	10.322	1,03
Umbria	844	8.481	-	-	266	-	9.591	0,95
Molise	810	1.954	-	-	6.186	-	8.950	0,89
Basilicata	675	1.895	-	-	1.485	-	4.056	0,40
Valle D'Aosta	34	423	-	-	-	-	457	0,05
ITALIA	484.296	269.008	1.242	709	251.495	-	1.006.750	100,00

Se si considera la spesa pro capite per questa categoria terapeutica, il Lazio è ancora la regione che fa registrare il valore più alto di spesa per il 2017, con un valore di 0,064 euro pro capite, seguita dalle Marche con un valore di spesa di 0,042 euro pro capite; la Puglia è invece la regione che fa registrare la spesa pro capite più bassa (**Tabella I.24**).

Tabella I.24 Spesa regionale pro-capite in regime di assistenza convenzionata nell'anno 2017

Regione	Spesa pro-capite 2017						TOTALE
	Acamprosato	Disulfiram	Metadoxina	Nalmefene	Naltrexone	Sodio oxibato	
Lazio	0,03754	0,00237	0,00002	0,00010	0,02405	-	0,06408
Marche	0,03524	0,00224	0,00057	0,00003	0,00401	-	0,04207
Molise	0,00253	0,00611	-	-	0,01934	-	0,02798
P.A. Trento	0,00229	0,02360	-	-	0,00047	-	0,02636
Lombardia	0,01462	0,00602	-	-	0,00449	-	0,02514
P.A. Bolzano	0,01584	0,00231	-	-	0,00281	-	0,02095
Sardegna	0,00008	0,01186	-	-	0,00143	-	0,01337
Friuli V.G.	0,00005	0,00848	-	-	0,00238	-	0,01091
Umbria	0,00091	0,00911	-	-	0,00029	-	0,01030
Abruzzo	0,00421	0,00332	-	-	0,00235	-	0,01027
E. Romagna	0,00368	0,00285	-	-	0,00263	-	0,00916
Campania	0,00476	0,00152	-	-	0,00137	-	0,00766
Basilicata	0,00118	-	-	-	0,00260	-	0,00711
Toscana	0,00012	0,00613	-	-	0,00079	-	0,00703
Calabria	0,00004	0,00547	0,00000	0,00005	0,00081	-	0,00637
Veneto	-	0,00531	-	-	0,00086	-	0,00618
Liguria	0,00237	0,00347	-	-	0,00018	-	0,00602
Sicilia	0,00001	0,00275	0,00003	-	0,00200	-	0,00479
Piemonte	0,00001	0,00412	0,00002	-	-	-	0,00415
Valle D'Aosta	0,00026	0,00325	-	-	-	-	0,00351
Puglia	-	0,00219	-	-	0,00107	-	0,00327
ITALIA	0,00799	0,00444	0,00002	0,00001	0,00415	-	0,01662

4. Assistenza farmaceutica non convenzionata (tramite gli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche)

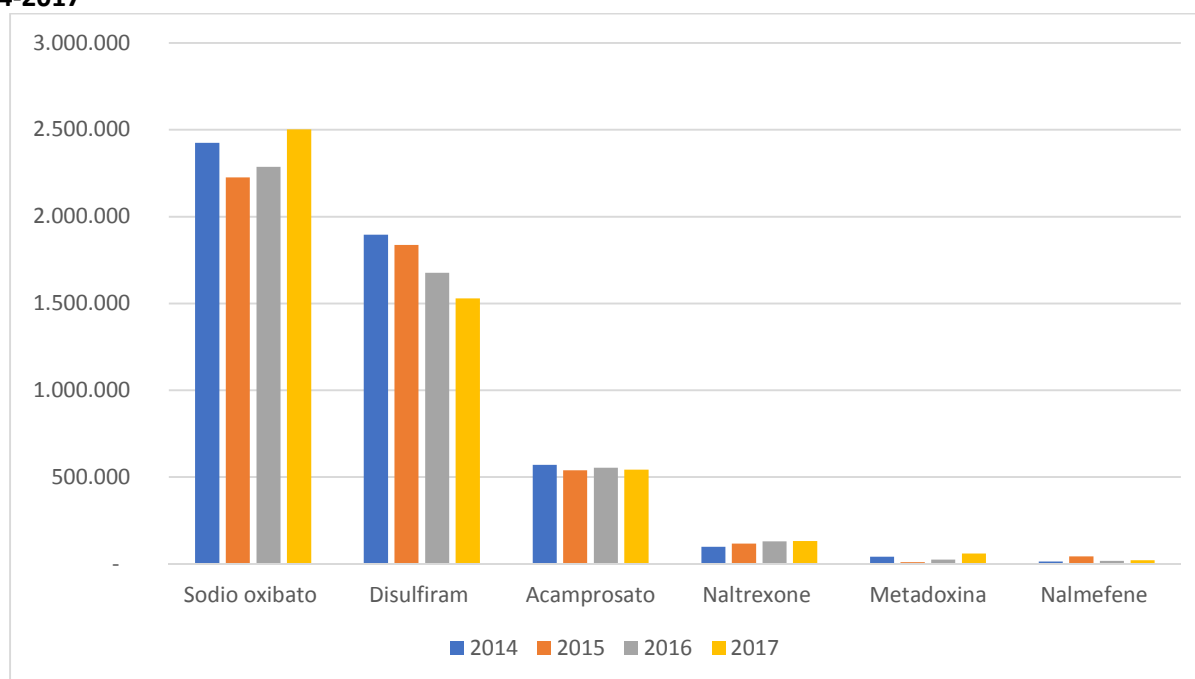
4.1. Consumi

Nell'anno 2017 le strutture sanitarie pubbliche hanno consumato circa **4,8 milioni** di dosi di medicinali utilizzati per il trattamento della dipendenza alcolica (**Tabella I.25, Figura I.17**). Come già evidenziato negli anni precedenti, il prodotto medicinale con il più elevato consumo è il sodio oxibato con 2,5 milioni di dosi (utilizzate prevalentemente nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche), che assieme al disulfiram, costituisce l'84% del consumo totale dei medicinali di questa categoria terapeutica. In generale, rispetto all'anno precedente, gli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche hanno registrato un aumento nel consumo (quasi +97 mila dosi, +2,1%), dovuto principalmente all'aumento dei consumi della metadoxina (>100%), del nalmefene (+20,5%) e del sodio oxibato (+9,4%). Gli unici decrementi nel consumo delle dosi sono osservabili per il disulfiram (-8,8%) e l'acamprosato (-1,9%).

Tabella I.25 Consumo (DDD totali) in regime di assistenza non convenzionata nel periodo 2014-2017

Principio attivo	DDD totali 2014-2017									
	2014		2015		2016		2017		Δ 16-17	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Sodio oxibato	2.425.302	48,06	2.225.601	46,65	2.287.458	48,78	2.502.596	52,29	215.138	9,4%
Disulfiram	1.895.832	37,57	1.837.014	38,51	1.675.842	35,74	1.528.518	31,94	-147.324	-8,8%
Acamprosato	571.230	11,32	539.118	11,30	553.552	11,81	543.286	11,35	-10.266	-1,9%
Naltrexone	98.758	1,96	115.964	2,43	129.898	2,77	131.078	2,74	1.180	0,9%
Metadoxina	41.990	0,83	10.148	0,21	24.747	0,53	59.198	1,24	34.452	>100%
Nalmefene	13.006	0,26	42.539	0,89	17.374	0,37	20.930	0,44	3.556	20,5%
TOTALE	5.046.118	100,00	4.770.385	100,00	4.688.871	100,00	4.785.607	100,00	96.736	2,1%

Figura I.17 Trend temporale dei consumi (DDD totali) in regime di assistenza non convenzionata nel periodo 2014-2017



Se si considera la distribuzione regionale dei consumi in termini assoluti (DDD totali) di questi farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche in regime di assistenza farmaceutica non convenzionata (**Tabella I.26**), la regione che fa registrare il maggior consumo nell'anno 2017 è il Friuli Venezia Giulia con più di 793 mila dosi (17% del consumo nazionale), costituito prevalentemente da disulfiram e sodio oxibato; in ordine decrescente di consumo, seguono il Puglia con circa 741 mila dosi (16% del consumo nazionale), la Campania con quasi 559 mila dosi (12% del consumo nazionale) ed infine dalle Marche con quasi 509 mila dosi (11% del consumo nazionale). In totale, le quattro regioni rappresentano più della metà del consumo nazionale.

Tabella I.26 Consumo (DDD totali) regionale in regime di assistenza non convenzionata nell'anno 2017 in ordine decrescente

Regione	DDD totali 2017						TOTALE	
	Sodio oxibato	Disulfiram	Acamprosato	Naltrexone	Metadoxina	Nalmefene	N.	%
	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	%
Friuli V.G.	280.919	410.388	62.503	29.478	10.363	-	793.652	16,58
Puglia	381.314	250.290	88.028	19.654	2.373	-	741.659	15,50
Marche	247.296	227.100	25.818	5.180	1.965	1.120	508.479	10,63
Campania	501.487	-	22.965	6.874	10.575	16.940	558.841	11,68
Veneto	75.541	235.350	33.441	13.428	3.067	-	360.826	7,54
Umbria	120.400	146.100	25.790	16.300	33	-	308.624	6,45
Toscana	107.843	17.436	116.433	8.720	1.342	-	251.774	5,26
Sardegna	197.825	5.430	23.776	1.992	10.253	-	239.277	5,00
Liguria	168.566	900	280	2.268	747	-	172.760	3,61
Sicilia	72.927	1.320	52.182	11.620	2.693	-	140.742	2,94
Lombardia	17.414	52.410	36.573	4.942	6.032	-	117.371	2,45
Lazio	1.488	87.360	9.734	1.590	470	-	100.642	2,10
Molise	79.764	13.872	853	3.132	1.167	-	98.788	2,06
Calabria	69.790	9.600	9.580	706	5.347	2.870	97.893	2,05
Abruzzo	54.994	4.026	15.343	826	1.967	-	77.155	1,61
Valle D'Aosta	24.508	27.306	5.287	4.074	-	-	61.175	1,28
Basilicata	50.216	960	6.406	-	660	-	58.242	1,22
E. Romagna	19.584	10.500	5.133	-	5	-	35.222	0,74
P.A. Bolzano	25.672	-	3.021	-	133	-	28.826	0,60
P.A. Trento	5.048	27.090	-	280	-	-	32.418	0,68
Piemonte	-	1.080	140	14	7	-	1.241	0,03
ITALIA	2.502.596	1.528.518	543.286	131.078	59.198	20.930	4.785.607	100,00

Se si considera invece la distribuzione regionale dei consumi in base alla popolazione residente, la regione che fa registrare il maggior consumo nell'anno 2017 è il Friuli V.G. con quasi 1.672 dosi per 1 milione di abitanti die, seguita dalla Valle d'Aosta con quasi 1.290 dosi, e dall'Umbria con quasi 908 dosi (**Tabella I.27**).

Considerando la distribuzione dei consumi regionali da parte delle strutture sanitarie pubbliche in base ai diversi principi attivi, il sodio oxibato risulta essere il principio attivo a più alto consumo nella maggior parte delle regioni italiane, ad eccezione della Toscana, dove il consumo di acamprosato supera, seppur di poco, quello del sodio oxibato (81 DDD per 1 milione di abitanti die vs 75) e di altre 7 regioni (Lazio, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, Friuli V.G. e Piemonte), dove si utilizza principalmente il disulfiram. Il nalmifene è invece il principio attivo a più basso consumo da parte

delle strutture sanitarie pubbliche ed è utilizzato solo in 3 regioni (Campania, Marche e Calabria), sebbene la Campania ne registri il più alto consumo (quasi 8,7 DDD per 1 milione di abitanti die).

Tabella I.27 Consumo (DDD*1.000.000 abitanti die) regionale in regime di assistenza non convenzionata nell'anno 2017 in ordine decrescente

Regione	N. DDD*1.000.000 ab die 2017						TOTALE
	Sodio oxibato	Disulfiram	Acamprosato	Naltrexone	Metadoxina	Nalmefene	
Friuli V.G.	591,657	864,338	131,642	62,085	21,827	-	1.671,55
Valle D'Aosta	516,613	575,593	111,44	85,877	-	-	1.289,52
Umbria	354,186	429,789	75,868	47,95	0,098	-	907,893
Marche	425,347	390,61	44,407	8,91	3,38	1,926	874,579
Molise	683,173	118,813	7,307	26,825	9,992	-	846,111
Puglia	263,539	172,984	60,839	13,584	1,64	-	512,585
Sardegna	322,201	8,844	38,725	3,244	16,7	-	389,714
Campania	256,798	-	11,76	3,52	5,415	8,675	286,168
Basilicata	241,077	4,609	30,752	-	3,169	-	279,606
Liguria	263,864	1,409	0,438	3,55	1,169	-	270,43
Veneto	41,897	130,532	18,547	7,448	1,701	-	200,124
Toscana	74,999	12,126	80,974	6,064	0,933	-	175,096
P.A. Trento	26,095	140,04	-	1,447	-	-	167,583
P.A. Bolzano	142,784	-	16,802	-	0,742	-	160,328
Abruzzo	111,922	8,194	31,225	1,681	4,003	-	157,025
Calabria	100,548	13,831	13,803	1,017	7,703	4,135	141,037
Sicilia	41,202	0,746	29,482	6,565	1,522	-	79,516
Lazio	0,703	41,299	4,602	0,752	0,222	-	47,578
Lombardia	4,77	14,357	10,019	1,354	1,652	-	32,151
E. Romagna	11,732	6,29	3,075	-	0,003	-	21,101
Piemonte	-	0,639	0,083	0,008	0,004	-	0,734
ITALIA	113,162	69,116	24,566	5,927	2,677	0,946	216,395

Spesa farmaceutica

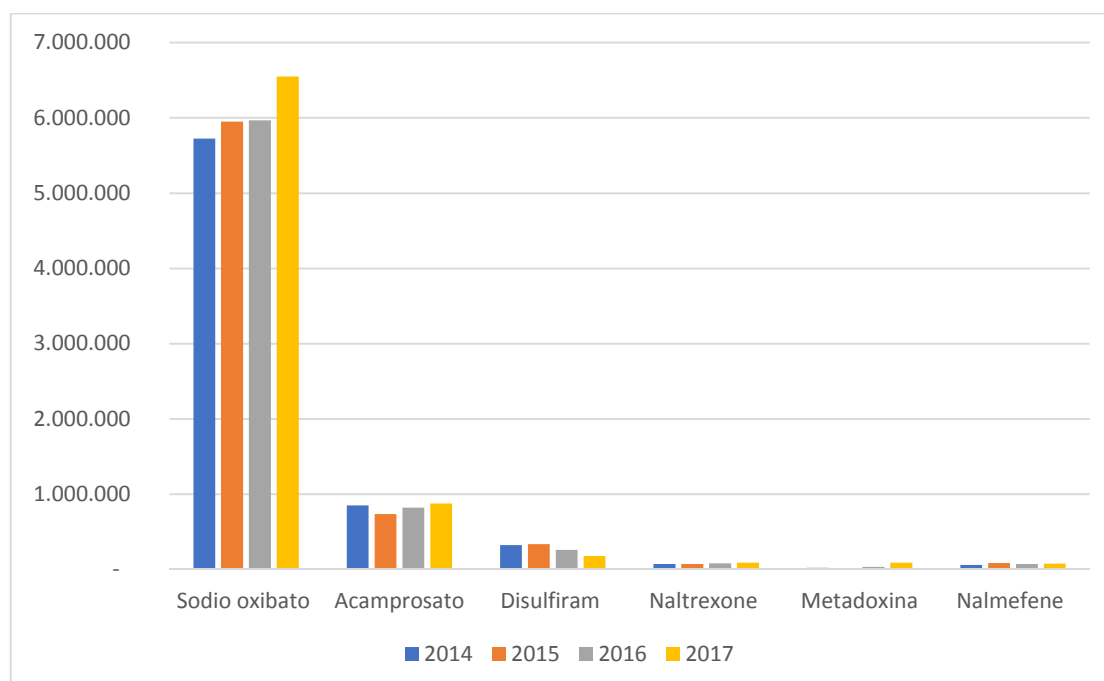
Nel 2017 la spesa farmaceutica in regime di assistenza non convenzionata per i farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica è stato di circa **7,9 milioni** di euro, con un andamento crescente nel corso degli anni (**Tabella I.28, Figura I.18**). Come già mostrato nell'analisi dei consumi, il valore più elevato di spesa, rispetto al totale della categoria stessa, è rappresentato dal sodio oxibato (83%), seguito dall'acamprosato (11%).

Rispetto all'anno precedente, la spesa farmaceutica in assistenza non convenzionata ha registrato un valore in crescita, pari a circa +632 mila euro (+8,7%). Tale incremento è attribuito, come per i consumi, agli acquisti del sodio oxibato che sono cresciuti di quasi 584 mila euro (+9,8%), dell'acamprosato con un aumento di circa 57 mila euro (+7%) e della metadoxina con un aumento di 55 mila euro (>100%); si riduce la spesa per il disulfiram (-30,7%).

Tabella I.28 Spesa in regime di assistenza non convenzionata nel periodo 2014-2017

Principio attivo	2014		2015		2016		2017		Δ 16-17	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Sodio oxibato	5.723.493	81,22	5.950.089	82,77	5.967.854	82,52	6.551.838	83,32	583.984	9,8%
Acamprosato	849.096	12,05	735.095	10,23	819.241	11,33	876.682	11,15	57.441	7,0%
Disulfiram	323.890	4,60	336.596	4,68	257.340	3,56	178.349	2,27	- 78.991	-30,7%
Naltrexone	70.214	1,00	71.387	0,99	82.222	1,14	90.313	1,15	8.090	9,8%
Metadoxina	21.783	0,31	8.948	0,12	32.869	0,45	88.411	1,12	55.541	>100%
Nalmefene	58.158	0,83	86.315	1,20	72.192	1,00	78.219	0,99	6.027	8,3%
TOTALE	7.046.635	100,00	7.188.429	100,00	7.231.719	100,00	7.863.812	100,00	632.092	8,7%

Figura I.18 Trend temporale della spesa in regime di assistenza non convenzionata nel periodo 2014-2017



Se si considera la distribuzione regionale del totale della spesa in regime di assistenza non convenzionata, la regione che fa registrare il valore più alto di spesa nell'anno 2017 per questa categoria terapeutica è la Campania con più di 1,44 milioni di euro (il 18% della spesa nazionale), seguita dalla Puglia con circa 1,21 milioni euro (15% della spesa nazionale), dal Friuli Venezia Giulia con quasi 923 mila euro (12% della spesa nazionale) e dalle Marche con circa 729 mila euro (9%); queste quattro regioni sono responsabili di più della metà della spesa nazionale non convenzionata per questa categoria di farmaci e in tutti i casi è attribuibile per la maggior parte all'acquisto del sodio oxibato (**Tabella I.29**).

Tabella I.29 Spesa regionale in regime di assistenza non convenzionata nell'anno 2017

Regione	Spesa Totale 2017						TOTALE	
	Acamprosato	Disulfiram	Metadoxina	Nalmefene	Naltrexone	Sodio oxibato		
	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	%
Campania	36.254	-	20.448	61.781	4.335	1.317.737	1.440.554	18,32
Puglia	151.440	28.356	4.074	-	14.844	1.009.480	1.208.195	15,36
Friuli V.G.	98.777	45.009	9.398	-	15.099	754.532	922.814	11,73
Marche	40.941	27.083	3.745	4.614	4.161	648.495	729.040	9,27
Sardegna	38.188	1.363	19.840	-	1.335	524.750	585.476	7,45
Toscana	180.940	3.821	1.280	-	6.264	274.901	467.206	5,94
Liguria	440	97	1.445	-	1.934	439.031	442.947	5,63
Umbria	47.483	15.227	65	-	10.954	310.466	384.194	4,89
Veneto	53.814	26.790	5.829	-	8.996	195.793	291.223	3,70
Sicilia	80.602	222	3.088	-	10.659	177.270	271.840	3,46
Calabria	17.896	1.870	5.432	11.824	699	179.319	217.041	2,76
Molise	1.375	1.968	1.560	-	1.831	202.457	209.190	2,66
Abruzzo	24.201	556	3.798	-	766	145.189	174.509	2,22
Basilicata	10.196	242	1.155	-	-	134.169	145.762	1,85
Lombardia	56.997	5.809	6.567	-	3.283	45.060	117.716	1,50
Valle D'Aosta	8.406	4.538	-	-	3.675	60.763	77.382	0,98
P.A. Bolzano	4.747	-	258	-	-	62.175	67.181	0,85
E. Romagna	8.076	1.183	6	-	-	52.994	62.260	0,79
Lazio	15.675	10.943	414	-	1.278	4.027	32.336	0,41
P.A. Trento	-	3.149	-	-	182	13.231	16.561	0,21
Piemonte	235	122	11	-	19	-	387	≈0
ITALIA	876.682	178.349	88.411	78.219	90.313	6.551.838	7.863.812	100,00

Se si considera la spesa pro capite per questa categoria terapeutica, il Friuli V.G è la regione che fa registrare il valore più alto di spesa per il 2017, con un valore di 0,71 euro pro capite, seguita dal Molise con un valore di spesa di 0,65 euro pro capite, dalla Valle d'Aosta e dal Veneto con quasi 0,60 euro pro capite; il Piemonte è invece la regione che fa registrare la spesa pro capite più bassa (**Tabella I.30**).

Tabella I.30 Spesa regionale pro-capite in regime di assistenza non convenzionata nell'anno 2017

Regione	Spesa pro-capite 2017						TOTALE
	Acamprosato	Disulfiram	Metadoxina	Nalmefene	Naltrexone	Sodio oxibato	
Friuli V.G.	0,07593	0,03460	0,00722	-	0,01161	0,58004	0,70941
Molise	0,00430	0,00615	0,00488	-	0,00572	0,63292	0,65397
Valle D'Aosta	0,06467	0,03492	-	-	0,02827	0,46751	0,59537
Marche	0,02570	0,01700	0,00235	0,00290	0,00261	0,40712	0,45769
Umbria	0,05098	0,01635	0,00007	-	0,01176	0,33336	0,41252
Sardegna	0,02270	0,00081	0,01179	-	0,00079	0,31195	0,34806
Puglia	0,03820	0,00715	0,00103	-	0,00374	0,25465	0,30478
Campania	0,00678	-	0,00382	0,01155	0,00081	0,24629	0,26925
Basilicata	0,01787	0,00042	0,00202	-	-	0,23510	0,25542
Liguria	0,00025	0,00006	0,00083	-	0,00110	0,25084	0,25308
P.A. Bolzano	0,00964	-	0,00052	-	-	0,12622	0,13638
Abruzzo	0,01798	0,00041	0,00282	-	0,00057	0,10785	0,12963
Toscana	0,04593	0,00097	0,00032	-	0,00159	0,06978	0,11860
Calabria	0,00941	0,00098	0,00286	0,00622	0,00037	0,09430	0,11413
Veneto	0,01089	0,00542	0,00118	-	0,00182	0,03964	0,05895
Sicilia	0,01662	0,00005	0,00064	-	0,00220	0,03656	0,05606
P.A. Trento	-	0,00594	-	-	0,00034	0,02496	0,03125
E. Romagna	0,00177	0,00026	0,00000	-	-	0,01159	0,01361
Lombardia	0,00570	0,00058	0,00066	-	0,00033	0,00451	0,01177
Lazio	0,00270	0,00189	0,00007	-	0,00022	0,00069	0,00558
Piemonte	0,00005	0,00003	0,00000	-	0,00000	-	0,00008
ITALIA	0,01447	0,00294	0,00146	0,00129	0,00149	0,10813	0,12979

5. Andamento temporale del consumo e della spesa farmaceutica totale (convenzionata e non convenzionata) a carico del SSN

5.1. Consumi totali

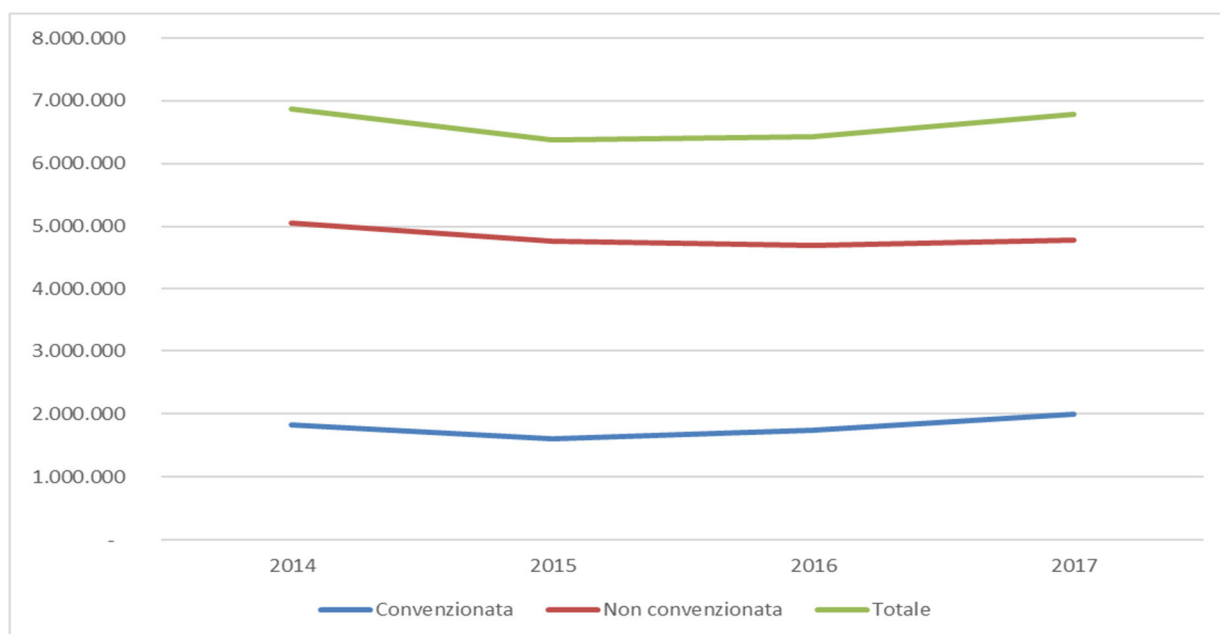
Nel 2017 il consumo complessivo a carico del SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza da alcolica, erogati dalle farmacie territoriali o acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, ammonta a quasi **6,78 milioni** di dosi (**Tabella I.31, Figura I.19**). Il 71% di tale consumo è attribuibile ai farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (comprendente anche la distribuzione diretta e la distribuzione per conto), mentre il restante 29% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico.

L'andamento dei consumi complessivi (convenzionata e non convenzionata) è lievemente diminuito nel 2017 rispetto al 2014 del -1%, riduzione attribuibile ad un decremento del -5% del consumo nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche e a un incremento del +9% del consumo in regime di assistenza farmaceutica convenzionata; **il consumo totale per questa categoria di farmaci è aumentato del 5% anche rispetto all'anno precedente**, corrispondente a un aumento del 14% in ambito territoriale e del 2% da parte delle strutture del SSN.

Tabella I.31 Consumo (DDD totali) a carico del SSN nel periodo 2014-2017

Anno	Convenzionata	Non convenzionata	Totale	% Conv.	% Non Conv.
2014	1.823.989	5.046.118	6.870.107	27	73
2015	1.608.812	4.770.385	6.379.197	25	75
2016	1.743.864	4.688.871	6.432.734	27	73
2017	1.991.756	4.785.607	6.777.362	29	71
var % 2017-2014	9%	-5%	-1%		
var % 2017-2016	14%	2%	5%		

Figura I.19 Andamento dei consumi (DDD totali) nel periodo 2014-2017



5.2 Spesa farmaceutica totale a carico del SSN

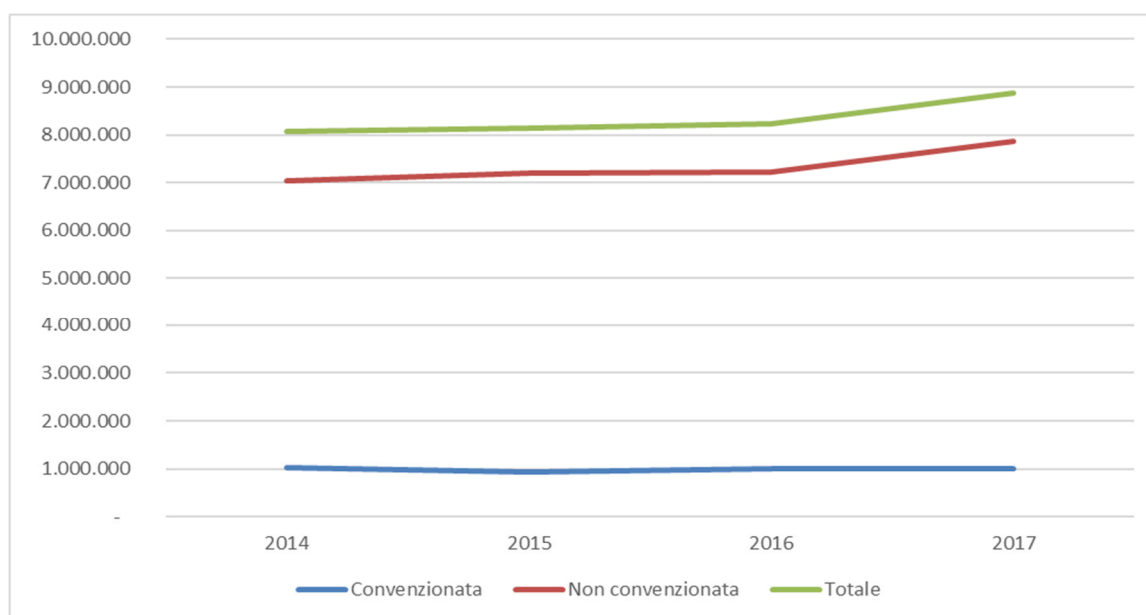
Nell'anno 2017 la spesa farmaceutica complessiva (convenzionata e non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta a circa **8,87 milioni** di euro (Tabella I.32, Figura I.20). L'89% di tale valore è attribuibile agli acquisti effettuati dalle strutture sanitarie pubbliche (comprendente sia i consumi interni alla struttura che tramite la distribuzione diretta e la distribuzione per conto) e il restante 11% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico.

L'andamento della spesa complessiva (convenzionata e non convenzionata) è aumentata nel 2017 rispetto al 2014 del 10%, corrispondente a un incremento della spesa in regime di assistenza non convenzionata (+12%) e a una lieve riduzione della spesa farmaceutica convenzionata (-3%). **Come già riportato nelle analisi dei consumi, anche la variazione della spesa per il 2017, rispetto all'anno precedente, ha registrato un aumento dell'8%, dovuta essenzialmente a un aumento della spesa in regime di assistenza non convenzionata (+9%) e a un incremento minimo del +1% in ambito ospedaliero.**

Tabella I.32 Spesa a carico del SSN nel periodo 2014-2017

Anno	Convenzionata	Non convenzionata	Totale	% Conv.	% Non Conv.
2014	1.035.039	7.046.635	8.081.674	13	87
2015	941.452	7.188.429	8.129.881	12	88
2016	994.543	7.231.719	8.226.262	12	88
2017	1.006.750	7.863.812	8.870.562	11	89
var % 2017-2014	-3%	12%	10%		
var % 2017-2016	1%	9%	8%		

Figura I.20 Andamento della spesa a carico del SSN nel periodo 2014-2017



3.1 Consumi e spesa per principio attivo (convenzionata e non convenzionata)

Nell'anno 2017 il **disulfiram**, medicinale utilizzato come coadiuvante nella disassuefazione da alcol, figura come prima voce in termini di consumo rispetto ai medicinali appartenenti alla stessa categoria terapeutica erogati in assistenza convenzionata. Infatti, il consumo di disulfiram nell'ambito territoriale ammonta a circa 1,66 milioni di dosi e rappresenta la seconda voce (circa 1,5 milioni di dosi), dopo il sodio oxibato, per consumo nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, sebbene rispetto all'anno precedente, si sia verificato uno spostamento delle prescrizioni verso il *setting* dell'assistenza convenzionata.

L'**acamprosato** mostra, nel 2017, un andamento in riduzione rispetto al 2016 dei consumi e della spesa in regime di assistenza convenzionata (-6,8%); anche in regime di assistenza non convenzionata il consumo di questo farmaco è in lieve riduzione (-1,9%)(Tabella 8), anche se a fronte di un aumento della spesa (+7%).

La **metadoxina**, rispetto al 2016, presenta forti variazioni positive sia nei consumi che nella spesa sia nell'ambito dell'assistenza convenzionata (rispettivamente +81,0% e +87,8%) che nell'ambito dell'assistenza non convenzionata (>100%).

Il **sodio oxibato**, medicinale utilizzato esclusivamente nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, si conferma nel 2017 al primo posto per spesa e consumo in ambito ospedaliero, con un andamento in crescita rispetto all'anno precedente.

Il **nalmeffene**, nel 2017, ha registrato in regime di assistenza non convenzionata un aumento dei consumi (+20,5%) (Tabella 8) contestualmente ad un aumento della spesa (+8,3%). Per quanto riguarda il **naltrexone**, anche i dati relativi all'anno 2017 confermano l'andamento in costante crescita per questo principio attivo, sia in termini di spesa che di consumo, in entrambi i *setting* di assistenza, convenzionata e non convenzionata. Tuttavia, è necessario leggere con cautela questi dati, in quanto trattandosi di un medicinale autorizzato, oltre che per il trattamento della dipendenza alcolica, anche per il trattamento della dipendenza da oppiacei (principale motivazione di consumo di questo medicinale), 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.

6. 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 con i farmaci per la terapia della dipendenza alcolica (distribuzione per età, sesso, e regione); per i pazienti in trattamento con i farmaci a maggior utilizzo (disulfiram e acamprosato) è stata analizzata l'eventuale co-prescrizione di uno o più farmaci appartenenti ad altre categorie farmaco-terapeutiche. 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 sei Regioni italiane, rappresentative delle diverse aree geografiche (Lombardia e Veneto per il Nord, Lazio e Toscana per il Centro e Campania e Puglia per il Sud), con una popolazione residente di circa 34,5 milioni di individui, che rappresentano il 55% della popolazione italiana.

Complessivamente, nel 2017, è stata registrata una prevalenza d'uso dei farmaci per la terapia della dipendenza alcolica pari al 0,24 per 1000 abitanti, con differenze per sesso e regione.

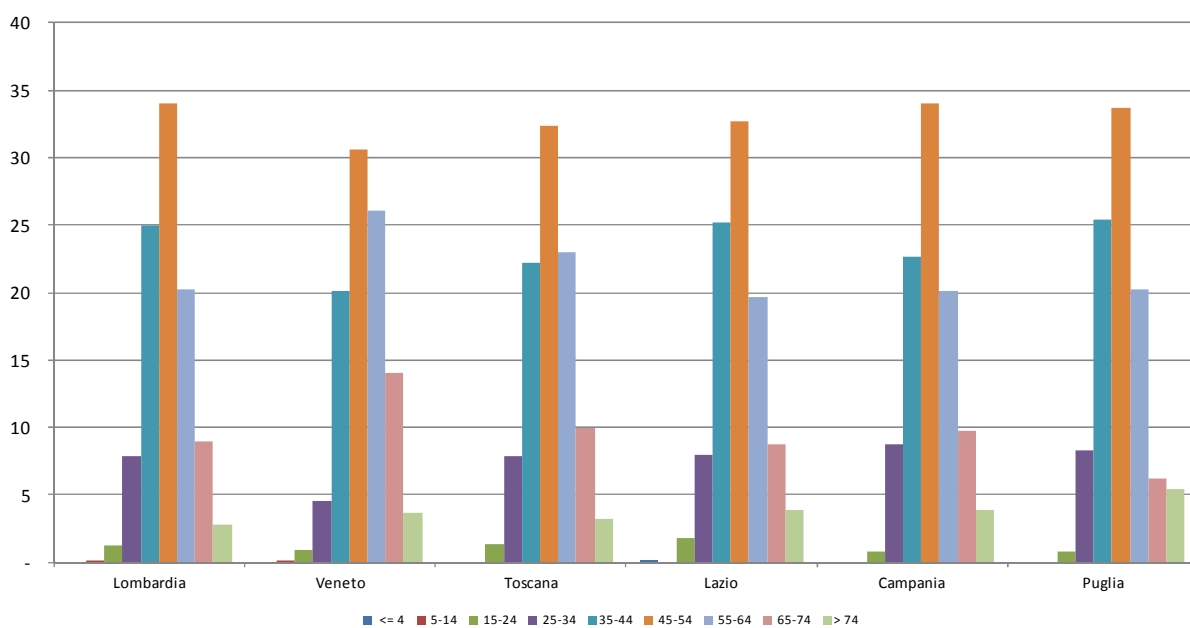
Se si considera la distribuzione dei pazienti in terapia per la dipendenza alcolica nelle sei regioni considerate (8.212) per fascia di età, il numero di pazienti aumenta all'aumentare dell'età, fino a raggiungere il valore massimo nella fascia 45-54 anni di età (33% degli utilizzatori totali); l'età media dei pazienti è di 50,3 anni, con un *range* va da un minimo di 49,7 anni della Lombardia a un massimo di 52,7 anni del Veneto (**Tabella I.33**).

Per quanto riguarda la distribuzione regionale dei pazienti, sul totale dei pazienti considerati, la Lombardia è la regione in cui si concentra la maggior parte dei pazienti (38,7% del totale) e con una età media più bassa (49,7 anni), mentre la Puglia registra il minor numero di pazienti in trattamento (4,7%). In generale, non sono state osservate differenze rilevanti per quanto l'età media e la distribuzione del numero di pazienti per fascia di età tra le diverse regioni (**Figura I.21**).

Tabella I.33 Distribuzione dei pazienti per regione e fasce di età nell'anno 2017

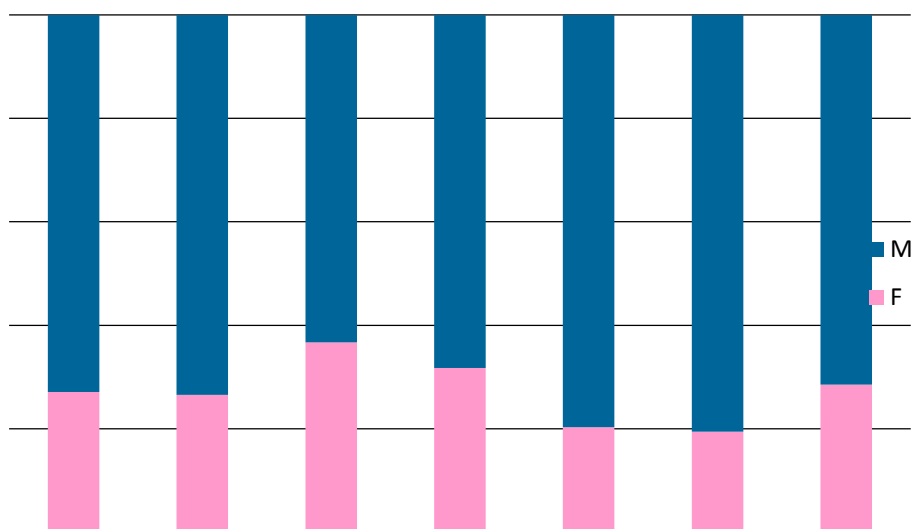
Regione		Fascia di età									Totale	Età media
		<= 4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	> 74		
Lombardia	N.		1	38	250	792	1.079	641	284	89	3.174	49,7
	%		0,03	1,20	7,88	24,95	33,99	20,20	8,95	2,80	100,00	
Lazio	N.	1	0	36	157	497	646	388	172	76	1.973	49,9
	%	0,05	-	1,82	7,96	25,19	32,74	19,67	8,72	3,85	100,00	
Veneto	N.		1	10	51	227	346	294	158	42	1.129	52,7
	%		0,09	0,89	4,52	20,11	30,65	26,04	13,99	3,72	100,00	
Toscana	N.		0	14	82	231	336	238	103	34	1.038	50,6
	%		-	1,35	7,90	22,25	32,37	22,93	9,92	3,28	100,00	
Campania	N.	0	0	4	45	116	174	103	50	20	512	50,2
	%	-	-	0,78	8,79	22,66	33,98	20,12	9,77	3,91	100,00	
Puglia	N.	0	0	3	32	98	130	78	24	21	386	50,1
	%	-	-	0,78	8,29	25,39	33,68	20,21	6,22	5,44	100,00	
Totale	N.	1	2	105	617	1.961	2.711	1.742	791	282	8.212	50,3
	%	0,01	0,02	1,28	7,51	23,88	33,01	21,21	9,63	3,43	100,00	

Figura I.21 Distribuzione % dei pazienti per regione e fasce di età nell'anno 2017



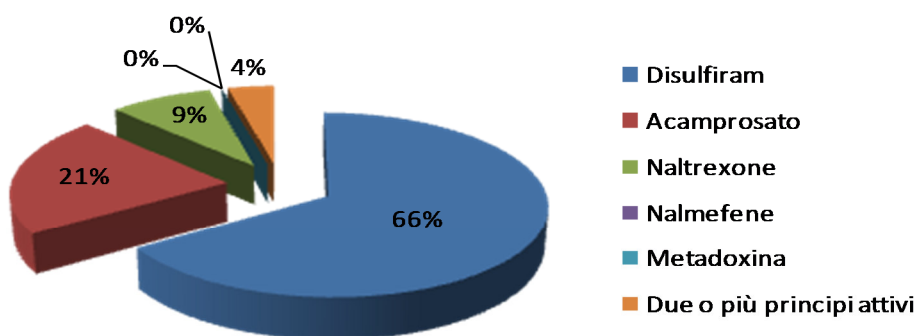
Per quanto riguarda la distribuzione dei pazienti in base al sesso, il 71,4% era di sesso maschile, mentre il 28,6% di sesso femminile; la regione che mostra il più ampio divario tra maschi e femmine è la Puglia (rispettivamente 19,43% vs 80,57%), mentre la Toscana è la regione che registra il divario minore (rispettivamente 36,71% vs 63,29%); quest'ultima è anche la regione che fa registrare il maggior numero di pazienti di sesso femminile, rispetto alle altre regioni (Figura I.22).

Figura I.22 Distribuzione % dei pazienti per regione e sesso nell'anno 2017



Se si considera la distribuzione percentuale dei pazienti trattati per principio attivo nell'ambito dell'assistenza convenzionata, il farmaco più utilizzato nel corso del 2017 è il disulfiram (65,9% del totale), seguito dall'acamprosato (21,6%); il 3,9 % dei pazienti ha assunto nell'arco dell'anno più di un farmaco (Figura I.23).

Figura I.23 Distribuzione dei pazienti in trattamento per principio attivo nell'anno 2017



Il numero medio di prescrizioni per i due farmaci più utilizzati in regime di assistenza convenzionata è di 4,4 per il disulfiram e di 4,6 per l'acamprosato nell'anno 2017. Inoltre, la distribuzione del numero

di prescrizioni nell'arco dell'anno mostra che il 25% dei pazienti riceve una sola prescrizione, la metà ne riceve fino a 3 di disulfiram e fino a 2 di acamprosato, il 75% dei pazienti fino a 6, e infine il 95% fino a 15 prescrizioni di farmaco in un anno (**Tabella I.34**).

Tabella I.34 Numero medio di prescrizioni, quartili e 95% percentile nel 2017 per pazienti in cura per dipendenza alcolica con i due principi attivi più prescritti

Principio attivo	n. medio prescrizioni	I quartile	mediana	III quartile	95°percentile
Acamprosato	4,6	1	2	6	15
Disulfiram	4,4	1	3	6	12

Per l'analisi delle co-prescrizioni sono stati considerati solo i pazienti in trattamento con i farmaci più utilizzati per la dipendenza alcolica. In particolare, prendendo in considerazione i pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione di disulfiram o acamprosato nel 2017, la categoria farmacoterapeutica più frequentemente prescritta nell'arco dello stesso anno è quella dei farmaci per il sistema nervoso (70,1% dei casi), seguita dalla prescrizione degli antimicrobici generali per uso sistemico (52,1%), da quella dei farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolismo (47,4%), dei farmaci per il sistema cardiovascolare (41,8%), dai farmaci per il sistema muscolo-scheletrico (32,2%). Le altre categorie farmaco-terapeutiche più frequentemente prescritte sono i farmaci del sangue e organi emopoietici, i farmaci per il sistema respiratorio, i preparati ormonali sistemici (esclusi gli ormoni sessuali), i farmaci del sistema genito-urinario e ormoni sessuali, i farmaci dermatologici, i farmaci per gli organi di senso, i farmaci oncologici, i farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti (**Tabella I.35**).

Nell'ambito dei farmaci per il sistema nervoso, la prima categoria farmaco-terapeutica per frequenza di prescrizione, gli antidepressivi sono i farmaci più frequentemente prescritti (in particolare gli inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina (SSRI) nel 35,0% dei pazienti e gli altri antidepressivi nel 24,3%). Seguono in ordine decrescente di frequenza di prescrizione, i farmaci antiepilettici appartenenti alla classe degli acidi grassi (19,1%), gli antipsicotici appartenenti alla classe delle diazepine, oxazepine e tiazepine (18,3%), e gli altri antiepilettici (16,6%).

Tabella I.35 Distribuzione dei pazienti con una prescrizione di disulfiram o acamprosato e di almeno un altro farmaco per categoria farmaco-terapeutica nel 2017

Categorie farmaco-terapeutiche		N. pazienti con prescrizione di disulfiram o acamprosato e almeno 1 altra prescrizione	% sul totale dei pazienti che hanno altre prescrizioni
N	Sistema nervoso di cui:	4.537	70,1
	N06AB Inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina (SSRI)	2.250	35,0
	N06AX Altri antidepressivi	1.561	24,3
	N03AG Derivati degli acidi grassi	1.230	19,1
	N05AH Diazepine, oxazepine e tiazepine	1.177	18,3
	N03AX Altri antiepilettici	1.069	16,6
	N02AJ Oppioidi in combinazione con analgesici non-oppioidi	387	6,0
	N03AE Derivati benzodiazepinici	328	5,1
	N05AX Altri antipsicotici	308	4,8
	N05AN Litio	276	4,3
	N06AA Inibitori non selettivi della ricaptazione di monoamine	215	3,3
	N02AX Altri oppiacei	212	3,3
	N05AA Fenotiazine con gruppo dimetilaminopropilico	199	3,1
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	3.353	52,1
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	3.046	47,4
C	Sistema cardiovascolare	2.689	41,8
M	Sistema muscolo-scheletrico	2.073	32,2
B	Sangue e organi emopoietici	1.663	25,9
R	Sistema respiratorio	1.230	19,1
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	1.136	17,7
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	367	5,7
D	Dermatologici	155	2,4
S	Organi di senso	118	1,8
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	86	1,3
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	55	0,9
V	Vari	30	0,5
Totale		6.431	100

Se si considera la distribuzione dei pazienti in trattamento con acamprosato o disulfiram per fascia di età e numero di altre sostanze (ATC IV livello) prescritte durante il 2017, si osserva che all'aumentare dell'età aumenta il numero di categorie terapeutiche co-prescritte nell'arco dello stesso anno (**Figura I.24**), in accordo con quanto descritto in generale in merito all'uso dei farmaci nella popolazione italiana (L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2017); il 15% di tutti pazienti in trattamento assume anche più di 10 sostanze di classi terapeutiche diverse nell'arco dell'anno (**Figura I.25**).

Figura I.24 Distribuzione % dei pazienti in trattamento con disulfiram o acamprosato per età e numero di altre sostanze (ATC IV livello) nel 2017

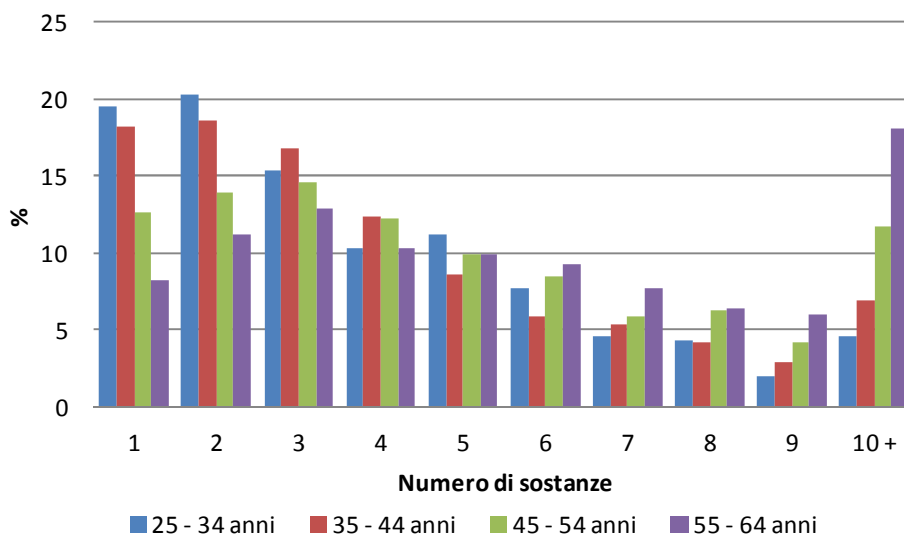
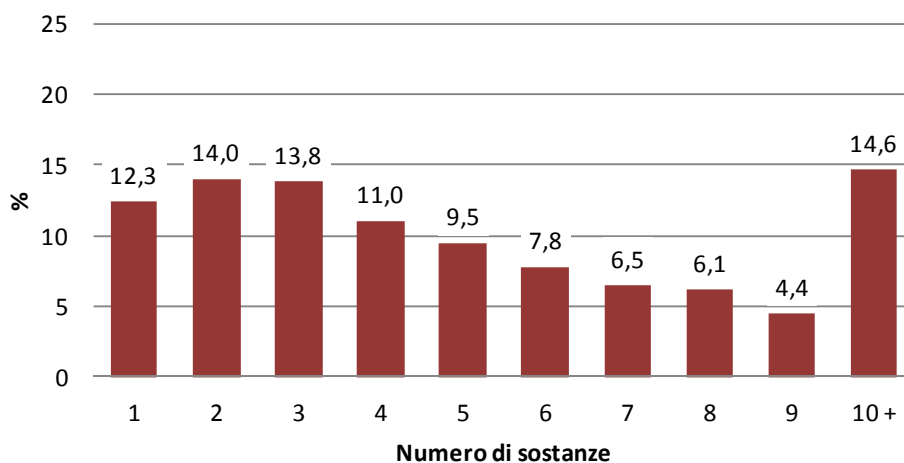


Figura I.25 Distribuzione % dei pazienti in trattamento con disulfiram o acamprosato per numero di altre sostanze (ATC IV livello) nel 2017



Se si considera in particolare la co-prescrizione con i farmaci del Sistema Nervoso, non si osservano differenze rilevanti per le diverse fasce di età; tuttavia, emerge una maggiore prevalenza di giovani (età <35 anni) nelle categorie di maggiore co-prescrizione (4 e 5+ sostanze); in generale, quasi l'8% dei pazienti assume almeno 5 sostanze appartenenti alle diverse classi terapeutiche del Sistema Nervoso nell'arco dell'anno (**Figura I.27**).

Figura I.26 Distribuzione % dei pazienti in trattamento con disulfiram o acamprosato per età e numero di sostanze appartenenti alla categoria del Sistema Nervoso (ATC IV livello)

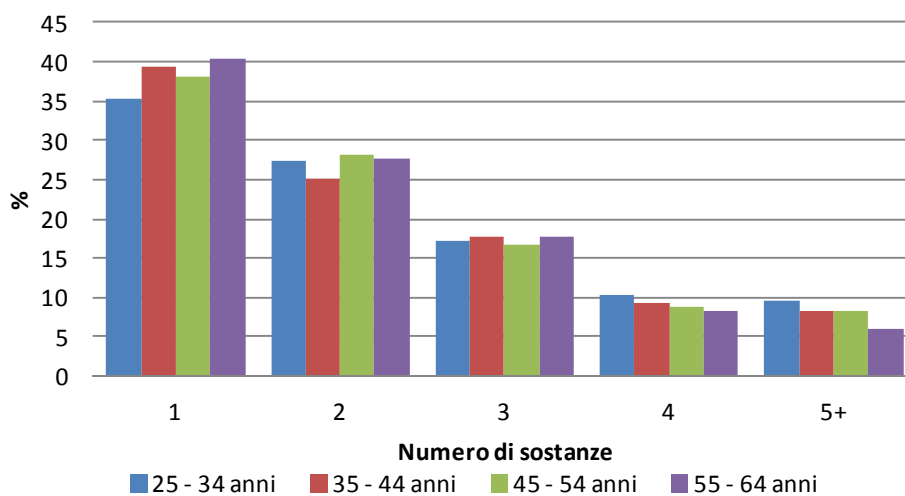
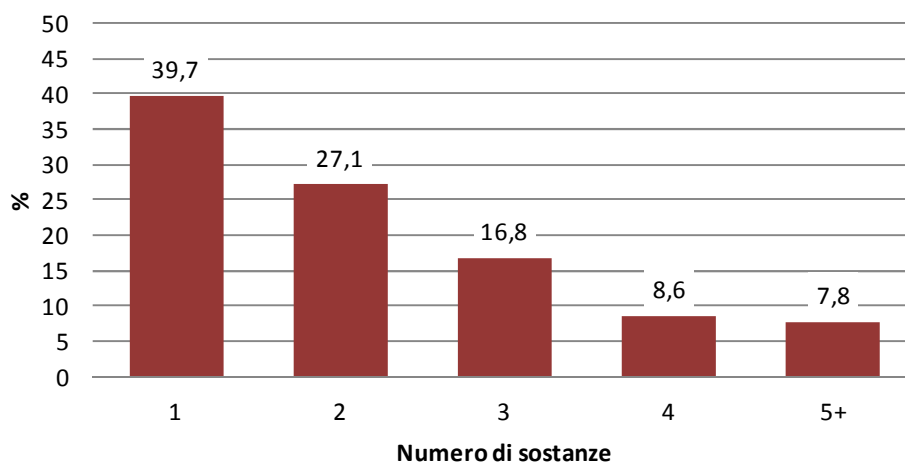


Figura I.27 Distribuzione % dei pazienti in trattamento con disulfiram o acamprosato per numero di sostanze appartenenti alla categoria del Sistema Nervoso (ATC IV livello)



7. Conclusioni

Come si evince dalle analisi, l'andamento generale dei consumi e della spesa a carico del SSN registra un aumento nel 2017, rispettivamente del 5% e 8%, e si concentra per la maggior parte nell'ambito dell'assistenza non convenzionata.

Il sodio oxibato è il farmaco più utilizzato nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, mentre il disulfiram e l'acamprosato quelli più utilizzati nell'ambito dell'assistenza convenzionata. I pazienti in trattamento con questi ultimi due farmaci sono per lo più maschi con un'età media di 50 anni. I farmaci più frequentemente co-prescritti sono quelli del sistema nervoso, in particolare con gli antidepressivi.

Questo dato è in linea con quanto è già noto, ovvero che la dipendenza alcolica si associa frequentemente a disturbi neuropsichiatrici, come depressione, disturbi bipolari e disturbi d'ansia. Appare quindi evidente che l'utilizzo di farmaci per i disturbi alcol-correlati è indice di altre condizioni patologiche del sistema nervoso. Pertanto andrebbe prevista una presa in carico complessiva per tali pazienti.

Tab.II.1- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2017

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	TOTALE
PIEMONTE	65	-	-	1	66
VALLE D'AOSTA	1	-	-	-	1
LOMBARDIA	47	-	-	9	56
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	-	-	6
PROV.AUTON.TRENTO	9	-	-	1	10
VENETO	17	3	-	7	27
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	-	-	-	5
LIGURIA	6	-	-	-	6
EMILIA ROMAGNA	13	-	-	31	44
TOSCANA	39	-	1	-	40
UMBRIA	11	-	-	-	11
MARCHE	13	-	-	-	13
LAZIO	19	-	-	7	26
ABRUZZO	3	-	-	-	3
MOLISE	5	-	-	1	6
CAMPANIA	42	-	-	-	42
PUGLIA	49	-	-	6	55
BASILICATA	3	-	-	-	3
CALABRIA	8	-	-	5	13
SICILIA	51	-	-	-	51
SARDEGNA	10	-	-	1	11
ITALIA	421	4	1	69	495

Tab. II.2 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2017

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	8	114	122	6	97	103	3	69	72	6	99	105
VALLE D'AOSTA	0	3	3	0	6	6	0	3	3	0	6	6
LOMBARDIA	31	97	128	20	85	105	25	71	96	7	56	63
PROV.AUTON.BOLZANO	2	6	8	2	26	28	1	6	7	2	1	3
PROV.AUTON.TRENTO	2	11	13	0	1	1	1	4	5	4	2	6
VENETO	7	55	62	9	35	44	9	30	39	11	48	59
FRIULI VENEZIA GIULIA	9	9	18	5	5	10	4	8	12	0	4	4
LIGURIA	3	36	39	1	24	25	1	24	25	1	10	11
EMILIA ROMAGNA	3	59	62	4	35	39	2	34	36	4	38	42
TOSCANA	1	67	68	2	46	48	0	50	50	2	34	36
UMBRIA	2	12	14	1	15	16	1	8	9	0	3	3
MARCHE	1	27	28	1	17	18	1	18	19	0	3	3
LAZIO	12	78	90	7	53	60	6	37	43	1	4	5
ABRUZZO	5	1	6	0	5	5	2	1	3	1	0	1
MOLISE	4	8	12	2	4	6	7	4	11	2	0	2
CAMPANIA	16	106	122	6	60	66	7	54	61	1	34	35
PUGLIA	8	73	81	11	62	73	10	56	66	1	25	26
BASILICATA	2	5	7	3	3	6	1	2	3	2	1	3
CALABRIA	18	14	32	4	6	10	12	7	19	2	1	3
SICILIA	1	107	108	0	58	58	3	66	69	0	11	11
SARDEGNA	16	24	40	7	13	20	5	9	14	4	7	11
ITALIA	151	912	1.063	91	656	747	101	561	662	51	387	438

Segue tab.II.2 bis

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	2	126	128	0	29	29	0	28	28	25	562	587
VALLE D'AOSTA	0	5	5	0	4	4					27	27
LOMBARDIA	28	109	137	6	24	30	5	5	10	122	447	569
PROV.AUTON.BOLZANO	0	15	15	1	8	9				8	62	70
PROV.AUTON.TRENTO	2	3	5	1	0	1	1	0	1	11	21	32
VENETO	13	79	92	2	16	18	7	22	29	58	285	343
FRIULI VENEZIA GIULIA	19	13	32	0	6	6	6	2	8	43	47	90
LIGURIA	5	63	68	0	8	8	1	3	4	12	168	180
EMILIA ROMAGNA	1	76	77	0	2	2	0	5	5	14	249	263
TOSCANA	6	97	103	0	7	7	1	8	9	12	309	321
UMBRIA	5	10	15	0	1	1	1	3	4	10	52	62
MARCHE	0	29	29	0	5	5	0	11	11	3	110	113
LAZIO	23	80	103	0	6	6	1	24	25	50	282	332
ABRUZZO	6	0	6				3	0	3	17	7	24
MOLISE	5	6	11	1	0	1	4	1	5	25	23	48
CAMPANIA	13	108	121	7	9	16	3	22	25	53	393	446
PUGLIA	19	97	116	2	7	9	1	19	20	52	339	391
BASILICATA	2	6	8	0	1	1	0	2	2	10	20	30
CALABRIA	18	10	28	5	2	7	6	2	8	65	42	107
SICILIA	1	100	101	1	17	18	0	33	33	6	392	398
SARDEGNA	24	22	46	1	4	5	0	6	6	57	85	142
ITALIA	192	1.054	1.246	27	156	183	40	196	236	653	3.922	4.575

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

UTENTI TOTALI

REGIONE	2012				2013				2014				2015				2016				2017			
	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	5.694	1.830	7.524	3,1	5.504	1.294	6.798	4,3	5.111	1.654	6.765	3,1	4.874	1.635	6.509	3,0	4.755	1.516	6.271	3,1	5.948	1.774	7.722	3,4
VALLE D'AOSTA	251	67	318	3,7	271	58	329	4,7	257	73	330	3,5	255	79	334	3,2	256	76	332	3,4	239	82	321	2,9
LOMBARDIA	9.289	2.144	11.433	4,3	9.399	2.261	11.660	4,2	11.136	2.656	13.792	4,2	10.255	2.721	12.976	3,8	9.198	2.519	11.717	3,7	8.586	2.406	10.992	3,6
PROV.AUTON.BOLZANO	1.372	468	1.840	2,9	1.354	456	1.810	3,0	2.531	602	3.133	4,2	2.239	569	2.808	3,9	2.139	556	2.695	3,8	2.179	545	2.724	4,0
PROV.AUTON.TRENTO	2.825	671	3.496	4,2	2.397	493	2.890	4,9	2.414	705	3.119	3,4	1.949	391	2.340	5,0	2.941	586	3.527	5,0	2.070	344	2.414	6,0
VENETO	7.768	2.008	9.776	3,9	6.907	1.808	8.715	3,8	7.575	2.084	9.659	3,6	7.392	1.978	9.370	3,7	7.174	2.008	9.182	3,6	5.471	1.753	7.224	3,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	3.053	866	3.919	3,5	3.362	991	4.353	3,4	3.545	924	4.469	3,8	3.328	922	4.250	3,6	3.256	929	4.185	3,5	2.629	772	3.401	3,4
LIGURIA	1.353	544	1.897	2,5	1.273	538	1.811	2,4	1.230	534	1.764	2,3	1.338	538	1.876	2,5	1.132	470	1.602	2,4	825	373	1.198	2,2
EMILIA ROMAGNA	3.987	1.534	5.521	2,6	3.988	1.578	5.566	2,5	4.120	1.623	5.743	2,5	4.146	1.660	5.806	2,5	4.244	1.719	5.963	2,5	4.051	1.645	5.696	2,5
TOSCANA	3.791	1.535	5.326	2,5	3.684	1.499	5.183	2,5	3.750	1.597	5.347	2,3	3.993	1.956	5.949	2,0	3.577	1.445	5.022	2,5	3.994	1.518	5.512	2,6
UMBRIA	2.100	463	2.563	4,5	2.410	604	3.014	4,0	1.791	446	2.237	4,0	863	303	1.166	2,8	2.381	670	3.051	3,6	2.046	561	2.607	3,6
MARCHE	1.027	402	1.429	2,6	1.161	519	1.680	2,2	1.185	479	1.664	2,5	1.187	453	1.640	2,6	1.202	513	1.715	2,3	1.228	501	1.729	2,5
LAZIO	1.476	496	1.972	3,0	2.033	620	2.653	3,3	1.743	559	2.302	3,1	2.624	886	3.510	3,0	1.771	653	2.424	2,7	1.403	447	1.850	3,1
ABRUZZO	874	224	1.098	3,9	1.081	264	1.345	4,1	839	227	1.066	3,7	537	115	652	4,7	620	171	791	3,6	340	58	398	5,9
MOLISE	369	80	449	4,6	369	86	455	4,3	400	64	464	6,3	394	77	471	5,1	341	86	427	4,0	295	62	357	4,8
CAMPANIA	2.204	540	2.744	4,1	2.429	525	2.954	4,6	2.400	477	2.877	5,0	2.663	497	3.160	5,4	2.709	457	3.166	5,9	2.714	505	3.219	5,4
PUGLIA	321	74	395	4,3	1.344	330	1.674	4,1	1.012	272	1.284	3,7	1.503	379	1.882	4,0	1.403	309	1.712	4,5	2.039	465	2.504	4,4
BASILICATA	424	95	519	4,5	261	54	315	4,8	358	77	435	4,6	399	81	480	4,9	261	67	328	3,9	304	74	378	4,1
CALABRIA	120	10	130	-	1.350	262	1.612	5,2	985	183	1.168	5,4	1.246	210	1.456	5,9	1.008	167	1.175	6,0	1.163	207	1.370	5,6
SICILIA	2.399	444	2.843	5,4	2.593	534	3.127	4,9	2.641	523	3.164	5,0	2.870	565	3.435	5,1	2.956	634	3.590	4,7	2.999	633	3.632	4,7
SARDEGNA	3.734	844	4.578	4,4	1.533	403	1.936	3,8	1.541	461	2.002	3,3	1.855	452	2.307	4,1	1.910	434	2.344	4,4	2.213	514	2.727	4,3
ITALIA	54.431	15.339	69.770	3,5	54.703	15.177	69.880	3,6	56.564	16.220	72.784	3,5	55.910	16.467	72.377	3,4	55.234	15.985	71.219	3,5	52.736	15.239	67.975	3,5

Segue Tab.II.3a

UTENTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI

REGIONE	2012				2013				2014				2015				2016				2017			
	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	3.973	1.335	5.308	3,0	4.286	997	5.283	4,3	3.974	1.310	5.284	3,0	3.739	1.305	5.044	2,9	3.472	1.222	4.694	2,8	4.518	1.423	5.941	3,2
VALLE D'AOSTA	203	59	262	3,4	218	50	268	4,4	223	50	273	4,5	210	57	267	3,7	229	60	289	3,8	218	67	285	3,3
LOMBARDIA	6.174	1.517	7.691	4,1	6.395	1.612	8.007	4,0	7.463	1.838	9.301	4,1	7.221	1.896	9.117	3,8	6.239	1.675	7.914	3,7	6.113	1.686	7.799	3,6
PROV.AUTON.BOLZANO	1.111	347	1.458	3,2	1.083	362	1.445	3,0	1.945	467	2.412	4,2	1.765	451	2.216	3,9	1.705	462	2.167	3,7	1.683	434	2.117	3,9
PROV.AUTON.TRENTO	2.106	405	2.511	5,2	1.211	294	1.505	4,1	1.888	599	2.487	3,2	1.554	320	1.874	4,9	2.385	488	2.873	4,9	1.458	239	1.697	6,1
VENETO	5.878	1.501	7.379	3,9	5.222	1.332	6.554	3,9	5.728	1.586	7.314	3,6	5.594	1.487	7.081	3,8	5.453	1.491	6.944	3,7	4.198	1.321	5.519	3,2
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.692	519	2.211	3,3	2.034	648	2.682	3,1	2.409	603	3.012	4,0	2.197	576	2.773	3,8	2.303	630	2.933	3,7	1.913	566	2.479	3,4
LIGURIA	1.155	437	1.592	2,6	1.036	433	1.469	2,4	952	426	1.378	2,2	1.040	441	1.481	2,4	907	390	1.297	2,3	663	296	959	2,2
EMILIA ROMAGNA	2.977	1.170	4.147	2,5	3.093	1.181	4.274	2,6	3.177	1.281	4.458	2,5	3.232	1.325	4.557	2,4	3.323	1.347	4.670	2,5	3.171	1.322	4.493	2,4
TOSCANA	2.874	1.192	4.066	2,4	2.823	1.179	4.002	2,4	2.848	1.247	4.095	2,3	2.913	1.535	4.448	1,9	2.648	1.122	3.770	2,4	3.055	1.174	4.229	2,6
UMBRIA	1.266	297	1.563	4,3	1.241	360	1.601	3,4	1.027	239	1.266	4,3	648	224	872	2,9	1.161	366	1.527	3,2	853	254	1.107	3,4
MARCHE	795	305	1.100	2,6	881	379	1.260	2,3	819	353	1.172	2,3	893	357	1.250	2,5	879	388	1.267	2,3	825	360	1.185	2,3
LAZIO	985	318	1.303	3,1	1.322	424	1.746	3,1	1.210	389	1.599	3,1	1.728	623	2.351	2,8	1.225	431	1.656	2,8	904	299	1.203	3,0
ABRUZZO	558	138	696	4,0	753	179	932	4,2	500	132	632	3,8	369	75	444	4,9	416	109	525	3,8	178	31	209	5,7
MOLISE	272	68	340	4,0	286	59	345	4,8	296	53	349	5,6	304	58	362	5,2	269	67	336	4,0	220	51	271	4,3
CAMPANIA	1.574	341	1.915	4,6	1.824	387	2.211	4,7	1.732	340	2.072	5,1	1.883	353	2.236	5,3	2.115	340	2.455	6,2	2.070	360	2.430	5,8
PUGLIA	243	58	301	4,2	1.001	239	1.240	4,2	740	196	936	3,8	1.162	282	1.444	4,1	1.065	231	1.296	4,6	1.552	363	1.915	4,3
BASILICATA	328	71	399	4,6	204	40	244	5,1	279	57	336	4,9	334	67	401	5,0	187	53	240	3,5	230	62	292	3,7
CALABRIA	62	2	64	-	1.013	170	1.183	6,0	650	97	747	6,7	734	128	862	5,7	668	104	772	6,4	705	133	838	5,3
SICILIA	1.527	284	1.811	5,4	1.814	371	2.185	4,9	1.857	359	2.216	5,2	2.114	416	2.530	5,1	2.212	482	2.694	4,6	2.220	467	2.687	4,8
SARDEGNA	2.452	578	3.030	4,2	1.017	284	1.301	3,6	942	303	1.245	3,1	1.219	321	1.540	3,8	1.318	320	1.638	4,1	1.519	361	1.880	4,2
ITALIA	38.205	10.942	49.147	3,5	38.757	10.980	49.737	3,5	40.659	11.925	52.584	3,4	40.853	12.297	53.150	3,3	40.179	11.778	51.957	3,4	38.266	11.269	49.535	3,4

Segue Tab.II.3b

UTENTI NUOVI

REGIONE	2012				2013				2014				2015				2016				2017			
	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	1.721	495	2.216	3,5	1.218	297	1.515	4,1	1.137	344	1.481	3,3	1.135	330	1.465	3,4	1.283	294	1.577	4,4	1.430	351	1.781	4,1
VALLE D'AOSTA	48	8	56	6,0	53	8	61	6,6	34	23	57	1,5	45	22	67	2,0	27	16	43	1,7	21	15	36	1,4
LOMBARDIA	3.115	627	3.742	5,0	3.004	649	3.653	4,6	3.673	818	4.491	4,5	3.034	825	3.859	3,7	2.959	844	3.803	3,5	2.473	720	3.193	3,4
PROV.AUTON.BOLZANO	261	121	382	2,2	271	94	365	2,9	586	135	721	4,3	474	118	592	4,0	434	94	528	4,6	496	111	607	4,5
PROV.AUTON.TRENTO	719	266	985	2,7	1.186	199	1.385	6,0	526	106	632	5,0	395	71	466	5,6	556	98	654	5,7	612	105	717	5,8
VENETO	1.890	507	2.397	3,7	1.685	476	2.161	3,5	1.847	498	2.345	3,7	1.798	491	2.289	3,7	1.721	517	2.238	3,3	1.273	432	1.705	2,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.361	347	1.708	3,9	1.328	343	1.671	3,9	1.136	321	1.457	3,5	1.131	346	1.477	3,3	953	299	1.252	3,2	716	206	922	3,5
LIGURIA	198	107	305	1,9	237	105	342	2,3	278	108	386	2,6	298	97	395	3,1	225	80	305	2,8	162	77	239	2,1
EMILIA ROMAGNA	1.010	364	1.374	2,8	895	397	1.292	2,3	943	342	1.285	2,8	914	335	1.249	2,7	921	372	1.293	2,5	880	323	1.203	2,7
TOSCANA	917	343	1.260	2,7	861	320	1.181	2,7	902	350	1.252	2,6	1.080	421	1.501	2,6	929	323	1.252	2,9	939	344	1.283	2,7
UMBRIA	834	166	1.000	5,0	1.169	244	1.413	4,8	764	207	971	3,7	215	79	294	2,7	1.220	304	1.524	4,0	1.193	307	1.500	3,9
MARCHE	232	97	329	2,4	280	140	420	2,0	366	126	492	2,9	294	96	390	3,1	323	125	448	2,6	403	141	544	2,9
LAZIO	491	178	669	2,8	711	196	907	3,6	533	170	703	3,1	896	263	1.159	3,4	546	222	768	2,5	499	148	647	3,4
ABRUZZO	316	86	402	3,7	328	85	413	3,9	339	95	434	3,6	168	40	208	4,2	204	62	266	3,3	162	27	189	6,0
MOLISE	97	12	109	8,1	83	27	110	3,1	104	11	115	9,5	90	19	109	4,7	72	19	91	3,8	75	11	86	6,8
CAMPANIA	630	199	829	3,2	605	138	743	4,4	668	137	805	4,9	780	144	924	5,4	594	117	711	5,1	644	145	789	4,4
PUGLIA	78	16	94	4,9	343	91	434	3,8	272	76	348	3,6	341	97	438	3,5	338	78	416	4,3	487	102	589	4,8
BASILICATA	96	24	120	4,0	57	14	71	4,1	79	20	99	4,0	65	14	79	4,6	74	14	88	5,3	74	12	86	6,2
CALABRIA	58	8	66	-	337	92	429	3,7	335	86	421	3,9	512	82	594	6,2	340	63	403	5,4	458	74	532	6,2
SICILIA	872	160	1.032	5,5	779	163	942	4,8	784	164	948	4,8	756	149	905	5,1	744	152	896	4,9	779	166	945	4,7
SARDEGNA	1.282	266	1.548	4,8	516	119	635	4,3	599	158	757	3,8	636	131	767	4,9	592	114	706	5,2	694	153	847	4,5
ITALIA	16.226	4.397	20.623	3,7	15.946	4.197	20.143	3,8	15.905	4.295	20.200	3,7	15.057	4.170	19.227	3,6	15.055	4.207	19.262	3,6	14.470	3.970	18.440	3,6

Tab.II.4- DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2017

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	171	1,2	46	1,2	217	1,2	139	0,4	44	0,4	183	0,4	310	0,6	90	0,6	400	0,6
20-29	1.798	12,4	416	10,5	2.214	12,0	2.076	5,4	403	3,6	2.479	5,0	3.874	7,3	819	5,4	4.693	6,9
30-39	3.068	21,2	725	18,3	3.793	20,6	6.219	16,3	1.449	12,9	7.668	15,5	9.287	17,6	2.174	14,3	11.461	16,9
40-49	4.176	28,9	1.170	29,5	5.346	29,0	11.681	30,5	3.414	30,3	15.095	30,5	15.857	30,1	4.584	30,1	20.441	30,1
50-59	3.256	22,5	1.003	25,3	4.259	23,1	11.309	29,6	3.566	31,6	14.875	30,0	14.565	27,6	4.569	30,0	19.134	28,1
>=60	2.001	13,8	610	15,4	2.611	14,2	6.842	17,9	2.393	21,2	9.235	18,6	8.843	16,8	3.003	19,7	11.846	17,4
TOTALE	14.470	100,0	3.970	100,0	18.440	100,0	38.266	100,0	11.269	100,0	49.535	100,0	52.736	100,0	15.239	100,0	67.975	100,0

Tab.II.5 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%) - ANNO 2017

REGIONE	SUPERALCOLICI			APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI			VINI			BIRRA			ALTRO		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	9,2	9,9	9,3	3,2	3,6	3,3	42,3	46,7	43,3	21,7	18,4	21,0	23,6	21,4	23,1
VALLE D'AOSTA	3,6	3,3	3,5	0,0	1,1	0,3	33,2	35,2	33,7	11,2	11,0	11,1	52,0	49,5	51,3
LOMBARDIA	8,8	8,6	8,8	4,7	4,6	4,7	46,8	57,2	49,1	35,0	23,2	32,4	4,6	6,3	5,0
PROV.AUTON.BOLZANO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PROV.AUTON.TRENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	8,2	10,1	8,7	9,4	12,3	10,1	57,3	56,6	57,2	24,2	20,6	23,3	0,8	0,4	0,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	4,6	8,4	5,6	0,9	1,0	1,0	50,2	56,7	51,9	32,2	19,2	29,0	12,0	14,7	12,7
LIGURIA	10,8	11,1	10,9	5,0	3,2	4,5	48,4	61,0	51,8	28,8	21,0	26,7	7,0	3,7	6,1
EMILIA ROMAGNA	11,8	9,0	11,0	3,1	3,5	3,2	56,1	66,4	59,1	27,9	20,8	25,9	1,1	0,3	0,9
TOSCANA	10,1	8,2	9,6	6,6	4,3	6,0	49,1	53,6	50,3	23,6	22,1	23,2	10,5	11,8	10,9
UMBRIA	5,3	5,7	5,4	8,3	12,3	9,2	45,0	46,5	45,3	41,4	35,5	40,2	0,0	-	0,0
MARCHE	7,6	8,6	7,9	3,9	3,2	3,7	40,4	44,9	41,7	13,6	12,7	13,3	34,6	30,6	33,4
LAZIO	8,3	7,3	8,1	3,8	4,3	3,9	26,0	36,1	28,6	24,1	20,8	23,3	37,8	31,4	36,2
ABRUZZO	15,5	15,3	15,5	4,8	2,4	4,3	50,3	49,2	50,1	29,1	33,1	29,8	0,4	-	0,3
MOLISE	8,2	8,1	8,2	4,0	3,2	3,9	41,8	64,5	45,0	29,5	21,0	28,3	16,5	3,2	14,6
CAMPANIA	18,2	14,8	17,6	7,7	6,6	7,5	51,6	55,1	52,2	22,1	21,5	22,0	0,4	2,0	0,7
PUGLIA	20,2	15,2	19,3	5,3	6,0	5,4	38,5	51,4	40,9	32,9	25,2	31,5	3,1	2,3	2,9
BASILICATA	10,4	7,3	9,8	3,7	12,2	5,4	48,8	46,3	48,3	36,0	29,3	34,6	1,2	4,9	2,0
CALABRIA	15,1	8,3	14,0	5,0	12,4	6,2	47,4	47,7	47,5	32,4	31,6	32,3	0,0	-	0,0
SICILIA	17,7	14,6	17,2	8,3	13,0	9,1	38,4	43,3	39,3	34,6	28,2	33,5	1,0	1,0	1,0
SARDEGNA	5,9	10,1	6,7	3,1	10,3	4,5	37,8	32,1	36,7	31,3	29,0	30,9	21,9	18,5	21,2
ITALIA	10,5	9,6	10,3	5,3	6,0	5,5	46,6	53,0	48,1	28,5	22,2	27,1	9,1	9,1	9,1

Tab.II.6 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2017

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	26,9	9,9	1,6	23,8	3,9	25,2	2,2	0,8	0,4	0,3	2,0	0,1	0,0	2,8
VALLE D'AOSTA	33,0	10,2	1,4	22,2	0,5	25,1	4,7	2,4	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	24,6	10,0	4,6	21,9	1,9	18,4	3,0	0,8	0,3	0,1	0,5	0,1	0,0	13,8
PROV.AUTON.BOLZANO	26,0	24,1	0,2	32,1	0,5	11,5	3,0	0,7	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0
PROV.AUTON.TRENTO	45,9	0,0	0,0	35,7	12,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	5,2	0,0	0,0	0,0
VENETO	29,2	7,9	4,4	25,0	9,9	13,6	2,5	2,9	1,7	0,5	0,6	0,0	0,5	1,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	16,2	2,5	8,3	21,0	9,6	13,6	2,7	6,8	0,3	0,8	0,4	0,2	9,4	8,2
LIGURIA	27,6	12,9	4,3	25,0	2,4	18,0	5,7	1,7	0,4	0,0	0,6	0,0	0,0	1,3
EMILIA ROMAGNA	47,3	3,3	1,6	9,0	1,4	24,6	4,7	0,2	0,1	1,0	0,0	0,0	0,0	6,7
TOSCANA	33,7	3,6	1,1	29,9	8,4	15,4	2,9	1,1	1,0	0,2	0,8	0,7	0,0	1,3
UMBRIA	23,9	8,8	2,3	40,1	7,5	10,2	1,8	1,9	1,3	0,0	1,6	0,6	0,0	0,0
MARCHE	37,8	8,0	2,0	25,7	0,9	16,0	2,1	2,7	0,5	0,0	1,9	0,3	0,0	2,0
LAZIO	32,5	15,9	5,7	21,5	7,0	9,4	2,1	1,6	0,6	0,2	2,0	0,3	0,0	1,0
ABRUZZO	17,5	10,5	0,0	50,7	15,3	0,0	3,1	1,6	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0
MOLISE	23,3	4,7	2,5	43,3	3,2	18,7	3,6	0,6	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
CAMPANIA	34,2	11,4	4,1	30,4	2,1	7,7	3,2	2,1	2,7	0,0	1,4	0,4	0,0	0,2
PUGLIA	34,8	12,5	4,9	17,7	3,4	13,5	5,2	1,8	1,0	0,5	0,7	0,4	0,3	3,3
BASILICATA	16,7	15,9	7,8	31,2	5,4	18,5	3,9	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CALABRIA	30,3	8,5	4,2	26,0	10,0	18,0	1,7	1,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
SICILIA	30,1	10,1	5,4	28,2	2,7	17,3	2,3	0,9	1,5	0,0	0,6	0,7	0,1	0,1
SARDEGNA	34,3	10,5	5,9	25,2	6,0	11,9	2,1	1,8	1,2	0,1	0,3	0,0	0,0	0,5
ITALIA	30,1	9,2	3,6	24,7	4,8	16,3	2,9	1,5	0,8	0,3	1,0	0,2	0,5	4,2

Tab.II.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
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
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
	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
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
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
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
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
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
	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
	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
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
	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
	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
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

**Tab.II.8a - PERCENTUALI* DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO CHE HANNO SVOLTO ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE
CON IL VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE - ANNO 2017**

a) Enti o associazioni del volontariato e privato sociale

REGIONE	Gruppi auto \ mutuo aiuto			Comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali	Cooperative sociali per la gestione di servizi socio- sanitari ed educativi	Cooperative sociali per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	Altro
	CAT	AA	Altro				
PIEMONTE	54,5	28,8	9,1	36,4	24,2	51,5	1,5
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-
LOMBARDIA	83,9	75,0	19,6	69,6	30,4	64,3	-
PROV.AUTON.BOLZANO	16,7	66,7	83,3	50,0	33,3	83,3	16,7
PROV.AUTON.TRENTO	100,0	40,0	90,0	40,0	60,0	70,0	-
VENETO	85,2	74,1	22,2	44,4	25,9	77,8	14,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	100,0	40,0	20,0	60,0	60,0	20,0
LIGURIA	83,3	83,3	-	83,3	16,7	66,7	-
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	-	-	-	-
TOSCANA	70,0	37,5	22,5	40,0	20,0	27,5	7,5
UMBRIA	72,7	63,6	18,2	72,7	54,5	36,4	-
MARCHE	53,8	84,6	30,8	69,2	15,4	23,1	7,7
LAZIO	26,9	61,5	23,1	57,7	30,8	30,8	-
ABRUZZO	33,3	-	33,3	-	33,3	-	-
MOLISE	66,7	33,3	-	66,7	-	-	-
CAMPANIA	31,0	16,7	4,8	45,2	23,8	21,4	4,8
PUGLIA	38,2	10,9	5,5	45,5	5,5	7,3	-
BASILICATA	100,0	33,3	-	100,0	-	-	-
CALABRIA	38,5	15,4	38,5	53,8	30,8	15,4	-
SICILIA	23,5	13,7	2,0	39,2	17,6	17,6	7,8
SARDEGNA	90,9	63,6	36,4	54,5	45,5	63,6	-
ITALIA	49,9	36,6	15,6	44,6	22,0	33,9	3,4

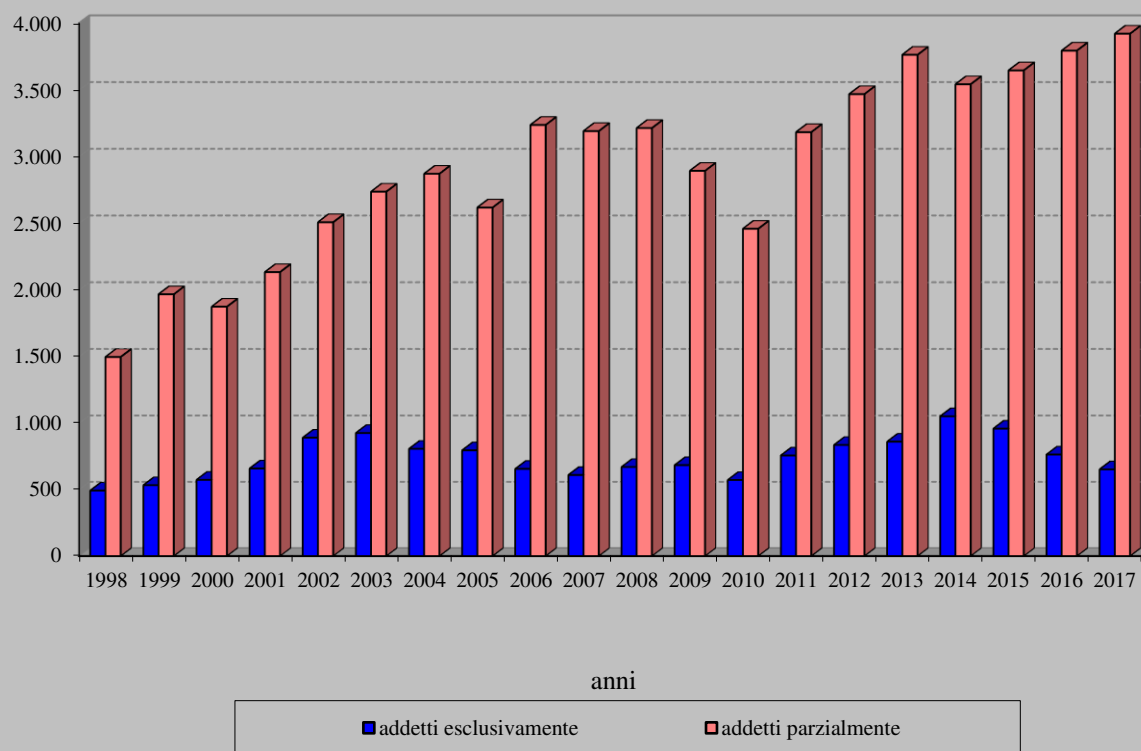
*=calcolate sul totale dei servizi o gruppi di lavoro che hanno fornito l'informazione (modello ALC.07)

Segue tabl.8b

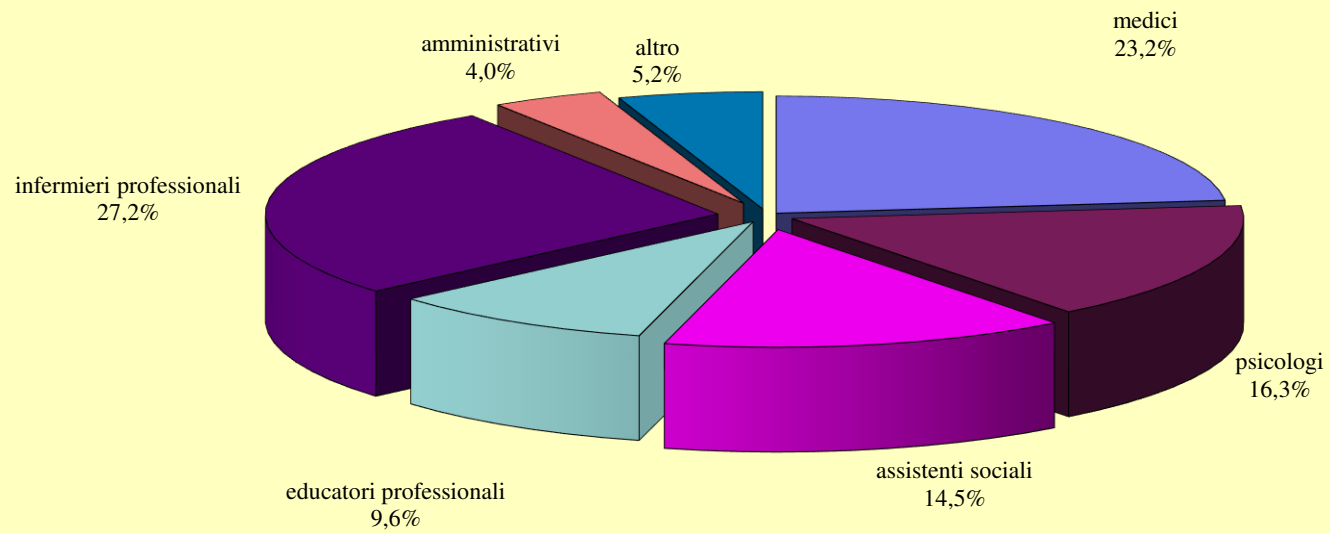
b) Enti privati

REGIONE	Case di cura convenzionate	Case di cura private	Altro
PIEMONTE	28,8	1,5	3,0
VALLE D'AOSTA	-	-	-
LOMBARDIA	23,2	-	-
PROV. AUTON. BOLZANO	50,0	-	-
PROV. AUTON. TRENTO	20,0	-	-
VENETO	11,1	-	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	40,0	-	-
LIGURIA	50,0	-	-
EMILIA ROMAGNA	-	-	-
TOSCANA	5,0	-	-
UMBRIA	36,4	-	-
MARCHE	38,5	7,7	-
LAZIO	23,1	3,8	7,7
ABRUZZO	33,3	-	-
MOLISE	16,7	-	-
CAMPANIA	33,3	2,4	2,4
PUGLIA	7,3	-	-
BASILICATA	-	-	-
CALABRIA	23,1	7,7	-
SICILIA	15,7	-	-
SARDEGNA	18,2	-	-
ITALIA	19,2	1,0	1,0

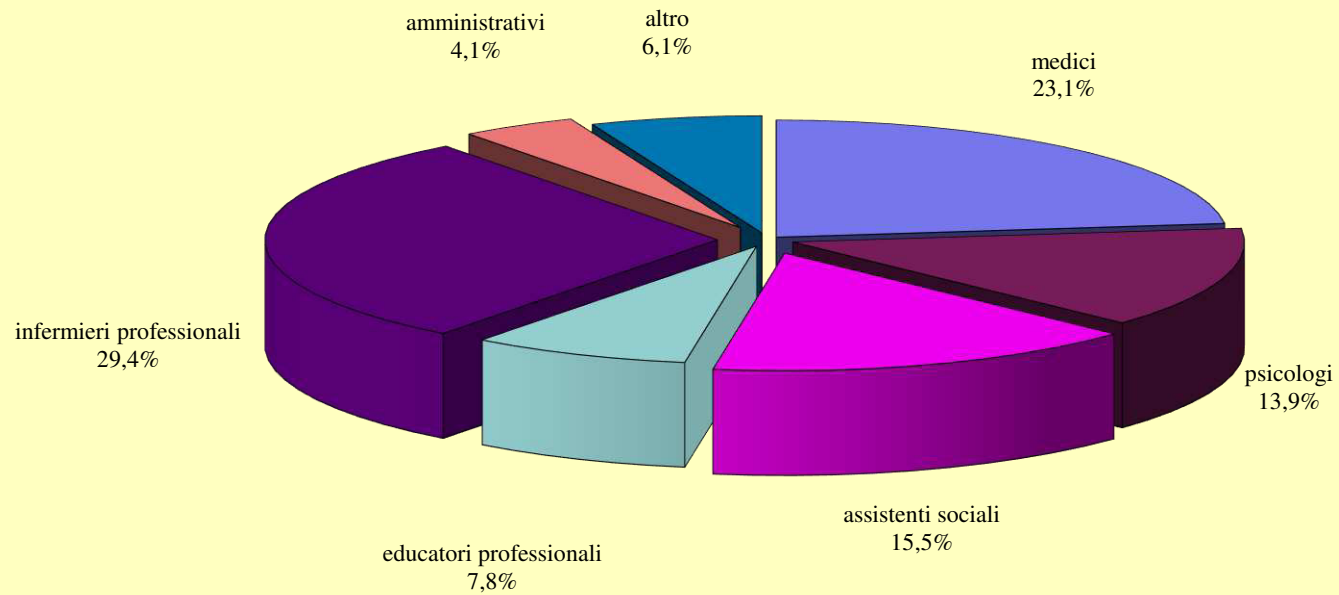
**Graf. II.1 - PERSONALE ADDETTO ALLE ATTIVITA' RELATIVE
ALLA ALCOOLDIPENDENZA**



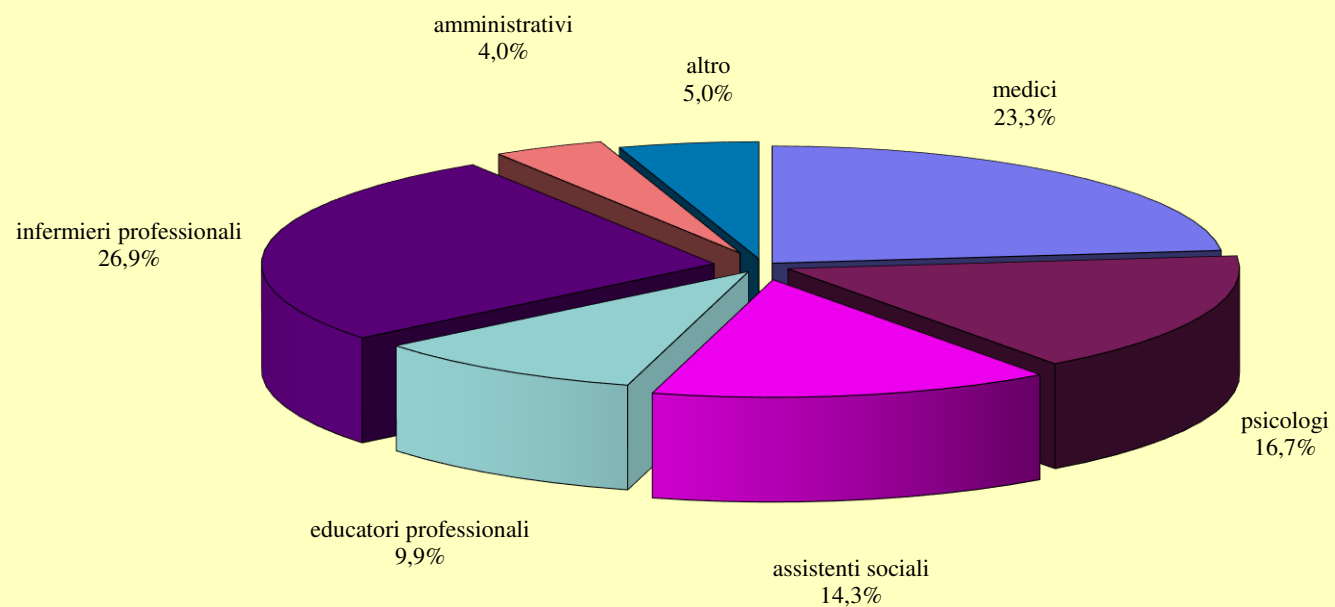
**Graf.II.2 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE (TOTALE) PER QUALIFICA
ANNO 2017**



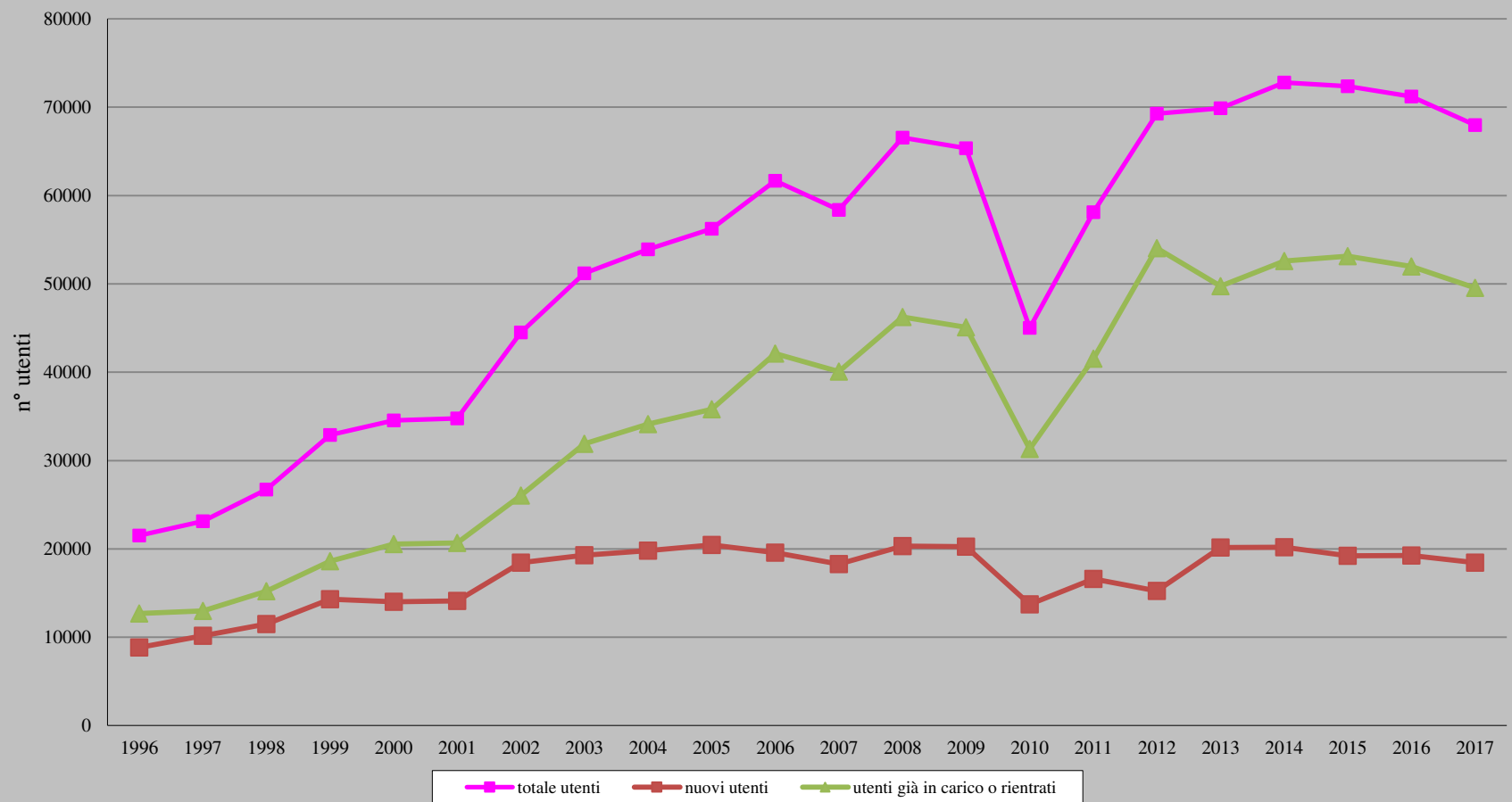
**Graf.II.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO
ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2017**



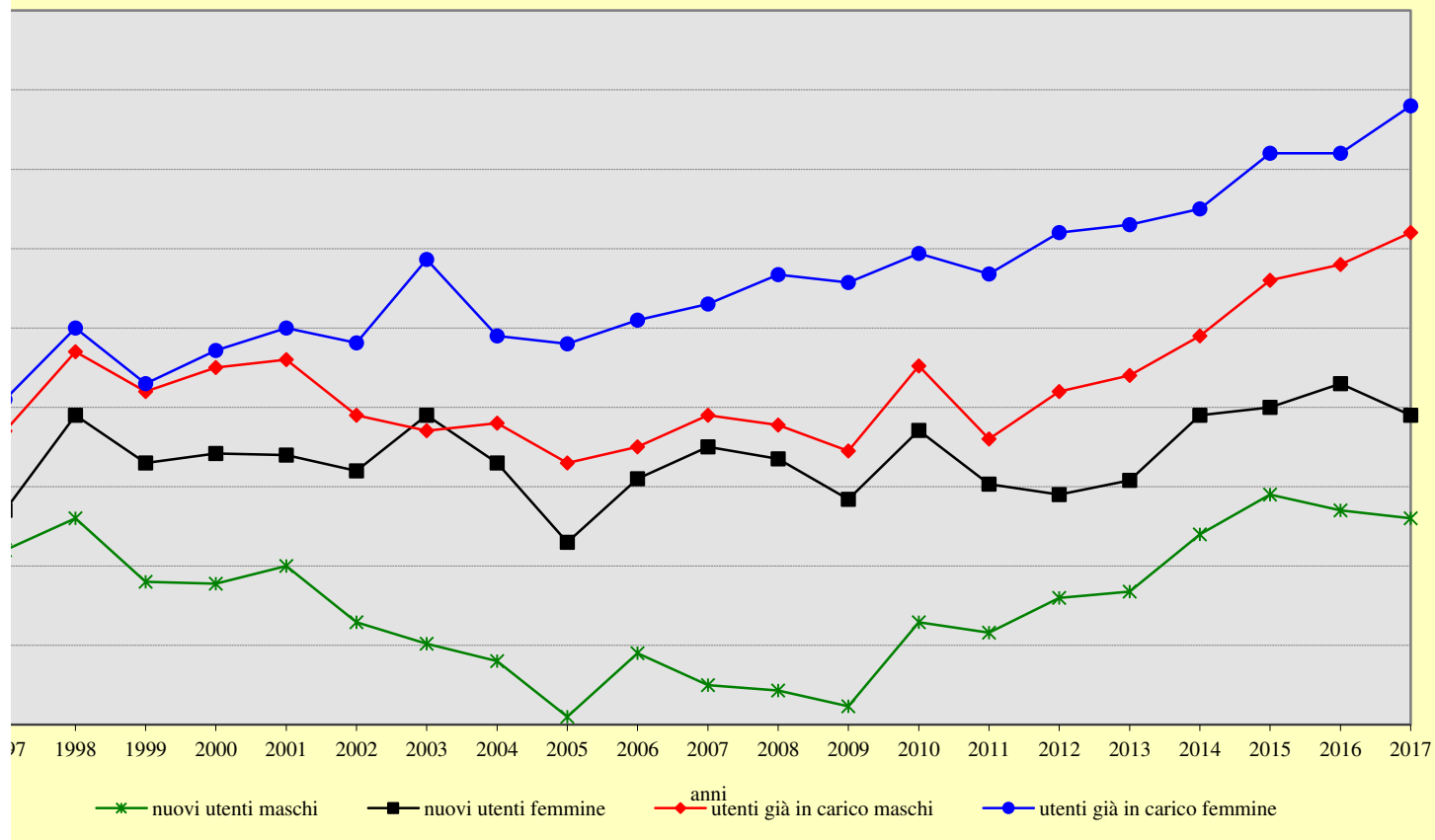
**Graf.II.4 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO
PARZIALMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2017**



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

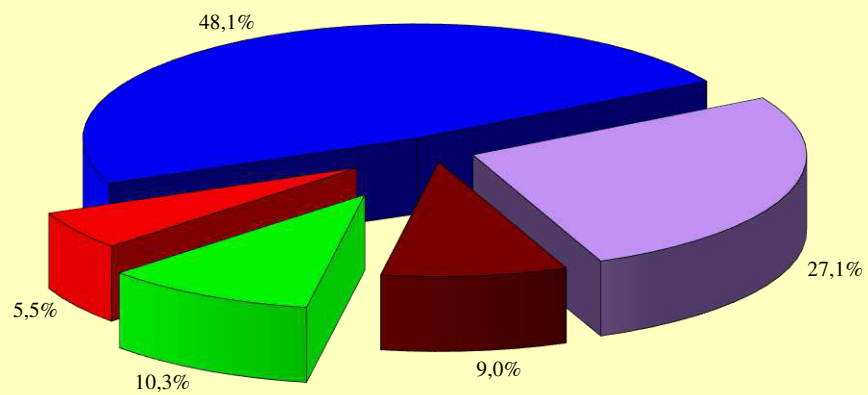


Graf. II.6 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI



**Graf.II.7 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA
DI USO PREVALENTE - ANNO 2017**

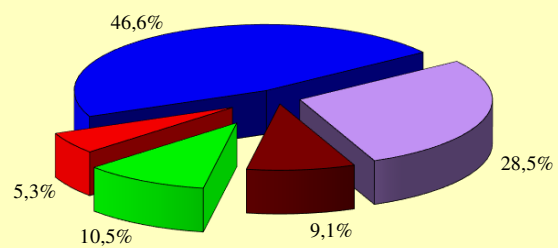
a) Totale utenti



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

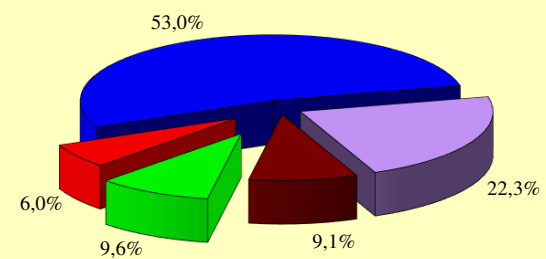
Segue graf.7

b) Totale utenti maschi



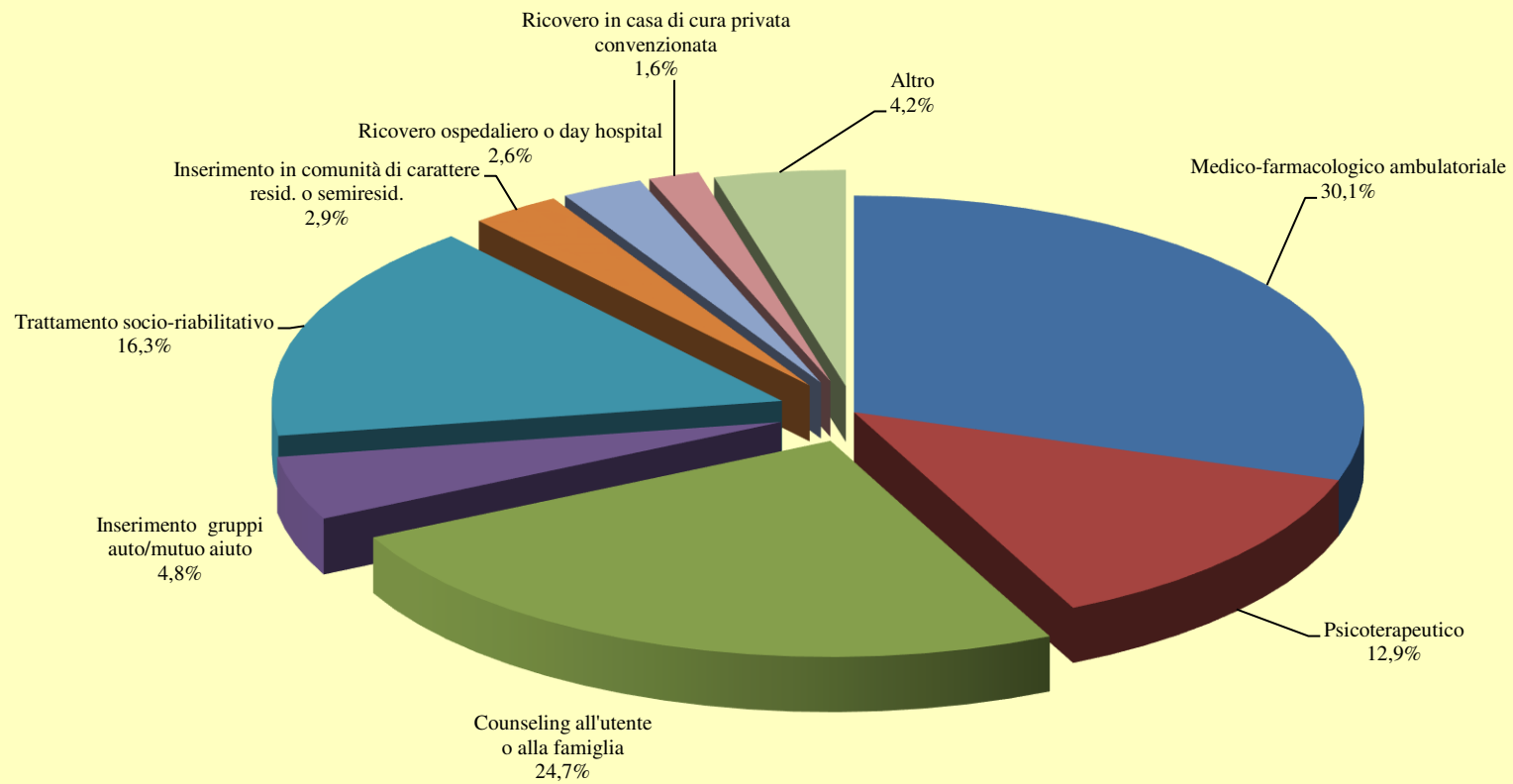
■ SUPERALCOLICI ■ APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI ■ VINI ■ BIRRA ■ ALTRO

c) Totale utenti femmine



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

**Graf.II.8 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO
PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (*)
ANNO 2017**



(*)=percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati

PARTE TERZA

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

5.1. Gli interventi di indirizzo

II PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE

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

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

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

1. Informazione /educazione

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

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

2. Bere e guida

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

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

3. Ambienti e luoghi di lavoro

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

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

4. Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza

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

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

5. Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione

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

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

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

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

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

7. Potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto

Risultati attesi: incremento del sostegno alle organizzazioni che promuovono iniziative di prevenzione o riduzione del danno alcol correlato.

Azioni: supporto alle organizzazioni che operano non solo a livello professionale ma anche a livello di azione civile e che possono collaborare a migliorare l'informazione e a sostenere lo sviluppo di politiche efficaci.

8. Monitoraggio del danno alcol correlato e delle relative politiche di contrasto

Risultati attesi: implementazione di un sistema informativo e di monitoraggio/sorveglianza sul consumo di alcol e sui modelli comportamentali connessi, sui danni alcol correlati e sulle politiche alcologiche realizzate a livello regionale e locale.

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

L'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute

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

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

II PROGRAMMA “GUADAGNARE SALUTE”

Il programma “Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari” è un programma-quadro governativo di iniziative, azioni, alleanze e comunicazione, finalizzato a promuovere gli stili di vita salutari che possono contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche e far guadagnare ai cittadini anni di vita in salute.

Obiettivo specifico del programma è quello di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia.

“Guadagnare Salute” punta su un approccio intersettoriale e sull’avvio di una “politica delle alleanze” tra soggetti portatori di interesse e diversi settori della società (amministrazioni centrali e 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 è stata rinnovata per i prossimi tre anni.

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

“Guadagnare salute rendendo più facile evitare l’abuso di alcol” *Strategie e ipotesi di intervento*

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

- Favorire la limitazione del consumo di bevande alcoliche in tutti i luoghi di lavoro e controllare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro a rischio, individuati ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125.
- Definire categorie di ambienti e locali obbligatoriamente “alcol free” (strutture sanitarie, uffici pubblici, stadi, scuole).

2 Favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche

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

3 Informare correttamente i consumatori

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

4 Evitare gli incidenti stradali alcol correlati

- Aumentare su tutto il territorio nazionale il numero e la frequenza dei controlli sul tasso alcolemico condotti su base casuale, preliminari agli opportuni accertamenti di valenza medico-legale, in modo che ogni conducente abbia la probabilità statistica di essere testato secondo le migliori pratiche almeno una volta ogni tre anni.
- Monitorare la frequenza e i risultati dei controlli e analizzare i relativi dati, per acquisire e diffondere conoscenze utili ai fini di una puntuale azione preventiva o per valutare l’opportunità di ulteriori misure normative (quali ad

esempio l'abbassamento del tasso alcolemico per i conducenti principianti o per chi guida veicoli particolarmente a rischio).

- *Accrescere la visibilità dei controlli sul tasso alcolemico, per amplificarne le finalità preventive. Questo obiettivo potrebbe essere raggiunto anche rendendo note le eventualità di controlli in alcuni luoghi e ambienti strategici, quali quelli del divertimento giovanile a rischio di abuso alcolico; o attivando una collaborazione fra istituzioni interessate per organizzare ad hoc specifiche azioni di comunità.*
- *Introdurre l'obbligatorietà di corsi di informazione/educazione a pagamento, preliminari alla restituzione della patente a soggetti individuati con tasso di alcolemia illegale.*
- *Favorire la disponibilità e/o gratuità di dispositivi per l'automisurazione del tasso alcolemico.*
- *Diminuire le occasioni di consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani e degli utenti della strada, estendendo alle 24 ore il divieto di somministrazione di superalcolici attualmente vigente nelle stazioni di servizio autostradali (ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125 art. 14).*
- *Introdurre l'obbligo di una adeguata trattazione del rischio alcol-correlato nei programmi di informazione/formazione delle Scuole Guida.*
- *Sollecitare ed esortare i medici di famiglia ad una maggiore informazione nei confronti degli assistiti circa i rischi della guida in stato di ebbrezza alcolica ed i rischi di interazione e sinergia dell'alcol con i farmaci.*

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

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

6 Trovare alleanze con il mondo del lavoro

- *Utilizzare i luoghi di lavoro quale ambiente particolarmente adeguato, data l'alta e stabile concentrazione di persone di varia identità sociodemografica, per la realizzazione di azioni di prevenzione fondate sull'informazione, l'educazione e la tempestiva identificazione o autoidentificazione dei soggetti a rischio, anche in collaborazione, date le implicazioni dell'abuso di alcol sulla produttività lavorativa, col mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali.*
- *Implementare azioni di prevenzione ad hoc nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e la sicurezza di terzi individuati ai sensi della legge 125/2001 art. 15, per supportare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche sancito dalla stessa legge. Sarebbe opportuno attivare in merito la collaborazione del mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le amministrazioni regionali del Lavoro e nell'ambito di quanto previsto anche dalle normative sulla sicurezza.*
- *Favorire l'ingresso dei lavoratori con problemi alcolcorrelati che ne facciano richiesta, nel pieno rispetto della privacy, in programmi di trattamento per la disassuefazione resi disponibili presso le strutture sanitarie pubbliche o, in alternativa, in specifici programmi privati di trattamento attivati con il contributo economico dei datori di lavoro, prevedendo agevolazioni fiscali o di altro tipo per questi ultimi.*

7 Proteggere i minori dal danno alcol correlato

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

8 Formare gli operatori

- *Assicurare che i corsi di studio di qualsiasi livello destinati alla formazione del personale sanitario e sociosanitario contemplino un insegnamento relativo alla prevenzione delle patologie correlate a fattori di rischio comportamentali, con specifica trattazione anche dei problemi alcol correlati.*

- Favorire la modifica degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni mediche, sanitarie, sociali e psicologiche, ai fini di diffondere e migliorare la preparazione professionale in campo alcologico, secondo le previsioni della legge 125/2001 art. 5.

L'implementazione del Programma "Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari" nel settore Alcol - Le attività dell'anno 2018

Il Decreto del Ministero della Salute del 16 ottobre 2017 rinnovava per ulteriori tre anni le attività della Piattaforma Nazionale Guadagnare Salute.

La Piattaforma Nazionale Guadagnare Salute è istituita presso il Ministero della Salute e risponde all'esigenza di rafforzare l'attuazione dei macro-obiettivi della pianificazione nazionale previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. Per adempiere a tale finalità, la "Piattaforma" formula indicazioni e promuove iniziative finalizzate a favorire nella popolazione l'adozione di stili di vita salutari, secondo le indicazioni del Programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili. La Piattaforma, per il raggiungimento degli obiettivi, opera attraverso l'integrazione delle politiche socio-sanitarie con le politiche relative all'istruzione e alla promozione culturale, allo sviluppo economico, alla tutela dell'ambiente, all'urbanistica, ai trasporti, all'industria, al commercio all'agricoltura, sia a livello centrale che territoriale. A tal fine, la Piattaforma facilita l'incontro delle responsabilità e delle risorse disponibili nel territorio e favorisce lo sviluppo di un approccio intersettoriale alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, secondo i principi della "Salute in tutte le politiche".

Già da diversi anni, attraverso l'attuazione del Programma "Guadagnare Salute", si è assistito nel nostro Paese ad un cambiamento radicale della visione e degli approcci in tema di promozione della salute che richiede la partecipazione di molteplici attori e di istituzioni, per agire, sin dalla prima infanzia, in un'ottica di prevenzione di fattori di rischio (tabagismo, abuso di alcol e consumo di sostanze, ecc). Tale cambiamento ha riguardato in primo luogo il mondo sanitario e quello della scuola, consentendo finalmente il consolidamento del concetto di "promozione della salute" come "quel processo che mette le persone e le comunità in grado di assumere decisioni", e la cui responsabilità non è esclusiva del settore sanitario. Nel contesto scolastico, pertanto, si è passati dal tradizionale concetto di "educazione alla salute" ad un approccio in grado di favorire ambienti scolastici come luoghi di benessere fisico e sociale, in raccordo con le attività di altri servizi rivolti alla popolazione, a partire da quelli sanitari, per sostenere processi di *empowerment* delle comunità e delle organizzazioni in cui le persone vivono quotidianamente.

In questo ambito è di grande importanza l'attuazione del ***Protocollo d'Intesa tra Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e Ministero della Salute, per la tutela del diritto alla salute, allo studio e all'inclusione*** sottoscritto ad aprile 2015. Tra le aree prioritarie di intervento individuate, per quanto attiene al diritto alla salute, vi sono quelle relative alla promozione di corretti stili di vita, con particolare riguardo ad attività fisica, alimentazione e promozione della salute orale, alla prevenzione delle dipendenze da sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali, alla promozione della cultura delle vaccinazioni, alla promozione di una corretta relazione di genere, attraverso interventi sulle tematiche dell'affettività.

Inoltre, il ***"Documento di indirizzo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano nazionale della prevenzione 2014-2018"*** (GU n.36 del 13-2-2016), prevede l'istituzione di un ***Tavolo tecnico congiunto Ministero-Regioni per il coordinamento interregionale delle attività di Health in all policies il cui l'obiettivo è la valorizzazione e promozione di politiche e azioni di promozione della salute e intersectorialità, con particolare attenzione alla scuola.*** Pertanto, per promuovere una stabile cooperazione scuola-salute, necessaria per la realizzazione delle azioni e il raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dal PNP, è stato attivato un ***Gruppo di lavoro congiunto tra referenti della scuola e della salute.*** Tale gruppo di lavoro ha anche l'obiettivo di predisporre un documento condiviso di policy che favorisca l'inserimento della "Promozione della

salute” come una proposta educativa continuativa e integrata, nel curriculum formativo degli studenti delle scuole di ogni ordine e grado.

Tra gli obiettivi del Programma “Guadagnare salute” è previsto il contrasto all’abuso di bevande alcoliche e la protezione dei minori dai rischi dell’alcol, che richiede cooperazione e coordinamento tra numerosi soggetti e diverse Istituzioni/Amministrazioni. Le campagne di comunicazione e sensibilizzazione possono contribuire a ritardare l’età del primo approccio con le bevande alcoliche e contenere i comportamenti a rischio, anche per evitare gli incidenti stradali alcol-correlati. Obiettivo della comunicazione, per la promozione di stili di vita salutari, è motivare al cambiamento, diffondere empowerment, per far sì che i destinatari dell’intervento assumano spontaneamente atteggiamenti e stili di comportamento salutari.

IL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2014-2018

Il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) per il quinquennio 2014-2018, è stato approvato con l’Intesa Stato, Regioni e Province Autonome il 13 novembre 2014, ed è stato prorogato fino a dicembre 2019 con l’Intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 21 dicembre 2017 che prevede anche una eventuale rimodulazione dei Piani Regionali di Prevenzione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione costituisce il documento programmatico sulla base del quale le Regioni, in modo coordinato e nel rispetto di un metodo di lavoro improntato ai principi della progettazione in sanità pubblica, predispongono ed implementano i Piani Regionali di Prevenzione per il quinquennio di interesse, indicando le azioni da realizzare nei loro territori, i tempi e gli indicatori per la valutazione.

E’ stata stanziata la somma di 200 milioni di euro finalizzata a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

Il coordinamento dell’attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione è affidato al Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria.

Le Regioni hanno recepito il PNP con apposita delibera, adottando i Piani Regionali di Prevenzione. Tutte le Regioni nell’ambito dei Piani Regionali/ Provinciali della Prevenzione hanno attivato programmi volti a ridurre il consumo a rischio di alcol privilegiando in particolare interventi specifici nel *setting* scuola e nei luoghi di lavoro

Gli Obiettivi e gli Indicatori per misurare il progresso della prevenzione sono definiti congiuntamente fra Governo e Regioni. A tale scopo il documento approvato, oltre a definire la *vision* di prevenzione della salute e i principali macro-obiettivi, chiama attivamente le Regioni a seguire priorità e scadenze precise.

In questo PNP si è scelto di individuare pochi macro obiettivi a elevata valenza strategica, perseguibili contemporaneamente da tutte le Regioni, attraverso la messa a punto di piani e programmi che, partendo dagli specifici contesti locali nonché puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, permettano di raggiungere i risultati attesi. I macro obiettivi sono stati individuati e fissati sulla base di queste priorità: ridurre il carico di malattia; investire sul benessere dei giovani; rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive; rafforzare e mettere a sistema l’attenzione a gruppi fragili; considerare l’individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente.

I dieci macro-obiettivi del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione sono: ridurre il carico delle malattie non trasmissibili; prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali; promuovere il benessere mentale di bambini e giovani; prevenire le dipendenze; prevenire gli incidenti stradali; prevenire gli incidenti domestici; prevenire infortuni e malattie professionali; ridurre le esposizioni

ambientali dannose; ridurre la frequenza delle malattie infettive prioritarie; attuare il Piano nazionale integrato dei controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Il contrasto del danno alcol correlato nel Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018

La prevenzione dei danni alcol correlati è specificamente contemplata nel PNP in diversi ambiti, infatti i macro obiettivi che individuano nell'abuso di alcol uno dei fattori di rischio che contribuiscono a determinare criticità in termini di salute pubblica, sono essenzialmente quattro:

- MACRO OBIETTIVO “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili”.
- MACRO OBIETTIVO “Prevenire la dipendenza da sostanze”
- MACRO OBIETTIVO “Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti”
- MACRO OBIETTIVO “Prevenire gli incidenti domestici”

Con il PNP 2014-2018 si rinnova l'attenzione focalizzata alla prevenzione delle malattie cronicodegenerative che spesso hanno in comune alcuni fattori di rischio in gran parte correlati a comportamenti individuali non salutari e tuttavia modificabili come abuso di alcol, fumo, dieta non corretta e inattività fisica. La complessità di questo macro obiettivo “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT” richiede un approccio concettualmente articolato in: 1) strategie di promozione della salute, per definizione orientata all'*empowerment* di comunità e ad azioni svolte in *setting* definiti (scuola, lavoro, ecc.); 2) strategie di prevenzione primaria in gruppi a rischio; 3) strategie di prevenzione secondaria, per l'identificazione di malattie in fase precoce. I tre livelli non sono necessariamente sempre distinti, ma convergono sulla riduzione della frequenza di determinanti di MCNT.

Il PNP, nell'ambito del Macro Obiettivo 1, prevede il raggiungimento di vari Obiettivi Centrali che tutte le Regioni e PPAA devono raggiungere, tra i quali:

- Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment)
- Promuovere l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta
- Ridurre il consumo di alcol a rischio

Percorso di monitoraggio dei PRP

Anno 2014: è stato valutato il recepimento regionale del PNP

- Viene valutata la sussistenza dei requisiti stabiliti nell'Intesa 13 novembre 2014

Anno 2015: è stata valutata la pianificazione del PRP (ex ante)

- Vengono verificati i criteri riportati nella **Griglia di valutazione della pianificazione**

Anni 2016, 2017, 2018: valutazione di processo

- Viene misurato il livello di avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici regionali, attraverso lo scostamento tra valori osservati e standard degli indicatori “sentinella”. Tale valutazione avviene annualmente sulla base dei cronoprogrammi regionali, a far data dall'avvio dei PRP

Anno 2019: sarà effettuata la valutazione di risultato

- Viene documentato e valutato, attraverso i valori osservati regionali di tutti gli indicatori centrali, il livello di raggiungimento degli obiettivi centrali. Tale valutazione si effettua a conclusione del periodo di riferimento del PNP.

Centro Nazionale di Prevenzione e Controllo delle Malattie -CCM

Il CCM aveva approvato, tra le azioni centrali di sostegno alle Regioni per la verifica e valutazione del conseguimento degli obiettivi di prevenzione alcolica contemplati nel nuovo PNP 2014-2018, il progetto “**SISTIMAL. Sistema di Indicatori per il Monitoraggio dell’impatto alcol correlato**” affidato all’Istituto Superiore di Sanità, per l’Anno finanziario 2016 e rinnovato anche per l’Anno Finanziario 2018. Tali progetti hanno durata di dodici mesi.

L’ Obiettivo principale del monitoraggio è quello di ottenere la disponibilità della base di dati indispensabili alla valutazione della parte di popolazione esposta al rischio (consumatori di alcol, utenti dei servizi ecc) al fine di esplorare e far emergere la fenomenologia del rischio e del danno alcol-correlato e di ottenere utili indicazioni per la pianificazione delle politiche sanitarie e la valutazione degli interventi necessari (prevenzione, prestazioni erogabili, caratteristiche dei sistemi d’identificazione precoce, diagnosi, cura e riabilitazione).

Per l’Anno finanziario 2017, il CCM aveva approvato il progetto “**Supporto a SISTIMAL. Sistema di Indicatori per il Monitoraggio dell’impatto alcol correlato anche in rapporto alla partecipazione al monitoraggio in ambito internazionale**”, affidato all’Istituto Superiore di Sanità.

Il progetto “Supporto a Sistimal”, è nato con la finalità di contribuire a integrare con idonei strumenti di valutazione le performance nazionali nel quadro europeo e internazionale della partecipazione alle iniziative di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nel corso degli ultimi dieci anni, ed ha privilegiato l’analisi degli elementi proposti e condivisi per le aree di azione delineate dalla “*EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harms*” (Commissione Europea-CE, 2006) dal “*WHO European Alcohol Action Plan- EAAP - to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*” (Organizzazione Mondiale della Sanità-OMS, Ufficio Regionale per l’Europa, 2011), della Strategia Globale “*Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*” (OMS, 2010) e dell’ “*Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Disease 2008-2013*” (OMS, 2008). Strategie adottate dall’Italia e nel merito delle quali, come tutte le Nazioni, è impegnata a restituire periodicamente i dati relativi al sistema di monitoraggio epidemiologico che, alla luce della disponibilità di più elaborati e complessi strumenti di valutazione, alimentano le survey dell’OMS rivolte alla valutazione periodica di confronto con tutti gli Stati Membri non solo dell’impatto epidemiologico del consumo dannoso e rischioso di alcol a livello di popolazione ma anche dell’efficacia delle azioni adottate nei singoli settori di interesse e di valutazione dell’implementazione delle politiche specifiche oggetto di indagini conoscitive europee ed internazionali formali condotte dall’*Head Quarter* di Ginevra e dalla UE.

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.

La stessa logica istituzionale che ha dichiarato le sorveglianze fonti informative fondamentali per la programmazione e la ricerca in ogni ambito sanitario, dalla prevenzione alla cura, ha portato ad inserire la “Sorveglianza dei fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili e degli stili di vita nella popolazione” all’interno del DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA (livelli essenziali di assistenza) - relativamente all’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.

5.2. Gli interventi in materia di informazione e comunicazione

Nel corso del 2018 in linea con le indicazioni espresse dalla Legge 125/2001 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati” che prevede diversi interventi da realizzare ai fini della prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie e delle problematiche alcol correlate, e in linea con il Piano Nazionale Alcol e Salute collocato nel Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018, la Direzione Generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali ha realizzato le seguenti iniziative di informazione e sensibilizzazione in materia di contrasto all’abuso di alcol e di problemi alcol correlati:

“Osservatorio tra i giovani sui corretti stili di vita con particolare riguardo alla problematica del consumo e dell’abuso di alcol”

In collaborazione con l’Istituto di Ortofonia è stato avviato un osservatorio con lo scopo di “diffondere tra gli studenti la cultura della prevenzione dei comportamenti a rischio, favorendo processi di riflessione e confronto tra giovani e adulti”. Il lavoro dell’Osservatorio si è svolto in due fasi:

- la prima fase delle attività prevedeva la condivisione con la popolazione studentesca delle campagne che il Ministero della salute ha realizzato in tema di contrasto all’abuso di alcol (circa 400 studenti);
- la seconda fase comprendeva la somministrazione di questionari per un sondaggio sui contenuti delle campagne di comunicazione con lo scopo di stimolare gli studenti a produrre nuove idee sulle modalità di comunicazione più efficaci per veicolare contenuti di prevenzione tra i più giovani.

Le attività sopradescritte si sono svolte in eventi durante i quali dei professionisti hanno incontrato gruppi di studenti nelle scuole e che sono stati rilanciati attraverso i canali web (circa 3000 studenti coinvolti).

In concomitanza sono stati attivati dei punti di ascolto in spazi messi a disposizione nelle singole scuole e on line.

La somministrazione dei questionari, iniziata a gennaio 2018 è terminata alla fine dell’anno scolastico, ha evidenziato che la popolazione studentesca non è sufficientemente informata e necessita di un sostegno che prevenga situazioni di rischio.

Serie TV “Che Dio ci aiuti 5” realizzazione di un episodio con sceneggiatura sul tema della prevenzione dei danni derivanti dall’abuso di alcol.

Nell’ambito delle trasmissioni televisive il format delle “fiction tv” risulta essere molto efficace. Infatti in base ai dati di ascolto auditel le serie televisive vengono seguite dalla popolazione con punte di share del 27%.

Nel corso del 2017 la serie tv “Che Dio ci aiuti”, ormai arrivata alla quinta edizione, ha avuto ascolti che hanno superato 3.500.000 di telespettatori a serata. La modalità di realizzare una puntata dedicata per veicolare un messaggio di prevenzione è stata utilizzata già lo scorso anno con ottimi risultati, per questo motivo si è scelto di collaborare con la produzione tv della serie e nella 13esima puntata la tematica affrontata è stata sui rischi dell’abuso di alcol. La sceneggiatura è stata concordata d’intesa con la scrivente Direzione e l’episodio realizzato andrà in onda presumibilmente a marzo 2019.

Alcol Prevention Day (APD 2018)

Anche quest'anno come per le passate edizioni la Direzione ha sostenuto e finanziato la quindicesima edizione dell'Alcol Prevention Day che si è tenuta il 16 maggio 2018 a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità, l'evento è organizzato dall'Osservatorio nazionale alcol e promosso in stretta collaborazione con la Società Italiana di Alcologia, l'Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento ed Eurocare. Il convegno è stato dedicato all'aggiornamento tecnico scientifico ed epidemiologico nazionale, europeo ed internazionale. Nell'ambito dello stesso si è discusso delle strategie di prevenzione dell'OMS, delle attività della commissione europea per la prevenzione e delle azioni del Ministero della salute da mettere in atto per dare attuazione al Piano nazionale della prevenzione 2014-2018. Tutti gli interventi presentati dai partecipanti al convegno sono state pubblicati sul sito <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd18> .

Materiali informativi

La Direzione ha prodotto in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità numerosi materiali informativi ideati per le differenti tipologie di target (minori, adolescenti, donne in attesa di un figlio, famiglie e associazioni). Tale materiale è stato distribuito nel corso del 2018 in tutte le iniziative ed eventi dove il Ministero della Salute era presente (3^a Giornata della Salute della donna 2018, le due edizioni di "Tennis and Friends 2018" a maggio a Napoli e a ottobre a Roma, il "Sanit 2017-forum salute e benessere" e infine il 13° Forum Risk Management in Sanità 2018 a Firenze).

I materiali informativi di cui sopra sono di libero dominio e si possono scaricare dal sito <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd18> .

5.3. L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001 ai fini del monitoraggio

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.

Secondo gli accordi assunti nelle sedi della Conferenza Stato-Regioni le risorse per il monitoraggio dei dati alcolologici sono sempre state ripartite tra le stesse Regioni secondo specifici criteri concordati. Tali criteri prevedono:

- l'assegnazione a ciascuna Regione di una quota di risorse calcolata suddividendo in parti uguali tra le Regioni il 50% dell'intera somma disponibile e distribuendo tra le stesse il restante 50% per quota capitaria
- l'erogazione delle risorse alle Regioni successivamente all'invio da parte di queste ultime, ed alla positiva valutazione da parte del Ministero, di una relazione contenente dati e informazioni sulle attività svolte dalle Regioni stesse in attuazione della legge 125/2001, predisposte sulla base di una griglia concordata di argomenti.

Con nota pec del 22/09/2017, la Commissione Salute Coordinamento tecnico interregionale c/o Regione Piemonte riferiva l'esito della seduta del 07 giugno 2017 nella quale si confermava, come avvenuto per il precedente anno, lo sviluppo di una progettualità unica tra le Regioni alla quale vincolare la somma stanziata per l'anno finanziario 2017, pari ad € 93.016,00.

Il progetto è stato espletato dalla Regione Piemonte, individuata dalla Commissione Salute, per coordinare la gestione organizzativa delle attività progettuali.

Il progetto nazionale alcol (AF 2017) ha per titolo “**Valutazione e monitoraggio delle politiche e delle azioni sanitarie e sociali in tema di alcol e guida**”, e ha svolto le attività in dodici mesi, concludendo con l'elaborazione di un **report finale illustrato nella IV parte** di questa Relazione al Parlamento ed in una Conferenza nella quale sono stati presentati i risultati raggiunti; ciò fornisce l'opportunità ai rappresentanti regionali convenuti di confrontarsi sulle strategie e le attività da implementare ai fini del contrasto alle patologie e alle problematiche alcol correlate.

5.4. La partecipazione alle politiche internazionali

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

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

- **“Global Strategy on alcohol” (OMS 2010)**
- **“Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases 2013-2020” (OMS): obiettivo 2 almeno 10% di riduzione di abuso di alcol, tenuto conto del contest 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**

Il Ministero della Salute ha partecipato nel corso del 2018 a numerose attività europee e internazionali connesse alla prevenzione e alle politiche sull'alcol e i problemi alcolcorrelati.

Le principali attività sono ascrivibili alla partecipazione formale al CNAPA, Comitato per le Politiche Nazionali e Azioni sull'Alcol, attivo in Lussemburgo e inoltre ai gruppi di lavoro, consultivi e di condivisione e aggiornamento periodico, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Tutte le attività si sono svolte attraverso l'integrazione delle competenze dell'Ufficio 6 della Direzione Generale per la Prevenzione, Dipendenze, Doping e salute mentale e di quelle del qualificato supporto formalizzato tecnico-scientifico, della consulenza e delle competenze dell'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) e del WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems (WHO CC -ITA79), dell'Istituto Superiore di Sanità.

In relazione all'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), il Ministro della Salute, ha ricevuto dal Direttore Generale OMS la redesignazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol - WHO-CC per la promozione della salute e per la ricerca sull'alcol, quale struttura internazionale certificata di riferimento per il periodo 2017-2021 (http://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?cc_ref=ITA-79&cc_code=ita&institution_full_name=istituto%20superiore&). Ciò assicura la partecipazione dell'Italia ad una serie di attività formali dei principali *steering group* e gruppi di lavoro europei ed internazionali insediati nell'Head Quarter di Ginevra e dell'Ufficio Regionale EURO (Copenaghen e Mosca) con una ricaduta immediata a livello nazionale connessa all'acquisizione delle più recenti linee guida, dei protocolli, degli standard, dei manuali e delle metodologie prodotte dall'OMS e messe nelle disponibilità degli Stati Membri, in ottemperanza a quanto disposto dai documenti programmatici, dai piani di azione, dalle strategie di prevenzione in corso di attuazione a livello europeo e mondiale. Nel rinominare il WHO-CC per la promozione della salute e per la ricerca sull'alcol quale *focal point* e struttura di eccellenza internazionale per le *alcohol policy*, è stato assicurato, da parte dell'Italia, supporto per l'attuazione delle Risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità, dell'Executive Board e del Comitato Regionale OMS.

Un'attività sostanziale è stata dedicata all'impiego dello strumento finalizzato alla produzione del **report europeo per la misurazione dell'implementazione delle politiche sull'alcol** come richiesto dalla risoluzione EUR/RC61/R4 (EAAP, Piano di Azione Europeo sull'Alcol 2014-2020) e di cui l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS, in collaborazione con il gruppo consultivo di esperti europei, ha curato la revisione delle analisi pubblicate dall'OMS e che hanno incorporato i flussi informativi forniti dai sistemi di monitoraggio nazionali SISMA (<http://www.epicentro.iss.it/alcol/SismaMonitoraggio>) e SISTIMAL, alimentando e aggiornando in tempo reale le esigenze di allineamento dei sistemi a quelli europei ed internazionali e partecipando attivamente alla realizzazione dello standard condiviso a livello mondiale.

Il Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa ha raccomandato agli Stati membri della regione europea di utilizzare l'EAAP per formulare o, se del caso, riformulare politiche nazionali in materia di alcol e piani d'azione. Ne consegue un necessario monitoraggio, da parte dell'OMS, finalizzato al controllo dei progressi compiuti negli Stati Membri, l'impatto e l'attuazione nazionale del piano d'azione europeo. Il WHO CC dell'ISS ha avviato, in funzione dell'esigenze specifiche nazionali e tecniche del Ministero della Salute, l'integrazione e l'aggiornamento degli strumenti di rilevazione e monitoraggio adeguati ad elaborare in Italia la base di informazioni e gli indicatori che sono stati utilizzati per fornire la valutazione e il controllo periodico dei progressi delle singole azioni e degli obiettivi previsti dalle politiche nazionali e dai piani di prevenzione nazionali e regionali in materia di alcol. **Il Ministero ha già acquisito il formato standard internazionale costituito da 34 indicatori di riepilogo che rilevano i risultati conseguiti nelle 10 aree di azione del EAAP.**

Il nuovo standard, è stato integrato nei sistemi SISMA e SISTIMAL, azione centrale del Ministro della Salute affidata all'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS, garantendo piena attuazione a quanto disposto dal nuovo quadro normativo sul trasferimento di Registri e sorveglianze specifiche all'ISS assicurando la regolarità del monitoraggio previsto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 3 marzo 2017, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 12 maggio "Sistema di monitoraggio alcol (SISMA)" Codice A1.30 e dal Piano Statistico Nazionale (PSN) 2017-2018 "Monitoraggio dell'Impatto del consumo di Alcol sulla salute in Italia in supporto all'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute-Codice PSN: ISS-00034".

A tale riguardo sono stati analizzati e forniti all'OMS dall'ONA e dal WHO-CC i dati relativi alla mortalità alcolcorrelata e quelli sui consumi a rischio pubblicati nei report europei ed internazionali dell'OMS presentati nel corso del 2017 nei "Country profiles" periodici del **Global status report on alcohol and health (2018)**

(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>)

e *Alcohol consumption, harm and policy response fact sheets for 30 European countries (2018)*

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/393107/achp-fs-eng.pdf?ua=1).

E' stata garantita la partecipazione ai *call for tender* della CHAFEA (The Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency – European Commission) finalizzati all'avvio di uno studio pilota sull'implementazione dell'identificazione precoce e l'intervento breve (*Chafea2017/Health/01*) con lo scopo di valutarne l'impatto nei contesti di *Primary Health Care* dei servizi sanitari anche in comparazione con l'attivazione di interventi di e-Health, tramite l'uso di un sito web assistito.

Dalle riunioni del CNAPA è emersa l'esigenza di attivare nuove iniziative di prevenzione specifiche come quella già lanciata con il bando su un progetto sulla sindrome feto-alcolica, alla quale l'ONA-ISS ha assicurato partecipazione e attività di supporto tecnico-scientifico (*Chafea/Health//10 concerning the EU dimension of alcohol related harm – piloting brief interventions to reduce the risk of FAS/FASD (Fetal Alcohol Syndrome / Fetal Alcohol Spectrum Disorders)*), following up 1st and 2nd Standardised European Alcohol Survey and providing support to Member States' to strengthen their capacity to tackle alcohol related harm).

Il Ministero ha favorito la partecipazione dei rappresentanti dell'OMS e della Commissione Europea alla diciassettesima edizione dell'International Workshop *Alcohol Prevention Day 2018* per la condivisione dello stato dell'arte sulle iniziative nazionali ed europee di comunicazione, informazione e prevenzione, in ottemperanza e ai sensi della Legge 125/2001.

Nei compiti assolti dal Ministero della Salute, in ottemperanza agli obblighi derivanti dalla partecipazione ai **sistemi informativi specifici europei e internazionali**, il WHO CC-ONA dell'ISS ha il mandato formale di fornire assistenza all'OMS e i richiesti dati nazionali **all'European Alcohol Information System (EAIS)**, al **sistema informativo globale su alcol e salute (GISAH)** e ad altri sistemi informativi che mirano alla raccolta periodica, all'analisi e al confronto di informazioni.

Il Ministero della Salute ha garantito, attraverso il WHO-CC, la partecipazione alle riunioni organizzate in collaborazione con l'Ufficio OMS di Mosca, referente di settore, ad **Edimburgo il 17 novembre 2018** per la revisione del MOPAC relativo al monitoraggio del Piano di Azione sui Giovani e il Binge Drinking (CNAPA) e per il quale i dati usati nel SISTIMAL sono stati utili per la validazione della verifica degli obiettivi raggiunti dalle azioni in atto. I sistemi di monitoraggio italiani, SISMA e SISTIMAL, sono stati oggetto di presentazione nel Corso della Conferenza Europea sulle Alcohol Policy svolta a **Edimburgo nei giorni 19-21 novembre 2018**.

In funzione dell'esperienza, competenza e leadership di settore riconosciuta dall'OMS all'Osservatorio Nazionale Alcol e al Centro OMS per la Ricerca sull'Alcol in ISS, l'attività SISTIMAL e SISMA è stata anche oggetto di condivisione nella riunione riservata ai Centri Collaboratori OMS di settore, convocata dall'OMS a **Mosca nei giorni 5 e 6 dicembre 2018** ai fini di poter avviare la rete di monitoraggio per indicatori sulla strategia OMS di controllo delle Malattie Croniche Degenerative (NCDs).

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/340867/Report-2.pdf?ua=1)

La consolidata esperienza italiana, relativa ai piani, alle strategie e ai sistemi di monitoraggio sull'alcol, verrà utilizzata come paradigma per tutti gli altri fattori di rischio (*Meeting of WHO Collaborating Centers to strengthen capacity to tackle NCD risk factors and to improve surveillance in the WHO European Region*) anche nell'ottica della Risoluzione OMS che mira a contrastare il rischio legato all'uso di alcol per favorire il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla Strategia Mondiale di contrasto alle malattie croniche a cui l'Italia partecipa anche in termini di monitoraggio e valutazione periodica.

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/351518/Monitoring-NCD.pdf).

E' stata garantita l'assistenza tecnica e scientifica richiesta dall'OMS per l'organizzazione della *European Region Member States Consultation on the implementation and achievements of the European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020* organizzata a Stoccolma il 21 e 22 gennaio 2019.

Al fine di far fronte alle sempre più frequenti comorbilità che accompagnano l'uso rischioso e dannoso di alcol alle concomitanti dipendenze comportamentali, estremamente diffuse in Italia quali il *gaming* e il *gambling*, è stata garantita dal WHO-CC la partecipazione al coordinamento del *WHO Collaborative Project on the Development of New International Screening and Diagnostic Instruments for Gaming Disorder and Gambling Disorder* ed alla riunione operativa organizzata **dal 22 al 24 novembre 2018** dall'Head Quarter OMS in **Changsha (Cina)** per il *WHO Collaborating Fifth WHO Meeting on the public health implications of addictive behaviours*. In tale circostanza si sono definite le modalità d'implementazione della nuova classificazione ICD 11 sul *gaming* nell'ambito delle dipendenze e avviato *field testing* basati su strumenti da validare sulla base dell'esperienza italiana ed internazionale dell'AUDIT, ripercorrendo in tal modo la fruttuosa esperienza condotta sull'identificazione precoce e l'intervento breve su alcol e problematiche alcolcorrelate.

PARTE QUARTA

6. CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

Tra le attività previste dalla legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. 125/2001, dal Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e dal Piano Statistico Nazionale è previsto il “monitoraggio dei dati relativi al consumo di alcol e ai problemi alcol correlati”. Ogni regione ha quindi il compito di orientarsi alla realizzazione di un Piano Regionale di monitoraggio su alcol e salute per analizzare l’andamento del fenomeno, sia sotto il profilo delle azioni di contrasto, che dell’implementazione del PNAS.

In supporto alle Regioni il Ministero della Salute nell’ambito delle attività del Centro per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha approvato un progetto denominato “Sistema di indicatori per il monitoraggio dell’impatto alcol-correlato – SISTIMAL”, finalizzato allo sviluppo di un sistema standardizzato di monitoraggio in grado di fornire indicazioni regionali fondamentali per la programmazione regionale delle attività di prevenzione.

I risultati del sistema di monitoraggio, disponibili sul sito www.epicentro.iss.it/alcol, hanno permesso un’analisi dell’andamento temporale degli indicatori di monitoraggio in tutte le Regioni e le Province autonome e sono di seguito riportati per macroarea.

Tabella IV.1 Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2017)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	Vino		Birra		Aperitivi alcolici		Amari		Super alcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	67,9 ↗	43,7	62,3	32,5	47,2	28,7	40,9 ↗	16,5	39,0	16,8
Piemonte	68,7	43,9	61,6	34,5	45,2	27,6	42,1	18,6	38,1	15,6
Valle d'Aosta	69,0	48,8	68,0	39,1	54,2	37,3	38,0	18,6	43,6	20,5
Lombardia	67,8	42,6	62,4	30,7	47,9	29,1	41,0	16,1	39,2	17,3
Liguria	66,6	46,7	63,3	37,5	47,9	28,9	36,8	13,7	40,3	16,6
Italia nord-orientale	68,8	48,4	64,2	37,7	47,9	32,1	36,2	17,7 ↗	37,7	19,2 ↗
PA Bolzano	71,3	50,4	69,5	38,8	55,5	47,0	43,4	29,0	46,5	27,9
PA Trento	63,1	45,6	65,1	36,8	47,4	36,8	32,1	16,4	40,2	20,5
Veneto	68,5	47,0	63,3	36,1	49,5	31,6	34,2	18,1 ↗	36,6	19,5
Friuli-Venezia Giulia	70,2	46,7	68,2	39,3	53,3	36,8	38,4	16,4	41,1	19,3
Emilia Romagna	69,0	50,5	63,4	39,0	43,7	29,0	37,4	16,6	36,6	17,8
Italia centrale	65,7	42,6	62,7	34,1	44,6	26,8	41,4	16,8	38,9	15,8
Toscana	67,3	46,0	63,2	32,6	43,9	28,1	36,1	14,2	34,9	15,8
Umbria	71,1	45,2	65,3	36,1	49,4	31,1	47,6	17,1	43,5	16,7
Marche	71,7	49,7	64,9	34,8	46,1	27,6	38,0	15,9	40,7	17,3
Lazio	62,3	38,2	61,4	34,7	44,0	25,1	44,8	18,7	40,3	15,3
Italia meridionale	63,8	33,3	65,2	31,6	43,1	19,8	48,9	16,8 ↘	35,3	12,1
Abruzzo	67,7	36,0	68,8	33,6	45,8	22,2	47,2	13,2	36,5	10,8
Molise	66,0	29,4	69,2	27,3	49,4	20,4	50,1	14,2	34,7	7,8
Campania	62,4	32,1	61,8	29,9	43,6	19,6	45,9	16,6	34,8	11,5
Puglia	64,2	36,4	68,3	33,5	40,3	20,6	53,5	18,8	35,2	14,4
Basilicata	63,0	27,8	62,4	26,6	43,3	15,5	46,0	13,2	35,4	8,1
Calabria	64,2	30,7	66,3	33,2	44,7	18,1	50,4	17,2	36,3	11,7
Italia insulare	58,9	29,3	61,7	31,8	39,3	20,3	40,9	16,8 ↗	30,9	11,3
Sicilia	57,7	28,6	61,1	33,4	39,5	21,0	42,3	17,8	30,6	11,0
Sardegna	62,4	31,3	63,6	27,0	38,7	18,1	36,6	14,0	31,8	12,5
Italia	65,7	40,3	63,4	33,5	45,0	26,0	42,0	16,9 ↗	37,0	15,4 ↗

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2016

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2016

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 IV.2 Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e genere (2017)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	tutte le bevande alcoliche		abituali eccedentari		fuori pasto		binge drinker		a rischio	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	79,5 ↗	56,0	15,4	7,0	43,4	21,0	13,2	4,2	25,6	10,5
Piemonte	79,9	57,4	16,0	6,5	41,0	18,6	11,2	3,7	24,4	9,7
Valle d'Aosta	84,3	64,6	18,9	7,7	55,0	32,5	18,2	4,0 ↘	32,7	11,4
Lombardia	79,2 ↗	54,8	14,7	6,6	44,1	21,8	14,4	4,5	26,0	10,4
Liguria	79,8	59,2	17,8	10,8	41,2	21,8	10,2	3,6	25,7	13,5
Italia nord-orientale	79,1	61,1	16,2	6,5	49,0	27,7	14,4	4,3	27,1	10,2 ↘
PA Bolzano	78,0	64,8	12,0	3,6 ↘	62,8	40,8	21,5 ↘	6,0 ↘	30,0 ↘	8,5 ↘
PA Trento	76,5	61,7	17,1	6,2	56,5	29,9	23,4	4,9	34,3	10,2
Veneto	79,2	59,2	16,7	6,2	48,8	27,0	14,0	3,8	27,4	9,8
Friuli-Venezia Giulia	81,3	60,9	18,7	6,2	60,0	32,2	16,7	5,0	30,8	10,6
Emilia Romagna	78,9	62,8	15,3	7,2 ↘	43,6	25,4	12,2	4,5	24,6	10,9
Italia centrale	77,8	54,7	15,8	6,5	36,8	19,5	9,6	3,6	23,2	9,4
Toscana	78,1	57,0	17,5	8,3	37,5	21,4	8,7	3,9	23,8	11,4
Umbria	81,8	57,8	19,1	6,6	39,2	24,1	9,8	3,1	26,8	8,7
Marche	82,7	58,8	17,5	8,4 ↗	43,1	19,7	11,5	5,0	26,3	12,7 ↗
Lazio	75,8	51,6	13,9	4,9	34,4	17,6	9,7	3,0	21,4	7,3
Italia meridionale	77,9	47,4	13,9	4,7	33,3	12,8 ↗	9,8	2,2	20,7	6,6
Abruzzo	80,0	48,9	16,6	5,0	40,7	14,8	12,2	3,2	25,4	7,7
Molise	79,8	44,1	20,6	4,4	48,7 ↗	12,8	20,7 ↗	2,4	34,0	6,2
Campania	75,5	45,6	11,0	4,2	30,8	13,2 ↗	8,1	1,8	17,1	5,6
Puglia	81,2	52,3	16,0	6,6	30,5	12,6	8,6	3,1	21,6	9,4
Basilicata	76,0	40,0 ↘	16,1	4,0	38,9	13,0	14,1	2,3	24,9	5,6
Calabria	76,9	44,2	14,1	2,7	36,9	10,5	12,7	1,0	22,6	3,4
Italia insulare	74,0	44,6	11,6	3,2	33,9	15,1	9,7	2,5	19,3	5,3
Sicilia	72,7	44,8	10,7	3,1	31,0	14,3	7,5	1,6	16,4	4,5
Sardegna	77,9	43,8	14,4	3,5	42,5 ↘	17,5	16,4 ↘	5,1	27,8	7,6
Italia	78,1	53,5	14,8	5,9	39,7	19,4	11,5	3,4	23,6	8,8

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2016

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2016

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

Nell'anno 2017 la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 79,5% tra gli uomini e al 56,0% tra le donne. Nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza dei consumatori è diminuita sia per gli uomini sia per le donne ma, rispetto al 2016, per i soli consumatori di sesso maschile, si registra un incremento pari a 2,8 punti percentuali (p.p.). Tra il 2016 e il 2017 l'analisi dei consumatori delle singole bevande alcoliche ha evidenziato valori pressoché stabili per entrambi i generi ad eccezione dei consumatori di sesso maschile di vino e amari che sono aumentati rispettivamente di 2,1 e 2,2 p.p. L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia in quest'area geografica una prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto, di *binge drinkers* e di consumatori a rischio superiore alla media nazionale per entrambi i sessi e dei consumatori abituali eccedentari di sesso femminile. Non si rilevano tuttavia variazioni significative rispetto al 2016 (**Tabella IV.2-3**).

Piemonte

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è stata del 79,9% tra gli uomini e del 57,4% tra le donne; non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione e il valore rilevato per il genere femminile è superiore alla media nazionale. L'analisi delle diverse tipologie di bevande consumate mostra che, per entrambi i generi, non si rilevano variazioni significative rispetto al 2016 e l'unica bevanda con valori superiori alla media nazionale è il vino.

L'analisi dei diversi comportamenti a rischio mostra, per entrambe i generi, valori pressoché stabili, in media con il dato nazionale.

Valle d'Aosta

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è stata dell'84,3% tra gli uomini e 64,6% tra le donne; i valori risultano superiori alla media nazionale. Per entrambi i generi si rilevano valori superiori alla media nazionale dei consumatori di birra, aperitivi alcolici e superalcolici oltre a quelli delle consumatrici di vino.

L'analisi dei diversi comportamenti a rischio mostra, per entrambe i generi, valori pressoché stabili. Sono superiori alla media italiana le prevalenze dei consumatori fuori pasto per entrambi i generi e le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari, dei *binge drinking* e dei consumatori a rischio ISS per il solo genere maschile.

Lombardia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è stata del 79,2% tra gli uomini e del 54,8% tra le donne; per i consumatori di sesso maschile si registra un incremento pari a 3,9 p.p. Per entrambi i generi si registrano valori superiori alla media nazionale dei consumatori di aperitivi alcolici.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra valori al di sopra della media nazionale della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche lontano dal pasto per entrambi i generi e per i soli uomini anche dei consumatori in modalità *binge drinker*.

Liguria

I consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 sono stati il 79,8% degli uomini e il 59,2% delle donne; per queste ultime il valore risulta superiore alla media nazionale. Per entrambi i

generi, l'analisi diverse tipologie di bevande non evidenzia variazioni statisticamente significative rispetto al 2016. I valori di prevalenza dei consumatori di amari sono inferiori a quelli rilevati a livello nazionale, mentre quelli relativi alle consumatrici di vino e birra di sesso femminile risultano invece più alti.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra una prevalenza superiore alla media nazionale per entrambi i generi dei consumatori abituali eccedentari e delle consumatrici a rischio per il criterio ISS.

ITALIA NORD-ORIENTALE

Le Regioni appartenenti alla ripartizione territoriale dell'Italia nord-orientale continuano ad essere anche nel 2017, in particolare per le donne, quelle che presentano le maggiori criticità sia in termini di tipologia di bevande consumate che in termini di comportamenti dannosi per la salute.

Nel 2017 la percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 79,1% tra gli uomini e al 61,1% tra le donne e per queste ultime il valore risulta essere in assoluto il più elevato di tutte le altre ripartizioni considerate.

Le prevalenze delle consumatrici di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici risultano essere le più elevate rispetto a tutte le altre ripartizioni considerate e, per gli uomini, la prevalenza dei consumatori di vino e aperitivi alcolici è comunque superiore alla media nazionale. Tra gli uomini si rileva una prevalenza di consumatori di amari inferiore al dato medio nazionale così come registrato già lo scorso anno mentre il dato relativo ad amari e super alcolici tra le donne è aumentato rispetto al 2016 rispettivamente di 2,7 e 2,5 p.p.

L'analisi dei diversi comportamenti a rischio in questa area geografica mostra che, per entrambe i generi, le prevalenze dei consumatori *binge drinking* e a rischio ISS risultano superiori al dato medio nazionale e che la prevalenza dei consumatori fuori pasto è la più elevata di tutte le ripartizioni territoriali analizzate. Tra le donne si rileva infine una diminuzione delle consumatrici a rischio per il criterio ISS pari a 1,9 p.p. (*vedi Tabella IV.2-3*).

Provincia Autonoma di Bolzano

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è stata pari a 78,0% tra gli uomini e 64,8% tra le donne e per queste ultime il valore è superiore a quello rilevato a livello nazionale. Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e superalcolici è superiore alla media nazionale e nel caso delle donne, come già rilevato lo scorso anno, i valori di prevalenza delle consumatrici di amari (29,0%) e aperitivi alcolici (47,0%) sono i più elevati di tutte le regioni italiane considerate.

I dati sulle abitudini di consumo delle bevande alcoliche mostrano, per gli uomini, valori superiori alla media nazionale della prevalenza di consumatori di bevande alcoliche fuori pasto (M=62,8%), dei consumatori in modalità *binge drinking* (21,5%) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (30,0%); tra le donne sono superiori alla media nazionale i valori di prevalenza delle consumatrici in modalità *binge drinking* (6,0%) e dei consumatori fuori pasto (40,8%) e per quest'ultimo il valore risulta anche il più alto rispetto a tutte le Regioni considerate. Per entrambi i generi si rileva una diminuzione della prevalenza dei consumatori *binge drinkers* (M=-7,3; F=-5,0), dei consumatori a rischio ISS (M=-8,6; F=-8,1); per le sole donne si rileva inoltre una diminuzione della prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie pari a -3,8 p.p. che risulta nel 2017 inferiore alla media italiana.

Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è pari a 76,5% tra gli uomini e 61,7% tra le donne e per entrambe i generi non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione; tra le donne la prevalenza delle consumatrici di vino, aperitivi alcolici e super alcolici è superiore alla media italiana, mentre, per gli uomini, si registra un valore della prevalenza dei consumatori di amari inferiore alla media nazionale.

L'analisi delle modalità di consumo delle bevande evidenzia che le prevalenze dei consumatori fuori pasto è superiore alla media italiana per entrambi i generi, oltre alla prevalenza dei consumatori *binge drinking* e a rischio ISS per i soli uomini.

Veneto

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è stata del 79,2% tra gli uomini e del 59,2% tra le donne e per queste ultime il valore è superiore a quella media nazionale. La prevalenza di consumatori di aperitivi alcolici è superiore alla media italiana per entrambi i generi, di vino e super alcolici di sesso femminile, mentre è inferiore alla media italiana la prevalenza degli uomini che consumano amari per i quali si registra, rispetto alla precedente rilevazione, una diminuzione di 1,3 p.p.

Per entrambi i generi, nel 2017, i valori degli indicatori riguardanti i consumatori fuori pasto sono superiori alla media nazionale, oltre ai consumatori *binge drinker* e i consumatori a rischio per il solo sesso maschile.

Friuli-Venezia Giulia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 in Friuli Venezia Giulia è pari all'81,3% degli uomini, 60,9% delle donne e per queste ultime, il dato si mantiene superiore alla media nazionale. Per entrambi i generi si registrano valori superiori al dato medio italiano della prevalenza dei consumatori di vino, di birra, di aperitivi alcolici e di super alcolici. Nel 2017, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori fuori pasto, e per i soli uomini, anche le prevalenze dei consumatori *binge drinker* e dei consumatori a rischio, sono superiori alla media nazionale. Non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione sia dei valori di prevalenza dei consumatori delle diverse bevande alcoliche che dei comportamenti a rischio considerati.

Emilia Romagna

Nel 2017 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 78,9% tra gli uomini e del 62,8% tra le donne e in quest'ultimo caso il valore è superiore alla media nazionale. La prevalenza dei consumatori di vino per entrambi i generi è superiore al dato medio nazionale, così come la prevalenza delle consumatrici di birra, di aperitivi alcolici e di superalcolici; si registra infine un dato di prevalenza inferiore a quello medio nazionale dei consumatori di amari di sesso maschile.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia, per entrambi i generi, valori superiori alla media nazionale dei consumatori fuori pasto e per il solo genere femminile, delle consumatrici a rischio. Si registra una diminuzione del valore di prevalenza delle consumatrici di amari pari 4 p.p.

ITALIA CENTRALE

Nel 2017 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche registrata nel centro Italia è stata pari al 77,8% tra gli uomini e al 54,7% tra le donne e per queste ultime il valore è superiore a quello registrato al livello nazionale. Le prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche analizzate sono per entrambi i generi in linea con i valori medi registrati a livello italiano fatta eccezione per il vino nelle donne la cui prevalenza è superiore al dato medio nazionale e non si registrano variazioni rispetto al 2016. L'analisi dei comportamenti a rischio mostra per gli uomini valori inferiori alla media italiana dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinkers*, mentre per le donne i valori sono approssimabili a quelli italiani (*vedi Tabella IV. 2-3*).

Toscana

Nel 2017 la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata di 78,1% tra gli uomini e 57,0% tra le donne e per queste ultime il valore risulta superiore a quello medio nazionale. L'analisi delle diverse bevande alcoliche consumate mostra che per entrambi i generi le prevalenze dei consumatori di birra, aperitivi alcolici e super alcolici sono in linea con il dato medio nazionale mentre la prevalenza dei consumatori di amari per entrambi i generi è inferiore alla media e quella delle consumatrici di vino è superiore.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che in Toscana la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari è superiore alla media italiana per entrambe i generi, così come la prevalenza delle consumatrici a rischio per il criterio ISS; risulta invece inferiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori uomini *binge drinker*.

Umbria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è pari a 81,8% tra gli uomini e a 57,8% tra le donne e, in entrambi i casi, i valori sono superiori alla media nazionale. Le prevalenze dei consumatori di vino per entrambi i generi oltre a quella di amari e super alcolici per i soli uomini, sono superiori al valore medio nazionale.

Tutti gli indicatori che si riferiscono alle abitudini di consumo a rischio, sono in linea con il dato medio nazionale, ad eccezione di quello relativo alla prevalenza degli uomini che consumano in modalità eccedentaria abituale (19,1%) e delle donne che consumano bevande fuori pasto (24,1%), che risultano invece più alti.

Marche

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è pari all'82,7% tra gli uomini e al 58,8% tra le donne e, in entrambi i casi, i valori sono superiori alla media nazionale. I valori di prevalenza dei consumatori e delle consumatrici di birra e di aperitivi alcolici soltanto sono in media con il dato nazionale, mentre sono superiori alla media i valori di prevalenza dei consumatori e consumatrici di vino e dei consumatori di super alcolici di sesso maschile; risulta invece inferiore al dato medio la prevalenza delle consumatrici di amari. Per tutte le bevande non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

Tra le donne l'indicatore relativo al consumo abituale eccedentario e delle consumatrici a rischio ISS risultano superiori alla media nazionale ed aumentati di 3,4 e 4,5 p.p.; tra gli uomini risulta superiori al dato medio italiano le prevalenze dei consumatori fuori pasto.

Lazio

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile nel 2017 ed è stata pari al 75,8% tra gli uomini e al 51,6% tra le donne. I valori di prevalenza delle diverse bevande considerate sono tutti in linea con la media nazionale; per i consumatori di vino di sesso maschile (62,3%) il dato rilevato è anche inferiore alla media nazionale.

Tutti gli indicatori di monitoraggio delle abitudini di consumo a rischio sono in linea con il dato medio nazionale sia per gli uomini che per le donne e non si rilevano variazioni significative rispetto al 2016.

ITALIA MERIDIONALE

Nel 2017 nell'Italia meridionale, la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini è pari al 77,9% e in linea con il dato medio nazionale; tra le donne è pari a 47,4% e il valore è inferiore alla media italiana. I valori di prevalenza dei consumatori di vino e aperitivi alcolici sono inferiori al dato medio nazionale per entrambi i generi così come per le sole donne la prevalenza delle consumatrici di birra e super alcolici; risultano invece superiori alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di sesso maschile di birra e di amari e per quest'ultima bevanda il valore risulta essere il più alto delle ripartizioni territoriali analizzate (48,9%). Si registra infine una diminuzione della prevalenza delle consumatrici donne di amari rispetto al 2016 pari a 1,4 p.p.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, i valori degli indicatori relativi ai comportamenti a rischio sono inferiori al dato medio nazionale ad eccezione dei consumatori abituali eccedentari per gli uomini, che risultano approssimabili alla media. Rispetto alla rilevazione del 2016 si registra un incremento delle consumatrici fuori pasto pari a 1,7 p.p. (vedi **Tabella IV.2-3**).

Abruzzo

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è 80,0% per gli uomini e 48,9% per le donne e per queste ultime il valore è inferiore alla media italiana. Per gli uomini, risultano al di sopra del dato medio nazionale la prevalenza dei consumatori di birra e amari mentre risulta più bassa la prevalenza delle consumatrici donne di vino, amari e di super alcolici. Per nessuna bevanda considerata si rilevano variazioni rispetto al precedente anno.

Per entrambi i generi tutti gli indicatori che si riferiscono ai comportamenti a rischio non mostrano differenze statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione e sono in linea con il dato medio nazionale.

Molise

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è pari al 79,8% per gli uomini e 44,1% per le donne e in quest'ultimo caso il valore è inferiore alla media italiana. Analizzando le singole bevande si evince che le prevalenze dei consumatori di sesso maschile di birra ed amari sono superiori alla media nazionale mentre le prevalenze delle consumatrici di vino, birra e super alcolici risultano invece più basse. Per nessuna bevanda considerata si rilevano variazioni rispetto al 2016.

Tra gli uomini i valori di tutti gli indicatori che identificano i comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale e nel caso della prevalenza dei consumatori fuori pasto e dei consumatori in modalità *binge drinking* sono aumentate rispetto al 2016 rispettivamente di 6,4 e 6,8

p.p.; tra le donne tutti gli indicatori sono in linea con il valore medio nazionale, ad eccezione delle consumatrici a rischio ISS il cui valore risulta invece più basso.

Campania

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è inferiore alla media nazionale sia per gli uomini (75,5%) che per le donne (45,6%) e non si registrano variazioni rispetto all'anno precedente. L'analisi delle bevande alcoliche evidenzia che, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino sono inferiori alla media nazionale, così come, per le sole donne, le prevalenze delle consumatrici di birra e super alcolici; per i soli uomini, l'unico valore al di sopra della media nazionale si rileva, per il terzo anno consecutivo, tra i consumatori di amari (45,9%). Rispetto al 2016 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 sebbene si registri un incremento di 4 p.p. delle consumatrici donne di bevande alcoliche fuori pasto rispetto alla rilevazione del 2016.

Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è pari a 81,2% tra gli uomini e 52,3% tra le donne; per i primi il valore risulta superiore a quello medio italiano. Per gli uomini si registrano valori superiori alla media italiana della prevalenza dei consumatori di birra e di amari, mentre per le donne si rileva un valore inferiore alla media della prevalenza delle consumatrici di vino.

Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori lontano dai pasti è inferiore alla media nazionale così come, per i soli uomini la prevalenza dei consumatori *binge drinkers*. Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni significative.

Basilicata

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è pari a 76,0% tra gli uomini e 40,0% tra le donne e in quest'ultimo caso il valore è inferiore alla media nazionale e diminuito rispetto al 2016 di 5 p.p. La prevalenza delle consumatrici di vino, di birra, di amari e di super alcolici risulta inferiore alla media nazionale, mentre tra gli uomini il valore relativo alla prevalenza dei consumatori di amari è più alto della media italiana.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia per le donne valori al di sotto della media nazionale della prevalenza di consumatrici abituali eccedentarie, fuori pasto e a rischio per il criterio ISS; Per nessuno degli indicatori di rischio analizzati si registrano variazioni rispetto al 2016.

Calabria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è pari a 76,9% per gli uomini e 44,2% per le donne e, in quest'ultimo caso, il valore risulta inferiore alla media nazionale. Tra gli uomini, è superiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari mentre, tra le donne, sono inferiori alla media le prevalenze delle consumatrici di vino e super alcolici.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra per le donne valori al di sotto della media nazionale della prevalenza di tutti i comportamenti a rischio considerati. Per tutti gli indicatori di rischio considerati e per entrambi i generi non si rilevano variazioni significative rispetto alla rilevazione del 2016.

ITALIA INSULARE

Nell'Italia insulare la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata nel 2017 pari al 74,0% tra gli uomini e al 44,6% tra le donne e in quest'ultimo caso il valore risulta essere il più basso in assoluto rispetto a quelli rilevati nelle altre ripartizioni territoriali. Per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino (M=58,9%; F=29,3%), sono le più basse rilevate tra tutte le ripartizioni territoriali considerate, così come la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici (39,3%) e di super alcolici (30,9%) per gli uomini; tra le donne si registrano comunque valori inferiori alla media italiana della prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici e super alcolici.

L'analisi delle abitudini di consumo mostra che, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari (M=11,6%; F=3,2%), sono le più basse rilevate tra tutte le ripartizioni territoriali considerate e sono comunque inferiori alla media i valori delle prevalenze dei consumatori fuori pasto e *binge drinking*.

Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2016 e il 2017 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (*vedi Tabella IV.2-3*).

Sicilia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2017 è stata pari al 72,7% tra gli uomini, 44,8% tra le donne e per entrambi i generi non si registrano variazioni rispetto al 2016. I valori di prevalenza dei consumatori di vino, di super alcolici sono inferiori alla media italiana per entrambi i generi, oltre a quelli delle sole consumatrici di amari.

Tutti gli indicatori considerati per il monitoraggio dei comportamenti a rischio presentano valori inferiori alla media nazionale indipendentemente dal sesso, e non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2016 e il 2017 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio.

Sardegna

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è in linea con il dato medio italiano ed è pari al 77,9% degli uomini e al 43,8% delle donne senza differenze significative rispetto allo scorso anno. L'analisi delle diverse bevande consumate mostra che, per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di amari e di super alcolici è inferiore al dato medio nazionale per entrambi i generi oltre a quella delle consumatrici di vino e birra per le sole donne.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che nel 2017 si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei *binge drinkers* per entrambi i generi (M=16,4%; F=5,1%), e dei consumatori a rischio ISS per il solo genere maschile (27,8%); per questi ultimi si rileva inoltre una diminuzione dei consumatori fuori pasto pari a 6,9 p.p. e dei consumatori in modalità *binge drinking* pari a 7 p.p.

7. PROGETTO NAZIONALE ALCOL

Progetto “Valutazione e monitoraggio delle politiche e delle azioni sanitarie e sociali in tema di alcol e problemi alcol correlati”

Introduzione

Il progetto Monitoraggio Alcol voluto dal Ministero si è, quest'anno, focalizzato, su indicazione specifica del Ministero, sul tema Alcol e guida. È stato pertanto richiesto il materiale prodotto dalle Regioni e Province Autonome sul tema. È stata anche effettuata una ricerca del materiale presente in rete relativo all'argomento su esplicito invito di alcune Regioni che non hanno fornito direttamente il materiale. Dove non è stato reperito materiale regionale si è provveduto a raccogliere materiale presente sui siti delle singole ASL. Non è stato utilizzato materiale reperito su siti non istituzionali anche dove citavano esplicitamente documenti ufficiali per descrivere le procedure in essere in specifiche aree territoriali.

La regione Basilicata ha comunicato di non avere linee guida, protocolli o procedure concordate da segnalare.

Nel documento, suddiviso per Regioni e Province Autonome, si è condotta una disamina del materiale relativo alle Commissioni mediche locali, ai Servizi delle dipendenze e alla collaborazione, ove siano presenti documenti in merito, tra le due agenzie.

Abruzzo

La deliberazione della giunta regionale dell'Abruzzo n. 422/2017 approva le linee di indirizzo regionali per il percorso di restituzione dell'idoneità alla guida ai soggetti con patente sospesa per guida in violazione degli articoli 186/186bis/187 del codice della strada con mandato ai direttori generali delle ASL di elaborare protocolli aziendali coerenti. Le linee di indirizzo sono state redatte da un gruppo di lavoro cui hanno contribuito i servizi di Medicina Legale, i Servizi per le Dipendenze SerD e il Servizio della Prevenzione e Tutela Sanitaria regionale.

Nel documento si fa riferimento al piano di prevenzione regionale che sotto il titolo “Guida sicura” prevede il miglioramento del detto percorso attraverso la costituzione di un gruppo regionale per la revisione delle esperienze maturate in altre regioni, la formazione degli operatori, l'aggiornamento delle linee di indirizzo per l'identificazione dei conducenti con uso di alcol a rischio e dei percorsi info-educativi.

Si individua tra i compiti della CML non solo la verifica che il soggetto abbia tutti i requisiti psicofisici di idoneità alla guida richiesti, ma che sia anche in grado di dissociare l'uso di bevande alcoliche dalla guida, ovvero che non abbia problemi alcol correlati e che, quando alla guida, sia sobrio e conscio degli eventuali pericoli che comporta guidare anche rispettando il limite di 0,5. A tale scopo la CML non si limita alla sola revisione disposta dal Prefetto, ma predispone dei controlli successivi nel tempo, ai quali è obbligatorio sottoporsi. Nel caso dei soggetti con problemi alcol correlati la legge prevede la presenza nelle CML dell'alcolologo.

Le linee di indirizzo sono un unico documento che comprende le indicazioni sia per i soggetti con uso di sostanze stupefacenti, sia con uso di bevande alcoliche, differenziando, ove il caso, parametri e procedure.

Tra gli obiettivi espliciti delle linee di indirizzo sono indicati l'applicabilità a livello aziendale, l'integrazione degli aspetti diagnostici con quelli di informazione/formazione del soggetto e dell'integrazione tra la CML e i SerD.

Le linee guida individuano:

- **le categorie di soggetti da inviare al SerD per la valutazione clinica preliminare alla visita in CML:** tasso alcolimetrico $\geq 1\text{g/l}$, lavoro centrato sulla guida, già in carico ai SerD, recidivi, che hanno rifiutato gli accertamenti sull'uso di sostanze, soggetti inviati dalla Prefettura in violazione art. 75 DPR 309/90.
- **Le categorie di soggetti da inviare al SerD per la valutazione clinica in corso di visita CML:** esami di laboratorio di riferimento alterati, segni clinici suggestivi di consumo di sostanze stupefacenti o affetti da patologie correlate, segni clinici di patologie alcol correlate, anamnesi positivi a disturbo da uso di sostanze stupefacenti e/o da bevande alcoliche.

Vengono individuati gli esami di laboratorio cui sottoporre i soggetti, che, nel caso dell'alcol, sono suddivisi in **marker specifici** (etil glucuronato (EtG) e Transferrina Carboidrato-carente (CDT) riportando anche i valori soglia per classificare il soggetto "Astinente o con consumo a basso rischio", "Zona intermedia" o "consumo dannoso ($\geq 60\text{g/die}$ ") e **marker non specifici** (AST, ALT, GGT, MCV, Ammonio).

Vengono individuati i criteri di valutazione per l'attribuzione a classi di rischio e giudizio sull'idoneità:

CLASSI DI RISCHIO

- Classe di rischio 1. Consumo occasionale di bevande alcoliche, senza problemi multidimensionali evidenti (tutti i conducenti che non hanno eseguito visita SerD preliminare alla CML e hanno esami nella norma o che hanno eseguito la visita preliminare SerD da cui risulti diagnosi di consumo occasionale, senza problemi multidimensionali evidenti)
- Classe di rischio 2. Tutte le situazioni non classificabili nella classe 1 o nella classe 3.
- Classe di rischio 3. Disturbo da uso di alcol. Specificare se di grado lieve (2-3 criteri del DSM V), moderato (4-5 criteri) (6 criteri o più), con esclusione delle remissioni protratte complete; presenza di patologie alcol correlate.

GIUDIZIO SULL'IDONEITÀ

Patenti di gruppo 1 (A B)

- Classe di rischio 1. Visita di revisione: idoneo fino a 6 mesi. Prima visita di conferma: idoneo con validità di legge.
- Classe di rischio 2. Visita di revisione: idoneo fino a 6 mesi. Prima visita di conferma: idoneo fino a 12 mesi. Seconda visita di conferma: idoneo con validità di legge, previo controllo su matrice cheratinica.
- Classe di rischio 3. Sospensione o temporanea non idoneità. Di norma valutazione dello specialista delle dipendenze. Sulla base dell'esito degli approfondimenti specialistici la valutazione va modulata nel tempo con prima idoneità fino a 6 mesi qualora le valutazioni dimostrino un reale miglioramento e consapevolezza della situazione. L'ultima visita di conferma prevede comunque il controllo su matrice cheratinica.

Se la positività è riscontrata in uno dei controlli l'iter parte nuovamente dall'inizio.

Patenti di gruppo 2 (C D E K)

- Classe di rischio 1. Visita di revisione: idoneo fino a 6 mesi. Prima visita di conferma: idoneo fino a 6 mesi con validità di legge. Seconda visita di conferma: idoneo fino a 12 mesi. Terza visita di conferma: idoneo con validità di legge, previo controllo su matrice cheratinica.
- Classe di rischio 2 e 3. Sospensione o temporanea non idoneità. Di norma valutazione dello specialista delle dipendenze. Sulla base dell'esito degli approfondimenti specialistici la valutazione va modulata nel tempo con prima idoneità fino a 6 mesi qualora le valutazioni dimostrino un reale miglioramento e consapevolezza della situazione. L'ultima visita di conferma prevede comunque il controllo su matrice cheratinica.

Se la positività è riscontrata in uno dei controlli l'iter parte nuovamente dall'inizio.

PROCEDURA

Viene stabilita la procedura per ognuno dei passaggi. Sono allegati alle linee di indirizzo i facsimili di **tutti moduli** da utilizzare nei diversi passaggi. 1: Impegno all'astensione dal consumo di bevande alcoliche; 2: Autocertificazione relativa ai rapporti con le sostanze psicoattive; 3: Invito alla partecipazione al corso obbligatorio "GUIDA SICURA"; 4: Indicazione per visita tossicologica preliminare alla visita CML; 4 CUP: Indicazione per prenotare visita tossicologica preliminare alla visita CML; 5: Prestampato esami capello art. 187 per CML revisione; 6: Prestampato esami urine art. 187 per CML revisione; 7: Prestampato esami urine art. 186- 186bis per CML revisione; 8: Certificato Specialistico di stato attuale protocollo ALCOL ; 9: Certificato Specialistico di stato attuale protocollo STUPEFACENTI; 10: Prestampato esami capello art. 187 per CML conferma ; 11: Prestampato esami urine art. 187 per CML conferma ; 12: Prestampato esami capello art. 186- 186bis per CML conferma; 13: Prestampato esami urine art. 186- 186bis per CML conferma; 14A: correlazione Diagnosi/classe di rischio; 14S: correlazione Diagnosi/ categoria; 15A: Giudizio Idoneità/Classe rischio ALCOL; 15S: Giudizio idoneità/Categoria STUPEFACENTI; 16: Richiesta relazione conducenti in carico ai SERD idonei; 17: Richiesta visita tossicologica in corso CML.

VISITA REVISIONE PER I SOGGETTI SOTTOPOSTI A VISITA PRELIMINARE AL SERD.

La CML di residenza prescrive la visita specialistica presso il SerD da effettuarsi con uno specialista diverso da quello che aveva in carico il soggetto qualora questo fosse già assistito dal SerD. Al termine della valutazione lo specialista rilascerà certificazione e relativi documenti in busta chiusa da consegnare a cura del conducente alla CML. Prescrive inoltre la partecipazione al corso di informazione/formazione obbligatorio di cui dovrà presentare attestato di partecipazione. La CML acquisisce la documentazione, stabilisce la classe di rischio ed esprime il giudizio sull'idoneità. Nel corso della visita può richiedere, sospendendo la valutazione, ulteriore consulenza specialistica SerD.

VISITA REVISIONE PER I SOGGETTI NON SOTTOPOSTI A VISITA PRELIMINARE AL SERD.

Il soggetto riceve la documentazione da esibire all'atto della visita: esami laboratorio previsti dal protocollo alcol (Prestampato esami urine art. 186- 186bis per CML revisione); Impegno all'astensione dal consumo di bevande alcoliche; Autocertificazione relativa ai rapporti con le sostanze psicoattive; Invito alla partecipazione al corso obbligatorio "GUIDA SICURA". La

Commissione riceve la documentazione e la sottopone allo specialista SerD che partecipa alla commissione e che formula un parere attribuendo la classe di rischio sull'apposito modulo e quindi formula il giudizio di idoneità. Nel caso di idoneità il conducente riceve la documentazione da presentare alla visita successiva.

VISITA CONFERMA

Il conducente consegna la documentazione prodotta dallo specialista del SerD inclusi i referti degli esami tossicologici. Il materiale è sottoposto allo specialista SerD che eventualmente partecipa alla commissione e quindi attribuisce la classe di rischio e formula il giudizio di idoneità. Nel caso di idoneità il conducente riceve la documentazione da presentare alla visita successiva.

Provincia Autonoma Bolzano

È stato reperito in rete il protocollo nell'ambito della provincia di Bolzano tra Tribunale, Procura, ASL, Polizia, Carabinieri, Guardia di finanza, Polizia municipale sugli accertamenti d'urgenza in caso di sospetta violazione degli art. 186 e 187 del Codice della strada. Il protocollo organizza i diversi passaggi, riportando i moduli con cui richiedere gli accertamenti da parte degli organi di Polizia Giudiziari e i criteri interpretativi dei risultati dei test tossicologici.

Campania

DCA 20 del 29 4 2014-1. Atti di indirizzo per la diagnosi di presenza di problemi alcol/droga correlati e/o di alcol-tossicodipendenza in soggetti che richiedono il rilascio/rinnovo della patente di guida alla commissione medica locale.

Documento unico per alcol e sostanze con differenziazione degli aspetti specifici.

Le strutture sanitarie competenti sono individuate nelle UU.OO. Ser.T. ovvero le UO Alcologia ove istituite. Le sedi delle attività diagnostiche corrispondono alle sedi delle relative UU.OO. o ad ambulatori specialistici adeguatamente attrezzati per le specifiche prestazioni.

Per ciascuna UO Ser.T./UO Alcologia **sarà individuata, nell'ambito organizzativo aziendale, un'équipe multidisciplinare, determinata per la specifica attività**, costituita dalle figure professionali di medico, infermiere, psicologo, assistente sociale e che opererà al di fuori del proprio orario di servizio. Al fine di evitare quindi interferenze con le prestazioni ordinarie dei Servizi coinvolti, per l'attività di tale équipe multidisciplinare saranno specificamente individuate fasce orarie e/o locali specifici.

TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI SANITARI

Gli interventi sanitari finalizzati alla valutazione dei problemi alcol/droga correlati e/o alcol-tossicodipendenza e miranti a verificare la sussistenza di ridotta abilità alla guida sotto l'effetto di alcol o sostanze psicotrope, prevedono accertamenti:

A. clinico – diagnostici. Visita medica e counseling psicosociale breve; valutazione tossicologica clinica; valutazione psicodiagnostica con eventuale somministrazione di test specificamente richiesti dalla CML; esami di laboratorio presso la struttura laboratoristica di riferimento aziendale; ciclo d'incontri finalizzati all'informazione e sensibilizzazione su alcol, sostanze stupefacenti e guida con il possibile coinvolgimento di associazioni di volontariato e/o del Privato Sociale e di gruppi di auto mutuo aiuto attivi in tale ambito.

B. tossicologico analitici. Gli accertamenti previsti per la verifica di assenza di problemi alcol/droga correlati e/o alcol/tossicodipendenza vanno eseguiti in un arco temporale non inferiore alle quattro settimane. Al primo incontro presso l'UO Ser.T./UO Alcologia saranno annunciati

minimo n° 3 accessi, non programmati, con intervallo minimo di quindici giorni. È demandata a ogni singola ASL l'individuazione delle modalità organizzative di raccolta dei campioni biologici (c/o le UO Ser.T./UO Alcolologia o direttamente presso i Laboratori di Tossicologia aziendale) nel rispetto delle procedure previste dalla catena di controllo. Il servizio comunicherà all'utente le singole date per la raccolta dei campioni biologici con un anticipo di massimo 48 ore. Per quanti incorrano nelle sanzioni contemplate dall'art. 186 del Codice della Strada sono previsti, nel corso degli accessi al servizio, i seguenti esami di laboratorio per un minimo di due determinazioni: CDT, MCV con emocromo completo, Gamma GT, AST, ALT e, facoltativamente, etilglucuronide urinaria e/o cheratinica (EthGlu) e/o test etilometrico con apparecchiatura omologata ai sensi del Codice della Strada.

La procedura di Servizio si concluderà con la relazione a firma dell'equipe multidisciplinare dell'UU.OO. Ser.T./Alcolologia referente per l'istruttoria da inviare alla CML.

Emilia Romagna

Circolare 10 del 7/11/2017. Aggiornamento alle linee di indirizzo regionali per la rivalutazione di idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebrezza alcolica (art. 186 codice della strada).

Il ruolo della CML deve essere improntato a criteri di particolare precauzione e contemperare aspetti preventivi che talora possono portare all'indicazione di un trattamento. Gli aspetti diagnostici non dovranno essere disgiunti da una adeguata informazione mirata a promuovere nel soggetto una maggiore consapevolezza rispetto alla pericolosità degli effetti del consumo di alcol sulla guida. La CML ha facoltà di avvalersi dell'approfondimento specialistico da effettuarsi a cura dei professionisti individuati nei centri alcolologici aziendali collocati presso i servizi Dipendenze patologiche o i presidi ospedalieri.

L'approfondimento diagnostico è raccomandato nei seguenti casi:

- in presenza o sospetto di presenza di patologie o problematiche alcol correlate;
- ove sia o sia stata evidente una condizione di dipendenza alcolica;
- quando si rilevi la positività di indicatori (es. esami di laboratorio) che riconducano a una possibile presenza di condotte di consumo di alcol a maggiore rischio per la salute e la sicurezza come indicato dal FOMS e dalla letteratura scientifica di riferimento;
- in relazione alla presunta attitudine del soggetto a manifestare condotte a rischio e a reiterare comportamenti che compromettono la vigilanza e la performance di guida;
- per i conducenti con patente superiore alla B;
- in presenza di comorbidità in cui l'utilizzo delle bevande alcoliche rappresenti un ulteriore fattore di rischio per la salute o in cui assuma potenzialità di autocura;
- ove sia stato riscontrato all'atto della violazione un rifiuto all'accertamento oppure un livello di alcolemia significativamente elevato ($> 1,5$ g/l);
- ove sia presente un concomitante uso di altre sostanze psicoattive;
- ove la violazione sia stata concomitante ad incidente stradale;
- ove ci siano state precedenti sospensioni della patente;
- per i neopatentati;
- ove si consideri quale fattore di rischio l'attività lavorativa svolta;
- a seguito di una non idoneità;
- ove sia stata riconosciuta una invalidità civile per disturbi da uso di alcol;

- per i soggetti cui è stata riscontrata in sede di CML una positività al test effettuato con esito > 0,5 g/l sangue.

La circolare regionale n. 1/2010, recependo le raccomandazioni del Piano nazionale alcol e salute del 2007 e gli orientamenti del programma “Guadagnare salute”, (proposto dall'allora Ministero della Salute nel 2007 per favorire l'adozione personale e collettiva di stili di vita a minore impatto per la salute e la sicurezza stradale e al fine di prevenire e ridurre gli incidenti alcol-correlati), introduce a decorrere dal 1° gennaio 2011 per i conducenti con infrazione dell'art. 186 del Codice della strada, l'obbligatorietà di partecipazione ad un **corso infoeducativo di primo livello**. Tale corso di sensibilizzazione è ritenuto parte fondante del percorso di rivalutazione dell'idoneità alla guida richiesto dalla normativa vigente.

Ogni edizione del corso di primo livello, presuppone per la propria realizzazione il possesso dei seguenti requisiti di offerta e di qualità:

- la partecipazione ad una edizione dei corsi è richiesta ad ogni aspirante conducente con violazione dell'art. 186 del C.d.S. accertata e verbalizzata a decorrere dal 1 gennaio 2011, prima che abbia luogo la visita di valutazione dell'idoneità alla guida presso la CML;
- ogni singola edizione dei corsi, della durata di 3—4 ore, è aperta ad un numero massimo di 30 partecipanti;
- è prevista al termine del corso la somministrazione di un test di apprendimento il cui risultato è registrato nell'attestato di partecipazione rilasciato al corsista;
- i corsi sono condotti da docenti in possesso di specifica formazione e abilitazione certificata dall'Azienda sanitaria titolare dell'evento;
- i costi relativi alla gestione dei corsi sono a carico dei corsisti ai quali spetta il pagamento anticipato, secondo le modalità organizzative indicate dalle singole Aziende sanitarie, di una quota di 20,00 € sino al 31 dicembre 2017 e di una quota rivista con decorrenza dal 1 ° gennaio 2018 stabilita dalla Regione con atto specifico e rivalutata secondo gli adeguamenti ISTAT;
- ogni Azienda unità sanitaria locale ha cura di organizzare annualmente, nel territorio di riferimento, un numero adeguato di corsi per permettere a tutti i richiedenti di partecipare a una edizione degli stessi prima che abbia luogo la valutazione dell'idoneità alla guida a cura della CML.

PROGRAMMA DIDATTICO DEI CORSI DI PRIMO LIVELLO PER CONDUCENTI CON VIOLAZIONE ART. 186 E/O 187.

Ogni edizione dei corsi infoeducativi di primo livello, svolta nel territorio regionale, prevede un programma informativo centrato sulle seguenti 10 aree tematiche:

- gli incidenti stradali e le loro cause;
- danni umani, sociali ed economici degli incidenti stradali;
- la complessità della performance di guida;
- i fattori di rischio per la guida;
- alcol: cinetica, effetti sulla guida, come calcolare l'alcolemia;
- alcol, farmaci, sostanze stupefacenti: i rischi per la guida;
- consumo di sostanze psicoattive e attività lavorativa: i rischi e la normativa;
- gli art. 186 e 187 del Codice della strada;
- il percorso di valutazione dell'idoneità alla guida previsto dalla CML;

- raccomandazioni e consigli pratici per prevenire le problematiche correlate al consumo di sostanze psicoattive e per non incorrere nella guida in stato di ebbrezza e/o di alterazione psicofisica.

CORSO INFOEDUCATIVO MOTIVAZIONALE DI SECONDO LIVELLO PER GUIDATORI CON REITERAZIONE DI VIOLAZIONE DELL'ART. 186 DEL CODICE DELLA STRADA.

A decorrere dal 1° gennaio 2018 è introdotta l'obbligatorietà di partecipazione a corsi infoeducativi di secondo livello per i conducenti che presentano reiterazione di infrazione dell'art. 186. I corsi di formazione/educazione sono predisposti almeno semestralmente in ogni Azienda sanitaria; saranno ritenuti parte integrante del percorso di rivalutazione dell'idoneità alla guida e pertanto sarà richiesta la partecipazione ad un corso di secondo livello ad ogni conducente, con almeno un episodio rilevato di reiterazione dopo la prima violazione accertata inerente all'art. 186 del Codice della strada.

Ogni edizione del corso deve possedere i seguenti requisiti di offerta e di qualità:

- la partecipazione ad una edizione del corso di secondo livello è richiesta a ogni conducente con almeno un episodio rilevato di reiterazione seguente la prima violazione accertata inerente all'art. 186 del Codice della strada;
- ogni corso sarà diretto ad un gruppo composto da un numero non superiore a 12 guidatori;
- i corsi saranno condotti da due docenti in possesso di una specifica formazione e abilitazione certificata dall'Azienda sanitaria titolare dell'evento;
- ogni singola edizione dei corsi infoeducativi-motivazionali sarà strutturata in almeno 3 incontri per una durata complessiva compresa tra 9-12 ore;
- sarà prevista al termine del corso la somministrazione di un test di apprendimento e di valutazione di consapevolezza e motivazionale il cui risultato sarà registrato nell'attestato di partecipazione rilasciato al corsista; i costi relativi alla gestione dei corsi saranno a carico dei corsisti ai quali spetterà il pagamento anticipato;
- ogni Azienda unità sanitaria locale avrà cura di organizzare annualmente, nel territorio di riferimento, un numero adeguato di corsi per permettere a tutti i richiedenti di partecipare a una edizione degli stessi prima che abbia termine il percorso di rivalutazione dell'idoneità alla guida a cura della CML;
- in ogni edizione verranno affrontati i seguenti temi: le cause principali favorevoli agli incidenti stradali, la propensione al rischio e la gestione dei tratti predisponenti la guida pericolosa, i fattori di rischio per la salute e per la guida legati al consumo di sostanze psicoattive, la normativa vigente oltre ad aspetti peculiari del rapporto alcol e guida e della prevenzione della reiterazione.

PERCORSO DI RIVALUTAZIONE DELL'IDONEITÀ ALLA GUIDA

La Regione Emilia Romagna ha delineato un programma di intervento che include molteplici componenti riguardanti diverse fasi del percorso di rivalutazione dell'idoneità alla guida gestito dalla CML, che include:

- i corsi infoeducativi di primo livello per chi è alla prima violazione;

- un percorso strutturato intermedio con corsi di secondo livello per conducenti con una seconda violazione accertata, organizzato in più incontri, in un piccolo gruppo con interventi infoeducativi e motivazionali;
- in caso di ulteriori violazioni, l'obbligo di invio del conducente al Centro alcolologico di riferimento territoriale per lo svolgimento di una osservazione approfondita ed un eventuale trattamento.

Nel percorso previsto dalla Regione vi sono dunque 3 livelli di intervento di crescente complessità e intensità:

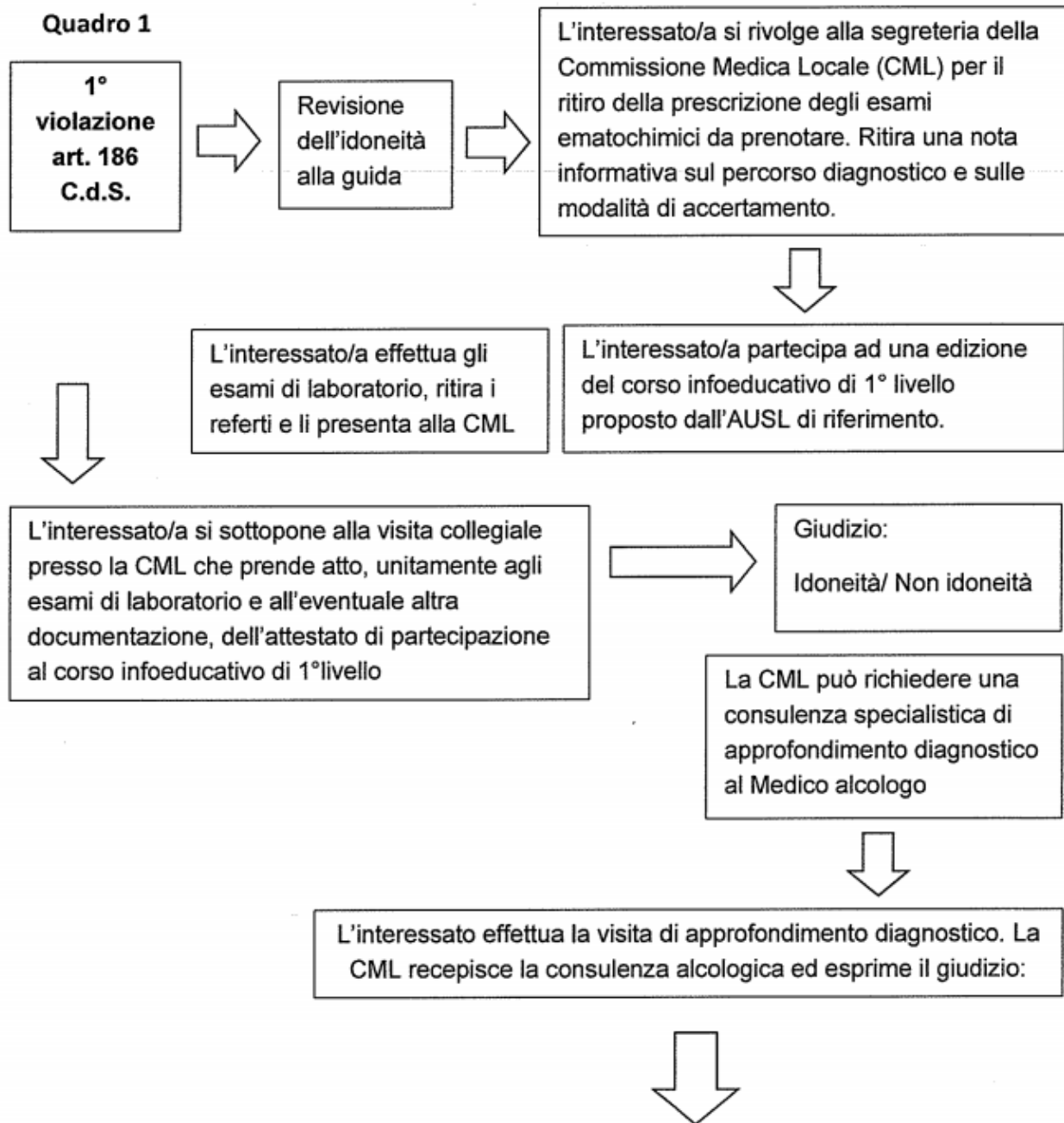
- un soggetto viola art. 186 o 186 bis e partecipa a corso infoeducativo di base di tipo informativo psicoeducativo oltre all'aspetto sanzionatorio e legale;
- se lo stesso soggetto ripete l'infrazione effettua un percorso strutturato di gruppo di secondo livello con approccio informativo educativo, motivazionale associato a elementi di terapia cognitivo comportamentale oltre che di prevenzione della reiterazione incluso l'aspetto sanzionatorio e legale;
- se il soggetto compie più reiterazioni è inviato al Servizio Dipendenze patologiche di riferimento per un intervento di assessment approfondito e di eventuale trattamento;
- per i soggetti con reiterazione, la CML richiede in ogni caso l'approfondimento diagnostico da attuarsi coinvolgendo un medico alcolologo e la partecipazione ad un corso di secondo livello che può permettere ai soggetti che non hanno seguito i corsi di primo livello di ottemperare al preliminare obbligo prescritto.

I Servizi per le Dipendenze patologiche delle Aziende sanitarie oltre a fornire il personale medico per la CML, come previsto dalla legge n. 125/2001, hanno il compito di fornire la consulenza specialistica alla Commissione, nei casi, da questa individuati, che necessitano di un ulteriore approfondimento diagnostico. La consulenza specialistica deve quindi prevedere una visita medica finalizzata alla diagnosi alcolologica personalizzata, allo scopo anche di una possibile presa in carico del soggetto, eventualmente finalizzata al trattamento. La visita medica comprenderà inoltre un'informazione mirata sui problemi alcolcorrelati orientata a favorire la modificazione del comportamento a rischio. Il medico alcolologo, una volta completato il percorso valutativo, redigerà una relazione dettagliata, con allegata scheda clinica, comprensiva della diagnosi e di note e commenti su eventuali patologie alcolcorrelate, sui percorsi terapeutici eventualmente già effettuati o da intraprendere in relazione alla condizione morbosa, nonché sull'attività informativa svolta. La CML, nella sua collegialità, integrata dalla presenza del medico alcolologo, sulla base della relazione formulerà sul candidato il giudizio di idoneità o meno alla guida. Per quanto riguarda i candidati già in carico ai Servizi sarà cura dei medesimi fornire alle CML, su richiesta degli interessati, una certificazione all'interno della quale siano specificati la durata della presa in carico, la compliance al percorso di cura, i trattamenti farmacologici in corso, le problematiche e le patologie eventualmente concomitanti.

Per non pesare eccessivamente sui carichi assistenziali della quotidiana attività dei Servizi, si raccomanda alle Aziende sanitarie il ricorso, ove possibile, ad attività istituzionale a pagamento. Ritenendo necessario prevedere un criterio omogeneo a livello regionale il documento fissa la tariffa comprensiva delle prestazioni indicate: Consulenza medica di approfondimento diagnostico eseguita dai medici alcolologi delle Aziende sanitarie comprensiva di: Raccolta dell'anamnesi, Esame obiettivo, Compilazione della scheda clinica, Valutazione degli accertamenti ematochimici e di

quant'altro richiesto dalla Commissione Medica Locale o autonomamente prodotto dal candidato, Colloquio informativo sui rischi alcol correlati, Valutazione alcologica finale, Certificazione a uso della Commissione Medica Locale. Per i corsi infoeducativi di primo e di secondo livello viene identificata una tariffa ulteriore a carico dei corsisti.

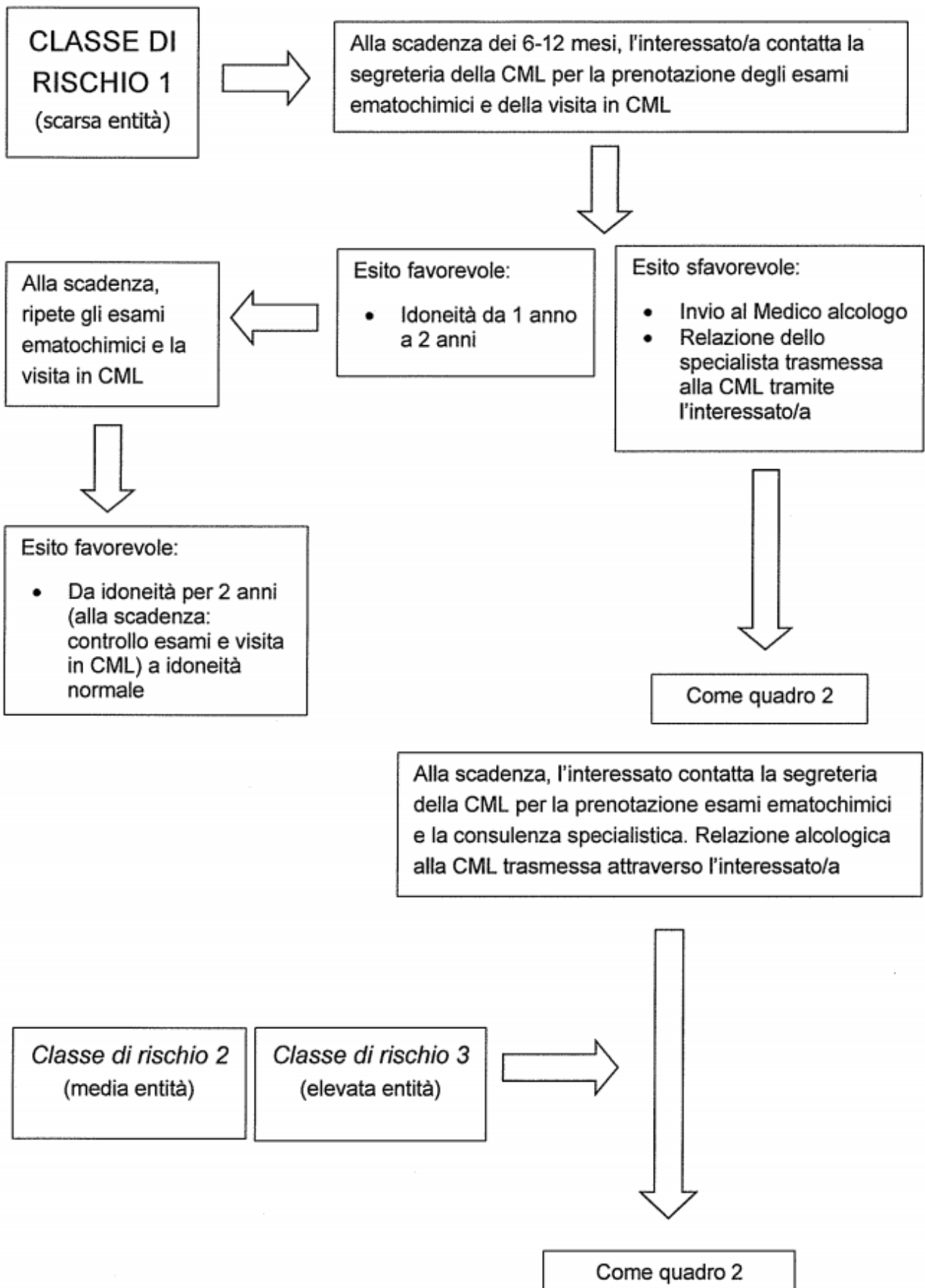
Il documento presenta il percorso cui si deve attenere il conducente secondo le differenti casistiche, riportato negli schemi seguenti.



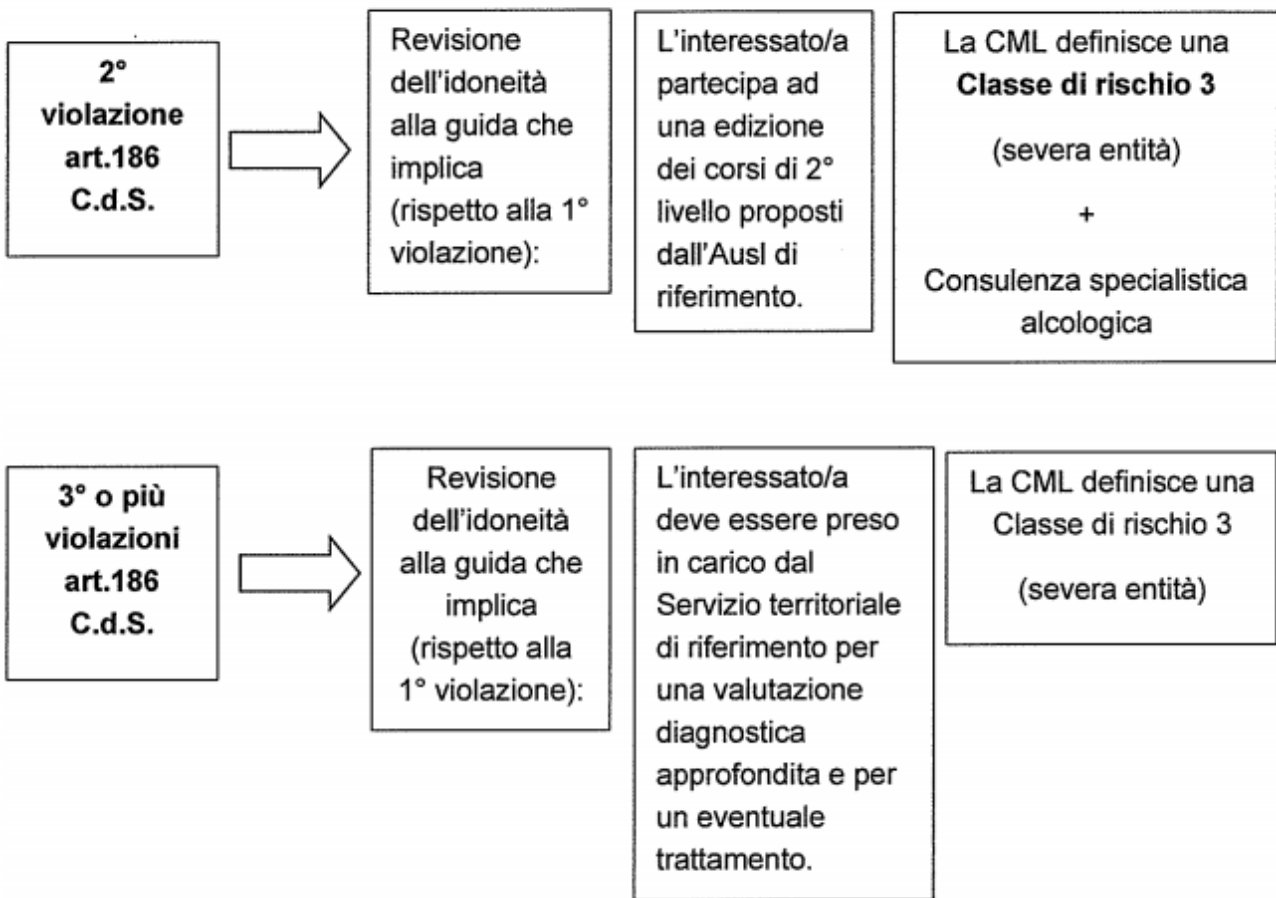
Quadro 2

<p>Classe di rischio 1 (scarsa entità)</p> <p>Idoneità da 6 mesi a 1 anno</p>	<p>Classe di rischio 2 (media entità)</p> <p>Da non idoneità per 3 mesi a idoneità per 3-6 mesi</p>	<p>Classe di rischio 3 (severa entità)</p> <p>Non idoneità per un periodo non inferiore a 3 mesi e se soddisfa alcoldipendenza invio al Servizio alcolologico per trattamento.</p>
--	--	---

Quadro 3



Quadro 4



Il documento presenta la modulistica da utilizzare nei diversi passaggi: la dichiarazione da redigere a cura dell'interessato e da firmare in presenza della CML; scheda clinica a cura del medico alcolologo (approfondimento diagnostico); certificazione del medico alcolologo.

Il documento, in un allegato, esplicita anche i **Criteri di orientamento per la Commissione Medica Locale ai fini dell'individuazione della classe di rischio**, identificando la classificazione ICD 10 come quella di riferimento per classificare il soggetto nelle diverse classi di rischio, secondo lo schema seguente:

- Alcoldipendenza (F 10.2 - ICD 10). Sindrome di dipendenza. Insieme di fenomeni comportamentali, cognitivi e fisiologici che si sviluppano in seguito all'uso ripetuto della sostanza e che includono tipicamente un desiderio intenso di assumere la sostanza, una ridotta capacità di controllarne l'uso, il perseverare rispetto ad altre attività e doveri, lo sviluppo di tolleranza e talvolta uno stato di astinenza fisica. La sindrome di dipendenza può essere presente per una sostanza psicoattiva specifica (ad esempio il tabacco, l'alcol e il diazepam), per una classe di sostanze (ad es. gli oppioidi), oppure per una gamma più ampia di sostanze psicoattive farmacologicamente differenti = classe di rischio 3
- Uso dannoso (F 10.1 - ICD 10). Uso dannoso, compreso il binge drinking. Modalità di uso di sostanza psicoattiva che causa danno alla salute. Il danno può essere somatico oppure mentale (come nel caso di episodi depressivi secondari ad assunzione di grandi quantità di alcol) = classe di rischio 3
- Problemi connessi allo stile di vita (Z 72 - ICD 10) = classe di rischio 2

- Consumo di bevande alcoliche che non rientra nelle condizioni di rischio precedentemente descritte = classe di rischio 1

Si specifica, inoltre, che l'individuazione delle classi di rischio da parte della Commissione medica locale attiene comunque ad un processo valutativo che deve tenere conto di eventuali limitazioni indotte dalla presenza di patologie alcol correlate. Ad esempio un paziente cirrotico con tendenza all'iperammoniemia che manifesti un moderato e limitato consumo di alcol deve essere collocato in una classe di rischio elevata sia perché in tali condizioni l'utilizzo dell'alcol è da escludere, sia per via degli effetti dannosi della patologia sulla performance; di altre condizioni cliniche concomitanti di pertinenza non solo alcolica (es. associazione alcol-diabete, alcol-epilessia, epatiti croniche, gravidanza, trattamenti farmacologici, uso di altre sostanze psicoattive, ecc); o di ogni altro elemento significativo concomitante o attinente (es: livello di alcolemia riscontrato al momento dell'infrazione, gravità dell'incidente, precedenti sospensioni della patente, età, recente conseguimento della patente, categoria della patente, attività lavorativa).

Il documento prevede anche il facsimile dell'informativa sul “protocollo operativo per la valutazione dell'idoneità alla guida nei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica” e l'informativa per il trattamento dei dati da consegnare al paziente”.

Il protocollo prevede anche la raccolta di dati aggregati a cadenza annuale attraverso due schede che descrivono le caratteristiche e l'attività della CML l'una e le caratteristiche degli utenti l'altra.

Friuli Venezia Giulia

Il Friuli Venezia Giulia ha approvato con la DGR-18-novembre-2010-n.2323 le “Linee d'indirizzo della regione Friuli Venezia Giulia per la prevenzione degli incidenti stradali alcolcorrelati”.

Nel documento si sottolinea, insieme ad altri argomenti, l'importanza dello sviluppo di un continuum fra l'azione di controllo e sanzionatoria delle Forze dell'Ordine e l'intervento informativo/motivazionale effettuato dai servizi al fine di diffondere la conoscenza puntuale delle norme previste dal Codice della Strada; la necessità dell'integrazione delle Commissioni mediche locali con specialisti medici dei Servizi Alcolologici, dotati di comprovata esperienza e competenza in materia; l'adeguamento delle procedure attuate dai Dipartimenti delle Dipendenze e dai Servizi di Alcologia alla specificità dell'utenza riferita all'art. 186 attraverso la strutturazione di percorsi motivazionali ed educativi dedicati; la condivisione fra i servizi e standardizzazione dei contenuti dei corsi informativi e motivazionali suggeriti all'utenza riferita all'art.186; lo sviluppo ed applicazione di strumenti e procedure condivisi ed omogenei, atti all'individuazione dei fattori di rischio e di protocolli standard per la valutazione dell'idoneità alla guida da parte delle CML.

Si individua la necessità dell'istituzione di una banca dati unificata per la raccolta dei flussi provenienti dalla CML e dai Dipartimenti (Prevenzione, Dipendenze, Alcologia); della condivisione di un protocollo operativo per la valutazione dell'idoneità alla guida nei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica; del mantenimento del Gruppo di Coordinamento Regionale Alcol, per garantire una continuità di sviluppo e verifica costante degli obiettivi e delle strategie di intervento promossi e di collaborazione con i diversi attori interessati alla specificità della problematica Alcol e Guida (Servizi, CML, Forze dell'Ordine, Motorizzazione, Medici di Medicina Generale).

Venendo alla parte operativa vera e propria si definiscono rispettivamente gli aspetti relativi al ruolo della CML e a quello dei servizi alcolologici aziendali.

COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI (CMLP)

- È integrata da personale medico dei Servizi di Alcologia.
- Il giudizio di idoneità alla guida è formulato secondo tre classi di rischio: lieve, medio ed elevato, che devono essere accertati a partire dalla valutazione generale di una pluralità di indicatori, e, qualora opportuno, dall'invio ai Servizi Alcologici Aziendali per l'approfondimento diagnostico.
- Porre particolare attenzione a quei fattori, anche non di tipo clinico sanitario (la recidiva) che ragionevolmente possono essere intesi come predittivi o concorrenti.
- L'invio ai Servizi Alcologici per l'approfondimento diagnostico è indicato nei seguenti casi: in presenza di patologie o problematiche alcolcorrelate o quando si rilevi la positività di indicatori (es. esami di laboratorio) che riconducano a tali condizioni; in relazione alla presunta attitudine del soggetto a manifestare condotte a rischio e a reiterare comportamenti che compromettano la prestazione alla guida; in presenza di attività che prevedano un utilizzo professionale del mezzo in relazione all'età (sotto i 30 anni) e neopatentati.
- L'operato della commissione è improntato anche all'informazione, all'educazione ed all'eventuale motivazione al trattamento, al fine di un miglioramento dello stato di salute fisica e psichica del soggetto e quindi invita e stimola i soggetti incorsi nella sanzione a partecipare ai programmi informativi previsti dai Servizi di Alcologia Aziendali.
- **Gli indicatori su cui dovrà basarsi la richiesta di approfondimento diagnostico** sono:
 - Livello di alcolemia riscontrato al momento della violazione;
 - Accertamenti ematochimici ed eventuali ulteriori indagini cliniche richieste dalla CMLP o autonomamente prodotte dal candidato;
 - Raccolta delle informazioni anamnestiche (Età, Attività lavorativa, Recente conseguimento della patente e categoria, Precedenti sospensioni e/o violazioni dell'art. 186 CdS, Modalità del consumo alcolico e/o eventuale condizione di dipendenza alcolica, Uso di altre sostanze psicoattive);
 - Esame obiettivo;
 - Valutazione degli aspetti motivazionali, di percezione del rischio ed eventuale ipotesi di compresenza di patologie organiche alcolcorrelate o comorbidità psichiatriche.

IL RUOLO DEI SERVIZI ALCOLOGICI AZIENDALI

I Servizi di Alcologia delle Aziende Sanitarie, nel quadro della loro attività istituzionale e del loro mandato, forniscono a richiesta della CMLP, un approfondimento ed un accertamento clinico, diagnostico, un intervento specialistico o la presa in carico del soggetto. Provvedono inoltre alla realizzazione ed alla conduzione dei moduli informativi/motivazionali previsti per soggetti sottoposti a valutazione da parte della CMLP conseguentemente alla violazione all'art. 186, anche in collaborazione con altri Enti ed Associazioni.

Le azioni dei Servizi devono prevedere:

- Una valutazione finalizzata all'approfondimento del singolo caso (volto a circostanziare i motivi della sanzione, e le modalità di consumo alcolico ed eventuali condizioni di dipendenza o di abuso) ed all'eventuale presa in carico del soggetto ai fini del trattamento.
- Un percorso informativo/motivazionale dedicato, previsto per i soggetti inviati alla CMLP per guida in stato di ebbrezza alcolica, omogeneo nei singoli servizi per numero di incontri e contenuti presentati, orientato alla sensibilizzazione rispetto al pericolo ed alle conseguenze

dell'abuso alcolico, alla guida e non, alla modificazione dei comportamenti a rischio, ed alla eventuale presa in carico ove necessario.

- La stesura, secondo un modello standardizzato, di una relazione da sottoporre all'attenzione della CMLP che contenga:
 - Informazioni sul percorso effettuato dal soggetto giunto alla valutazione
 - Attestato di partecipazione all'attività informativa svolta, con eventuali osservazioni
 - Indicazioni relative ad eventuali problemi e patologie alcolcorrelate che ne suggeriscano la presa in carico da parte dei servizi ai fini del trattamento.

Al fine di poter garantire una maggiore uniformità nelle prassi operative per il conseguimento dell'idoneità alla guida, nei casi di violazione all'art. 186, si propone la standardizzazione fra i servizi regionali preposti, dei contenuti informativi minimi offerti nei **corsi informativo/motivazionali**. I corsi, della durata di non meno di sei ore, dovranno prevedere i seguenti contenuti informativi:

- Introduzione al tema dell'alcol
- Danni fisici e psichici da alcol
- Alcol: legislazione e guida. Norme procedurali e conseguenze giuridiche nei casi di violazione degli artt. 186 e 187
- I requisiti psico-fisici per una guida sicura
- Alcol e guida: aspetti informativi sulle possibili conseguenze degli incidenti alcolcorrelati (es. dinamiche dell'impatto, presentazione di immagini da 'crash test')
- Alcol: danni sociali e problemi relazionali. Le risorse sul territorio.
- Somministrazione del questionario di valutazione

Liguria

La Regione Liguria con delibera 321 del 19 dicembre 2018 ha deliberato il Protocollo regionale utilizzato nei casi di revisione o conferma della idoneità alla guida dopo episodio di guida in stato di ebbrezza alcolica o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti e/o psicotrope in soggetti con anamnesi positiva per dipendenza da alcol o da sostanze stupefacenti.

Qui di seguito verrà trattata unicamente la parte del protocollo relativa alla violazione dell'art 186.

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO ALCOL (violazione art. 186 del C.d.S.)

La Commissione Medica Locale richiede la seguente consulenza specialistica e i seguenti esami diagnostici:

- visita alcolologica (a discrezione della Commissione Medica Locale)
- prelievo ematico per dosaggio Transferrina Carboidrato Carente (CDT)
- Dosaggio ETG su matrice cheratinica (lunghezza minima del capello/annesso pilifero, escluso pelo ascellare e pubico, 3 cm)

La raccolta dei campioni biologici deve essere effettuata presso i Centri Prelievi ASL, presso gli Ambulatori Ser.T. o presso Strutture accreditate e certificate indicate dalla Commissione Medica Locale prescrittrice. In tutti i casi deve essere garantita la catena di custodia dei campioni.

In occasione della visita alcolologica, se richiesta, il soggetto deve dichiarare sotto la propria responsabilità (art. 46 DPR 445 del 2000) se fa o ha fatto uso di sostanze stupefacenti e se è o è stato seguito da un Centro Specialistico in relazione a problemi di alcoldipendenza e/o di tossicodipendenza. In caso affermativo, l'interessato deve richiedere certificazione clinica al Centro Specialistico di riferimento, certificazione che deve essere presentata in occasione della visita presso la Commissione Medica Locale. I soggetti che si rivolgono a CML di provincia diversa da

quella di residenza, devono presentare una certificazione, rilasciata dal Ser.T. di competenza territoriale, in cui venga escluso un trattamento in atto o pregresso. Se il soggetto è incorso in violazione dell'art. 186 ed è anche seguito dal Ser.T. per problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti, deve effettuare gli accertamenti relativi al protocollo previsto per la violazione dell'Art. 186 e deve presentare una relazione dettagliata del percorso terapeutico stilata dal Ser.T. di competenza (visita unica, alcolologica e tossicologica). L'aderenza al trattamento terapeutico deve essere valutata sulla base di controlli tossicologici su matrice cheratinica effettuati con cadenza regolare. In questo, caso il soggetto dovrà essere valutato dalla CML anche successivamente alla conclusione dei controlli, relativi alla violazione dell'Art. 186, sempre e solo sulla scorta della certificazione specialistica (Tossicologica) del Ser.T. di competenza, fino al raggiungimento della diagnosi di dipendenza in remissione protratta completa. Tali controlli avranno al massimo cadenza annuale, salvo diversa valutazione della CML.

Se è presente una terapia psicofarmacologica e questa è stata prescritta da uno Specialista del Ser.T. la certificazione di aderenza ed efficacia della terapia deve essere fatta da quest'ultimo. In caso contrario (soggetto seguito dalla Salute Mentale, da Psichiatra privato o con terapia prescritta dal Medico di Medicina Generale) la CML richiede la Visita Psichiatrica che deve essere effettuata presso struttura specialistica pubblica di Salute Mentale (ospedaliera o territoriale).

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO ALCOL per revisione richiesta dalla Motorizzazione Civile per esclusione patologia alcol-correlata. Soggetto inviato dalla Motorizzazione Civile alla C.M.L. per valutazione idoneità alla guida a seguito di: Esenzione per patologia, Invalidità civile, Trapianto per epatopatia alcol correlata, Segnalazioni Prefettura, Forze dell'Ordine. Durata idoneità su giudizio della CML.

In questo caso il soggetto non è stato fermato per guida in stato d'ebbrezza, ma viene inviato dalla Motorizzazione Civile a revisione dell'idoneità alla guida presso la Commissione Medica Locale a seguito di: Presenza di esenzione per patologia (O14 ALCOL); Presenza di Invalidità Civile anche per patologia alcol correlata; Soggetto trapiantato per epatopatia alcol correlata; Segnalazioni Prefettura, Forze dell'Ordine, ecc. La Commissione richiede la seguente consulenza specialistica ed i seguenti esami diagnostici, previa identificazione del paziente: visita alcolologica (a discrezione della Commissione Medica Locale); prelievo ematico per dosaggio Transferrina Carboidrato carente (CDT); Dosaggio ETG su matrice cheratinica (lunghezza minima del capello/annesso pilifero, escluso pelo ascellare e pubico, 3 cm). La raccolta dei campioni biologici deve essere effettuata presso i Centri Prelievi ASL, presso gli Ambulatori Ser.T. o presso Strutture accreditate e certificate indicate dalla Commissione Medica Locale prescrittrice. In tutti i casi deve essere garantita la catena di custodia dei campioni.

In occasione della visita alcolologica, se richiesta, devono essere approfonditi i dati anamnestici relativi al problema alcol correlato e il soggetto deve dichiarare sotto la propria responsabilità (art. 46 DPR 445 del 2000) se è stato o è seguito da Servizi specialistici (Ser.T., Centro Specialistico di Alcologia). in tal caso l'interessato deve richiedere certificazione clinica al Centro Specialistico di riferimento, certificazione che dovrà essere presentata in occasione della visita presso la Commissione Medica Locale.

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO ALCOL per revisione/conferma richiesta in quanto il soggetto ha una diagnosi di problema alcol-correlato ed è in cura presso un Servizio Specialistico - Ser.T. e/o Centro - Specialistico di Alcologia - in trattamento sia farmacologico sia non farmacologico. Durata idoneità su giudizio della CML

Soggetto con Problemi Alcol Correlati seguito dal SerT o da Centro Specialistico di Alcologia con terapia farmacologica (Disulfiram, Acamprosato, Sodio Oxibato, etc.) o non farmacologica (psicoterapia). Anche in questo caso il soggetto non è stato fermato per guida in stato d'ebbrezza, ma deve sottoporsi a revisione dell'idoneità alla guida a causa della patologia alcol correlata.

La Commissione richiede la seguente consulenza specialistica ed i seguenti esami diagnostici: visita alcolologica (da effettuarsi presso il Ser.T. o il Centro Specialistico di Alcologia di riferimento). In occasione della visita alcolologica deve essere effettuata e certificata una accurata valutazione del percorso terapeutico da parte del Medico del Ser.T. o del Centro Specialistico che segue il paziente. Deve essere specificata la durata della sobrietà, come è stata valutata nel tempo (ETG su matrice cheratinica a cadenza regolare con dosaggio contestuale della Transferrina Carboidrato Carente) e l'aderenza alla terapia farmacologica, se presente. Se è presente una terapia psicofarmacologica e questa è stata prescritta da uno Specialista del Ser.T. la certificazione di aderenza ed efficacia della terapia deve essere fatta da quest'ultimo. In caso contrario (soggetto seguito dalla Salute Mentale, da Psichiatra privato o con terapia prescritta dal Medico di Medicina Generale) la CML richiede la Visita Psichiatrica che deve essere effettuata presso struttura specialistica pubblica di Salute Mentale (ospedaliera o territoriale).

Marche

Nell'area vasta 2 delle Marche dal giugno 2005, su decisione della CML, la valutazione dell'idoneità alla guida a seguito della sospensione della patente, per violazione dell'art.186 o 186 bis del Codice della Strada, viene effettuata dalla Medicina legale. Attualmente il Centro di Alcologia Clinica rilascia solo certificazione, su richiesta dell'interessato, dei pazienti in carico al Servizio che devono sottoporsi alla CML, specificando diagnosi e terapia psicofarmacologica in atto.

Nell'area vasta 4 delle Marche dal 2004. Un Dirigente Medico di questo STDP è da allora membro della CMLP per i problemi alcol-correlati. In questi 15 anni di attività sono stati valutati circa n°8.520 automobilisti inviati alla CMLP per infrazione all'art 186 C.D.S, con una media di n° 608 utenti/anno.

Per la valutazione dei requisiti psicofisici necessari all'idoneità alla guida tutte le persone vengono sottoposte ad un colloquio/visita specialistica con il Medico. Tale valutazione è propedeutica alla successiva esecuzione di 2 o 3 esami ematologici per la ricerca dei principali parametri alcol sensibili (nello specifico: emocromo, transaminasi, gamma-GT e CDT) richiesti sulla base delle seguenti variabili:

- tipo di patente,
- prima infrazione o recidiva,
- alcolemia rilevata al momento dell'infrazione.

Successivamente, dopo la valutazione dei risultati delle analisi, in caso di negatività, la CMLP rilascia un certificato di idoneità alla guida di durata dipendente dalle suddette variabili, di modo che l'utente venga sottoposto altre 2 o 3 volte a tutta la procedura oppure ogni 2 anni per sempre in caso di patenti superiori alla B.

Piemonte

La definizione di protocolli o procedure per gli accertamenti in tema di alcol e guida è demandata alle singole ASSL

ASL BI

In collaborazione con UEPE di Biella e di Vercelli e la Questura di Biella/Carabinieri è organizzato un **corso** rivolto a soggetti adulti che sono sottoposti alla messa alla prova, per violazione dell'articolo 186 del codice della strada. L'obiettivo è quello di informare e sensibilizzare le persone inviate dallo UEPE di Vercelli e Biella, che hanno sottoscritto un programma di trattamento e prevede la partecipazione ad incontri strutturati di sensibilizzazione sul tema alcol e guida. Nel corso dell'anno sono previste più edizioni con incontri a tema: alcol e salute, alcol e guida, aspetti legislativi e legali su alcol e guida, aspetti culturali e sociali legati all'uso di alcol.

ASL Città di Torino

Gli **incontri Alcol e Guida** “No alcol si guida!” sono stati attivati nell'anno 2015 e si rivolgono a pazienti inviati presso il Servizio Alcolologia dalla commissione medica patenti in seguito a sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza. Tale intervento può definirsi sia come contributo per la prevenzione degli incidenti stradali con il succitato target e nello stesso tempo come momento integrativo a un eventuale percorso terapeutico. L'obiettivo di questi incontri è quello di contribuire ad aumentare il livello di consapevolezza degli effetti indesiderati dell'alcol, in particolare riguardo alle alterazioni delle abilità di guida.

Si tratta di due incontri della durata di un'ora e trenta, durante i quali si offrono elementi sia informativi che di riflessione sui rischi connessi al consumo e abuso di alcolici con particolare riferimento alla guida di veicoli. Viene utilizzata una modalità di confronto interattivo, attraverso slide, video, brainstorming, esempi pratici (es. calcolo alcolemia). Nel primo incontro, si presentano alcuni dati statistici su incidenti stradali, si affronta il concetto di alcolemia, compreso il calcolo del tasso alcolemico, e ci si confronta sulle principali norme del codice stradale. Nel secondo incontro, si forniscono alcuni spunti informativi e di riflessione sugli stili del bere maggiormente diffusi, così conducendo i partecipanti a pensare e comunicare i propri stili del bere e, tra questi, quelli più rischiosi per la propria e altrui incolumità e salute, per poi concludere con l'individuazione di strategie preventive.

A tali incontri, in base all'andamento degli stessi e all'interesse dei soggetti coinvolti, al fine di ulteriori approfondimenti tematici, può eventualmente seguire un terzo incontro.

ASL CN1

Gli interventi vengono realizzati sotto forma di **incontri di gruppo** su tutto il territorio del Dipartimento per quegli utenti segnalati dalla Commissione Locale Patenti per guida in stato di ebbrezza che non mostrino ancora una compromissione nell'uso di alcol tale da richiedere una presa in carico terapeutica. Consta di interventi di tipo informativo-formativo, educativo, di promozione della salute e prevenzione delle situazioni di rischio di “incidenti sulla strada”, causati in particolare dagli effetti dell'alcol nei conducenti di veicoli a motore.

Il programma consiste in 3 incontri della durata di circa 2 ore che vertono sui seguenti argomenti: aspetti sanitari del consumo alcolico, legislazione in materia di alcol e guida, prevenzione dell'incidentalità stradale; al termine dei 3 incontri viene rilasciato un attestato di partecipazione.

Il pacchetto informativo viene effettuato circa ogni 40 giorni alternando le sedi nell'ambito del territorio dell'ASLCN1.

L'invio viene consigliato dai medici del SERD, che fanno parte integrante della Commissione medica locale, sulla base di criteri predefiniti. Le situazioni ritenute a maggior rischio durante la visita del medico alcolologo vengono inviate ai Servizi per un percorso di approfondimento e valutazione.

ASL CN2

È attivo un protocollo relativo alla **partecipazione del consulente alcolologo Ser.D. presso la Commissione Medico Locale** per la valutazione dell' idoneità alla guida relativa alle persone che hanno violato l'articolo 186 del codice della strada. In quella sede viene effettuato il **counseling individuale ai pazienti con profilo di rischio più elevato**.

ASL NO

Collaborazione stabile, da molti anni, con la Commissione Medica Locale di Novara, per l'effettuazione di un **'counseling breve'** ("Brief Intervention") a **tutti** i soggetti che afferiscono alla Commissione stessa ai fini della revisione della patente, per guida in stato di ebbrezza; il counseling viene effettuato da un medico del Servizio di Alcologia [Dipartimento Patologia delle Dipendenze), che partecipa a tutte le sedute della Commissione. I soggetti che nel corso della visita evidenziano aspetti/elementi problematici (segnalazioni ripetute per guida in stato di ebbrezza, positività dell'esame dei capelli per il dosaggio di EtG, comportamenti incongrui — come l'assunzione di alcolici — in occasione della visita, valori alcolemici particolarmente elevati riscontrati alla guida, ecc.) vengono inviati in osservazione dalla Commissione Medica Locale, ai fini di un approfondimento diagnostico e un eventuale trattamento, al Servizio di Alcologia del Dipartimento Patologia delle Dipendenze.

ASL TO3

Il dipartimento delle Dipendenze ha elaborato la "Procedura alcol e patente" che descrive il **percorso dei pazienti inviati agli ambulatori Ser.T.** del Dipartimento "Patologia delle Dipendenze" dalle CMPP (Commissioni Mediche Provinciali Patenti).

Gli obiettivi della procedura sono: offrire alle persone coinvolte nelle infrazioni dell'art. 186 del CdS la possibilità di una sensibilizzazione sul tema dei PAC così da ridurre eventuali recidive nella stessa infrazione; tutelare la comunità nei confronti di rischi da incidenti stradali legati a una guida pericolosa di persone in stato di intossicazione alcolica; associare ad un approccio essenzialmente "organicista" (accertamenti ematochimici ed esami strumentali) di per sé non esaustivo (a causa della bassa specificità dei parametri usualmente considerati) un intervento psico-educativo che permetta di affrontare la problematica nel modo più adeguato, prendendo in considerazione lo stile di vita e la sua correlazione con il consumo di alcol e finalizzato a ottenere una effettiva modificazione dei comportamenti; avviare al trattamento le persone e le famiglie che necessitano di una presa in carico.

Il **percorso di accoglienza multidisciplinare** prevede: la valutazione medica che include la visita medica, lo screening ematologico (Emocromo, transaminasi, Gamma GT, Trigliceridi, Colesterolo totale, F.A., CDT altro), ed eventuali esami strumentali. Per la prima valutazione clinica ci si può avvalere degli esami già in possesso del paziente, eseguiti su prescrizione della CMP (NB gli esami ematologici eseguiti c/o il Ser.T. hanno un valore puramente clinico. Attualmente, per la valutazione a fini medico legali, sono le CMP che prescrivono gli esami ematologici effettuati a carico degli interessati); la valutazione psicologica; il counseling motivazionale.

Al percorso di accoglienza fanno seguito i **percorsi trattamentali** differenziati:

1. Percorso psico-educazionale (sensibilizzazione e prevenzione del comportamento a rischio) rivolto a persone con esami di laboratorio nella norma/alterati con evidenti problemi di binge-drinking (consumi occasionali particolarmente rischiosi). Prevede la partecipazione al corso/incontri di informazione/educazionali; un periodo di osservazione di minimo 1 mese (richiesta astinenza più controlli con etilometro almeno bisettimanali); l'approfondimento psico-sociale.
2. Percorso trattamento (presa in carico e trattamento c/o ambulatori di alcolologia) rivolto a persone con esami alterati, storia di consumi elevati e costanti, stato di alcoldipendenza.

Al termine del percorso viene rilasciata, su richiesta dell'interessato, una relazione sull'andamento del programma svolto, nella quale il soggetto è **collocato in una delle tre classi seguenti**:

- a) Percorso psico-educazionale (sensibilizzazione e prevenzione del comportamento a rischio): persone con esami di laboratorio nella norma/alterati con evidenti problemi di binge-drinking (consumi occasionali particolarmente rischiosi).
- b) presenza di segni/ sintomi di possibile attuale elevato consumo alcolico
- c) presenza di segni/ sintomi di attuale elevato consumo alcolico

È stata creata una "SCHEDE DI INVIO PER PERCORSO ALCOLOGICO AL SERT" da parte della Commissione Patenti.

ASL TO5

Percorso Guida Sicura. Il percorso è rivolto agli utenti inviati dalle commissioni mediche patenti e si avvia su richiesta dell'utente al fine di certificare l'astinenza da sostanze alcoliche. Per tale motivo si lavora con l'obiettivo di promuovere la consapevolezza verso le abitudini alcoliche e i rischi legati alla guida. Gli obiettivi sono: trasmettere informazioni chiare e mirate sul tema alcolemia e capacità di guida, codice della strada (Articolo 186) e sanzioni connesse; approfondire la conoscenza degli utenti, al fine di acquisire ulteriori elementi utili alla valutazione stato di rischio dei problemi alcol-correlati; promuovere un aumento della consapevolezza ed un cambiamento nei comportamenti in modo efficace; prevenire "recidive" dei comportamenti a rischio legati all'uso dell'alcol, abbinato alla guida di veicoli a motore.

ASL VC

Per quanto riguarda il rilascio/rinnovo di "patenti speciali" per soggetti segnalati per art. 186-187 CdS la **Commissione viene integrata da un esperto in patologie alcool-correlate** nella figura del Direttore del Ser.D. o suo delegato.

ASL VCO

Collaborazione stabile con la Commissione Locale Patenti dell'ASL VCO, ove viene offerto a **tutti gli utenti** che vi si rivolgono per violazione dell'art. 186 un **counseling brevissimo** sul tema degli effetti dell'alcol alla guida. I soggetti che durante il colloquio evidenziano aspetti problematici (fermi ripetuti per guida in stato di ebbrezza, positività dell'esame del capello all'Etg, ecc.) vengono inviati al servizio alcologico del Ser.D.

Sardegna

La definizione di protocolli o procedure per gli accertamenti in tema di alcol e guida è demandata alle singole ASSL.

ASSL Nuoro

L'ASSL di Nuoro ha elaborato un documento che definisce nel dettaglio **l'intervento del Ser.D.** con il soggetto inviato dalla CML a discrezione della stessa. La CML invia il conducente con "Richiesta di consulenza specialistica", indirizzata al Ser.D., nella quale si chiede di sottoporre l'utente in oggetto ad accertamenti diagnostici per valutare lo stato di dipendenza attuale da alcool. Il documento tratta congiuntamente la casistica relativa agli articoli 186 e 187 senza, apparentemente, differenziare i percorsi.

La valutazione dello stato di dipendenza da parte dell'équipe medico-psico-socio-educativa del Ser.D. prevede:

1. Colloquio di accoglienza con l'Assistente Sociale e/o l'Educatore Professionale.
2. Colloquio clinico con il medico.
3. Accertamenti clinici per uso di:
 - a) sostanze alcoliche: prelievo ematico per emocromo, sideremia, ferritina, ALT,AST, gamma GT, elettroforesi prot. plasm., CDT (transferrina desialata), alcoltest.
 - b) ricerca dei cataboliti urinari per oppiacei; cocaina; cannabinoidi, Metadone, Buprenorfina, benzodiazepine e/o eventuali altre sostanze.
4. Colloquio con lo psicologo e somministrazione di test (Cage, Audit, MAC 2 R, MAC 2 A).
5. Corso informativo educativo "Alcol e guida".

Sono quindi descritti gli elementi costitutivi di ogni passaggio.

1. Colloquio di accoglienza e informativo con l'Assistente Sociale e/o l'Educatore Professionale che consiste in:

- acquisizione della richiesta della CML,
- raccolta dei dati anagrafici,
- indagine sull'area socio familiare e lavorativa,
- eventuali problemi giudiziari e uso di sostanze stupefacenti e/o alcoliche,
- circostanza del ritiro della patente
- si forniscono informazioni sul percorso che dovrà effettuare al Servizio e si compilerà la modulistica che dovrà essere firmata per accettazione.

2. Colloquio con il Medico

- colloquio clinico e anamnesi tossicologica
- prescrizione accertamenti clinici
- si concorda la programmazione calendarizzata delle verifiche alcolemiche con l'etilometro (uno alla settimana) e dei prelievi biologici
- prescrizione esami di laboratorio
- Valutazione degli esami effettuati
- eventuale test di conferma (in caso di positività)

3. L'infermiere attua gli accertamenti tossicologici:

- per uso di Alcool che consistono in: n° 1 prelievo ematico per determinazione sul sangue di: Transaminasi, emocromo, sideremia, ferritina, ALT,AST, gamma GT, elettroforesi prot. Plasm., CDT (transferrina desialata), n° 4 alcoltest

- per uso di sostanze stupefacenti che consistono in: n° 4 prelievi di liquido biologico per la ricerca su urine dei cataboliti di sostanze stupefacenti (Anfetamine, Barbiturici, Benzodiazepine, Cannabinoidi, Cocaina, Metadone, Oppiacei, MDMA)

Qualora l'interessato non si presenti ai controlli tossicologici nei giorni programmati, dovrà riiniziare i controlli alcol/tossicologici.

4. Colloquio con lo Psicologo

- colloquio psicologico e anamnesi
- somministrazione e valutazione test psicodiagnostici (Cage, Audit, MAC2-R, MAC2-A)

5. Corso informativo sui rischi da uso di sostanza alla guida

Durante la fase di valutazione diagnostica viene proposto ad ogni utente il corso educativo e formativo "ALCOL E GUIDA" finalizzato a sensibilizzare i guidatori a una presa di responsabilità sulle conseguenze dell'abuso dell'alcol durante la guida. La partecipazione al corso formativo della durata di 2,30 ore, è rivolta ad un gruppo di 6/7 utenti per incontro, a cadenza mensile. Il corso è condotto da un medico che illustra gli aspetti clinici del danno dell'uso dell'alcol sull'intero organismo, da un assistente sociale e da un educatore professionale che trattano gli aspetti legali con l'ausilio di slide specifiche e materiale illustrativo. Si attiva così uno scambio interattivo di gruppo sulle varie esperienze personali, aspetto che dà al corso un significato non solo informativo, ma anche di riflessione e di messa in discussione di stili di vita a rischio. La frequenza al corso, "Alcol e guida", viene segnalata nella certificazione di idoneità rilasciata all'utente a fine programma e consegnata alla Commissione Medico Locale. Alla conclusione del corso si consegna a ogni partecipante un opuscolo "Guida Sicuro" e un attestato di partecipazione.

Alla conclusione dell'iter diagnostico, l'équipe valuterà, a seconda delle esigenze che potrebbero emergere durante il percorso, la necessità di svolgere ulteriori colloqui di valutazione e accertamenti clinici.

A conclusione del percorso, il Ser.D. rilascia all'utente la certificazione specialistica in busta chiusa, da consegnare alla CML.

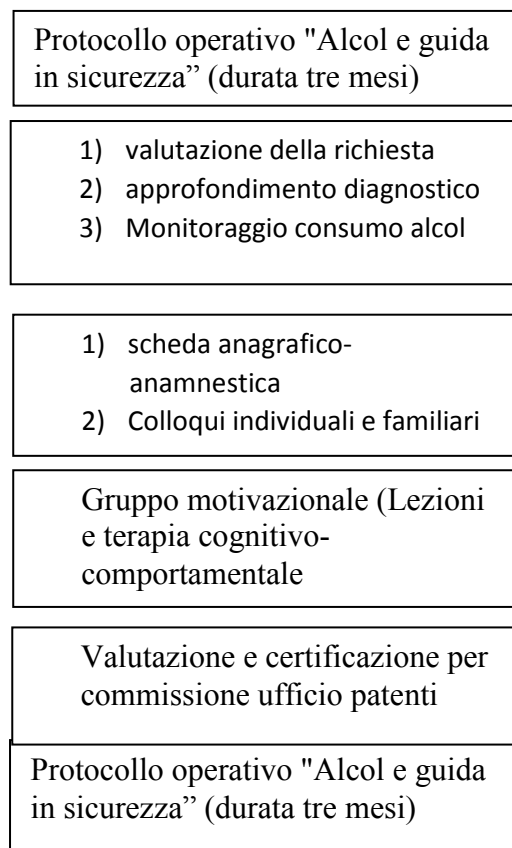
Tutte le prestazioni inserite in questa procedura, poiché non comprese nei LEA, saranno erogate previa acquisizione di copia del pagamento, a totale carico del paziente. Sono esenti dal pagamento: il colloquio di accoglienza e il corso informativo - educativo.

ASSL Cagliari

Ha provveduto a istituire un protocollo operativo, interno al Ser.D. "Alcol e guida in sicurezza", **spesso propedeutico o talora consecutivo all'esame da parte della Commissione Medica Patenti**. Prevede la valutazione della richiesta da parte di un'équipe dedicata e multidisciplinare che effettua un **approfondimento diagnostico** utilizzando strumenti di screening come il CAGE, l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), l'AUDIT C (versione ridotta) e il MAST. A supporto della diagnosi si utilizza il biomarcatore di consumo acuto Etilglucuronato ETC, e biomarcatori di consumo cronico: Gammaglutamil trasferasi (G-GT), Aspartato-aminotrasferasi (AST), Alanino-aminotrasferasi (ALT), Volume corpuscolare medio degli eritrociti (MCV), Transferrina carboidrato carente (CDT). Al termine di questa prima analisi il personale infermieristico completa una scheda anagrafico-anamnestiche e il conducente viene inserito in un "gruppo motivazionale" per lo sviluppo di nuove conoscenze e consapevolezza dei comportamenti disfunzionali in tema di alcol e guida sicura, della durata di 3 mesi. In questo arco di tempo l'utente, unitamente ad un suo familiare, partecipa a **lezioni informative** sui seguenti argomenti: concetto di

unità alcolica; disturbi da abuso e dipendenza da alcol e sostanze; responsabilità civile, penale e legge sull'omicidio stradale; danni fisici e psichici indotti dall'alcol; alcol e comportamento violento; sindrome feto alcolica; comorbidità tra alcol e disturbi psichiatrici. Tali incontri di gruppo hanno una cadenza settimanale della durata di 3 ore ciascuno: a una prima fase informativa fa seguito quella a orientamento cognitivo-comportamentale, mirante ad avviare e sostenere il cambiamento. Solo in seguito a tale iter procedurale verrà rilasciata una certificazione di assenza o di presenza del Disturbo da Uso di alcol in remissione iniziale. In quest'ultimo caso l'utente e il familiare verranno inseriti nel programma terapeutico-riabilitativo previsto dal Centro per il raggiungimento della remissione completa.

Lo schema del percorso è il seguente:



Toscana

La Toscana con Deliberazione 3 settembre 2007, n. 624 definisce le Linee di indirizzo alle commissioni mediche locali e alle Aziende USL toscane per la valutazione dell'idoneità alla guida per violazione dell'Art. 186 Nuovo Codice della Strada al fine di assicurare e rendere omogenei in ambito regionale: gli accertamenti finalizzati alla revisione delle capacità fisiche e psichiche per la guida di autoveicoli in casi di violazione dell'art. 186 del Nuovo Codice della Strada; il supporto specialistico alcolologico alle Commissioni Mediche Locali; un'adeguata informazione mirata ad indurre nei soggetti interessati una maggiore consapevolezza rispetto alla pericolosità, per sé e per gli altri, degli effetti del consumo di alcol sulla guida.

Il documento, come si vedrà più oltre, codifica con precisione tutti i passaggi, i criteri da utilizzare e le conseguenti decisioni in merito all'idoneità alla guida.

In Toscana è prevista l'istituzione del **CCA (Centro di Consulenza Alcolologica) distinto dai servizi di trattamento per i problemi alcol correlati**, appositamente dedicato all'intervento sui conducenti segnalati dalla CML.

Il conducente incorso nella violazione dell'art. 186 del NCS è tenuto a prenotare la visita della CML. Contestualmente alla prenotazione al conducente sono consegnati: un depliant informativo; la prescrizione dei markers bioumorali indicativi di abuso di alcool: gamma-glutamyl transpeptidase (G-GT), emocromo per mean corpuscular volume (MCV), aspartate-aminotransferase (AST), alanine-aminotransferase (ALT). La prescrizione di ulteriori esami, tra i quali il CTD, è a discrezione della CML.

La data di effettuazione degli esami richiesti dalla CML è assunta quale TEMPO 0. Il conducente è tenuto ad eseguire gli esami presso un Laboratorio d'Analisi, pubblico o privato accreditato, con oneri a proprio carico. L'appartenenza del campione al soggetto è attestata dal sanitario che effettui il prelievo. Il referto, in busta chiusa, è inviato dal Laboratorio alla CML e/o consegnato all'interessato/a, in base alle regole organizzative prescelte a livello locale.

PRIMO ACCESSO

La CML raccoglie l'anamnesi ed effettua la visita e, a termine degli accertamenti, assume per iscritto il giudizio che sarà diverso nei due seguenti casi.

Caso A. Presenza contemporanea delle seguenti condizioni:

- I. prima violazione dell'art. 186 del NCS;
- II. anamnesi negativa per disturbi da uso di alcool;
- III. parametri ematochimici non significativi per abuso di alcool;
- IV. assenza di reperti clinici di patologie alcol-correlate.

La CML esprime GIUDIZIO D'IDONEITÀ con periodo di validità della patente di guida, di norma, fino a 12 (dodici) mesi.

Caso B. Presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- I. recidiva nella violazione dell'art. 186 del NCS,
- II. anamnesi positiva per disturbi da uso di alcool,
- III. reperti clinici e/o ematochimici di patologie alcol-correlate.

La CML:

- SOSPENDE IL GIUDIZIO ove al conducente la patente sia già stata ritirata;
- ESPRIME GIUDIZIO MOTIVATO DI NON IDONEITÀ TEMPORANEA ove la patente non sia stata ritirata;

-RICHIEDE LA CONSULENZA SPECIALISTICA inviando in busta chiusa al CCA (Centro di Consulenza Alcolologica) la richiesta in cui riporta i reperti clinici ed ematochimici e le altre condizioni che l'hanno determinata.

La CML indirizza il conducente al CCA, nei giorni e orari prestabiliti a livello locale, e lo informa che potrà presentare altri eventuali referti di laboratorio, copie conformi di cartelle cliniche, schede di dimissione ospedaliera e/o altra documentazione attinente e disponibile.

Ove ne ravvisi l'opportunità, invita altresì il conducente a rivolgersi anche al servizio alcolologico pubblico di riferimento territoriale.

ATTIVAZIONE DEL CENTRO DI CONSULENZA ALCOLOGICA

Nel Caso B il conducente è tenuto a prenotare l'accesso al CCA secondo le modalità organizzative locali.

Lo specialista del CCA integra l'anamnesi, esegue la visita alcologica ed il colloquio clinico, prescrive i markers bioumorali, G-GT, MCV e CDT avvalendosi anche di altri test ove ne ravvisi l'opportunità.

L'interessato dovrà eseguire gli esami in un range da 35 a 40 giorni dal tempo 0.

Il conducente è tenuto ad eseguire gli esami presso strutture pubbliche o del privato accreditato, con oneri a proprio carico.

L'appartenenza del campione al soggetto è attestata dal sanitario che effettui il prelievo.

Il referto dell'esame è di proprietà del paziente/conducente ed è consegnato all'interessato, in busta chiusa, il quale lo porta al CCA, salvo che venga inviato dal laboratorio al CCA, in accordo col paziente, in base alle regole organizzative prescelte a livello locale.

Le prestazioni erogate e/o richieste dal CCA sono effettuate con oneri a carico del conducente che verserà i relativi importi secondo le modalità organizzative locali.

Completato l'iter diagnostico il CCA invia alla CML, in busta chiusa, la relazione in cui lo specialista esprime una diagnosi di stato attuale.

Copia della relazione controfirmata dall'interessato è conservata agli atti del CCA.

Ove ne ravvisi l'opportunità, il CCA inviterà l'interessato a rivolgersi per le cure del caso al servizio alcologico pubblico di riferimento territoriale.

PRIMO ACCERTAMENTO

In base alla relazione del CCA ed all'eventuale ulteriore documentazione prodotta a cura del conducente, la CML assumerà i giudizi di seguito riportati.

Caso B.1 Caso B con diagnosi di abuso o dipendenza da alcol.

La CML esprime GIUDIZIO DI NON IDONEITÀ TEMPORANEA per un periodo non inferiore a 12 (dodici) mesi con la seguente eccezione.

Caso B.1.a Conducente che produca alla CML certificazione rilasciata da medico del servizio pubblico attestante terapia avversivante in corso (disulfiram per os).

Per patenti di categoria A e B la CML esprime GIUDIZIO DI NON IDONEITÀ per un periodo di norma non inferiore a tre e non superiore a 6 mesi, fatti salvi i casi accuratamente selezionati e certificati dall'equipe alcologica per i quali la CML può esprimere giudizio di idoneità per un periodo non superiore a sei mesi; per patenti di categorie superiori la CML di norma esprime GIUDIZIO DI NON IDONEITÀ TEMPORANEA NON INFERIORE A SEI MESI.

Per casi di somministrazione di disulfiram mediante impianto sottocutaneo la CML esprime GIUDIZIO DI NON IDONEITÀ TEMPORANEA.

Caso B.2 Caso B in assenza di diagnosi d'abuso o dipendenza da alcol.

La CML esprime GIUDIZIO D'IDONEITÀ con validità della patente di norma fino a 6 (sei) mesi per patenti di categoria A e B e fino a 3 (tre) mesi per categorie superiori.

SECONDO ACCERTAMENTO

In tutti i casi A e B, in prossimità del termine del periodo di limitazione della validità della patente o della temporanea non idoneità alla guida, il conducente prenoterà secondo le modalità organizzative locali sia la nuova visita della CML che la prescrizione dei markers bioumorali indicativi d'abuso di alcool.

Il conducente in cura presso un servizio alcologico pubblico potrà produrre alla CML certificazione, rilasciata dal medesimo servizio, attinente la diagnosi di stato attuale ed i trattamenti effettuati nel periodo.

La CML dopo la visita e l'esame dei referti di laboratorio e di eventuale ulteriore documentazione, assumerà per iscritto i diversi giudizi con riferimento ai seguenti casi.

Caso C. Secondo accesso Caso A e contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

- I. assenza di altre violazioni dell'art. 186 del NCS;
- II. permanenza della negatività anamnestica per disturbi da uso di alcool;
- III. conferma di parametri ematochimici non significativi per abuso di alcool;
- IV. assenza di reperti clinici di patologie alcol-correlate.

La CML esprime GIUDIZIO D'IDONEITÀ con periodo di validità invariato rispetto alle previsioni di legge.

Caso D. Secondo accesso Caso A ed almeno una delle seguenti condizioni:

- I. altra violazione dell'art. 186 del NCS,
- II. anamnesi positiva per disturbi da uso di alcool,
- III. reperti clinici e/o ematochimici di patologie alcol-correlate.

Il conducente rientra nel Caso B. La CML procede come al Caso B.

Caso E. Secondo accesso Caso B.1.

Il conducente rientra nel Caso B. La CML procede come al Caso B con le seguenti eccezioni.

Caso E.1 Conducente che produca certificazione, rilasciata da medico di un servizio alcologico pubblico, che attesti terapia avversivante in corso (disulfiram).

Il conducente rientra nel Caso B.1.a. La CML esprime il corrispondente giudizio.

Caso E.2 Conducente che produca attestazione di un trattamento in atto con parametri ematochimici non significativi per abuso di alcool e diagnosi di remissione protratta, rilasciate da un servizio alcologico pubblico.

Il conducente è equiparato al Caso B.1.a. La CML esprime il corrispondente giudizio.

Caso F. Secondo accesso Caso B.1.a.

La CML procede come al Caso B con la seguente eccezione.

Caso F.1 Conducente che produca nuova certificazione, rilasciata da servizio alcologico pubblico, che confermi terapia avversivante per os in corso o attesti altro trattamento in atto con parametri ematochimici non significativi per abuso di alcool.

La CML esprime GIUDIZIO D'IDONEITÀ con validità della patente di norma fino a 12 (dodici) mesi per patenti di categoria A e B e fino a 6 (sei) mesi per categorie superiori.

Caso G. Secondo accesso Caso B.2 e presenza contemporanea delle seguenti condizioni:

- I. parametri ematochimici non significativi per abuso di alcool;
- II. assenza di reperti clinici di patologie alcol-correlate.

GIUDIZIO D'IDONEITÀ con validità della patente di norma fino a 12 (dodici) mesi.

Caso H. Secondo accesso Caso B.2 e conducente che produca certificazione rilasciata da servizio alcologico pubblico che confermi l'assenza di diagnosi d'abuso o dipendenza da alcool.

GIUDIZIO D'IDONEITÀ con validità della patente di norma fino a 12 (dodici) mesi.

In ogni altra fattispecie la CML procederà come al Caso B.

ACCERTAMENTI SUCCESSIVI

Ai successivi accessi ove la CML attesti, mediante la visita e l'esame dei referti di laboratorio e di eventuale altra documentazione, il permanere del conducente nelle condizioni che in precedenza abbiano comportato un giudizio d'idoneità con limitazione del periodo di validità della patente, procederà come di seguito indicato.

Caso I. Precedente validità fino a 3 mesi (solo categorie superiore alla B)
GIUDIZIO D'IDONEITÀ con validità della patente di norma fino a 6 (sei) mesi.

Caso J. Precedente validità fino a 6 mesi
GIUDIZIO D'IDONEITÀ con validità della patente di norma fino a 12 (dodici) mesi.

Caso K. Precedente validità fino a 12 mesi
GIUDIZIO D'IDONEITÀ con periodo di validità invariato rispetto alle previsioni di legge.

Ove si ripristinino diverse condizioni del conducente la CML, in base alle diverse fattispecie riscontrate, procederà come per il Caso B e/o come nel secondo accertamento.

In ogni caso in cui sarà riattivato, il CCA procederà come descritto al punto dell'attivazione del CCA assumendo di nuovo quale TEMPO 0 la data d'effettuazione degli esami richiesti dalla CML.

Le prestazioni erogate e/o richieste dal CCA saranno nuovamente effettuate con oneri a carico del conducente che verserà i relativi importi secondo le modalità organizzative locali.

Provincia Autonoma Trento

Nel 2018 si è proceduto alla revisione del "Protocollo d'intesa APSS, Commissione medica locale, U.O. Medicina legale, Centri alcologia, antifumo e altre fragilità"

Il documento descrive il percorso nel dettaglio e contiene i **modelli**, molto dettagliati, da utilizzare sia per gli accertamenti sia per le certificazioni (Anagrafica, Scheda diagnostica prima visita ad uso dei Servizi di Alcologia, Scheda diagnostica visite successive ad uso dei Servizi di Alcologia, Certificazione prima consulenza alcologica che i Servizi di Alcologia invieranno alla Commissione Medica Locale Patenti, Certificazioni consulenze alcologiche successive che i Servizi di Alcologia invieranno alla Commissione Medica Locale Patenti).

Tutti soggetti vengono sottoposti alla visita alcologica presso il Servizio di Alcologia. I Centri Alcologici tramite l'interessato inviano alla Commissione Patenti la certificazione.

Sono inoltre definiti i criteri di inclusione degli utenti ai vari livelli di rischio e relative procedure di rinnovo proposte dalla Commissione Medica Locale Patenti.

Gli utenti classificati nelle categorie, "Uso attuale di alcolici/rischio molto basso" ed "Astinenti da 5 o più anni" salvo diversa indicazione della Commissione Patenti per le patenti superiori, escono dal percorso previsto dal protocollo e dalla Commissione Patenti.

CRITERI DI INCLUSIONE DEGLI UTENTI NELLE CATEGORIE D'USO DEGLI ALCOLICI

NON USO ATTUALE DI ALCOLICI Si riferisce a persone con PAC importanti (persona con pregresse problematiche alcol correlate alla quale sono stati proposti programmi riabilitativi aventi l'obiettivo dell'astinenza):

Sottogruppo 1

Si riferisce a chi non beve da 3 mesi a 1 anno ed è inserito nei programmi riabilitativi.

Sottogruppo 2

Si riferisce a chi non beve da 3 mesi a 1 anno e non è inserito nei programmi.

Sottogruppo 3

Si riferisce a chi non beve da 1 anno a 3 anni, che sia inserito o meno nei programmi.

Sottogruppo 4

Si riferisce a chi non beve da 3 a 5 anni, che sia inserito o meno nei programmi.

Sottogruppo 5

Si riferisce a chi non beve da 5 o più anni, che sia inserito o meno nei programmi.

USO ATTUALE DI ALCOLICI: Si riferisce a persone con PAC più o meno importanti (consumatori occasionali o problematici di bevande alcoliche):

A. Uso Attuale di Alcolici a Rischio Molto Basso

Si riferisce a persone a cui è stata ritirata la patente, per le quali non è consentito ipotizzare un uso pericoloso di alcolici durante la guida.

1. consumo < 21 U/settimana
2. consumo occasionale non > 3U nell'ultimo mese
3. anamnesi traumatologica negativa
4. cage test negativo (nessuna risposta positiva)
5. assenza di disagi fisici, psichici, familiari, sociali, lavorativi
6. obiettività negativa
7. esami non alterati
8. normalmente hanno aderito ai programmi proposti

Una persona si colloca in questa fascia di rischio quando tutte le condizioni sono presenti.

B. Uso Attuale di Alcolici a Rischio Basso

1. consumo 21-28U/settimana
2. consumo occasionale >3U una volta nell'ultimo mese
3. anamnesi traumatologica negativa
4. cage test negativo (nessuna risposta positiva)
5. assenza di disagi fisici, psichici, familiari, sociali, lavorativi
6. obiettività negativa
7. esami non alterati
8. possono essere in attesa di partecipare a programmi proposti

Una persona si colloca in questa fascia di rischio quando sono presenti i punti uno e/o due associati a tutti gli altri negativi.

C. Uso Attuale di Alcolici a Rischio Intermedio

1. consumo 28-35U/settimana
2. consumo occasionale > 3U due volte nell'ultimo mese
3. anamnesi traumatologica positiva (≥ 2 risposte positive)

4. cage test negativo (una risposta positiva)
5. presenza di disagi fisici, psichici, familiari, sociali, lavorativi (≥ 1 risposta positiva)
6. obiettività negativa
7. esami alterati (per un valore)

Una persona si colloca in questa fascia di rischio quando sono presenti i punti uno e/o due variamente associati con una o più delle altre condizioni.

D. Uso Attuale di Alcolici a Rischio Elevato

1. consumo $>35U$ /settimana
2. consumo occasionale $>3U$ più di due volte nell'ultimo mese
3. anamnesi traumatologica positiva (≥ 2 risposte positive)
4. cage test positivo (≥ 2 risposte positive)
5. presenza di disagi fisici, psichici, familiari, sociali, lavorativi
6. obiettività positiva (presenti almeno 2 riscontri su 5)
7. esami alterati (per due valori)

Una persona si colloca in questa fascia di rischio quando sono presenti i punti uno e/o due variamente associati con uno o più delle altre condizioni.

Nel documento sono anche contenute le linee di indirizzo per espletamento consulenze alcoliche patenti molto dettagliate che prendono in considerazione una serie di condizioni che possono presentarsi nel percorso offrendo le relative soluzioni, articolate nelle indicazioni utili per consulenza e attribuzione livello di rischio e nelle indicazioni utili per la proposta differenziata dei programmi.

LINEE DI INDIRIZZO PER ESPLETAMENTO CONSULENZE ALCOLOGICHE PATENTI

INDICAZIONI UTILI PER CONSULENZA E ATTRIBUZIONE LIVELLO DI RISCHIO

- L'attribuzione del livello di rischio da parte del medico alcolologo avviene in base ad una serie di variabili contenute nel protocollo che in linea di massima sono: Anamnesi numero ritiri patente per alcol e guida, Anamnesi consumi, Anamnesi PAC fisici, familiari, Anamnesi traumatologica, Cage test, Esami ematochimici, Esame obiettivo, Altre informazioni utili).
- Se l'anamnesi dei consumi è discrepante rispetto agli altri parametri, bisogna ricontrollarla analiticamente e se si ha il sospetto che non sia esatta attribuire la categoria superiore.
- Una persona con alito alcolico va collocata almeno ad un livello di rischio intermedio.
- Per eventuali patologie non strettamente correlate all'attuale consumo di alcol (es. iperammoniemia che dia problemi alla guida) segnalarle nelle osservazioni.
- Valorizzazione del familiare se presente e invito vincolante dei famigliari in caso di nuovi ritiri patenti oppure in presenza di persone con altri PAC. L'invito per la presenza del familiare da parte del medico all'utente, può valere per la visita successiva che di solito è prevista in tempi ravvicinati.
- Notizie anamnestiche esterne da prendere in considerazione al di là dei dati a disposizione (informazioni indirette dei famigliari, notizie provenienti dall'ambiente, dagli operatori alcolologia ecc.).
- Anamnesi dettagliata su numero e date ritiri patente per alcol e guida in occasione di ogni visita.
- Osservazione dettagliata su precedente livello di rischio e intervallo di tempo tra l'ultima e l'attuale consulenza; in caso di intervalli più brevi sospettare nuovo ritiro per alcol e guida. A riguardo rivedere tempistica rinnovo patente utilizzata da Commissione Patenti (in particolare restrizioni per patenti superiori).

- Approccio prudenziale in prima visita (nell'anamnesi dei consumi far rientrare i consumi in occasione dell'ultimo ritiro) che in genere non prevede rischio molto basso. Il livello di rischio molto basso in prima visita andrebbero riservato esclusivamente a chi, in prima visita risulta fermato prima volta, con tasso alcolemia (0,5-0,8) con esami totalmente negativi, anamnesi consumi e anamnesi di problemi alcol correlati negativa e che naturalmente abbia già fatto gli incontri Salute, Alcol e Guida.
- Non salti nei livelli di rischio tra una valutazione e l'altra (es. passaggio da rischio elevato a rischio basso ecc.).
- Il certificato va compilato in maniera completa; ancor maggior attenzione nello scrivere nel certificato i dati oggettivi che giustifichino l'attribuzione di livelli di rischio intermedio ed elevato (es. nuovo ritiro o esami ematochimici alterati). Non opportune invece osservazioni sui consumi di alcol o eventuali ricadute.
- Il gruppo dei livelli di rischio in cui si certifica l'astinenza, per la commissione, riguarda esclusivamente persone con pregressi problemi alcol correlati importanti, che hanno l'astinenza come obiettivo vincolante, con proposte ed eventuali adesioni a programmi riabilitativi.
- In presenza di un CDT positivo si usa approccio prudenziale collocando la persona a livello di rischio intermedio o elevato a seconda di altre variabili positive eventualmente co-presenti. Nei rarissimi casi di ipotetici falsi positivi o se CDT non determinabile dare indicazione per eseguire test etilglicuronide, telefonando per appuntamento al numero 0461-902801 (Laboratorio di Sanità Pubblica, c/o CSS viale Verona, palazzina C, 1° piano).
- Alle persone fermate per la 2° volta, in prima visita dopo ultimo ritiro, si propone in linea di massima un rischio intermedio, con illustrazione dettagliata e specifica dei programmi a supporto di percorsi di cambiamento.
- Alle persone fermate dalla 3° volta in poi, in prima visita dopo ultimo ritiro si propone in linea di massima Rischio Elevato, naturalmente con illustrazione dettagliata e specifica dei programmi a supporto di percorsi di cambiamento.

INDICAZIONI UTILI PER LA PROPOSTA DIFFERENZIATA DEI PROGRAMMI

- A tutte le persone vanno dati i materiali informativi (Frena l'alcol + altro materiale informativo su alcol in generale, libretto/depliant sul fumo per fumatori e le lettere o depliant aggiornati sui programmi Salute Alcol e Guida (SAG), Scuole di Ecologia Familiare(SEF), Settimana sensibilizzazione al Benessere e altro).
- Per le persone che hanno avuto un 1° ritiro vanno proposti gli incontri informativi Salute Alcol e Guida con lettera o depliant con le date del primo corso disponibile, illustrando il concetto di credito formativo che prevede, per chi fa il corso e non presenta altri PAC, più rapida uscita dai controlli alcolologici.
- Per le persone che hanno avuto un 2° ritiro, si richiede la presenza di un familiare nella visita successiva. Come programma si propongono ciclo Salute Alcol e Guida (se non fatto in precedenza) e Scuola di Ecologia Familiare, presentandone brevemente i contenuti e il programma con le date. Naturalmente va rinforzato il concetto di credito formativo. Vanno proposti se necessario altri programmi, anche attraverso gli operatori di rete, in base alla problematicità personale/familiare; tra questi naturalmente il CAT/CEF, la settimana di sensibilizzazione al Benessere o in casi particolare altri programmi di secondo livello (Percorso riabilitativo ospedaliero, Percorso di Comunità).
- Per le persone che hanno avuto da un 3° ritiro in poi, se non presente, si richiede la presenza di un familiare nella visita successiva. Come programma, si propongono ciclo Salute Alcol e Guida (se non fatto in precedenza), Scuola di Ecologia Familiare (se non fatta in precedenza) e la Settimana di Sensibilizzazione al Benessere, presentandone brevemente i contenuti e il programma con le date a

livello provinciale. Naturalmente va rinforzato il concetto di credito formativo. Vanno proposti, se necessario, altri programmi, anche attraverso gli operatori di rete, in base alla problematicità personale/familiare; tra questi vi sono naturalmente il CAT/CEF, o in casi particolare altri programmi di secondo livello (Percorso riabilitativo ospedaliero, Percorso di Comunità).

- Mentre si compila il certificato per la Commissione Patenti a voce alta evidenziare all'utente i programmi proposti, sottolineando il valore che hanno nei rinnovi successivi anche in sede di tempistica del rinnovo in Commissione Patenti.
- Consegnare direttamente all'utente la lettera aperta con la certificazione, i materiali informativi e i materiali con i indicati i programmi specifici con data e sede. (copia certificazione rimane in cartella).
- Ogni Centro Alcologia, Antifumo e Altre Fragilità in prossimità della data degli eventi (SAG, SEF, Settimana di Sensibilizzazione) valuterà la possibilità di inviare a tutti i potenziali aderenti la lettera con il programma. A tal fine è opportuno che nel servizio ci si accordi con il medico certificatore per tenere nominativi e indirizzi degli utenti con specifici programmi proposti.
- Nella consulenza successiva si verifica sempre la partecipazione ai programmi proposti, si annota il programma realizzato in anagrafica e si certifica alla Commissione patenti la partecipazione ai programmi, definendo un livello di rischio che tenga conto dell'impegno nei percorsi di cambiamento (credito formativo) naturalmente con riproposta dei programmi non realizzati.
- È compito del medico certificatore compilare nel dettaglio la certificazione per la Commissione Patenti. In particolare vanno sempre segnalati i valori degli esami ematochimici (MCV, GGT, AMMONIEMIA, CDT o ETILGLICURONIDE,). Va segnalato alla commissione se si tratta di nuovo ritiro per alcol e guida (es. fermato 2° volta oppure fermato 3° volta). Vanno evidenziati i programmi proposti/riproposti e vanno segnalati i programmi realizzati. Va naturalmente segnato chiaramente il livello di rischio attribuito, che deve essere naturalmente uno solo, e in caso di visita di controllo va segnalato il livello di rischio della visita precedente.
- Il rinnovo patente secondo scadenza di legge e l'uscita dal circuito consulenze alcoliche e visita in commissione patenti avviene per decisione della Commissione Patenti; orientativamente si verifica quando in sede alcolica si attribuisce un livello di rischio Molto Basso o in caso di Astinenza da più di 5 anni, salvo prescrizione della Commissione Patenti.

Il programma da effettuarsi presso il Servizio di alcologia, in base alle categorie di rischio può essere schematizzato come segue:

CATEGORIE USO ALCOL	PROGRAMMI PROPOSTI
Non uso attuale di alcol	Si propone prosecuzione del percorso in atto.
Rischio molto basso	<input type="checkbox"/> Consegna materiale <input type="checkbox"/> Ciclo incontri salute – alcol e guida
Rischio basso	<input type="checkbox"/> Consegna materiale <input type="checkbox"/> Ciclo incontri salute – alcol e guida
Rischio intermedio	<input type="checkbox"/> Consegna materiale <input type="checkbox"/> Ciclo incontri salute – alcol e guida <input type="checkbox"/> Club <input type="checkbox"/> Scuola ecologica familiare <input type="checkbox"/> Settimana sensibilizzazione <input type="checkbox"/> Etiltox
Rischio elevato	<input type="checkbox"/> Consegna materiale <input type="checkbox"/> Ciclo incontri salute – alcol e guida <input type="checkbox"/> Club <input type="checkbox"/> Scuola ecologica familiare <input type="checkbox"/> Settimana sensibilizzazione <input type="checkbox"/> Etiltox

Il **corso** prevede il seguente programma:

I° incontro:

- accoglienza e presentazione
- concetto di salute e stili di vita
- stili di vita: fattori di rischio e fattori di protezione
- stili di vita e impatto ambientale: quali connessioni?
- alcol e salute: alcuni dati
- alcol e guida
- alcol e guida: responsabilità verso se stessi e verso gli altri
- la scelta libera dei propri stili di vita: bere o non bere? come, quando e perché?
- la responsabilità individuale nella scelta degli stili di vita
- intelligenza emotiva e Capacità di Vita per poter scegliere.

II° incontro

- alcol: che cos'è? L'alcol è una droga?
- noi e l'alcol
- comportamenti a rischio (differenza tra rischio e danno)
- bere alcolici è un comportamento a rischio?
- bere moderato e PAC nella popolazione
- la persona e la famiglia con problemi di alcol (di tipo fisico, familiare, sociale,...)
- i programmi alcologici (Servizio Alcologia, Club delle famiglie con PAC, A.A.)
- l'approccio ecologico-sociale ai PAC

- l'approccio di popolazione
- facciamo i legislatori: in quali condizioni è raccomandabile non bere?
- la Carta Europea sull'Alcool
- alcol e ambiente, cultura, tradizioni: non sempre è facile scegliere.

III° incontro

- Scelta di nuovi stili di vita: il tempo, le capacità di vita, le emozioni, le relazioni con gli altri, la salvaguardia del pianeta
- intelligenze collettive e sobrietà
- una nuova cultura orientata all'etica, al benessere e alla responsabilità
- breve discussione: i nostri impegni per il futuro
- spazio per dubbi e chiarimenti finali
- consegna dei diplomi.

La partecipazione a 3 incontri del corso prevede il pagamento di un ticket di 35,00 euro.

Umbria

La Regione Umbria con DGR 1268 del 12/11/2018 ha approvato il "Protocollo operativo per la valutazione dell'idoneità alla guida a seguito di sospensione della patente per violazione dell'art. 186 (Guida sotto l'influenza dell'alcool) o 186 bis (Guida sotto l'influenza dell'alcool 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) del Codice della strada, modificando il protocollo adottato in precedenza (2007). Il protocollo operativo persegue i seguenti obiettivi specifici: - Definire procedure uniformi nel territorio regionale, rigorose sotto il profilo medico legale e aggiornate secondo le più recenti innovazioni in ambito normativo, tecnico-scientifico e diagnostico-laboratoristico; - Potenziare le attività di informazione riguardanti gli effetti del consumo di alcol sulle capacità di guida e, più in generale, incrementare le attività volte a modificare gli stili di vita e i comportamenti rischiosi per la salute e la sicurezza stradale; - Intercettare precocemente le persone con problemi alcolcorrelati e promuovere l'accesso ai trattamenti terapeutici appropriati.

La Prefettura invia all'interessato la notifica del provvedimento di sospensione della patente e da comunicazione dell'obbligo di presentarsi, entro un tempo prestabilito, alla Commissione Medica Locale competente per territorio, alla quale spetta il compito di valutare l'idoneità alla guida. Al primo contatto dell'utente, la segreteria della Commissione Medica Locale consegna un prospetto informativo, redatto secondo il modello allegato, che richiede l'effettuazione della valutazione alcologica e fornisce indicazioni puntuali sul percorso da seguire. La Commissione Medica Locale, integrata dal medico con competenze specifiche in campo alcologico, sottopone quindi l'interessato, a conclusione del percorso valutativo, a visita collegiale e, presa visione della relazione rilasciata dal servizio di Alcologia, formula il giudizio di idoneità o di non idoneità alla guida. Il servizio di Alcologia nell'ambito del presente protocollo espleta, nei confronti delle persone inviate dalla Commissione Medica Locale, le seguenti funzioni: - effettua la valutazione alcologica, effettua un intervento informativo/motivazionale sui rischi indotti dal consumo di alcol e, più in generale, attua iniziative di sensibilizzazione volte a modificare gli stili di vita e i comportamenti rischiosi per la salute e la Sicurezza stradale; - promuove, laddove sia diagnosticato un disturbo da uso di alcol, l'accesso a trattamenti terapeutici appropriati.

RIFERIMENTI PER LA CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA IN CAMPO ALCOLOGICO

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali costituisce il riferimento riconosciuto dalla comunità scientifica internazionale per la diagnosi delle diverse forme di addiction. Nella sua ultima versione, il DSM 5, introduce la categoria del "disturbo da uso di sostanze o da addiction senza sostanze (gioco d'azzardo)", nell'ambito della quale si colloca il "disturbo da uso di alcol", declinato secondo livelli crescenti di gravità, definiti attraverso criteri diagnostici prestabiliti. Questa impostazione nosografica risulta particolarmente utile ai fini di questo protocollo, sia perché introduce criteri diagnostici univoci, sia perché prevede una distinzione per livello di gravità che contribuisce ad orientare la graduazione del livello di rischio.

IL PERCORSO DI VALUTAZIONE ALCOLOGICA

La valutazione alcolologica, richiesta dalla Commissione Medica Locale per **tutti gli utenti** che vi accedono per violazione dell'art. 186 o 186 bis del Codice della Strada, è mirata ad una diagnosi personalizzata e prende in considerazione sia il versante medico che quello psicologico e comportamentale riferiti al consumo di alcol. Viene effettuata dal medico del servizio di Alcologia, che può essere affiancato da altre figure professionali (infermiere, psicologo, educatore, ...) secondo un approccio multidisciplinare. La valutazione alcolologica comprende: - raccolta dell'anamnesi; - esame obiettivo, - valutazione degli accertamenti tossicologici (EtG), - prescrizione e valutazione di eventuali ulteriori esami di laboratorio (MCV, AST, ALT, gammaGT, CDT), laddove necessari per precisare il quadro diagnostico, - valutazione della sfera psicologica e comportamentale con esclusivo riferimento al consumo di alcol a rischio, con somministrazione di test standardizzati per la verifica del comportamento di consumo (a scelta tra AUDIT, AUDIT-C, CAGE), - certificazione medica per la Commissione Medica Locale, - inserimento dei dati nel sistema di rilevazione informatizzato in dotazione ai servizi di Alcologia.

Alla prima valutazione alcolologica si associa in tutti i casi l'esecuzione di un intervento informativo/motivazionale sui rischi alcolcorrelati, finalizzato a promuovere la modificazione dei comportamenti a rischio. Qualora sia riscontrato un "disturbo da uso di alcol", viene prospettata e incoraggiata la possibilità di presa in carico da parte del servizio. Al termine del percorso di valutazione diagnostica, il servizio trasmette la relazione medica alla Commissione Medica Locale. La relazione viene redatta utilizzando esclusivamente il modello allegato e debitamente sottoscritta dal medico del servizio di Alcologia, che può avvalersi del contributo di ulteriori professionisti sanitari, se ritenuto necessario. Il percorso per la valutazione alcolologica si completa entro un termine minimo di 30 giorni ed un termine massimo di 60 giorni dall'invio da parte della Commissione Medica Locale effettuato dalla segreteria al momento della prenotazione della visita collegiale.

GLI ESAMI DI LABORATORIO

In base alle più recenti acquisizioni ripe-fiale dalla letteratura scientifica di settore, si individua la determinazione dell'Etilglucuronide (EtG) su matrice cheratinica (capello) quale esame tossicologico altamente sensibile e altamente specifico per la valutazione dell'assunzione di alcol. L'esame viene prescritto dalla segreteria della Commissione Medica Locale al primo contatto dell'utente o in occasione delle rivalutazioni successive e viene effettuato presso uno dei laboratori sopra indicati. Ogni informazione riguardante il percorso da seguire viene fornita all'interessato dalla segreteria della Commissione Medica Locale, attraverso materiali informativi redatti secondo il modello allegato. Alla prima valutazione alcolologica, il referto viene trasmesso dal laboratorio al

servizio di Alcologia e, in occasione del primo colloquio, viene verificato dal medico; questi, sulla base dei risultati dell'analisi e/o di elementi emersi dalla visita medica e dal colloquio clinico, può prescrivere ulteriori esami ematochimici utili a perfezionare il quadro diagnostico. Per le rivalutazioni successive, il referto viene trasmesso dal laboratorio al servizio di Alcologia, qualora sia stata richiesta dalla Commissione Medica Locale una rivalutazione del quadro diagnostico, oppure direttamente alla Commissione Medica Locale, che lo verificherà in occasione della visita collegiale di rivalutazione.

GLI INTERVENTI INFORMATIVO-MOTIVAZIONALI

Alla prima valutazione alcolologica si accompagna l'esecuzione, da parte degli operatori del servizio di Alcologia, di un intervento informativo-motivazionale, finalizzato ad una maggiore consapevolezza e responsabilizzazione in merito alla pericolosità degli effetti dell'alcol sulla guida e alla modificazione dei comportamenti rischiosi per la salute e la sicurezza stradale. Si avvale delle tecniche proprie dell'approccio motivazionale e può essere attuato attraverso colloqui individuali o incontri di gruppo.

LA PRESA IN CARICO TERAPEUTICA

Nel caso emerga dalla valutazione alcolologica un disturbo da uso di alcol per il quale sia indicato un trattamento terapeutico o un programma di monitoraggio, il servizio propone la presa in carico terapeutica, avviando quindi l'interessato ai percorsi previsti per l'accesso ad un programma appropriato, e ne dà comunicazione alla Commissione Medica Locale. Nel caso di utenti già in carico al servizio di Alcologia, sarà fornita alla Commissione Medica Locale una certificazione che specifichi la durata della presa in carico, i trattamenti farmacologici in corso, l'aderenza al percorso di cura, l'esito degli esami tossicologici (EtG), le eventuali problematiche e patologie concomitanti.

LA CERTIFICAZIONE ALCOLOGICA

Il percorso di valutazione alcolologica si conclude con una relazione clinica redatta dal medico del servizio di Alcologia, eventualmente affiancato da altri operatori che abbiano preso parte al percorso valutativo, utilizzando esclusivamente il modello allegato. La relazione, di valore medico legale, è sottoscritta dal medico e riporta: i dati anamnestici, i rilievi all'esame obiettivo, il risultato del test tossicologico (EtG) e degli eventuali esami di laboratorio; diagnosi definita secondo i criteri del DSM 5; note salienti emerse dai colloqui clinici e dai test sul consumo rischioso di alcol sopra indicati; conferma dell'effettuazione dell'intervento informativo-motivazionale; indicazioni specifiche riguardanti l'eventuale presa in carico controlli, i programmi svolti e i controlli previsti per il monitoraggio.

LA VALUTAZIONE DI IDONEITÀ ALLA GUIDA

L'attribuzione del giudizio di idoneità psicofisica alla guida formulata dalla Commissione Medica Locale si basa su una serie di indicatori, che prendono in considerazione, oltre alle circostanze specifiche rilevate al momento della violazione e agli elementi emersi dalla valutazione clinica, anche altri elementi sostenuti dai dati epidemiologici, secondo i quali la maggiore frequenza di incidenti stradali si verifica nella popolazione giovanile e nei neopatentati. Si riporta di seguito l'elenco degli indicatori presi in esame per l'individuazione della condizione di rischio per la sicurezza nella guida:

- a) rifiuto/accettazione dell'alcoltest e dosaggio dell'alcolemia al momento dell'infrazione,
- b) età < o > di 25 anni,

- c) patente di guida acquisita da + o — di 3 anni,
- d) categoria della patente di guida,
- e) eventuali recidive dell'infrazione,
- f) criteri diagnostici del DSM 5 per "disturbo da uso di alcol",
- g) determinazione dell'EtG,
- h) eventuale positività ai test di laboratorio indicativi di consumo dannoso di alcol, qualora siano stati effettuati (GammaGT, AST, ALT, MCV, CDT),
- i) terapia con psicofarmaci in corso, da interpretare tenendo conto della tipologia di farmaci e della diagnosi,
- j) eventuale disturbo da uso di sostanze stupefacenti concomitante ed eventuale stabilizzazione con trattamento terapeutico,
- k) eventuali condizioni di rischio riferibili al consumo di alcol emerse dalla valutazione della sfera psicologica e comportamentale e dai test sul consumo rischioso di alcol indicati nel capitolo riguardante la valutazione alcolologica.

Gli indicatori da a) a e) vengono valutati dalla Commissione Medica Locale, mentre gli indicatori da f) a k) sono considerati nell'ambito della valutazione alcolologica effettuata dal servizio specialistico. In base alla valutazione del complesso degli indicatori sopra riportati, sono individuate quattro possibili classi di rischio: molto lieve, lieve, medio ed elevato.

La Commissione Medica Locale attribuisce al singolo candidato una delle classi di rischio sulla base degli indici rilevati nella situazione specifica e tenendo conto dei parametri riportati ai paragrafi seguenti.

Rischio molto lieve.

- Patente di gruppo 1,
- Alcolemia <0,8 gr/l al momento dell'infrazione,
- Non rilevato disturbo da uso di alcol secondo i criteri del DSM 5,
- EtG < 30.

Non rilevato alcuno degli indici richiamati per le classi di rischio successive.

Rischio lieve.

- Patente di gruppo 1,
- Non rilevato disturbo da uso di alcol secondo i criteri del DSM 5,
- EtG <30.
- È stato rilevato uno dei seguenti indici:
 - alcolemia >0,8 ed <1,5 gr/l al momento dell'infrazione,
 - età <25 anni,
 - incidente stradale,
 - terapia con psicofarmaci in corso valutata come rischio lieve tenendo conto della tipologia di farmaci e della diagnosi

Non rilevato alcuno degli indici richiamati per le classi di rischio successive.

Rischio medio.

È stato rilevato più di uno degli indici di rischio richiamati per la categoria precedente e/o uno dei seguenti:

- rifiuto dell'alcol-test alla rilevazione dell'infrazione,
- alcolemia >1,5 gr/l al momento dell'infrazione,
- patente conseguita da meno di 3 anni,
- patente di gruppo 2,

- prima recidiva,
- EtG >30,
- diagnosi di disturbo da uso di alcol di grado lieve, secondo i criteri del DSM 5,
- terapia con psicofarmaci in corso, valutata come rischio medio tenendo conto della tipologia di farmaci e della diagnosi,
- concomitante disturbo da uso di sostanze stupefacenti in trattamento terapeutico stabilizzato,
- patologie alcolcorrelate o patologie organiche comunque compromettenti la capacità di guida, in fase di compenso clinico,
- condizioni di rischio riferibili al consumo di alcol emerse dalla valutazione della sfera psicologica e comportamentale e dai test sul consumo rischioso di alcol indicati nel capitolo riguardante la valutazione alcologica.

Non rilevato alcuno degli indici richiamati per la classe di rischio successiva.

Rischio elevato.

È stato rilevato più di uno degli indici di rischio richiamati per le precedenti categorie e o almeno uno dei seguenti:

- diagnosi di disturbo da uso di alcol di grado medio o grave, secondo I criteri del DSM 5,
- concomitante disturbo da uso di sostanze stupefacenti, in fase attiva,
- patologie alcolcorrelate o patologie organiche comunque compromettenti la capacità di guida, in fase di scompenso clinico,
- terapia con psicofarmaci in corso, valutata come rischio elevato tenendo conto della tipologia di farmaci e della diagnosi,
- condizioni di rischio elevato riferibili al consumo di alcol emerse dalla valutazione della sfera psicologica e comportamentale e dal test sul consumo rischioso di alcol indicati nel capitolo riguardante la valutazione alcologica,
- recidive ripetute.

I PROVVEDIMENTI DELLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE

In occasione della visita collegiale, la Commissione Medica Locale attribuisce all'interessato la classe di rischio per la sicurezza nella guida in base ai criteri sopra indicati, quindi stabilisce l'idoneità/inidoneità alla guida secondo i parametri di seguito riportati. In casi peculiari e di particolare criticità, la Commissione Medica Locale può variare la successione temporale di validità della patente, riportando le motivazioni nella documentazione sanitaria.

1. Provvedimenti della CML per la classe di rischio 1 - molto lieve Validità per 1 anno — rivalutazione — validità piena.
2. Provvedimenti della CML per la classe di rischio 2 - lieve Validità per 1 anno — rivalutazione — validità per 2 anni — rivalutazione — validità piena.
3. Provvedimenti della CML per la classe di rischio 3 - medio Validità per 6 mesi — rivalutazione — validità per 1 anno — rivalutazione — validità per 2 anni — rivalutazione — validità piena.
4. Provvedimenti della CML per la classe di rischio 4 - elevato Se ritenuto opportuno dalla CML in base alla gravità degli indici specifici rilevati nel singolo caso, non validità da 2 a 6 mesi — rivalutazione — validità per 6 mesi — rivalutazione — validità per 1 anno — rivalutazione — validità per 2 anni — rivalutazione — ulteriore validità temporanea o validità piena a seconda del grado di rischio riscontrato.

5. Provvedimenti della CML nel caso di recidive. Nel caso siano state rilevate una o più recidive nel periodo di osservazione disposto dalla Commissione Medica Locale o anche al di fuori di esso, viene stabilito un periodo di inidoneità temporanea alla guida per un periodo variabile da 3 a 6 mesi, a discrezione della Commissione Medica Locale in relazione ai singoli casi.

LE RIVALUTAZIONI SUCCESSIVE

Allo scadere del periodo di idoneità temporanea alla guida, l'interessato si sottopone ad una nuova determinazione dell'EtG su matrice cheratinica e su eventuale indicazione della Commissione Medica Locale nel caso sia stato rilevato un grado di rischio medio o elevato, a rivalutazione presso il servizio di Alcologia. Questa comprende:

- esame obiettivo,
- valutazione degli accertamenti tossicologici (EtG),
- prescrizione e valutazione di eventuali ulteriori esami di laboratorio o di eventuale consulenza specialistica,
- certificazione per la Commissione Medica Locale,
- inserimento dei dati nel sistema di rilevazione informatizzato in dotazione ai servizi di Alcologia.

La Commissione Medica Locale effettua quindi la visita collegiale e considerato il referto del test tossicologico o la certificazione del servizio di alcologia attribuisce l'idoneità o inidoneità alla guida secondo le successioni temporali sopra riportate.

COSTI DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni sanitarie effettuate nell'ambito del percorso di verifica dell'idoneità alla guida a seguito di sospensione della patente per violazione dell'art. 186 o dell'art. 186 bis del Codice della strada costituiscono compito istituzionale delle strutture sanitarie ma non sono ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza e pertanto devono essere erogate senza che vi sia alcun onere a carico delle Aziende USL. I costi quindi sono intesi a carico del diretto interessato.

ASPETTI ORGANIZZATIVI ED AMMINISTRATIVI

Le Aziende USL adottano soluzioni organizzative idonee a favorire l'accesso di questa tipologia di utenti ai servizi/unità di Alcologia, dedicando a questa attività preferibilmente accessi differenziati. Per far fronte al carico di lavoro, tenendo conto che si tratta di prestazioni escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza, possono essere utilizzate forme di attività intramuraria di tipo libero professionale d'equipe, secondo quanto previsto dai contratti di lavoro, dalle disposizioni regionali e dagli accordi aziendali.

ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

Monitoraggio dell'applicazione del protocollo al fine di supportare e monitorare l'applicazione del presente protocollo, si costituisce, presso la Direzione regionale Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse umane, un gruppo di lavoro regionale, composto dai presidenti delle Commissioni Mediche Locali, dai responsabili dei servizi di Alcologia e dai funzionari regionali competenti in materia. Le Aziende USL trasmetteranno alla Direzione regionale Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse umane una relazione annuale inerente le modalità di applicazione del provvedimento e i dati relativi. Si istituisce il sistema regionale informatizzato di rilevazione dei dati delle Commissioni Mediche Locali. I servizi di Alcologia inseriranno i dati riguardanti gli accessi degli utenti e le

prestazioni erogate per il presente protocollo nel sistema informativo regionale in uso presso i servizi. Il monitoraggio dei dati epidemiologici è affidato all'osservatorio epidemiologico regionale sulle dipendenze che dovrà selezionare gli indicatori più opportuni e le relative fonti di dati per verificare l'andamento nel tempo degli incidenti stradali, il loro rapporto con il consumo di alcolici, le violazioni al Codice della strada, le attività di prevenzione e di contrasto e il loro esito.

Il documento include alcuni moduli da utilizzare:

- Prospetto informativo per i casi di revisione della patente per guida in stato di ebbrezza alcolica (art. 186 o art. 186bis del Codice della Strada) consegnato dalla segreteria della CML contestualmente alla prenotazione della visita collegiale.
- Modello per la certificazione alcolologica (relazione per la CML).
- Procedure per la determinazione di marker di uso alcolico (etilglucuronide) per l'accertamento della idoneità alla guida.
- Tariffe a carico dell'interessato per le prestazioni e gli esami da sostenere nei casi di revisione della patente per guida in stato di ebbrezza alcolica.

Valle d'Aosta

La regione Valle d'Aosta non ha elaborato protocolli in merito al percorso del conducente segnalato alla CML. Ha invece elaborato una "Istruzione Operativa Aziendale Legge 41 del 25.03.2016 Modulo Prelievo Coatto Sostanze d'abuso ed Etanolemia Omicidio Stradale" che regola le procedure relative all'accertamento dello stato di ebbrezza alcolica o di alterazione da stupefacenti d'urgenza in PS per i delitti ex art 589 bis e 590 bis sia come autonoma contravvenzione al Codice della Strada (Art. 186 guida sotto l'influenza di alcool; Art.187 guida in stato di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti); per i reati ex Artt. 189 co 6 e 7 CdS fuga dal luogo del sinistro e omessa assistenza alle persone ferite; per i reati Artt 186 co 7 e 187 co 8 rifiuto di sottoporsi ad accertamenti per il riconoscimento di stato di ebbrezza o presenza di sostanze di abuso.

SINTESI E DISCUSSIONE DEI PROVVEDIMENTI

Hanno risposto alla richiesta di invio dei materiali pertinenti o il materiale è stato reperito in rete autonomamente a cura dell'ente strumentale esecutore del progetto 13 regioni e province autonome. Basilicata, Valle d'Aosta, Marche, Piemonte e la Sardegna non hanno prodotto documenti regionali. La Valle d'Aosta e la P.A. di Bolzano hanno prodotto un protocollo con le Forze dell'Ordine sulla determinazione d'urgenza presso il DEA. Nel caso del Piemonte e della Sardegna è stato possibile reperire la documentazione prodotta da alcune ASL. In Piemonte una delle nove Asl che hanno risposto ha elaborato un protocollo, interno al Ser.D., molto dettagliato, del percorso cui accede il conducente inviato dalla CML, mentre nelle altre Asl viene descritto il contenuto di alcune attività, quali i corsi di sensibilizzazione organizzati. Nel caso delle due ASL della Sardegna che hanno risposto, il protocollo, interno al Ser.D., entra nel dettaglio del percorso del paziente inviato in autonomia dalla CML.

In totale sono state analizzate 20 procedure. Dalla lettura e dal confronto dei provvedimenti reperiti emergono alcune considerazioni che vengono di seguito proposte alla riflessione.

Collaborazione CML/Ser.D. In sei casi la procedura riguarda la collaborazione tra CML e Ser.D., in nove casi riguarda solo il Ser.D. o solo la CML, in quattro casi riguarda la sola presenza dell'alcolologo in CML, in tre casi riguarda unicamente le procedure cui attenersi per gli accertamenti d'urgenza richiesti dalle forze dell'ordine (tabella 1).

Livelli di rischio. In sei procedure sono individuati i livelli di rischio e descritti i criteri in base ai quali classificare i conducenti. Come si può vedere dalla tabella 2 la numerosità dei livelli di rischio è molto diversa e i criteri sono, di conseguenza, articolati in maniera differente.

Invio al Ser.D. per accertamenti. In undici procedure è descritto l'invio al Ser.D. per gli accertamenti. In due procedure tutti i soggetti vengono inviati preliminarmente al Ser.D., per l'accertamento. In un caso vengono inviati tutti i soggetti al Ser.D. per il colloquio informativo, mentre vengono selezionati i soggetti da inviare per esami e colloqui. Nei casi restanti i soggetti da inviare sono selezionati in base a criteri che in sette casi sono esplicitati. Come si vede dalla tabella 3 i criteri sono diversi e articolati in maniera differente nelle diverse procedure.

Accertamenti. In sette procedure sono descritti nel dettaglio gli accertamenti cui sottoporre i conducenti. L'elenco, anche in questo caso, come si vede dalla tabella 3, non è allineato tra le diverse procedure.

Rinnovo patente. In sei procedure sono esplicitate le decisioni da prendere in ragione della classificazione del conducente. In conseguenza della difformità dei livelli di rischio e dei criteri per classificare i soggetti nelle diverse categorie si osserva una differenza nelle casistiche descritte (tabella 4).

Percorso presso il Ser.D. In quattordici procedure sono descritti i percorsi di cui usufruisce il conducente. Si va dal counseling breve effettuato dall'alcolologo durante la seduta della CML alla descrizione del trattamento del soggetto presso il Ser.D. In tre procedure è descritto un percorso differenziato in base alla gravità (tabella 5).

Equipe dedicata. In due procedure è prevista la costituzione di una equipe appositamente dedicata alla consulenza ai conducenti segnalati dalla CML. Il Servizio di Alcologia interviene solamente in caso di invio per trattamento. In una procedura è esplicitato che lo specialista che effettua la consulenza debba essere diverso da quello che ha in trattamento il soggetto, qualora il conducente sia già in carico al Servizio (tabella 6).

Modulistica. In quattro procedure sono previsti i moduli da utilizzare nell'ambito del percorso di consulenza (tabella 6).

Corso. In dieci procedure viene previsto un corso. In otto casi vengono descritti i contenuti del corso con livelli di approfondimento molto differenziati (tabella 7).

Emerge quindi un quadro molto differenziato. Solo alcune Regioni o PA hanno elaborato procedure al livello regionale. Le procedure consultate evidenziano molteplici differenze che fanno sì che i conducenti siano sottoposti a percorsi molto differenziati, con livelli di approfondimento molto diversi e utilizzando criteri di classificazione non uniformi.

Indice delle tabelle:

Tabella 1. Oggetto dei provvedimenti.

Tabella 2. Livelli di rischio.

Tabella 3. Criteri per l'invio ai servizi di Alcologia e accertamenti da prescrivere.

Tabella 4. Criteri per rinnovo patente.

Tabella 5. Percorso presso il SerD.

Tabella 6. Equipe dedicata e Modulistica.

Tabella 7. Descrizione del corso.

Tabella 1. Oggetto dei provvedimenti.

Regione/Provincia Autonoma	ASL	Anno	Forze di Polizia, Questura, Prefettura ecc	Solo Alcologo in CML	Solo SerD	Solo CML	Collaborazione CML-SerD
Abruzzo		2017					X
Provincia Autonoma Bolzano		2014	X				
Campania		2014			X		
Emilia Romagna		2017					X
Friuli Venezia Giulia		2010			X	X	
Liguria		2018					X
Marche	AV 4	2014					X
Piemonte	ASL BI	2017	X				
	ASL Città di Torino	2015			X		
	ASL CN1	2006			X		
	ASL CN2	2016		X			
	ASL NO	2016		X			
	ASL TO3	2010				X	
	ASL TO5	2016				X	
	ASL VC	2015			X		
ASL VCO	2006			X			
Sardegna	ASSL Nuoro	2018			X		
	ASSL Cagliari	2018			X		
Toscana		2007					X
Provincia Autonoma Trento		2018			X		
Umbria		2018					X
Valle d'Aosta		2016	X				

Tabella 2. Livelli di rischio.

Regione /Provincia	Livelli di rischio
Abruzzo	<ul style="list-style-type: none"> • Classe di rischio 1. Consumo occasionale di bevande alcoliche, senza problemi multidimensionali evidenti (tutti i conducenti che non hanno eseguito visita Ser.D. preliminare alla CML e hanno esami nella norma o che hanno eseguito la visita preliminare Ser.D. da cui risulti diagnosi di consumo occasionale, senza problemi multidimensionali evidenti) • Classe di rischio 2. Tutte le situazioni non classificabili nella classe 1 o nella classe 3. • Classe di rischio 3. Disturbo da uso di alcol. Specificare se di grado lieve (2-3 criteri del DSM V), moderato (4-5 criteri) (6 criteri o più), con esclusione delle remissioni protratte complete; presenza di patologie alcol correlate.
Emilia Romagna	<ul style="list-style-type: none"> • Alcoldipendenza (F 10.2 - ICD 10). Sindrome di dipendenza. Insieme di fenomeni comportamentali, cognitivi e fisiologici che si sviluppano in seguito all'uso ripetuto della sostanza e che includono tipicamente un desiderio intenso di assumere la sostanza, una ridotta capacità di controllarne l'uso, il perseverare rispetto ad altre attività e doveri, lo sviluppo di tolleranza e talvolta uno stato di astinenza fisica. La sindrome di dipendenza può essere presente per una sostanza psicoattiva specifica (ad esempio il tabacco, l'alcol e il diazepam), per una classe di sostanze (ad es. gli oppioidi), oppure per una gamma più ampia di sostanze psicoattive farmacologicamente differenti = classe di rischio 3 • Uso dannoso (F 10.1 - ICD 10). Uso dannoso, compreso il binge drinking. Modalità di uso di sostanza psicoattiva che causa danno alla salute. Il danno può essere somatico (come nei casi di epatite da auto somministrazione di sostanze psicoattive per via iniettiva) oppure mentale (come nel caso di episodi depressivi secondari ad assunzione di grandi quantità di alcol) = classe di rischio 3 • Problemi connessi allo stile di vita (Z 72 - ICD 10) = classe di rischio 2 • Consumo di bevande alcoliche che non rientra nelle condizioni di rischio precedentemente descritte = classe di rischio 1
Toscana	<p>Caso A. Presenza contemporanea di: I. prima violazione dell'art. 186 del NCS; II. anamnesi negativa per disturbi da uso di alcool; III. parametri ematochimici non significativi per abuso di alcool; IV. assenza di reperti clinici di patologie alcol-correlate.</p> <p>Caso B. Presenza di almeno una delle condizioni: I. recidiva nella violazione dell'art. 186 del NCS, II. anamnesi positiva per disturbi da uso di alcool, III. reperti clinici e/o ematochimici di patologie alcol-correlate.</p> <p>Caso B.1 Caso B con diagnosi di abuso o dipendenza da alcool.</p> <p>Caso B.1.a Conducente che produca alla CML certificazione attestante terapia avversivante in corso.</p> <p>Caso B.2 Caso B in assenza di diagnosi d'abuso o dipendenza da alcool.</p> <p>Caso C. Secondo accesso Caso A e contemporanea presenza di: I. assenza di altre violazioni dell'art. 186 del NCS; II. permanenza della negatività anamnestic per disturbi da uso di alcool; III. conferma di parametri ematochimici non significativi per abuso di alcool; IV. assenza di reperti clinici di patologie alcol-correlate.</p> <p>Caso D. Secondo accesso Caso A ed almeno una delle seguenti condizioni: I. altra violazione dell'art. 186 del NCS, II. anamnesi positiva per disturbi da uso di alcool, III. reperti clinici e/o ematochimici di patologie alcol-correlate.</p> <p>Caso E.1 Conducente che produca certificazione, rilasciata da medico di un servizio alcolologico pubblico, che attesti terapia avversivante in corso (disulfiram).</p> <p>Caso E.2 Conducente che produca attestazione di un trattamento in atto con parametri ematochimici non significativi per abuso di alcool e diagnosi di remissione protratta.</p> <p>Caso F. Secondo accesso Caso B.1.a.</p> <p>Caso F.1 Conducente che produca nuova certificazione, che confermi terapia avversivante per os in corso o attesti altro trattamento in atto con parametri ematochimici non significativi per abuso di alcool.</p> <p>Caso G. Secondo accesso Caso B.2 e presenza contemporanea di: I. parametri ematochimici non significativi per abuso di alcool; II. assenza di reperti clinici di patologie alcol-correlate.</p> <p>Caso H. Secondo accesso Caso B.2 e conducente che produca certificazione che confermi l'assenza di diagnosi d'abuso o dipendenza da alcool.</p>

Regione /Provincia	Livelli di rischio
	<p>NON USO ATTUALE DI ALCOLICI Si riferisce a persone con PAC importanti (persona con pregresse problematiche alcol correlate alla quale sono stati proposti programmi riabilitativi aventi l'obiettivo dell'astinenza)</p> <p>Sottogruppo 1 non beve da 3 mesi a 1 anno ed è inserito nei programmi riabilitativi.</p> <p>Sottogruppo 2 non beve da 3 mesi a 1 anno e non è inserito nei programmi.</p> <p>Sottogruppo 3 non beve da 1 anno a 3 anni, che sia inserito o meno nei programmi.</p> <p>Sottogruppo 4 non beve da 3 a 5 anni, che sia inserito o meno nei programmi.</p> <p>Sottogruppo 5 non beve da 5 o più anni, che sia inserito o meno nei programmi.</p> <p>USO ATTUALE DI ALCOLICI: Si riferisce a persone con PAC più o meno importanti (consumatori occasionali o problematici di bevande alcoliche).</p> <p>A. Uso Attuale di Alcolici a Rischio Molto Basso, persone a cui è stata ritirata la patente, per le quali non è consentito ipotizzare un uso pericoloso di alcolici durante la guida.</p> <p>1. consumo < 21 U/settimana, 2. consumo occasionale non > 3U nell'ultimo mese, 3. anamnesi traumatologica negativa, 4. cage test negativo (nessuna risposta positiva), 5. assenza di disagi fisici, psichici, familiari, sociali, lavorativi, 6. obiettività negativa, 7. esami non alterati, 8. normalmente hanno aderito ai programmi proposti.</p> <p>Una persona si colloca in questa fascia di rischio quando tutte le condizioni sono presenti.</p> <p>B. Uso Attuale di Alcolici a Rischio Basso: 1. consumo 21-28U/settimana, 2. consumo occasionale >3U una volta nell'ultimo mese, 3. anamnesi traumatologica negativa, 4. cage test negativo (nessuna risposta positiva), 5. assenza di disagi fisici, psichici, familiari, sociali, lavorativi, 6. obiettività negativa, 7. esami non alterati, 8. possono essere in attesa di partecipare a programmi proposti.</p> <p>Una persona si colloca in questa fascia di rischio quando sono presenti i punti uno e/o due associati a tutti gli altri negativi.</p> <p>C. Uso Attuale di Alcolici a Rischio Intermedio: 1. consumo 28-35U/settimana, 2. consumo occasionale > 3U due volte nell'ultimo mese, 3. anamnesi traumatologica positiva (≥ 2 risposte positive), 4. cage test negativo (una risposta positiva) 5. presenza di disagi fisici, psichici, familiari, sociali, lavorativi (≥ 1 risposta positiva), 6. obiettività negativa, 7. esami alterati (per un valore). Una persona si colloca in questa fascia di rischio quando sono presenti i punti uno e/o due variamente associati con una o più delle altre condizioni.</p> <p>D. Uso Attuale di Alcolici a Rischio Elevato: 1. consumo >35U/settimana, 2. consumo occasionale >3U più di due volte nell'ultimo mese, 3. anamnesi traumatologica positiva (≥ 2 risposte positive), 4. cage test positivo (≥ 2 risposte positive), 5. presenza di disagi fisici, psichici, familiari, sociali, lavorativi, 6. obiettività positiva (presenti almeno 2 riscontri su 5), 7. esami alterati (per due valori). Una persona si colloca in questa fascia di rischio quando sono presenti i punti uno e/o due variamente associati con uno o più delle altre condizioni.</p>
A Trento	<p>Rischio molto lieve.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patente di gruppo 1, • Alcolemia <0,8 gr/l al momento dell'infrazione, • Non rilevato disturbo da uso di alcol secondo i criteri del DSM 5, • EtG < 30, <p>Non rilevato alcuno degli indici richiamati per le classi di rischio successive.</p> <p>Rischio lieve.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patente di gruppo 1, • Non rilevato disturbo da uso di alcol secondo i criteri del DSM 5, • EtG <30. • È stato rilevato uno dei seguenti indici: <p>o alcolemia >0,8 ed <1,5 gr/l al momento dell'infrazione,</p> <p>o età <25 anni,</p> <p>o incidente stradale,</p> <p>o terapia con psicofarmaci in corso valutata come rischio lieve tenendo conto della tipologia di farmaci e della diagnosi</p> <p>Non rilevato alcuno degli indici richiamati per le classi di rischio successive.</p> <p>Rischio medio.</p> <p>È stato rilevato più di uno degli indici di rischio richiamati per la categoria precedente e/o uno dei seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rifiuto dell'alcol-test alla rilevazione dell'infrazione, • alcolemia >1,5 gr/l al momento dell'infrazione, • patente conseguita da meno di 3 anni, • patente di gruppo 2, • prima recidiva, • EtG >30,
Umbria	

Regione /Provincia	Livelli di rischio
	<ul style="list-style-type: none"> • diagnosi di disturbo da uso di alcol di grado lieve, secondo i criteri del DSM 5, • terapia con psicofarmaci in corso, valutata come rischio medio tenendo conto della tipologia di farmaci e della diagnosi, • concomitante disturbo da uso di sostanze stupefacenti in trattamento terapeutico stabilizzato, • patologie alcolcorrelate o patologie organiche comunque compromettenti la capacità di guida, in fase di compenso clinico, • condizioni di rischio riferibili al consumo di alcol emerse dalla valutazione della sfera psicologica e comportamentale e dai test sul consumo rischioso di alcol indicati nel capitolo riguardante la valutazione alcolologica. <p>Non rilevato alcuno degli indici richiamati per la classe di rischio successiva.</p> <p>Rischio elevato. È stato rilevato più di uno degli indici di rischio richiamati per le precedenti categorie e o almeno uno dei seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnosi di disturbo da uso di alcol di grado medio o grave, secondo i criteri del DSM 5, • concomitante disturbo da uso di sostanze stupefacenti, in fase attiva, • patologie alcolcorrelate o patologie organiche comunque compromettenti la capacità di guida, in fase di scompenso clinico, • terapia con psicofarmaci in corso, valutata come rischio elevato tenendo conto della tipologia di farmaci e della diagnosi, • condizioni di rischio elevato riferibili al consumo di alcol emerse dalla valutazione della sfera psicologica e comportamentale e dal test sul consumo rischioso di alcol indicati nel capitolo riguardante la valutazione alcolologica, • recidive ripetute.

Tabella 3. Criteri per l'invio ai servizi di Alcologia e accertamenti da prescrivere.

Regione/ Provincia	ASL	Invio a Alcologia	Accertamenti
Abruzzo		<p>Preliminare alla visita in CML: tasso alcolimetrico $\geq 1\text{g/l}$, lavoro centrato sulla guida, già in carico ai Ser.D., recidivi, che hanno rifiutato gli accertamenti sull'uso di sostanze, soggetti inviati dalla Prefettura in violazione art. 75 DPR 309/90.</p> <p>In corso di visita CML: esami di laboratorio di riferimento alterati, segni clinici suggestivi di consumo di sostanze stupefacenti o affetti da patologie correlate, segni clinici di patologie alcol correlate, anamnesi positivi a disturbo da uso di sostanze stupefacenti e/o da bevande alcoliche</p>	<p>Marker specifici (etil glucuronato (EtG) e Transferrina Carboidrato-carente (CDT) riportando anche i valori soglia per classificare il soggetto "Astinente o con consumo a basso rischio", "Zona intermedia" o "consumo dannoso ($\geq 60\text{g/die}$") e marker non specifici (AST, ALT, GGT, MCV, Ammonio).</p>

Regione/ Provincia	ASL	Invio a Alcologia	Accertamenti
Campania			<p>A. clinico – diagnostici. Visita medica e counselin g psicosociale breve; valutazione tossicologica clinica; valutazione psicodiagnostica con eventuale somministrazione di test specificamente richiesti dalla CML; esami di laboratorio presso la struttura laboratoristica di riferimento aziendale; ciclo d’incontri finalizzati all’informazione e sensibilizzazione su alcol, sostanze stupefacenti e guida.</p> <p>B. tossicologico analitici. CDT, MCV con emocromo completo, Gamma GT, AST, ALT e, facoltativamente, etilglucuronide urinaria e/o cheratinica (EthGlu) e/o test etilometrico con apparecchiatura omologata ai sensi del Codice della Strada.</p>
Emilia Romagna		<p>L'approfondimento diagnostico è raccomandato nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • in presenza o sospetto di presenza di patologie o problematiche alcol correlate; • ove sia o sia stata evidente una condizione di dipendenza alcolica; • quando si rilevi la positività di indicatori (es. esami di laboratorio) che riconducano a una possibile presenza di condotte di consumo di alcol a maggiore rischio per la salute e la sicurezza come indicato dal FOMS e dalla letteratura scientifica di riferimento; • in relazione alla presunta attitudine del soggetto a manifestare condotte a rischio e a reiterare comportamenti che compromettono la vigilanza e la performance di guida; • per i conducenti con patente superiore alla B; • in presenza di comorbidità in cui l’utilizzo delle bevande alcoliche rappresenti un ulteriore fattore di rischio per la salute o in cui assuma potenzialità di autocura; • ove sia stato riscontrato all’atto della violazione un rifiuto all'accertamento oppure un livello di alcolemia significativamente elevato (> 1,5 g/l); • ove sia presente un concomitante uso di altre sostanze psicoattive; • ove la violazione sia stata concomitante ad incidente stradale; • ove ci siano state precedenti sospensioni della patente; • per i neopatentati; • ove si consideri quale fattore di rischio l’attività lavorativa svolta; • a seguito di una non idoneità; • ove sia stata riconosciuta una invalidità civile per disturbi da uso di alcol; 	

Regione/ Provincia	ASL	Invio a Alcologia	Accertamenti
		<ul style="list-style-type: none"> per i soggetti cui è stata riscontrata in sede di CML una positività al test effettuato con esito > 0,5 g/l sangue. 	
Friuli Venezia Giulia		<ul style="list-style-type: none"> L'invio ai Servizi Alcologici per l'approfondimento diagnostico è indicato nei seguenti casi: <ul style="list-style-type: none"> o in presenza di patologie o problematiche alcolcorrelate o quando si rilevi la positività di indicatori (es. esami di laboratorio) che riconducano a tali condizioni; o in relazione alla presunta attitudine del soggetto a manifestare condotte a rischio e a reiterare comportamenti che compromettano la prestazione alla guida; o in presenza di attività che prevedano un utilizzo professionale del mezzo in relazione all'età (sotto i 30 anni) e neopatentati. Gli indicatori su cui dovrà basarsi la richiesta di approfondimento diagnostico sono: <ul style="list-style-type: none"> o livello di alcolemia riscontrato al momento della violazione; o accertamenti ematochimici ed eventuali ulteriori indagini cliniche richieste dalla CMLP o autonomamente prodotte dal candidato; o raccolta delle informazioni anamnestiche (Età, Attività lavorativa, Recente conseguimento della patente e categoria, Precedenti sospensioni e/o violazioni dell'art. 186 CdS, Modalità del consumo alcolico e/o eventuale condizione di dipendenza alcolica, Uso di altre sostanze psicoattive); o esame obiettivo; o valutazione degli aspetti motivazionali, di percezione del rischio ed eventuale ipotesi di compresenza di patologie organiche alcolcorrelate o comorbidità psichiatriche. 	
Liguria		<p>Violazione art. 186 del C.d.S. e revisione richiesta dalla Motorizzazione Civile per esclusione patologia alcol-correlata: a discrezione della Commissione Medica Locale.</p> <p>Soggetto con Problemi Alcol Correlati seguito dal Ser.T. o da Centro Specialistico di Alcologia: sempre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> prelievo ematico per dosaggio Transferrina Carboidrato Carente (CDT). dosaggio ETG su matrice cheratinica {lunghezza minima del capello/annesso pilifero, escluso pelo ascellare e pubico, 3 cm}.

Regione/ Provincia	ASL	Invio a Alcologia	Accertamenti
Marche	AV 2	La valutazione dell'idoneità alla guida a seguito della sospensione della patente, per violazione dell'art.186 o 186 bis del Codice della Strada, viene effettuata dalla Medicina legale. Il Centro di Alcologia Clinica rilascia solo certificazione, su richiesta dell'interessato, dei pazienti in carico al Servizio che devono sottoporsi alla CML, specificando diagnosi e terapia psicofarmacologica in atto	
	AV 4	Tutte le persone vengono sottoposte ad un colloquio/visita specialistica con il Medico. Tale valutazione è propedeutica alla successiva esecuzione di 2 o 3 esami ematologici per la ricerca dei principali parametri alcol sensibili richiesti sulla base delle seguenti variabili: <ul style="list-style-type: none"> • tipo di patente, • prima infrazione o recidiva, • alcolemia rilevata al momento dell'infrazione. 	Emocromo, transaminasi, gamma-GT e CDT
Piemonte	ASL CN1	L'invio ai corsi viene consigliato dai medici del SER.D., che sono parte integrante della Commissione medica locale, sulla base di criteri predefiniti; le situazioni ritenute a maggior rischio durante la visita del medico alcolologo vengono inviate ai Servizi per un percorso di approfondimento e valutazione.	
	ASL NO	I soggetti che nel corso della visita evidenziano aspetti/elementi problematici (segnalazioni ripetute per guida in stato di ebbrezza, positività dell'esame dei capelli per il dosaggio di EtG, comportamenti incongrui — come l'assunzione di alcolici — in occasione della visita, valori alcolemici particolarmente elevati riscontrati alla guida, ecc.) vengono inviati in osservazione dalla Commissione Medica Locale, ai fini di un approfondimento diagnostico e un eventuale trattamento, al Servizio di Alcologia del Dipartimento Patologia delle Dipendenze.	
	ASL TO3	Il percorso è rivolto agli utenti inviati dalle commissioni mediche patenti	
	ASL TO5	Il percorso è rivolto agli utenti inviati dalle commissioni mediche patenti e si avvia su richiesta dell'utente al fine di certificare l'astinenza da sostanze alcoliche.	
	ASL VCO	I soggetti che durante il colloquio evidenziano aspetti problematici (fermi ripetuti per guida in stato di ebbrezza, positività dell'esame dei capelli all'Etg, ecc.) vengono inviati al servizio alcolologico del SerD.	

Regione/ Provincia	ASL	Invio a Alcologia	Accertamenti
Sardegna	ASSL Nuoro		n° 1 prelievo ematico per determinazione sul sangue di: Transaminasi, emocromo, sideremia, ferritina, alt,ast, gamma GT, elettroforesi prot. Plasm., CDT (transferrina desialata), n° 4 alcoltest.
	ASSL Cagliari		strumenti di screening come il CAGE, l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), l'AUDIT C (versione ridotta) e il MAST. A supporto della diagnosi si utilizza il biomarcatore di consumo acuto Etilglucuronato ETC, e biomarcatori di consumo cronico: Gammaglutamil trasferasi (G-GT), Aspartato-aminotrasferasi (AST), Alanino-aminotrasferasi (ALT), Volume corpuscolare medio degli eritrociti (MCV), Transferrina carboidrato carente (CDT).

Toscana		La CML indirizza il conducente al CCA in presenza di almeno una delle seguenti condizioni: I. recidiva nella violazione dell'art. 186 del NCS, II. anamnesi positiva per disturbi da uso di alcool, III. reperti clinici e/o ematochimici di patologie alcol-correlate. Ove ne ravvisi l'opportunità, invita altresì il conducente a rivolgersi anche al servizio alcologico pubblico di riferimento territoriale.	CML. markers bioumorali indicativi di abuso di alcool: gamma-glutamyl transpeptidase (G-GT), emocromo per mean corpuscular volume (MCV), aspartate-aminotransferase (AST), alanine-aminotransferase (ALT). La prescrizione di ulteriori esami, tra i quali il CTD, è a discrezione della CML. CCA. G-GT, MCV e CDT avvalendosi anche di altri test ove ne ravvisi l'opportunità.
PA Trento		Tutti i soggetti vengono sottoposti alla visita alcologica presso il Servizio di Alcologia	MCV, GGT, AMMONIEMIA, CDT o ETILGLICURONIDE
Umbria		Richiesta dalla Commissione Medica Locale per tutti gli utenti che vi accedono per violazione dell'art. 186 o 186 bis del Codice della Strada	Si individua la determinazione dell'Etilglucuronide (EtG) su matrice cheratinica (capello) quale esame tossicologico altamente sensibile e altamente specifico per la valutazione dell'assunzione di alcol. L'esame viene prescritto dalla segreteria della Commissione Medica Locale al primo contatto dell'utente o in occasione delle rivalutazioni successive.

Tabella 4. Criteri per rinnovo patente.

Regione/Provincia	Rinnovo patente
Abruzzo	<p>Patenti di gruppo 1 (A B)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Classe di rischio 1. Visita di revisione: idoneo fino a 6 mesi. Prima visita di conferma: idoneo con validità di legge. • Classe di rischio 2. Visita di revisione: idoneo fino a 6 mesi. Prima visita di conferma: idoneo fino a 12 mesi. Seconda visita di conferma: idoneo con validità di legge, previo controllo su matrice cheratinica. • Classe di rischio 3. Sospensione o temporanea non idoneità. Di norma valutazione dello specialista delle dipendenze. Sulla base dell'esito degli approfondimenti specialistici la valutazione va modulata nel tempo con prima idoneità fino a 6 mesi qualora le valutazioni dimostrino un reale miglioramento e consapevolezza della situazione. L'ultima visita di conferma prevede comunque il controllo su matrice cheratinica. <p>Patenti di gruppo 2 (C D E K)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Classe di rischio 1. Visita di revisione: idoneo fino a 6 mesi. Prima visita di conferma: idoneo fino a 6 mesi con validità di legge. Seconda visita di conferma; idoneo fino a 12 mesi. Terza visita di conferma: idoneo con validità di legge, previo controllo su matrice cheratinica. • Classe di rischio 2 e 3. Sospensione o temporanea non idoneità. Di norma valutazione dello specialista delle dipendenze. Sulla base dell'esito degli approfondimenti specialistici la valutazione va modulata nel tempo con prima idoneità fino a 6 mesi qualora le valutazioni dimostrino un reale miglioramento e consapevolezza della situazione. L'ultima visita di conferma prevede comunque il controllo su matrice cheratinica.
Emilia Romagna	<ul style="list-style-type: none"> • Classe di rischio 1 (scarsa entità). Idoneo da 6 mesi a 1 anno. • Classe di rischio 2 (media entità). Da non idoneità per 3 mesi a idoneità per 3-6 mesi. • Classe di rischio 3 (severa entità). Non idoneità per un periodo non inferiore a 3 mesi e se soddisfa alcoldipendenza invio al servizio alcologico per trattamento.
Liguria	<p>Valutazione della CML. Se il soggetto è in carico al Ser.T. o Alcologia il soggetto dovrà essere valutato dalla CML anche successivamente alla conclusione dei controlli, relativi alla violazione dell'Art. 186, sempre e solo sulla scorta della certificazione specialistica (Tossicologica) del Ser.T. di competenza, fino al raggiungimento della diagnosi di dipendenza in remissione protratta completa. Tali controlli avranno al massimo cadenza annuale, salvo diversa valutazione della CML.</p>
Marche	<p>Nell'area vasta 4, in caso di negatività, la CMLP rilascia un certificato di idoneità alla guida di durata dipendente dalle suddette variabili, di modo che l'utente venga sottoposto altre 2 o 3 volte a tutta la procedura oppure ogni 2 anni per sempre in caso di patenti superiori alla B.</p>

Regione/Provincia	Rinnovo patente
Toscana	<p>Caso A. La CML esprime GIUDIZIO D'IDONEITÀ con periodo di validità della patente di guida, di norma, fino a 12 (dodici) mesi.</p> <p>Caso B. La CML: -SOSPENDE IL GIUDIZIO ove al conducente la patente sia già stata ritirata; - ESPRIME GIUDIZIO MOTIVATO DI NON IDONEITÀ TEMPORANEA ove la patente non sia stata ritirata; - RICHIEDE LA CONSULENZA SPECIALISTICA al CCA (Centro di Consulenza Alcolologica)</p> <p>Caso B.1. La CML esprime GIUDIZIO DI NON IDONEITÀ TEMPORANEA per un periodo non inferiore a 12 (dodici) mesi con la seguente eccezione.</p> <p>Caso B.1.a Conducente che produca certificazione attestante terapia avversivante in corso (disulfiram per os). Per patenti di categoria A e B la CML esprime GIUDIZIO DI NON IDONEITÀ per un periodo di norma non inferiore a tre e non superiore a 6 mesi; per patenti di categorie superiori la CML di norma esprime GIUDIZIO DI NON IDONEITÀ TEMPORANEA NON INFERIORE A SEI MESI. Per casi di somministrazione di disulfiram mediante impianto sottocutaneo la CML esprime GIUDIZIO DI NON IDONEITÀ TEMPORANEA.</p> <p>Caso B.2. La CML esprime GIUDIZIO D'IDONEITÀ con validità della patente di norma fino a 6 (sei) mesi per patenti di categoria A e B e fino a 3 (tre) mesi per categorie superiori.</p> <p>Caso C. La CML esprime GIUDIZIO D'IDONEITÀ con periodo di validità invariato rispetto alle previsioni di legge.</p> <p>Caso D. Il conducente rientra nel Caso B. La CML procede come al Caso B.</p> <p>Caso E. Il conducente rientra nel Caso B. La CML procede come al Caso B con le seguenti eccezioni.</p> <p>Caso E.1 Il conducente rientra nel Caso B.1.a. La CML esprime il corrispondente giudizio.</p> <p>Caso E.2 Il conducente è equiparato al Caso B.1.a. La CML esprime il corrispondente giudizio.</p> <p>Caso F. La CML procede come al Caso B con la seguente eccezione.</p> <p>Caso F.1 La CML esprime GIUDIZIO D'IDONEITÀ con validità della patente di norma fino a 12 (dodici) mesi per patenti di categoria A e B e fino a 6 (sei) mesi per categorie superiori.</p> <p>Caso G. GIUDIZIO D'IDONEITÀ con validità della patente di norma fino a 12 (dodici) mesi.</p> <p>Caso H. GIUDIZIO D'IDONEITÀ con validità della patente di norma fino a 12 (dodici) mesi. In ogni altra fattispecie la CML procederà come al Caso B.</p> <p>ACCERTAMENTI SUCCESSIVI ove la CML attesti il permanere del conducente nelle condizioni che in precedenza abbiano comportato un giudizio d'idoneità con limitazione del periodo di validità della patente, procederà come di seguito indicato.</p> <p>Caso I. Precedente validità fino a 3 mesi (solo categorie superiore alla B), GIUDIZIO D'IDONEITÀ con validità della patente di norma fino a 6 (sei) mesi.</p> <p>Caso J. Precedente validità fino a 6 mesi, GIUDIZIO D'IDONEITÀ con validità della patente di norma fino a 12 (dodici) mesi.</p> <p>Caso K. Precedente validità fino a 12 mesi, GIUDIZIO D'IDONEITÀ con periodo di validità invariato rispetto alle previsioni di legge.</p>
PA Trento	<p>Il rinnovo patente secondo scadenza di legge e l'uscita dal circuito consulenze alcoliche e visita in commissione patenti avviene per decisione della Commissione Patenti; orientativamente si verifica quando in sede alcolica si attribuisce un livello di rischio Molto Basso o in caso di Astinenza da più di 5 anni, salvo prescrizione della Commissione Patenti.</p>
Umbria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Provvedimenti della CML per la classe di rischio 1 - molto lieve Validità per 1 anno — rivalutazione — validità piena. 2. Provvedimenti della CML per la classe di rischio 2 - lieve Validità per 1 anno — rivalutazione — validità per 2 anni — rivalutazione — validità piena. 3. Provvedimenti della CML per la classe di rischio 3 - medio Validità per 6 mesi — rivalutazione — validità per 1 anno — rivalutazione — validità per 2 anni — rivalutazione — validità piena. 4. Provvedimenti della CML per la classe di rischio 4 – elevato. Se ritenuto opportuno dalla CML in base alla gravità degli indici specifici rilevati nel singolo caso, non validità da 2 a 6 mesi — rivalutazione — validità per 6 mesi — rivalutazione — validità per 1 anno — rivalutazione — validità per 2 anni — rivalutazione — ulteriore validità temporanea o validità piena a seconda del grado di rischio riscontrato. 5. Provvedimenti della CML nel caso di recidive. Nel caso siano state rilevate una o più recidive nel periodo di osservazione disposto dalla Commissione Medica Locale o anche al di fuori di esso, viene stabilito un periodo di inidoneità temporanea alla guida per un periodo variabile da 3 a 6 mesi, a discrezione della Commissione Medica Locale in relazione ai singoli casi.

Regione/Provincia	Rinnovo patente
	<p>Allo scadere del periodo di idoneità temporanea alla guida, l'interessato si sottopone ad una nuova determinazione dell'EtG su matrice cheratinica e su eventuale indicazione della Commissione Medica Locale nel caso sia stato rilevato un grado di rischio medio o elevato, a rivalutazione presso il servizio di Alcologia. Questa comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esame obiettivo, • valutazione degli accertamenti tossicologici (EtG), • prescrizione e valutazione di eventuali ulteriori esami di laboratorio o di eventuale consulenza specialistica, • certificazione per la Commissione Medica Locale, • inserimento dei dati nel sistema di rilevazione informatizzato in dotazione ai servizi di Alcologia. <p>La Commissione Medica Locale effettua quindi la visita collegiale e considerato il referto del test tossicologico o la certificazione del servizio di alcologia attribuisce l'idoneità o inidoneità alla guida secondo le successioni temporali sopra riportate.</p>

Tabella 5. Percorso presso il SerD.

Regione/Provincia	ASL	Percorso
Abruzzo		<p>VISITA REVISIONE PER I SOGGETTI SOTTOPOSTI A VISITA PRELIMINARE AL SER.D.</p> <p>La CML di residenza prescrive la visita specialistica presso il Ser.D. da effettuarsi con uno specialista diverso da quello che aveva in carico il soggetto qualora questo fosse già assistito dal Ser.D. Al termine della valutazione lo specialista rilascerà certificazione e relativi documenti in busta chiusa da consegnare a cura del conducente alla CML. Prescrive inoltre la partecipazione al corso di informazione/formazione obbligatorio di cui dovrà presentare attestato di partecipazione. La CML acquisisce la documentazione, stabilisce la classe di rischio ed esprime il giudizio sull' idoneità. Nel corso della visita può richiedere, sospendendo la valutazione, ulteriore consulenza specialistica Ser.D.</p> <p>VISITA REVISIONE PER I SOGGETTI NON SOTTOPOSTI A VISITA PRELIMINARE AL SER.D.</p> <p>Il soggetto riceve la documentazione da esibire all'atto della visita: esami laboratorio previsti dal protocollo alcol (Prestampato esami urine art. 186- 186bis per CML revisione); Impegno all'astensione dal consumo di bevande alcoliche; Autocertificazione relativa ai rapporti con le sostanze psicoattive; Invito alla partecipazione al corso obbligatorio "GUIDA SICURA". La Commissione riceve la documentazione e la sottopone allo specialista Ser.D. che partecipa alla commissione e che formula un parere attribuendo la classe di rischio sull'apposito modulo e quindi formula il giudizio di idoneità. Nel caso di idoneità il conducente riceve la documentazione da presentare alla visita successiva.</p> <p>VISITA CONFERMA</p> <p>Il conducente consegna la documentazione prodotta dallo specialista del Ser.D. inclusi i referti degli esami tossicologici. Il materiale è sottoposto allo specialista Ser.D. che eventualmente partecipa alla commissione e quindi attribuisce la classe di rischio e formula il giudizio di idoneità. Nel caso di idoneità il conducente riceve la documentazione da presentare alla visita successiva.</p>
		<p>Percorso di rivalutazione dell' idoneità alla guida gestito dalla CML, che include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i corsi infoeducativi di primo livello per chi è alla prima violazione; • un percorso strutturato intermedio con corsi di secondo livello per conducenti con una seconda violazione accertata, organizzato in più incontri, in un piccolo gruppo con interventi infoeducativi e motivazionali; • in caso di ulteriori violazioni, l'obbligo di invio del conducente al Centro alcologico di riferimento territoriale per lo svolgimento di una osservazione approfondita ed un eventuale trattamento. <p>Nel percorso previsto dalla Regione vi sono dunque 3 livelli di intervento di crescente complessità e intensità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un soggetto viola art. 186 o 186 bis e partecipa a corso infoeducativo di base di tipo informativo psicoeducativo oltre all'aspetto sanzionatorio e legale; • se lo stesso soggetto ripete l'infrazione effettua un percorso strutturato di gruppo di secondo livello con approccio informativo educativo, motivazionale ed elementi di terapia cognitivo comportamentale oltre che di prevenzione della reiterazione incluso l'aspetto sanzionatorio e legale; • se il soggetto compie più reiterazioni è inviato al Servizio Dipendenze patologiche di riferimento per un intervento di assessment approfondito e di eventuale trattamento, oltre all'aspetto sanzionatorio e legale; • per i soggetti con reiterazione, la CML richiede in ogni caso l'approfondimento diagnostico da attuarsi coinvolgendo un medico alcologo e la partecipazione ad un corso di secondo livello che può permettere ai soggetti che non hanno seguito i corsi di primo livello di ottemperare al preliminare obbligo prescritto.
Emilia Romagna		

Regione/Provincia	ASL	Percorso
Friuli Venezia Giulia		<p>Le azioni dei Servizi devono prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una valutazione finalizzata all'approfondimento del singolo caso (volto a circoscrivere i motivi della sanzione, e le modalità di consumo alcolico ed eventuali condizioni di dipendenza o di abuso) ed all'eventuale presa in carico del soggetto ai fini del trattamento; • un percorso informativo/motivazionale dedicato, previsto per i soggetti inviati alla CMLP per guida in stato di ebbrezza alcolica, omogeneo nei singoli servizi per numero di incontri e contenuti presentati, orientato alla sensibilizzazione rispetto al pericolo ed alle conseguenze dell'abuso alcolico, alla guida e non, alla modificazione dei comportamenti a rischio, ed alla eventuale presa in carico ove necessario; • la stesura, secondo un modello standardizzato, di una relazione da sottoporre all'attenzione della CMLP che contenga: <ul style="list-style-type: none"> o informazioni sul percorso effettuato dal soggetto giunto alla valutazione, o attestato di partecipazione all'attività informativa svolta, con eventuali osservazioni, o indicazioni relative ad eventuali problemi e patologie alcolcorrelate che ne suggeriscano la presa in carico da parte dei servizi ai fini del trattamento.
Marche	AV 4	Tutte le persone vengono sottoposte ad un colloquio/visita specialistica con il Medico. Tale valutazione è propedeutica alla successiva esecuzione di 2 o 3 esami ematologici per la ricerca dei principali parametri alcol sensibili (nello specifico: emocromo, transaminasi, gamma-GT e CDT)
Piemonte	ASL CN2	È attivo un protocollo relativo alla partecipazione del consulente alcolologo Ser.D. presso la Commissione Medico Locale per la valutazione dell'idoneità alla guida relativa alle persone che hanno violato l'articolo 186 del codice della strada. In quella sede viene effettuato il counseling individuale ai pazienti con profilo di rischio più elevato.
	ASL NO	Collaborazione stabile con la Commissione Medica Locale, per l'effettuazione di un 'counseling breve' ("Brief Intervention") a tutti i soggetti che afferiscono alla Commissione stessa ai fini della revisione della patente, per guida in stato di ebbrezza; il counseling viene effettuato da un medico del Servizio di Alcologia [Dipartimento Patologia delle Dipendenze), che partecipa a tutte le sedute della Commissione.
	ASL TO3	<p>Percorso di accoglienza multidisciplinare prevede: la valutazione medica che include la visita medica, lo screening ematologico (Emocromo, transaminasi, Gamma GT, Trigliceridi, Colesterolo totale, F.A., CDT altro), ed eventuali esami strumentali. Per la prima valutazione clinica ci si può avvalere degli esami già in possesso del paziente, eseguiti su prescrizione della CMP (NB gli esami ematologici eseguiti c/o il Ser.T. hanno un valore puramente clinico. Attualmente, per la valutazione a fini medico legali, sono le CMP che prescrivono gli esami ematologici effettuati a carico degli interessati); la valutazione psicologica; il counseling motivazionale.</p> <p>Al percorso di accoglienza fanno seguito i percorsi trattamentali differenziati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Percorso psico-educazionale (sensibilizzazione e prevenzione del comportamento a rischio) rivolto a persone con esami di laboratorio nella norma/alterati con evidenti problemi di binge-drinking (consumi occasionali particolarmente rischiosi). Prevede la partecipazione al corso/incontri di informazione/educazionali; un periodo di osservazione di minimo 1 mese (richiesta astinenza più controlli con etilometro almeno bisettimanali); l'approfondimento psico-sociale. 2. Percorso trattamento (presa in carico e trattamento c/o ambulatori di alcologia) rivolto a persone con esami alterati, storia di consumi elevati e costanti, stato di alcoldipendenza. <p>Al termine del percorso viene rilasciata, su richiesta dell'interessato, una relazione sull'andamento del programma svolto, nella quale il soggetto è collocato in una delle tre classi seguenti:</p>

Regione/Provincia	ASL	Percorso
		<p>a) percorso psico- educativo (sensibilizzazione e prevenzione del comportamento a rischio): persone con esami di laboratorio nella norma/alterati con evidenti problemi di binge-drinking (consumi occasionali particolarmente rischiosi);</p> <p>b) presenza di segni/ sintomi di possibile attuale elevato consumo alcolico;</p> <p>c) presenza di segni/ sintomi di attuale elevato consumo alcolico:</p>
	ASL TO5	<p>Percorso Guida Sicura. L'obiettivo è promuovere la consapevolezza verso le abitudini alcoliche e i rischi legati alla guida. Gli obiettivi sono: trasmettere informazioni chiare e mirate sul tema alcolemia e capacità di guida, codice della strada (Articolo 186) e sanzioni connesse; approfondire la conoscenza degli utenti, al fine di acquisire ulteriori elementi utili alla valutazione stato di rischio dei problemi alcol-correlati; promuovere un aumento della consapevolezza ed un cambiamento nei comportamenti in modo efficace; prevenire "recidive" dei comportamenti a rischio legati all'uso dell' alcol, abbinato alla guida di veicoli a motore.</p>
	ASL VCO	<p>Collaborazione stabile con la Commissione Locale Patenti dell'ASL VCO, ove viene offerto a tutti gli utenti che vi si rivolgono per violazione dell'art. 186 un counseling brevissimo sul tema degli effetti dell'alcol alla guida.</p>
Sardegna	ASSL Nuoro	<p>1. Colloquio di accoglienza e informativo con l'Assistente Sociale e/o l'Educatore Professionale che consiste in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • acquisizione della richiesta della CML, • raccolta dei dati anagrafici, • indagine sull'area socio familiare e lavorativa, • eventuali problemi giudiziari e uso di sostanze stupefacenti e/o alcoliche, • circostanza del ritiro della patente • si forniscono informazioni sul percorso che dovrà effettuare al Servizio e si compilerà la modulistica che dovrà essere firmata per accettazione. <p>2. Colloquio con il Medico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • colloquio clinico e anamnesi tossicologica, • prescrizione accertamenti clinici, • si concorda la programmazione calendarizzata delle verifiche alcolemiche con l'etilometro (uno alla settimana) e dei prelievi biologici, • prescrizione esami di laboratorio, • valutazione degli esami effettuati, • eventuale test di conferma (in caso di positività). <p>3. L'infermiere attua gli accertamenti tossicologici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per uso di Alcool che consistono in: n° 1 prelievo ematico per determinazione sul sangue di: Transaminasi, emocromo, sideremia, ferritina, alt,ast, gamma GT, elettroforesi prot. Plasm., CDT (transferrina desialata), n° 4 alcoltest. <p>Qualora l'interessato non si presenti ai controlli tossicologici nei giorni programmati, dovrà riniziare i controlli alcol/tossicologici.</p> <p>4. Colloquio con lo Psicologo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • colloquio psicologico e anamnesi, • somministrazione e valutazione test psicodiagnostici (Cage, Audit, MAC2-R, MAC2-A). <p>5. Corso informativo sui rischi da uso di sostanza alla guida</p>

Regione/Provincia	ASL	Percorso
	ASSL Cagliari	<p>Spesso propedeutico o talora consecutivo all'esame da parte della Commissione Medica Patenti.</p> <p>Protocollo operativo "Alcol e guida in sicurezza" (durata tre mesi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) valutazione della richiesta 2) approfondimento diagnostico 3) Monitoraggio consumo alcol 4) scheda anagrafico-anamnestica 5) Colloqui individuali e familiari 6) Gruppo motivazionale (Lezioni e terapia cognitivo- comportamentale) 7) Valutazione e certificazione per commissione ufficio patenti
Toscana		<p>Lo specialista del CCA integra l'anamnesi, esegue la visita alcolologica ed il colloquio clinico, prescrive i markers bioumorali. L'interessato dovrà eseguire gli esami in un range da 35 a 40 giorni dal tempo 0.</p> <p>Completato l'iter diagnostico il CCA invia alla CML, in busta chiusa, la relazione in cui lo specialista esprime una diagnosi di stato attuale.</p> <p>Ove ne ravvisi l'opportunità, il CCA inviterà l'interessato a rivolgersi per le cure del caso al servizio alcolologico pubblico di riferimento territoriale.</p>
PA Trento		<p>Non uso attuale di alcol: Si propone prosecuzione del percorso in atto.</p> <p>Rischio molto basso : Consegna materiale, Ciclo incontri salute – alcol e guida</p> <p>Rischio basso : Consegna materiale, Ciclo incontri salute – alcol e guida</p> <p>Rischio intermedio: Consegna materiale, Ciclo incontri salute – alcol e guida, Club, Scuola ecologica familiare, Settimana sensibilizzazione, Etiltox</p> <p>Rischio elevato: Consegna materiale, Ciclo incontri salute – alcol e guida, Club, Scuola ecologica familiare, Settimana sensibilizzazione, Etiltox</p>
Umbria		<p>La valutazione alcolologica comprende: - raccolta dell'anamnesi; - esame obiettivo, - valutazione degli accertamenti tossicologici (EtG), - prescrizione e valutazione di eventuali ulteriori esami di laboratorio (MCV, AST, ALT, gammaGT, CDT), laddove necessari per precisare il quadro diagnostico, - valutazione della sfera psicologica e comportamentale con esclusivo riferimento al consumo di alcol a rischio, con somministrazione di test standardizzati per la verifica del comportamento di consumo (a scelta tra AUDIT, AUDIT-C, CAGE), - certificazione medica per la Commissione Medica Locale, - inserimento dei dati nel sistema di rilevazione informatizzato in dotazione ai servizi di Alcologia.</p> <p>Alla prima valutazione alcolologica si associa in tutti i casi l'esecuzione di un intervento informativo/motivazionale sui rischi alcolcorrelati, finalizzato a promuovere la modificazione dei comportamenti a rischio. Qualora sia riscontrato un "disturbo da uso di alcol", viene prospettata e incoraggiata la possibilità di presa in carico da parte del servizio.</p>

Tabella 6. Equipe dedicata e Modulistica.

Regione/Provincia	Equipe	Modulistica
Abruzzo	Visita specialistica presso il Ser.D. da effettuarsi con uno specialista diverso da quello che aveva in carico il soggetto qualora questo fosse già assistito dal Ser.D.	<p>1: Impegno all'astensione dal consumo di bevande alcoliche;</p> <p>2: Autocertificazione relativa ai rapporti con le sostanze psicoattive;</p> <p>3: Invito alla partecipazione al corso obbligatorio "GUIDA SICURA";</p> <p>4: Indicazione per visita tossicologica preliminare alla visita CML;</p> <p>4 CUP: Indicazione per prenotare visita tossicologica preliminare alla visita CML;</p> <p>5: Prestampato esami capello art. 187 per CML revisione;</p> <p>6: Prestampato esami urine art. 187 per CML revisione;</p> <p>7: Prestampato esami urine art. 186- 186bis per CML revisione;</p> <p>8: Certificato Specialistico di stato attuale protocollo ALCOL ;</p> <p>9: Certificato Specialistico di stato attuale protocollo STUPEFACENTI;</p> <p>10: Prestampato esami capello art. 187 per CML conferma ;</p> <p>11: Prestampato esami urine art. 187 per CML conferma ;</p> <p>12: Prestampato esami capello art. 186- 186bis per CML conferma;</p> <p>13: Prestampato esami urine art. 186- 186bis per CML conferma;</p> <p>14A: correlazione Diagnosi/classe di rischio</p> <p>14S: correlazione Diagnosi/ categoria;</p> <p>15A: Giudizio Idoneità/Classe rischio ALCOL;</p> <p>15S: Giudizio idoneità/Categoria STUPEFACENTI;</p> <p>16: Richiesta relazione conducenti in carico ai SERD idonei;</p> <p>17: Richiesta visita tossicologica in corso CML.</p>
Campania	Equipe Alcologia apposita per percorso patenti al di fuori del proprio orario di servizio operante in fasce orarie e/o locali specifici	
Emilia Romagna		<p>dichiarazione da redigere a cura dell'interessato e da firmare in presenza della CML;</p> <p>scheda clinica a cura del medico alcologo (approfondimento diagnostico);</p> <p>certificazione del medico alcologo;</p> <p>criteri di orientamento per la Commissione Medica Locale ai fini dell'individuazione della classe di rischio;</p> <p>l'informativa sul protocollo operativo per la valutazione dell'idoneità alla guida nei soggetti segnalati per guida in stato di ebrezza alcolica;</p> <p>l'informativa per il trattamento dei dati da consegnare al paziente;</p> <p>due schede per la raccolta di dati aggregati a cadenza annuale che descrivono le caratteristiche e l'attività della CML l'una e le caratteristiche degli utenti l'altra.</p>
Toscana	è prevista l'istituzione del CCA (Centro di Consulenza Alcologica) distinto dai servizi di trattamento per i problemi alcol correlati, appositamente dedicato all'intervento sui conducenti segnalati dalla CML.	

Regione/Provincia	Equipe	Modulistica
PA Trento		Anagrafica Scheda diagnostica prima visita ad uso dei Servizi di Alcologia Scheda diagnostica visite successive ad uso dei Servizi di Alcologia Certificazione prima consulenza alcolologica che i Servizi di Alcologia invieranno alla Commissione Medica Locale Patenti Certificazioni consulenze alcolologiche successive che i Servizi di Alcologia invieranno alla Commissione Medica Locale Patenti
Umbria	Le Aziende USL adottano soluzioni organizzative idonee, dedicando preferibilmente accessi differenziati. Possono essere utilizzate forme di attività intramuraria di tipo libero professionale d'equipe.	<ul style="list-style-type: none"> • Prospetto informativo per i casi di revisione della patente per guida in stato di ebbrezza alcolica (art. 186 o art. 186bis del Codice della Strada) consegnato dalla segreteria della CML contestualmente alla prenotazione della visita collegiale. • Modello per la certificazione alcolologica (relazione per la CML). • Procedure per la determinazione di marker di uso alcolico (etilglucuronide) per l'accertamento della idoneità alla guida. • Tariffe a carico dell'interessato per le prestazioni e gli esami da sostenere nei casi di revisione della patente per guida in stato di ebbrezza alcolica.

Tabella 7. Descrizione del corso.

Regione/Provincia	ASL	Corso
Abruzzo		Previsto, ma non descritto
Emilia Romagna		<p>Ogni edizione dei corsi infoeducativi di primo livello, svolta nel territorio regionale, prevede un programma informativo centrato sulle seguenti 10 aree tematiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gli incidenti stradali e le loro cause; • danni umani, sociali ed economici degli incidenti stradali; • la complessità della performance di guida; • i fattori di rischio per la guida; • alcol: cinetica, effetti sulla guida, come calcolare l'alcolemia; • alcol, farmaci, sostanze stupefacenti: i rischi per la guida; • consumo di sostanze psicoattive e attività lavorativa: i rischi e la normativa; • gli artt. 186 e 187 del Codice della strada; • il percorso di valutazione dell'idoneità alla guida previsto dalla CML; • raccomandazioni e consigli pratici per prevenire le problematiche correlate al consumo di sostanze psicoattive e per non incorrere nella guida in stato di ebbrezza e/o di alterazione psicofisica. <p>In ogni edizione dei corsi infoeducativi di secondo livello verranno affrontati i seguenti temi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le cause principali favorevoli agli incidenti stradali, la propensione al rischio e la gestione dei tratti predisponenti la guida pericolosa, i fattori di rischio per la salute e per la guida legati al consumo di sostanze psicoattive, la normativa vigente oltre ad aspetti peculiari del rapporto alcol e guida e della prevenzione della reiterazione.
Friuli Venezia Giulia		<p>I corsi, della durata di non meno di sei ore, dovranno prevedere i seguenti contenuti informativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduzione al tema dell'alcol • Danni fisici e psichici da alcol • Alcol: legislazione e guida. Norme procedurali e conseguenze giuridiche nei casi di violazione degli artt. 186 e 187 • I requisiti psico-fisici per una guida sicura • Alcol e guida: aspetti informativi sulle possibili conseguenze degli incidenti alcolcorrelati (es. dinamiche dell'impatto, presentazione di immagini da 'crash test') • Alcol: danni sociali e problemi relazionali. Le risorse sul territorio • Somministrazione del questionario di valutazione

Regione/Provincia	ASL	Corso
Piemonte	ASL BI	Corso rivolto a soggetti adulti che sono sottoposti alla messa alla prova, per violazione dell'articolo 186 del codice della strada. L'obiettivo è quello di informare e sensibilizzare le persone inviate dallo UEPE di Vercelli e Biella, che hanno sottoscritto un programma di trattamento e prevede la partecipazione ad incontri strutturati di sensibilizzazione sul tema alcol e guida. Nel corso dell'anno sono previste più edizioni con incontri a tema: alcol e salute, alcol e guida, aspetti legislativi e legali su alcol e guida, aspetti culturali e sociali legati all'uso di alcol.
	ASL Città di Torino	Due incontri della durata di un'ora e trenta, durante i quali si offrono elementi sia informativi che di riflessione sui rischi connessi al consumo e abuso di alcolici con particolare riferimento alla guida di veicoli. Viene utilizzata una modalità di confronto interattivo, attraverso slide, video, brainstorming, esempi pratici (es. calcolo alcolemia). Nel primo incontro, si presentano alcuni dati statistici su incidenti stradali, si affronta il concetto di alcolemia, compreso il calcolo del tasso alcolemico, e ci si confronta sulle principali norme del codice stradale. Nel secondo incontro, si forniscono alcuni spunti informativi e di riflessione sugli stili del bere maggiormente diffusi, così conducendo i partecipanti a pensare e comunicare i propri stili del bere e, tra questi, quelli più rischiosi per la propria e altrui incolumità e salute, per poi concludere con l'individuazione di strategie preventive. A tali incontri, in base all'andamento degli stessi e all'interesse dei soggetti coinvolti, al fine di ulteriori approfondimenti tematici, può eventualmente seguire un terzo incontro.
	ASL CN1	Gli interventi vengono realizzati sotto forma di incontri di gruppo su tutto il territorio del Dipartimento per quegli utenti segnalati dalla Commissione Locale Patenti per guida in stato di ebbrezza che non mostrino ancora una compromissione nell'uso di alcol tale da richiedere una presa in carico terapeutica. Consta di interventi di tipo informativo-formativo, educativo, di promozione della salute e prevenzione delle situazioni di rischio di "incidenti sulla strada", causati in particolare dagli effetti dell'alcol nei conducenti di veicoli a motore. Il programma consiste in 3 incontri della durata di circa 2 ore che vertono sui seguenti argomenti: aspetti sanitari del consumo alcolico, legislazione in materia di alcol e guida, prevenzione dell'incidentalità stradale; al termine dei 3 incontri viene rilasciato un attestato di partecipazione. Il pacchetto informativo viene effettuato circa ogni 40 giorni alternando le sedi nell'ambito del territorio dell'ASLCN1.
	ASL TO3	Previsto, ma non descritto
Sardegna	ASSL Nuoro	La partecipazione al corso formativo della durata di 2,30 ore, è rivolta ad un gruppo di 6/7 utenti per incontro, a cadenza mensile. Il corso è condotto da un medico che illustra gli aspetti clinici del danno dell'uso dell'alcol sull'intero organismo, da un assistente sociale e da un educatore professionale che trattano gli aspetti legali con l'ausilio di slide specifiche e materiale illustrativo. Si attiva così uno scambio interattivo di gruppo sulle varie esperienze personali, aspetto che dà al corso un significato non solo informativo, ma anche di riflessione e di messa in discussione di stili di vita a rischio. La frequenza al corso, "Alcool e guida", viene segnalata nella certificazione di idoneità rilasciata all'utente a fine programma e consegnata alla Commissione Medico Locale. Alla conclusione del corso si consegna a ogni partecipante un opuscolo "Guida Sicuro" e un attestato di partecipazione.
	ASSL Cagliari	"Gruppo motivazionale" per lo sviluppo di nuove conoscenze e consapevolezza dei comportamenti disfunzionali in tema di alcol e guida sicura, della durata di 3 mesi. In questo arco di tempo l'utente, unitamente ad un suo familiare, partecipa a lezioni informative sui seguenti argomenti: concetto di unità alcolica; disturbi da abuso e dipendenza da alcol e sostanze; responsabilità civile, penale e legge sull'omicidio stradale; danni fisici e psichici indotti dell'alcol; alcol e comportamento violento; sindrome feto alcolica; comorbidità tra alcol e disturbi psichiatrici. Tali incontri di gruppo hanno una cadenza settimanale della durata di 3 ore ciascuno: a una prima fase informativa fa seguito quella a orientamento cognitivo-comportamentale, mirante ad avviare e sostenere il cambiamento.

Regione/Provincia	ASL	Corso
PA Trento		<p>Il corso prevede il seguente programma:</p> <p>I° incontro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - accoglienza e presentazione; - concetto di salute e stili di vita; - stili di vita: fattori di rischio e fattori di protezione; - stili di vita e impatto ambientale: quali connessioni?; - alcol e salute: alcuni dati; - alcol e guida; - alcol e guida: responsabilità verso se stessi e verso gli altri; - la scelta libera dei propri stili di vita: bere o non bere? come, quando e perché?; - la responsabilità individuale nella scelta degli stili di vita; - intelligenza emotiva e Capacità di Vita per poter scegliere <p>II° incontro</p> <ul style="list-style-type: none"> - alcol: che cos'è? L'alcol è una droga?; - noi e l'alcol; - comportamenti a rischio (differenza tra rischio e danno); - bere alcolici è un comportamento a rischio?; - bere moderato e PAC nella popolazione; - la persona e la famiglia con problemi di alcol (di tipo fisico, familiare, sociale,...); - i programmi alcologici (Servizio Alcologia, Club delle famiglie con PAC, A.A.); - l'approccio ecologico-sociale ai PAC; - l'approccio di popolazione; - facciamo i legislatori: in quali condizioni è raccomandabile non bere?; - la Carta Europea sull'Alcool; - alcol e ambiente, cultura, tradizioni: non sempre è facile scegliere. <p>III° incontro</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scelta di nuovi stili di vita: il tempo, le capacità di vita, le emozioni, le relazioni con gli altri, la salvaguardia del pianeta; - intelligenze collettive e sobrietà; - una nuova cultura orientata all'etica, al benessere e alla responsabilità; - breve discussione: i nostri impegni per il futuro; - spazio per dubbi e chiarimenti finali; - consegna dei diplomi
Umbria		<p>Alla prima valutazione alcologica si accompagna l'esecuzione, da parte degli operatori del servizio di Alcologia, di un intervento informativo-motivazionale, finalizzato ad una maggiore consapevolezza e responsabilizzazione in merito alla pericolosità degli effetti dell'alcol sulla guida e alla modificazione dei comportamenti rischiosi per la salute e la sicurezza stradale.</p> <p>Si avvale delle tecniche proprie dell'approccio motivazionale e può essere attuato attraverso colloqui individuali o incontri di gruppo.</p>