



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DEI CORRETTI STILI DI VITA E DEI RAPPORTI CON L'ECOSISTEMA
UFFICIO 2 PROMOZIONE DEI CORRETTI STILI DI VITA NELLA POPOLAZIONE

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 2025

PREFAZIONE

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.

Con la presente Relazione si illustra il quadro epidemiologico internazionale, nazionale e regionale che descrive il fenomeno correlato al consumo di bevande alcoliche, aggiornato con i dati riferiti all'anno 2024. Inoltre, si riportano gli interventi e le iniziative intraprese dal Ministero della Salute nell'anno 2025 e si presentano i progetti finanziati con i fondi previsti dalla predetta Legge 125/200, art. 3, comma 4, assegnati alle Regioni Capofila individuate dalla Commissione Salute.

La Relazione al Parlamento è curata dalla Direzione Generale dei Corretti Stili di Vita e dei rapporti con l'Ecosistema, in particolare dall'ufficio 2 "*Promozione dei corretti stili di vita nella popolazione*" (Direttore dell'ufficio: dott.ssa Maria Assunta Giannini; Referente della materia: dott.ssa Maria Migliore), e si avvale anche di informazioni fornite dalle seguenti Direzioni Generali del Ministero della Salute: Direzione Generale della Programmazione e dell'Edilizia Sanitaria – ufficio 9 "*Classificazioni delle diagnosi, procedure e interventi e monitoraggio delle schede di dimissione ospedaliera*" (Direttore dell'ufficio: dott.ssa Cristina Giordano; Referente della materia: dott.ssa Carla Ceccolini); Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR - ufficio 2 "*Ufficio di Statistica*" (Direttore dell'ufficio: dott.ssa Rosaria Boldrini, Referente della materia: dott.ssa Miriam Di Cesare) e ufficio 3 "*Sistema informativo sanitario nazionale e innovazione digitale in sanità*" (Direttore dell'ufficio: dott.ssa Serena Battilomo; Referente della materia: dott.ssa Elisabetta Santori).

Per l'elaborazione della presente Relazione al Parlamento, il Ministero della Salute, inoltre, si è avvalso dei contributi di notevole interesse scientifico forniti dai rappresentanti istituzionali di seguito indicati:

- Prof. Emanuele Scafato, dott.ssa Silvia Ghirini, dott.ssa Claudia Gandin, dott.ssa Alice Matone - Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping. Osservatorio Nazionale Alcol e *WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems*.
- Dott. Valerio Manno – Istituto Superiore di Sanità.
- 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 – ISTAT - *Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Censimento della Popolazione, Servizio Sistema Integrato Salute, Assistenza, Previdenza e Giustizia*.
- 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 Claudia Bernardini – Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) - *Ufficio Governance della Spesa Farmaceutica*.

PRESENTAZIONE

Si presenta alla Camera e al Senato la Relazione annuale che descrive l'andamento temporale del fenomeno connesso al consumo delle bevande alcoliche e che illustra le azioni di contrasto intraprese dal Governo e dalle Regioni per contenere i danni causati dall'abuso di alcol, in ottemperanza alla Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati".

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

Dai dati dell'anno 2024, prodotti dalle maggiori fonti istituzionali, emerge che il consumo rischioso e dannoso di alcol resta tutt'oggi una criticità in ambito europeo e nazionale, tanto da indurre molti Paesi ad adottare iniziative di prevenzione, non solo universale ma soprattutto dirette alle fasce di popolazione più vulnerabili agli effetti dell'alcol: giovani, soprattutto nell'età minorile, donne e anziani.

Il Ministero della Salute, condividendo la necessità e l'urgenza di investire in un approccio integrato di politiche a supporto di stili di vita sani per garantire una longevità in salute e la sostenibilità del welfare del nostro Paese, ha previsto l'istituzione della Direzione generale dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'ecosistema, al fine di promuovere ogni utile iniziativa per prevenire fattori di rischio modificabili, tra i quali il consumo rischioso e dannoso di alcol.

I più importanti strumenti predisposti per contrastare i principali fattori di rischio modificabili attraverso la promozione di sani stili di vita tengono conto della necessità di un approccio intersettoriale, *life course*, di genere e per setting (scuola, luoghi di lavoro, comunità locali, servizi sanitari), elementi tutti che compongono la *vision* globale di ogni iniziativa del Ministero della Salute.

Tra le iniziative intraprese da questo Ministero, si menziona il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025. Nel corso dell'anno 2025, i referenti del Ministero della Salute hanno provveduto a valutare i risultati raggiunti dalle Regioni nell'anno 2024 relativamente agli obiettivi del Piano Predefinito n.4 "Dipendenze".

Inoltre, nell'anno 2025 sono proseguiti i lavori del "Tavolo tecnico per la realizzazione del Piano Nazionale di Prevenzione in materia di Dipendenze", istituito con D.D. del 21/04/2021 per ottemperare alla Linea di supporto centrale n.11. Il 31 Dicembre 2025 si sono conclusi i lavori del Tavolo tecnico summenzionato con il licenziamento dell'ultima bozza delle Linee di indirizzo "*Identificazione precoce dei segnali predittivi di dipendenza patologica*".

Dette Linee di indirizzo rappresentano il primo documento sperimentale finalizzato a porre attenzione sulle misure da adottare per individuare e intervenire precocemente sui comportamenti a rischio. Il documento, infatti, propone raccomandazioni utili a fornire indicazioni per la realizzazione di interventi finalizzati alla identificazione precoce dei fattori di rischio e degli stili di vita correlati, predittivi di comportamenti problematici che potrebbero evolvere verso condizioni di dipendenza patologica.

In particolare, le raccomandazioni contenute nel documento, declinate per setting specifici, sia sul versante sanitario sia sul versante socioeducativo, prevedono una forte integrazione territoriale tra servizi pubblici, servizi privati accreditati che erogano prestazioni sociosanitarie, Enti del terzo settore e Associazioni di auto mutuo aiuto.

Le linee di indirizzo in questione dovranno essere sottoposte alla Conferenza Unificata, il cui iter di adozione è in fase di perfezionamento.

Il Ministro della Salute

Orazio Schillaci

SINTESI INTRODUTTIVA

Di seguito verrà illustrata una sintesi del quadro epidemiologico, di cui si compone la Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 125/2001 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati” - anno 2025.

I dati rappresentati nella Prima Parte della Relazione fanno riferimento all’anno 2024 e sono forniti da diverse Fonti statistiche istituzionali, al fine di descrivere il fenomeno correlato al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione italiana.

I dati **ISTAT** riferiti all’**anno 2024** mostrano in lieve riduzione, rispetto all’anno precedente, il consumo di alcol nell’anno (67,3% nel 2023 e 66,6% nel 2024); si riduce, inoltre, ma in modo più marcato il consumo giornaliero (18,4% nel 2023 e 17,0% nel 2024). In lieve aumento, invece, il consumo fuori pasto (32,4% nel 2023 e 33,2% nel 2024) e il consumo occasionale (48,9% nel 2023 e 49,6% nel 2024). Si continua a registrare la tendenza negli ultimi dieci anni del progressivo e significativo incremento della quota di femmine consumatrici di bevande alcoliche che, per il consumo occasionale, passano dal 39,5% al 47,3% e per il consumo fuori pasto passano dal 15,8% al 23,9%. I dati sul consumo di bevande alcoliche tra i **giovani** mostrano che nel 2024 il 45,5% dei ragazzi e il 40,8% delle ragazze di età compresa tra 11 e 24 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell’anno; rispetto al 2014 si rileva una diminuzione della prevalenza tra i ragazzi (-3,0 punti percentuali) e, viceversa, un aumento tra le ragazze (+2,3 punti percentuali). Nella fascia di età 11-24 anni è molto diffusa la consuetudine di bere alcolici fuori dai pasti (più di 1 ragazzo su 4 ha questa abitudine), anche con una frequenza di almeno una volta a settimana, ciò indica un comportamento nel consumo di alcol adottato in modo abituale e potenzialmente a rischio. Pertanto, possiamo considerare il consumo di alcol tra i giovani, a tutt’oggi, una criticità che suggerisce di mantenere alta l’attenzione su questa fascia di popolazione. I comportamenti a rischio sul consumo di alcol nella popolazione giovanile sono particolarmente diffusi nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni. Il fenomeno è differenziato per genere, con valori più elevati tra i ragazzi, sebbene nel tempo stia aumentando in modo significativo il numero di ragazze in questa fascia di età con comportamenti di consumo a rischio. Inoltre, c’è da osservare come nella fascia di età 11-17 anni (minorenni), le differenze di genere siano meno marcate e i comportamenti di consumo delle ragazze siano quasi sovrapponibili a quelli dei ragazzi. Nell’anno 2024 sono 2.439.000 le **persone di 65 anni e più** che hanno adottato almeno un comportamento di consumo a rischio per la loro salute, di cui 1.848.000 uomini e 591.000 donne, pari al 29,3% e 7,5% rispettivamente. Il comportamento a rischio più diffuso tra gli anziani è il consumo abituale eccedentario, verosimilmente in virtù della mancata conoscenza dei limiti da non superare per non incorrere in problemi con la salute. Infatti, con l’avanzare dell’età, spesso non si tiene in considerazione che il fisico risponde diversamente rispetto alla tossicità dell’alcol e che i cambiamenti sopraggiunti nell’organismo a partire dai 65 anni rendono le persone ancora più vulnerabili, in quanto 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, in questa fascia di età spesso si assumono farmaci e non si tiene conto del conseguente rischio di interazione negativa con l'alcol ingerito.

L'Istituto Superiore di Sanità attraverso l'Osservatorio Nazionale Alcol ha rafforzato il sistema di monitoraggio alcol tramite la sorveglianza SISMA (DPCM 3/3/2017) e costruito, già da un decennio, un indicatore di sintesi per monitorare, **il consumo a rischio** nella popolazione italiana. Secondo il *Criterio ISS** sono da considerarsi consumatori a rischio tutti i minori di 18 anni di entrambi i sessi che hanno consumato anche solo una bevanda alcolica, i maggiorenni di sesso maschile che hanno consumato più di 2 UA al giorno, gli anziani (sopra i 65 anni) e le donne che ne hanno consumata più di 1 UA, e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e dall'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno. Nel 2024 la prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi appena descritto, è stata del 21,8% per i maschi e del 9,1% per le femmine di età superiore agli 11 anni, pari ad **oltre 8 milioni di persone (M=5.700.000, F=2.500.000)** che non si sono attenute alle raccomandazioni di salute pubblica. L'analisi per classi di età mostra che anche per questo anno la fascia di popolazione che si conferma più a rischio è quella dei 16-17enni per entrambi i sessi (M=34,5%; F=29,7%) seguita dagli anziani ultra 65enni per i maschi (65-74 anni=29,4%; 75+ anni= 29,2%) e dalle **18-24enni per le femmine, che passano dall'11,2% nell'anno 2023 al 12,9% nell'anno 2024**. Nei minorenni non vi è una differenza statisticamente significativa fra maschi e femmine nella prevalenza dei consumatori a rischio, mentre per tutte le altre fasce d'età il consumo a rischio è sempre più elevato nei maschi. Il **consumo dannoso** corrisponde a una modalità di consumo che causa danno alla salute a livello fisico e mentale e nel sistema di monitoraggio italiano viene rilevata attraverso il consumo giornaliero di oltre 40 g di alcol per le donne adulte (che corrispondono a circa 4 UA) e di oltre 60 g di alcol per gli uomini adulti (che corrispondono a circa 6 UA). La definizione di Disturbo da Uso di Alcol (DUA) riportata nel manuale DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*) è una patologia caratterizzata da una ridotta capacità di interrompere o controllare il consumo di alcol, nonostante le conseguenze negative a livello sociale, professionale e sanitario. Nel 2024, in Italia, la prevalenza dei consumatori dannosi di alcol nella popolazione dai 15 anni in su, è stata del 1,92% tra i maschi e dell'0,94% tra le femmine, pari a circa 730.000 persone dai 15 anni di età (M=480.000; F=250.000), in calo rispetto all'anno precedente. L'analisi per classi d'età mostra che la prevalenza è più bassa per entrambi i sessi nelle classi di età più giovani (15-17 e 18-44 anni); per tutte le classi di età considerate, il valore nei maschi è superiore a quello delle femmine. I consumatori dannosi sono a tutti gli effetti "*in need for treatment*" ai sensi del DSM-5 e assimilati clinicamente all'alcol dipendente, da prendere quindi in carico presso i servizi territoriali. Il Sistema di Monitoraggio SISMA rappresenta lo strumento di riferimento del Ministero della Salute, gestito dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, finalizzato al monitoraggio delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche e delle quantità di alcol consumate dalla popolazione in tutte le Regioni e le Province autonome. In Italia il 76,7% dei maschi e il 57,1% delle femmine di età superiore a 11 anni, pari a quasi 36 milioni di abitanti, ha consumato una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2024, senza variazioni significative rispetto al 2023.

Anche i consumi delle diverse bevande alcoliche, a livello nazionale, sono pressoché invariati per entrambi i sessi, a eccezione del consumo di birra nelle femmine che è calato dell'1,5% rispetto al 2023, e del consumo di aperitivi alcolici nei maschi che è aumentato del 2,8% rispetto al 2023. Si registra inoltre un aumento significativo dei maschi che bevono alcolici in modalità *binge drinking* che sono passati dal 11,3% del 2023 al 12,4% nel 2024, con un incremento del 10,2%. Si conferma la maggiore incidenza del consumo di bevande alcoliche definito “a rischio” (*Criterio ISS**) per le Regioni dell'Italia Nord-Occidentale e Nord-Orientale.

L'**Alcoldipendenza** è un ambito che necessita di grande attenzione per le implicazioni sanitarie e sociali che ne derivano. Con il D.M. 23 dicembre 2023 (G.U. 20 febbraio 2024) è stato istituito il nuovo Sistema informativo sanitario per le dipendenze, tale decreto sostituisce il D.M. 4 settembre 1996 “Rilevazione di attività nel settore dell'alcoldipendenza”. Pertanto, a partire dai dati riferiti all'anno 2024, il sistema di rilevazione dei dati alcol provenienti dai Servizi è cambiato, infatti, si è passati dall'acquisizione di soli dati aggregati all'acquisizione di dati individuali. Si riportano di seguito le informazioni principali estrapolate dal predetto sistema informativo sanitario (SIND Alcol). Nel 2024 i Ser.D che si occupano di problemi relativi alle dipendenze da alcol sono in numero di 544, pari al 95,6% del totale. A queste strutture territoriali si aggiungono i servizi pubblici ospedalieri o universitari che nel 2024 risultano pari a 5. Nel 2024 sono stati trattati, presso i servizi, **42.224** soggetti di cui il 74,5% maschi e il 25,5% femmine. L'11,3% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il 46,0% da soggetti già in carico dagli anni precedenti, o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente, e la quota restante (42,7%) da soggetti che si rivolgono ai servizi senza una formale "presa in carico". Questi ultimi sono spesso persone che effettuano accessi sporadici, consulenze singole o che non sono ancora motivate a iniziare un percorso terapeutico strutturato. L'analisi per **età** evidenzia che la classe modale è 50-59 anni, sia per l'utenza totale che per gli utenti già in carico (rispettivamente 31,8% e 34,3% dei soggetti). Per i nuovi utenti la classe modale è quella 40-49 anni con il 29,8% dei soggetti. Il 72,8% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 6,0% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 21,2%. L'**età media** per gli utenti al primo trattamento è pari a **47 anni** in entrambi i sessi; per gli utenti già in trattamento l'età media è pari a 51,8 per le donne e 50,8 anni per gli uomini. Dai dati rilevati nel 2024 risulta che la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (45,8%), seguito dalla birra (29,3%), dai superalcolici (10,3%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (4,8%). Per quanto riguarda la frequenza di assunzione, **il 36,5% degli utenti rilevati è caratterizzato da un'assunzione quotidiana prevalentemente fuori pasto**. Analizzando i programmi di trattamento, si osserva che dai dati rilevati nel 2024, il 39,1% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 7,0%; per il 14,2% sono state effettuate relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni; per l'8,9% è stato rivisto e riadattato il programma terapeutico individuale; il trattamento socio-riabilitativo ha riguardato il 6,3% degli utenti totali; gli interventi di prevenzione delle patologie correlate effettuate dai SerD hanno

riguardato l'1,4% degli utenti, infine i colloqui di prevenzione e i colloqui di assistenza rispettivamente l'1,7% e il 20,2% dell'utenza.

Dai dati elaborati e rappresentati dall'**Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)**, nel 2024 il consumo complessivo a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica, dispensati sia dalle Farmacie territoriali che acquistati dalle Strutture Sanitarie Pubbliche, ammonta a circa 257,3 DDD (*Defined Daily Dose*) per 1 milione di abitanti, in riduzione rispetto al 2023 (-6,4%), con una spesa pari a 8,12 euro/100 abitanti (per una spesa totale di 4,8 di milioni di euro), in riduzione del 10,8% rispetto all'anno precedente. Il 71,6% dei consumi e l'80,5% della spesa totale per la categoria dei farmaci per la dipendenza alcolica è a carico del SSN, mentre la restante parte corrispondente al 28,4% dei consumi e il 19,5% della spesa è a carico del cittadino. Il 71,6% dei consumi è risultato a carico del SSN. Quasi la metà dei consumi (48,9%) si concentra nell'ambito delle Strutture Sanitarie Pubbliche, stabili rispetto all'anno precedente; a livello territoriale il 22,8% del totale (+12,8%) è erogato dalle Farmacie Pubbliche e Private nell'ambito dell'assistenza convenzionata; mentre le dosi in acquisto privato da parte del cittadino si riducono marcatamente (-25,5%), rappresentando meno di un terzo (28,4%) dei consumi complessivi. In generale, sulla base dei dati derivanti dalle serie storiche è possibile osservare una progressiva riduzione del consumo e della spesa dei farmaci per il trattamento della dipendenza da alcol a partire dal 2018. Prosegue la già menzionata riduzione complessiva sia del consumo sia della spesa anche nel 2024, con la sola eccezione per le dosi erogate nell'ambito dell'assistenza convenzionata (Farmacie pubbliche e farmacie private accreditate/convenzionate con il SSN). Questi dati mostrano una progressiva riduzione degli interventi di tipo farmacologico da parte dei servizi sanitari pubblici, che potrebbero far ipotizzare da un lato una ridotta presa in carico dei pazienti affetti da alcol dipendenza, dall'altra un possibile aumento dell'integrazione di interventi psicologici nella pratica clinica, che potrebbero aver determinato una riduzione del ricorso a terapie farmacologiche. Le Regioni del Nord consumano un numero maggiore di dosi di farmaco rispetto alle Regioni del Centro e del Sud, sebbene la spesa si attesti su livelli simili. A livello nazionale il 53,9% delle dosi consumate a carico del SSN sono rappresentate dal disulfiram, mentre il 20,6% dall'acamprosato, il 12,7% dal naltrexone e l'11,6% dal sodio oxibato. I farmaci più frequentemente co-prescritti sono quelli del sistema nervoso, in particolare gli antidepressivi, come raccomandato dalle principali linee guida relative al trattamento della dipendenza alcolica.

Nel corso del 2024 si sono verificati complessivamente **42.038 accessi in Pronto Soccorso** caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 68% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 32% ad accessi di femmine. La distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per triage medico mostra che nel 2024 il 48% viene attribuito al codice verde, il 41% al codice giallo, il 7% al codice bianco e il 2% al codice rosso. Il 75% degli accessi in Pronto Soccorso che ha una diagnosi totalmente attribuibile all'alcol, esita a domicilio, mentre il 9% degli accessi viene ricoverato. Si rileva inoltre che al 23% degli accessi in Pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcol non meglio

specificato (ICD-9-CM cod.30501), al 12,51% una diagnosi di effetti tossici dell'alcol etilico (ICD-9-CM cod.9800), mentre al 12,04% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcol episodico (ICD-9-CM cod. 30502). Il 65% degli accessi arriva in Pronto Soccorso con il 118, mentre il 29% arriva con mezzi propri.

I dati ricavati dalle **Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)** nel 2024 rilevano complessivamente **46.320 dimissioni ospedaliere** correlate ad una patologia attribuibile all'alcol, indicata come diagnosi principale dell'episodio di ricovero (41,5% delle dimissioni rilevate) oppure secondaria (58,5%), ossia una diagnosi che può coesistere al momento del ricovero e comunque influente sul trattamento terapeutico somministrato. Per tali dimissioni ospedaliere si osserva una riduzione del 3,0% rispetto a quelle rilevate nell'anno 2023. La distribuzione per categorie diagnostiche delle diagnosi rilevate mostra la netta prevalenza di patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (57,0% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriacatezza acuta in corso di alcolismo) e alcolismo cronico e dipsomania (18,7%). I ricoveri per abuso di alcol, effetti postumi all'eccessiva assunzione più o meno occasionale di alcol, *hangover*, ebbrezza ed ubriachezza, si collocano al terzo posto (17,5%). La distribuzione delle dimissioni per genere evidenzia una netta prevalenza dei ricoveri ospedalieri di pazienti maschi (78,0%) rispetto alle femmine (22,0%).

Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere. Nell'anno 2022, ultimo anno di rilevazione, il numero di decessi tra i residenti in Italia di 15 anni e più per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a **1.306**, di cui l'82,5% maschi e il 17,5% femmine. Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le *epatopatie alcoliche* (M=765; F=172) e i *disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol* (M=247; F=43) che, sommate, causano il 94,0% dei decessi alcol-attribuibili tra i maschi e il 94,0% tra le femmine.

Di grande rilievo per completare la panoramica inerente alla morbosità e alla 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. L'informazione sugli incidenti stradali correlati ad alcol e droga, non sempre esaustiva dai dati della rilevazione corrente, è stata dedotta da altre fonti informative, quali il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e il Servizio della Polizia Stradale del Ministero dell'interno (i quali rilevano complessivamente circa un terzo degli incidenti stradali con lesioni) che hanno fornito i dati sulle sanzioni elevate in occasione di incidente stradale. Da tali fonti risulta che su un totale di 57.500 incidenti con lesioni osservati dai due Organi di rilevazione, in 4.717 casi almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era in stato di ebbrezza, mentre in 1.737 casi era sotto l'effetto di stupefacenti. Pertanto, i **Carabinieri** e la **Polizia Stradale** nel complesso hanno rilevato che l'8,2% degli

incidenti è correlato all'alcol e il 3% correlato a droga, proporzioni in lieve diminuzione rispetto al 2023, quando erano pari a 8,5 e 3,2. Un ulteriore elemento di analisi proviene dalle **Polizie Municipali** dei capoluoghi di Provincia, attraverso i dati raccolti dall'ACI. Nel corso del 2024, il 12,5% dei conducenti sottoposti a controllo è risultato positivo ai test per l'assunzione di sostanze stupefacenti, pari a 810 casi su un totale di 6.481 verifiche effettuate. Per quanto riguarda il consumo di alcol, il 10,8% dei conducenti controllati è risultato positivo all'etilometro, corrispondente a 7.534 casi su 69.673 controlli complessivi.

Nello stesso periodo si osserva inoltre una diminuzione del numero di sanzioni elevate: in particolare, le violazioni dell'articolo 186 del Codice della strada, relativo alla guida in stato di ebbrezza, registrano una riduzione del 10,9%, mentre quelle riferite all'articolo 187, concernente la guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, diminuiscono del 9,5%.

Focalizzando l'attenzione sui soli dati rilevati dai **Carabinieri**, più dettagliati nelle informazioni fornite, nel 2024 sono stati 3.580 gli incidenti stradali con lesioni a persone per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, pari al 9,7% del totale degli incidenti con lesioni verbalizzati dall'Arma dei Carabinieri. Rispetto al 2023 (9,8%) si registrano valori pressoché stabili.

INDICE

PARTE PRIMA

I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo	1
1.1 Il monitoraggio dei consumi e le politiche sull'alcol in Europa	1
1.2 Il consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana – ISTAT	14
1.3 Consumatori a rischio - le analisi dell'ISS	19
1.4 Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni	54
La morbilità e la mortalità alcol correlate	65
1.5 Accessi in Pronto Soccorso con diagnosi di patologie totalmente alcol attribuibili	65
1.6 Dimissioni ospedaliere con diagnosi di patologie totalmente attribuibili all'alcol	72
1.7 La Mortalità alcol correlata	84
1.8 Gli incidenti stradali e le violazioni del Codice della Strada	91
1.9 Alcoldipendenza	102
1.10 Le Associazioni di Auto Mutuo Aiuto	109
1.11 La spesa farmaceutica per l'alcoldipendenza	119

PARTE SECONDA

Gli interventi del Ministero della Salute in attuazione della Legge 30.3.2001 n. 125	130
2.1 Gli interventi di indirizzo	130
2.2 La partecipazione alle politiche internazionali	138
2.3 Gli interventi in materia di informazione e comunicazione	144
2.4 L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001	145

PARTE PRIMA

IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

I CONSUMI DI BEVANDE ALCOLICHE E I MODELLI DI CONSUMO

1.1 IL MONITORAGGIO DEI CONSUMI E POLITICHE SULL'ALCOL IN EUROPA

Il consumo di alcol rappresenta uno dei principali fattori di rischio prevenibili per malattia, disabilità e morte prematura a livello globale (1-4). Il *burden* complessivo include malattie croniche non trasmissibili (come tumori, malattie cardiovascolari e cirrosi epatica) e lesioni involontarie e intenzionali, tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali (4-8). Secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie (*International Classification of Diseases –ICD*) della *World Health Organization* (WHO), l'alcol contribuisce ad almeno 40 condizioni totalmente attribuibili all'alcol, e più di 200 sono parzialmente correlate, tra cui almeno sette tipi di cancro, disturbi neuropsichiatrici, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica e molte patologie infettive (5).

Il dibattito sulle politiche sull'alcol in Europa e a livello internazionale si è concentrato nel 2025 sulle politiche in materia di alcol e la prevenzione del cancro. A questo riguardo, il consumo di alcol è associato a un aumentato rischio di sviluppare alcuni tumori, tra cui quelli del cavo orale, della faringe, dell'esofago, del fegato, della laringe, del colon-retto e del tumore della mammella, rischio molto spesso non comunicato o non comunicato adeguatamente alla popolazione (9). A tal riguardo, non esiste ad oggi una quantità sicura di consumo di alcol per quanto riguarda il rischio di cancro. Questo messaggio è veicolato a livello europeo dall'aggiornamento del Codice Europeo contro il cancro (*European Code Against Cancer - ECAC5*), dall'*International Agency for Research on Cancer* della WHO (IARC/WHO) alla sua quinta edizione, pubblicato lo scorso febbraio 2025, che per quanto riguarda l'alcol, al punto 6, propone, quale azione concreta, e scientificamente validata che ogni persona può mettere in pratica per ridurre significativamente il rischio di sviluppare tumori, di “*evitare le bevande alcoliche. Ogni quantità di alcol aumenta il rischio di tumore*” (10). L'esteso dibattito sull'argomento nel corso del 2025 ha portato, lo scorso ottobre 2025, alla pubblicazione di un manuale da parte della IARC/WHO. Il manuale riassume gli interventi ad alto impatto che si sono dimostrati efficaci nel ridurre i danni legati all'alcol a livello di popolazione tra cui, oltre ad una serie di misure politiche di controllo (quali l'aumento della tassazione e le politiche di prezzo, la riduzione della disponibilità fisica delle bevande alcoliche e il controllo sul marketing dell'alcol), interventi coordinati, ad esempio a livello di assistenza sanitaria primaria rivolti all'identificazione precoce del consumo dannoso di alcol (11). Rispetto alle politiche alcolologiche efficaci per quanto riguarda i rischi legati al cancro, il dibattito nel corso del 2025 ha interessato principalmente 3 aree: le politiche di etichettatura delle bevande alcoliche (sviluppare evidenze per sostenere l'implementazione di efficaci avvertenze –*warning*- sulla salute sull'alcol, con un'attenzione specifica ai rischi di cancro), l'alfabetizzazione sanitaria e infine gli screening e interventi brevi ampiamente studiati in ambito di assistenza sanitaria primaria, quali l'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve (IPIB) dei Disturbi da Uso di Alcol (DUA), gli interventi psicosociali e quelli farmacologici (12, 13).

L'impatto dell'alcol inizia fin dalle prime fasi della vita: l'esposizione prenatale può causare i disturbi dello spettro feto-alcolico (*Foetal Alcohol Spectrum Disorders - FASD*), un insieme di condizioni completamente prevenibili che includono disabilità fisiche, cognitive, comportamentali e difficoltà di apprendimento (14-16). Anche tra i giovani, l'alcol rappresenta un grave problema di sanità pubblica: nella fascia 20–24 anni è associato a circa 1 decesso su 4.

La Regione Europea della WHO presenta i più alti livelli di consumo di alcol al mondo, circa il doppio della media globale, con oltre 11 litri di alcol puro *pro-capite* all'anno tra gli adulti (15+) e con una prevalenza elevata di consumo episodico eccessivo (*binge drinking*). Il consumo di alcol è il terzo fattore di rischio per malattia e morte prematura nella Regione, dopo tabacco e ipertensione (2). A esso si associano ingenti costi economici e sociali, tra cui perdita di produttività, incidenti, violenza e un crescente carico per i sistemi sanitari. Inoltre, il consumo dannoso di alcol amplifica le disuguaglianze sociali, con impatti maggiori sulle popolazioni socio-economicamente svantaggiate (1).

Per contrastare il consumo dannoso di alcol, il Piano d'Azione Globale 2022-2030 (*Global Alcohol Action Plan 2022–2030*) della WHO (17,18) promuove e richiama nuovamente a misure politiche ad alto impatto che si sono dimostrati efficaci nel ridurre i danni legati all'alcol, come le politiche dei prezzi, la regolamentazione/restrizione del marketing e le limitazioni della disponibilità fisica di bevande alcoliche (orari e giorni di vendita, densità dei punti vendita, rispetto dell'età minima), definendole “*best buys*” - migliori acquisti per prevenire o ridurre i danni alcol-correlati e invita tutti i Paesi a rafforzare e implementare con urgenza le politiche nazionali. L'insieme degli interventi ed azioni suggeriti da tutti i piani strategici internazionali sull'alcol, mirano ad una riduzione del 20% del consumo *pro-capite* globale così come del consumo dannoso di alcol entro il 2030 (17-20).

L'alcol rappresenta un fattore di rischio chiave anche in relazione agli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals* – SDGs), in particolare il target SDG 3.5, che include tra i suoi indicatori il consumo *pro-capite* di alcol (21-26).

I dati sul consumo di alcol e sulle patologie alcol-correlate riportati in questo capitolo contribuiscono annualmente alla Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sull'attuazione degli interventi realizzati ai sensi della legge quadro nazionale in materia di alcol e problemi alcol-correlati, 125/2001 (27, 28).

Consumo di alcol *pro-capite* registrato in Europa

L'indicatore *Recorded Alcohol Per Capita Consumption* (rAPC) quantifica il consumo medio annuo di alcol puro *pro-capite* (espresso in litri di alcol etanolo al 100%) nella popolazione di età ≥ 15 anni, sulla base delle vendite ufficialmente registrate di bevande alcoliche. Si tratta di uno degli indicatori epidemiologici più utilizzati per monitorare l'evoluzione dei consumi alcolici a livello nazionale e internazionale, per valutare l'efficacia delle politiche di controllo e per stimare il carico di malattia attribuibile all'alcol.

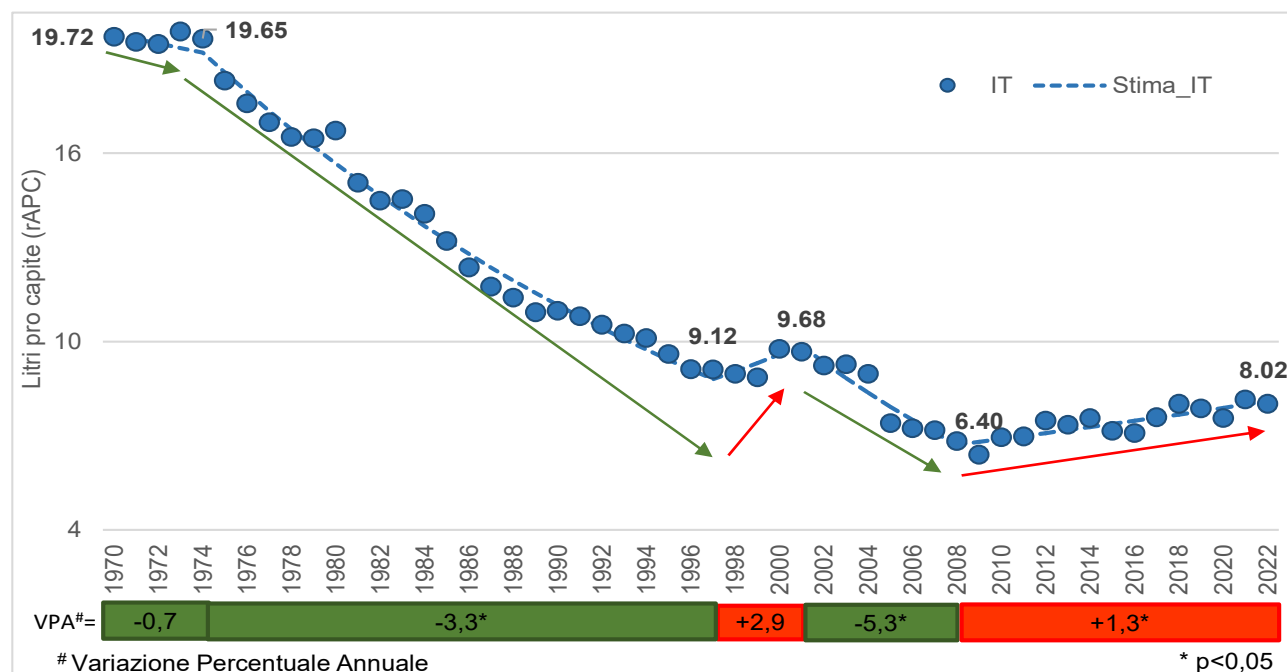
Le evidenze epidemiologiche, provenienti da studi nazionali e internazionali, confermano una relazione diretta tra livelli elevati di consumo di alcol e un aumento del rischio di morbidità e mortalità per cause specifiche. In generale, all'aumentare della quantità di alcol consumata corrisponde un rischio crescente di condizioni patologiche e decessi correlati (1, 3). Episodi di consumo concentrato nel tempo – tipici dell'intossicazione alcolica – amplificano ulteriormente il rischio di incidenti stradali e di eventi cardiovascolari maggiori, come infarto e patologie coronariche, come documentato da rapporti della Commissione Europea e da diverse revisioni sistematiche (5-7, 29-35).

La WHO utilizza un insieme diversificato di indicatori per monitorare il consumo di alcol, in funzione degli obiettivi analitici e della disponibilità dei dati. Tra questi, il rAPC rappresenta l'indicatore di riferimento per la popolazione adulta (≥ 15 anni). Esso è definito come la quantità annuale di alcol puro consumata *pro-capite*, espressa in litri, calcolata esclusivamente sulla base dei consumi registrati attraverso i dati fiscali di produzione, importazione, esportazione e vendita (26). A differenza dell'indicatore relativo al consumo totale di alcol, il rAPC non include le stime del consumo non registrato. L'indicatore è inoltre calcolato per tipologia di bevanda, consentendo di valutare il contributo dei diversi prodotti (vino, birra, superalcolici) e di supportare analisi utili alla programmazione di interventi di sanità pubblica.

La Figura 1 illustra l'andamento storico del consumo registrato *pro-capite* (rAPC) in Italia riportato nel database *Global Health Observatory* della WHO.

Figura 1. Consumo di alcol puro in litri *pro-capite* annuali (rAPC) effettivo e stimato negli adulti di età superiore a 15 anni in Italia (anni 1970-2022) e variazione percentuale annua (VPA)

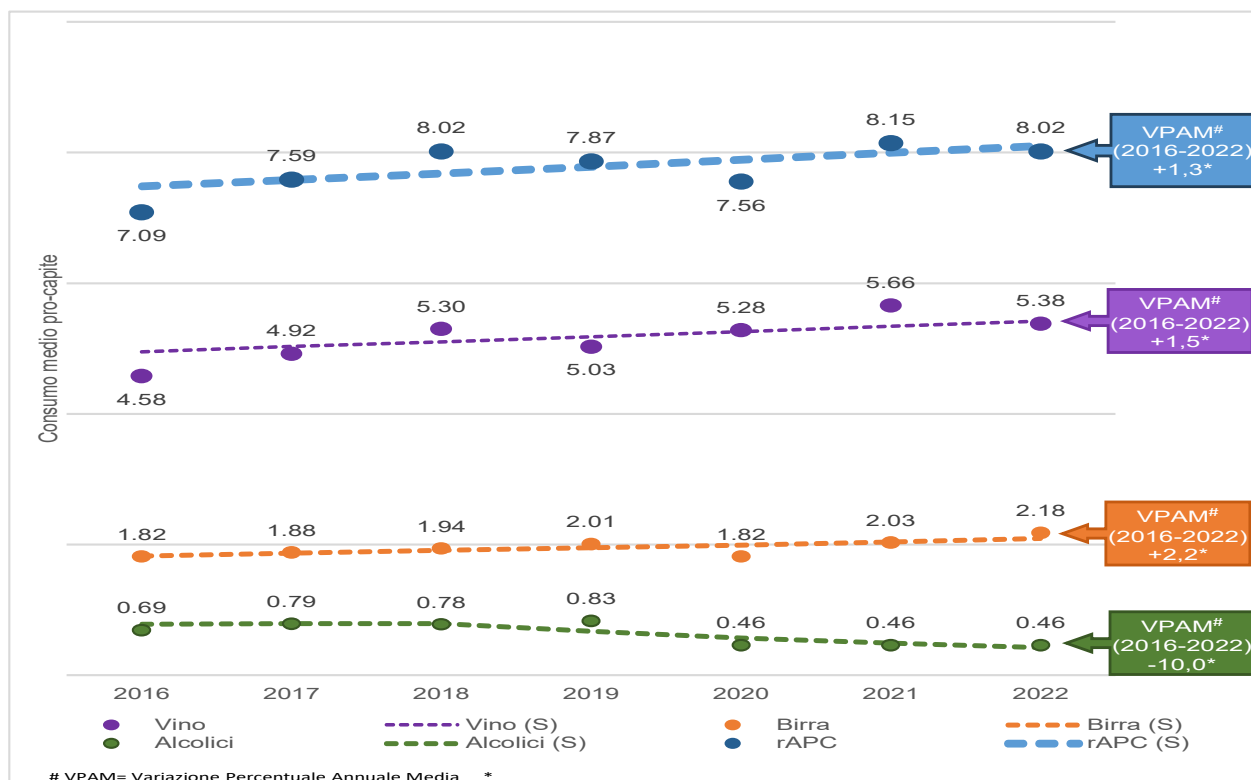
Fonte: Elaborazione SISMA, ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* della WHO



In Italia, nel 1970, il consumo di alcol *pro-capite* era significativamente più elevato rispetto alla media europea (19,7 litri contro 13,8 litri). L'Italia è stata la prima nazione dell'area europea della WHO a raggiungere l'obiettivo di riduzione del 25% stabilito dalle precedenti strategie europee dello *European Alcohol Action Plan* (20). Nei decenni seguenti si è verificata una riduzione marcata tra il 2000 e il 2010, e quindi un successivo aumento con valori che nel 2022, ultimo dato disponibile pari a 8,02 litri *pro-capite*, annullano i progressi registrati nel decennio precedente ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-\(recorded-unrecorded\)-alcohol-per-capita-\(15-\)-consumption](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-(recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15-)-consumption)). Il calo del consumo complessivo di alcol puro *pro-capite* dal 1970 è attribuibile soprattutto alla drastica riduzione del consumo di vino. Tuttavia, nonostante il forte declino nei decenni precedenti, negli ultimi anni si osserva una ripresa del consumo di questa bevanda, così come aumenta il consumo della birra. L'ultimo dato disponibile, riferito al 2022, evidenzia una crescita costante nel periodo 2008–2022, con una Variazione Percentuale Annua (VPA) pari a +1,3%. Il vino contribuisce per il 67,1% al rAPC, seguito dalla birra (27,2%) e dai superalcolici (5,7%). Questo fa sì che il costante aumento dell'indicatore complessivo rispetto al 2016 (anno di partenza della strategia per il raggiungimento dell'obiettivo di sviluppo sostenibile SDG 3.5.2), sia determinato dall'incremento costante del consumo *pro-capite* di vino (Variazione Percentuale Annua Media (VPAM)=+1,5%) e di birra (VPAM=+2,2%) nonostante il consumo medio *pro-capite* di super alcolici sia diminuito negli stessi anni (VPAM=-10%) (Figura 2). Tale incremento contrasta con gli obiettivi di sviluppo sostenibile - SDG al 2030 della strategia delle Nazioni Unite, che auspicano una riduzione dei consumi dannosi e una promozione più efficace di comportamenti salutari e sostenibili.

Figura 2. Consumo di alcol puro in litri *pro-capite* annuali totale (rAPC) e per tipologia di bevanda, effettivo e stimato negli adulti di età superiore a 15 anni in Italia (anni 2016-2022) e variazione percentuale annua media (VPAM)

Fonte: Elaborazione SISMA, ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* della WHO



Nella Tabella 1 sono riportate le variazioni percentuali di rAPC rilevate tra il 2016 e il 2022 in 27 Paesi europei, considerando sia la variazione del consumo totale di alcol (rAPC), sia le tre principali categorie di bevande: vino, birra e alcolici. Nel periodo considerato, la variazione complessiva del consumo *pro-capite* (rAPC) mostra un quadro eterogeneo: 13 Paesi presentano un aumento dei consumi *pro-capite* e 14 una riduzione. Gli incrementi più consistenti si registrano in Portogallo (+24,04%), Romania (+19,44%), Lettonia (+13,27%) e in Italia (+13,12%), mentre le diminuzioni più marcate si riscontrano in Belgio (-17,41%), Estonia (-17,23%), Malta (-16,41%), Finlandia (-9,61%) e Francia (-8,35%). Il consumo *pro-capite* di vino mostra una tendenza complessiva al ribasso con 17 Paesi su 27 in cui si registra una diminuzione; gli aumenti più significativi si osservano invece in altri Paesi, Italia inclusa: in Lituania (+34,95%), Romania (+30,08%), Portogallo (+28,6%), Lettonia (+20,77%) e in Italia (+17,47%). La birra segue un andamento analogo con 17 Paesi in diminuzione sebbene incrementi significativi si osservino in Portogallo (+29,01%), Francia (+20,81%), Italia (+19,78%), Croazia (+14,87%) e Spagna (+9,45%). Per i superalcolici si osserva invece un andamento opposto a quello di vino e birra con 16 Paesi in aumento (i più consistenti in Romania, Slovenia, Lettonia e Svezia), ma non per l'Italia che invece risulta il Paese con la più grande riduzione (-33,33%) insieme a Finlandia (-13,91%), Cipro (-11,83%) e Belgio (-10,43%).

Tabella 1. Variazione (%) del consumo di alcol puro in litri *pro-capite* annuali (rAPC) e delle singole bevande alcoliche consumate negli adulti di età superiore a 15 anni in Italia e nei Paesi europei (EU27) (anni 2016-2022)

	rAPC	Vino	Birra	Superalcolici
Portogallo	24,04	28,60	29,01	
Romania	19,44	30,08	-6,25	80,34
Lettonia	13,27	20,77	-9,17	32,22
Italia	13,12	17,47	19,78	-33,33
Spagna	7,62	10,80	9,45	-0,40
Croazia	6,59	-11,97	14,87	18,38
Svezia	5,87	1,47	3,77	22,00
Bulgaria	3,51	-29,71	5,63	13,93
Repubblica ceca	2,45	5,76	-1,73	8,16
Slovacchia	1,71	-9,32	-10,66	16,70
Austria	1,05	-6,42	5,77	0,61
Polonia	0,38	7,23	-6,50	9,57
Paesi Bassi	0,36	0,69	-3,47	11,11
Danimarca	-1,37	-5,87	-1,40	10,43
Grecia	-1,48	-7,44	-1,88	8,28
Irlanda	-5,10	-4,35	-10,64	12,50
Ungheria	-5,13	-32,87	3,55	12,57
Germania	-5,44	-4,69	-8,83	0,00
Slovenia	-5,71	-28,30	6,82	75,00
Lussemburgo	-6,88	-13,57	-0,27	-3,27
Lituania	-7,68	34,95	-17,00	-2,01
Cipro	-7,82	-5,77	-7,21	-11,83
Francia	-8,35	-17,97	20,81	-6,17
Finlandia	-9,61	-9,20	-15,09	-13,91
Malta	-16,41	-19,16	-30,79	9,95
Estonia	-17,23	-17,45	-22,50	-2,01
Belgio	-17,41	-25,36	-12,78	-10,43

Fonte: Elaborazione SISMA, ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* della WHO

La possibilità di confrontare i modelli di consumo alcolico, in Italia come nei vari Paesi UE, è cruciale per stimolare l'adozione di politiche coordinate che favoriscano il raggiungimento degli SDG in Europa. È però necessario tenere conto delle differenze culturali nei comportamenti di consumo e nella preferenza per specifiche tipologie di bevande alcoliche, che riflettono le peculiarità delle tradizioni nazionali.

Tale analisi evidenzia un'Europa divisa in due principali gruppi: un gruppo dove si osserva una riduzione complessiva dei consumi di alcol e un'altra metà in cui si evidenzia una crescita. Rispetto al confronto Europeo, l'Italia si distingue nettamente dagli altri Paesi, nel periodo a partire dal 2016, per una crescita complessiva tra le più alte in Europa, con un incremento rilevante di vino e birra superiore a quasi tutti i Paesi UE e un calo marcato dei superalcolici, unico nel suo genere. Tale risultato è in opposizione con quanto rilevato storicamente in Italia a decorrere dal 1970 che la mostrava come Paese virtuoso con un andamento dell'rAPC in costante diminuzione, contrariamente a quanto si osservava in molti Paesi Europei. Questi dati sottolineano l'evoluzione distinta dei modelli di consumo di alcol tra Italia e Paesi dell'UE, riflettendo non solo differenze culturali e gastronomiche, ma anche l'impatto delle politiche di salute pubblica e delle trasformazioni sociali. Le differenze culturali e gastronomiche, i potenti interessi commerciali e la mancanza di governance, finanziamenti e infrastrutture adeguate hanno nei fatti ostacolato in Italia l'attuazione di politiche e interventi efficaci che avrebbero potuto ostacolare gli incrementi registrati (36, 37).

L'rAPC è un indicatore standardizzato in tutti i Paesi ma che non tiene conto del consumo di alcol non registrato uAPC (*unrecorded Alcohol Per capita Consumption*), ovvero la quantità di alcol non tassato, quindi prodotto, distribuito o venduto al di fuori dei canali formali e dal controllo governativo, come quello prodotto illegalmente o privatamente (ad esempio tramite distillazione non dichiarata). L'indicatore uAPC viene calcolato attraverso modelli statistici basati su stime locali ed è un indicatore fondamentale per il consumo reale di alcol in un Paese. La quota di consumo uAPC, che sfuggirebbe alla valutazione puntuale del consumo effettivo di alcol, è stimata e inclusa come componente ulteriore da sommare alla quota di consumo rAPC generando la stima del consumo totale di alcol espressa dall'indicatore *total Alcohol Per-capita Consumption*, (tAPC), utilizzato nel sistema di monitoraggio dei *Sustainable Development Goals* della Nazioni Unite (Agenda 2030) per la valutazione dell'andamento dell'obiettivo SDG 3.5 che mira alla riduzione del consumo *pro-capite*, del consumo dannoso (*harmful*), della mortalità alcol-attribuibile (22), come descritto nel dettaglio nel prossimo paragrafo. Per questo motivo, i valori di rAPC sono complessivamente più bassi dell'indicatore tAPC che la WHO usa in via preferenziale per seguire l'andamento dei consumi di alcolici.

Nella regione europea, la WHO ha introdotto un sistema di monitoraggio congiunto per monitorare i progressi dell'“*Health 2020*”, gli SDG, e le malattie non trasmissibili. Questo sistema, in supporto agli Stati membri per misurare i progressi in modo coerente e tempestivo, include l'indicatore “Consumo totale di alcol *pro-capite* in soggetti con 15 anni e oltre in un anno solare” (tAPC) (23). Tale indicatore si integra nei sistemi di monitoraggio delle strategie globali di prevenzione delle malattie non trasmissibili, che si propongono di ottenere, entro il 2025, una riduzione relativa di almeno il 10% nell'uso dannoso di alcol. Questo obiettivo è valutato attraverso vari parametri: la diminuzione del consumo, la prevalenza del consumo episodico eccessivo standardizzata per età e la riduzione di morbidità e mortalità legate all'alcol tra adolescenti e adulti.

Obiettivo di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite 3.5: riduzione del consumo dannoso di alcol

Il consumo di alcol mina l'impegno delle Nazioni Unite al raggiungimento di molti SDG, influenzando una serie di indicatori riguardanti la salute. Secondo la più recente scheda informativa della WHO sugli SDG, il consumo di alcol continua a compromettere il raggiungimento di 13 dei 17 SDG: l'alcol può infatti avere ripercussioni sulla diffusione di malattie infettive (come HIV, epatiti virali e tubercolosi), sulla salute mentale e l'incidentalità stradale, sulle principali malattie non trasmissibili, sulla salute dei bambini, nonché influenzare negativamente, in maniera sia diretta che indiretta, su un'ampia gamma di indicatori relativi allo sviluppo economico e sociale, all'ambiente e all'uguaglianza (23).

Il solo fatto che nell'Agenda 2030 tra i SDG sia incluso un target specifico sul consumo dannoso di alcol (3.5: rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e l'uso dannoso di alcol) dimostra il ruolo chiave dell'alcol nell'agenda di sviluppo globale e la necessità di supportare azioni politiche integrate di contrasto al consumo (https://sdgs.un.org/goals/goal3#targets_and_indicators). In particolare, il target 3.5 si concentra specificamente sulla riduzione dell'uso dannoso di alcol, che è identificato come uno dei fattori di rischio chiave per la salute globale. L'impatto negativo del consumo di alcol si manifesta attraverso l'aumento della morbidità e mortalità dovuta a malattie non trasmissibili, come le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie epatiche e i disturbi neuropsichiatrici, e attraverso l'incremento degli incidenti stradali, della violenza e delle lesioni autoinflitte. (21).

Nel 2019, il consumo di alcol è stato responsabile di 2,6 milioni di decessi nel mondo, pari al 4,7% di tutti i decessi globali. L'impatto è risultato significativamente più elevato tra i maschi, che hanno registrato 2 milioni di decessi, rispetto alle femmine (0,6 milioni). Inoltre, le persone di età compresa tra 20 e 39 anni hanno sperimentato la più alta percentuale di mortalità alcol-attribuibile, pari al 13% di tutti i decessi in questa fascia d'età (1). A livello globale, si stima che 400 milioni di

persone vivano con DUA e 209 milioni con dipendenza da alcol (rispettivamente il 7,0% e il 3,7% della popolazione mondiale adulta) nel 2019. Questi dati confermano la persistenza di un rilevante carico di malattia e disabilità alcol-correlato (1).

Numerosi documenti strategici internazionali supportano gli Stati membri nel contrasto al consumo dannoso di alcol, tra questi, la "Strategia dell'UE per sostenere gli Stati membri nella riduzione dei danni correlati all'alcol" (19) che definisce priorità e linee guida per ridurre i danni sanitari e sociali legati all'alcol e il "Piano d'azione europeo della WHO per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020" (20), supportate dalla "Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di 'alcol'" (4) che propongono misure basate sull'evidenza per prevenire e ridurre il consumo dannoso di alcol.

All'interno dell'Agenda 2030 (22), sono due gli indicatori ufficiali associati al tema alcol per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo 3.5 *“rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e il consumo dannoso di alcol”* definiti dall'*UN Statistical Commission* e riportati nel *Global SDG Indicator Framework* (38):

1. Indicatore SDG 3.5.1 – “Copertura degli interventi di trattamento” finalizzato a misurare la copertura dei servizi di trattamento (farmacologici, psicologici, riabilitativi, ecc.) per i DUA e a valutare quanto i sistemi sanitari siano in grado di offrire cure efficaci alle persone con dipendenza (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/contact-coverage-of-treatment-services-for-substance-use-disorders>).
2. Indicatore SDG 3.5.2 – “Consumo *pro-capite* di alcol” finalizzato a misurare il consumo annuale di alcol puro *pro-capite*, utilizzato per monitorare tendenze di consumo e confronti internazionali ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-\(recorded-unrecorded\)-alcohol-per-capita-\(15-\)-consumption](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-(recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15-)-consumption)).

Indicatore SDG 3.5.1 – Copertura degli interventi di trattamento

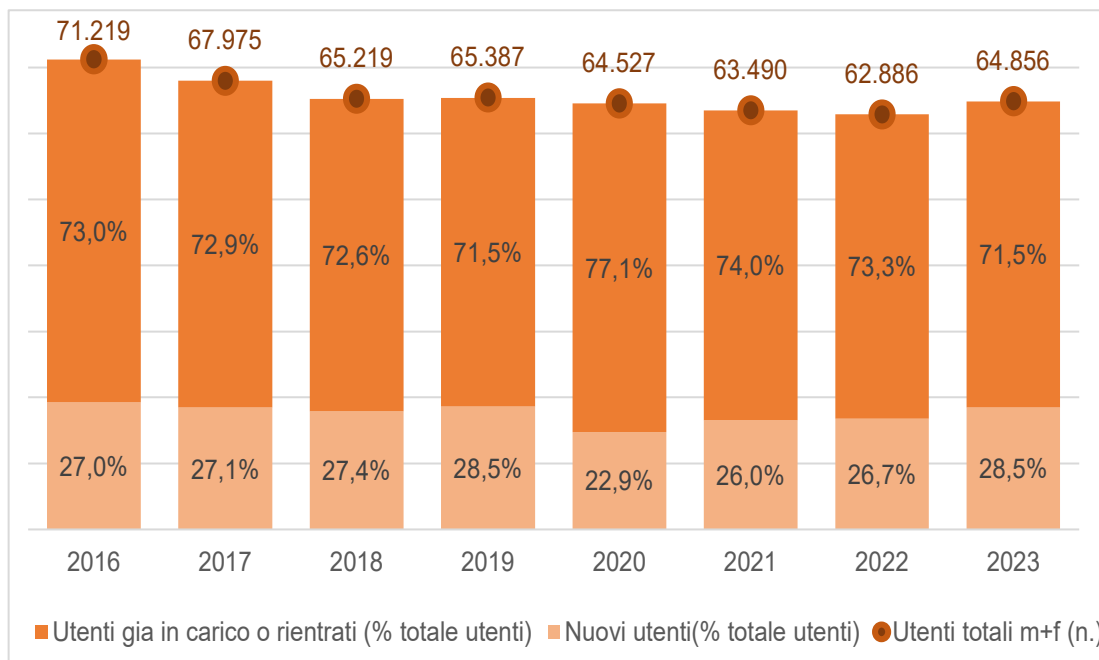
Nella banca dati online della WHO, la pagina dedicata all'indicatore 3.5.1, che ne descrive anche la metodologia e la definizione adottata, non presenta alcuna tendenza relativa alla copertura degli interventi di trattamento per i DUA, né per droga né per alcol (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/contact-coverage-of-treatment-services-for-substance-use-disorders>).

La metodologia prevede che per calcolare l'indicatore è necessario dividere il numero di persone che ricevono servizi di trattamento almeno una volta all'anno per il numero totale di persone con DUA nello stesso anno; la stessa WHO specifica che l'indicatore è calcolato solo se il Paese fornisce dati annuali completi (o almeno approssimabili) su: numero di persone trattate almeno una volta nell'anno e numero stimato di persone con DUA e non riporta un trend storico per paese in quanto i dati forniti dagli Stati sono spesso occasionali.

In Italia, il dato relativo al numero di persone in trattamento presso i servizi per l'alcol dipendenza è disponibile su base annuale, raccolto dal Ministero della Salute e pubblicato nella relazione annuale del Ministro al parlamento. In Italia, nell'anno 2023, il numero di utenti presi in carico dai servizi per l'alcol dipendenza sono stati 64.856 (M=48.988; F=15.868) e di questi il 28,5% del totale erano nuovi utenti. Il rapporto maschi/femmine è stato di circa 3 uomini ogni femmina e la classe di età più frequente è stata quella dei 50-59enni (30,2%) (27). Tra il 2016 e il 2023 il numero complessivo degli utenti dei servizi è diminuito da 71.219 a 64.856. Nel 2020 si è registrato il minor accesso di nuovi utenti ai servizi di entrambi i sessi, verosimilmente dovuto alla chiusura dei servizi stessi a causa dell'infezione da SARS-CoV-2, utenti che dal 2021 hanno ripreso ad aumentare fino a 18.459 nel 2023 (Figura 3).

Figura 3. Numero di utenti presi in carico dai servizi per l'alcol dipendenza dal 2016 al 2023

Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati *Ministero della salute*



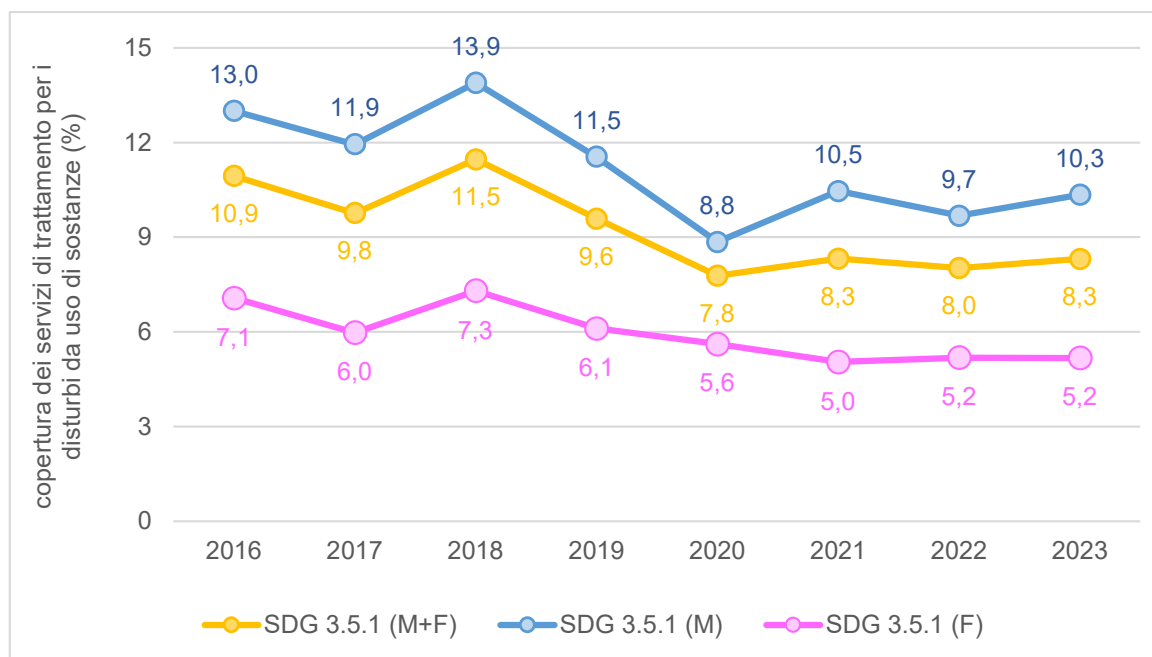
Al fine di monitorare l'andamento dell'indicatore SDG 3.5.1 sulla "copertura degli interventi di trattamento (farmacologici, psicosociali, servizi di riabilitazione e assistenza post-ricovero) per i disturbi da uso di sostanze", l'ONA ha sviluppato un indicatore in grado di identificare la copertura dei servizi di trattamento per i DUA in relazione al numero di soggetti con un consumo dannoso di alcol, approssimabile quindi al numero di soggetti affetti da DUA. L'indicatore è definito come il numero di utenti presi in carico dai servizi, che hanno quindi ricevuto un trattamento in un determinato anno, diviso per il numero totale di persone con consumo dannoso di alcol, approssimabile quindi al numero di soggetti affetti da DUA nello stesso anno. Tale indicatore di monitoraggio misura quindi quanto efficacemente un sistema sanitario riesce a raggiungere e trattare le persone che necessitano di cure per disturbi legati al consumo di alcol.

A tal riguardo, è importante segnalare che sono molti i fattori che possono influenzare l'indicatore, per citarne alcuni: 1) la capacità di accesso ai servizi; 2) la disponibilità di programmi terapeutici; 3) la distribuzione geografica dei servizi; 4) il livello di integrazione e di risposta dei servizi sanitari e sociali.

In Italia tra il 2016 e il 2020 si è registrata una forte diminuzione dell'indicatore seguita da un leggero aumento nel 2021 che si è stabilizzato nel 2023 a 8,3. Una diminuzione dell'indicatore è indicativa di una scarsa accessibilità dei servizi o di una insufficiente capacità del sistema sanitario di intercettare le persone che necessitano di essere prese in carico dal sistema sanitario (Figura 4) (27, 36).

Figura 4. Indicatore SDG3.5.1- copertura dei servizi di trattamento per l'alcoldipendenza (%) dal 2016 al 2023

Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati *Ministero della salute*



Indicatore SDG 3.5.2 – Consumo *pro-capite* di alcol

L'indicatore 3.5.2, il *Total Alcohol Per Capita Consumption* (tAPC), rientra nell'Obiettivo 3 dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite e costituisce uno strumento essenziale per monitorare i progressi verso il raggiungimento dell'obiettivo 3.5 dedicato alla riduzione dell'uso dannoso di alcol. Definito dalla WHO, il tAPC misura il consumo annuale di alcol puro *pro-capite* nella popolazione di età pari o superiore ai 15 anni. Si tratta di un indicatore strettamente correlato ai comportamenti di consumo rischiosi e ai relativi impatti sulla salute pubblica.

Il valore del tAPC viene stimato combinando sia i consumi registrati – derivati da dati ufficiali su produzione, importazioni, esportazioni e vendite – sia il consumo non registrato, che include l'alcol prodotto e consumato al di fuori dei canali formali di mercato. Quest'ultima componente può risultare particolarmente significativa in specifici contesti nazionali, ad esempio nei Paesi con economie emergenti o dove è diffusa la produzione artigianale di bevande alcoliche. Includere entrambe le dimensioni consente di ottenere una misura più accurata e comparabile del fenomeno, utile per orientare politiche efficaci di prevenzione e controllo.

Il tAPC viene calcolato sommando la media triennale *pro-capite* (15+) del consumo di alcol registrato e una stima del consumo di alcol non registrato *pro-capite* (15+) per un anno solare, corretta per il consumo turistico che tiene conto dei turisti che visitano il paese e degli abitanti che visitano altri Paesi. Il consumo di alcol registrato e non registrato differisce in quanto quest'ultimo riflette la quantità di alcol non tassato che viene prodotto, distribuito o venduto al di fuori dei canali formali e quindi fuori dal controllo governativo. L'alcol non registrato può essere prodotto, venduto e acquistato legalmente o illegalmente: nei Paesi dell'UE si tratta un grande gruppo eterogeneo di prodotti che variano tra e all'interno dei Paesi.

Si possono distinguere quattro ampie categorie di alcol non registrato:

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

L'importanza del *Total Alcohol Per Capita Consumption* (tAPC) come indicatore degli SDG risiede nella sua capacità di fornire dati standardizzati, affidabili e comparabili tra Paesi, permettendo di osservare l'evoluzione dei modelli di consumo di alcol nel tempo. Tale comparabilità è essenziale per valutare l'efficacia delle politiche di salute pubblica – tra cui strategie fiscali, regolamentazioni sulla pubblicità e campagne di prevenzione – mirate alla riduzione dell'uso dannoso di alcol.

Numerosi sono i documenti strategici internazionali per sostenere gli Stati membri nel contrasto al consumo dannoso di alcol, tra questi, il rapporto “*An EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm*” (19) e l’“*European action plan to reduce harmful use of alcohol 2012-2020*” (20), supportate dal “*Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013–2020*” (39), “*Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*” (4) e dal “*Global alcohol action plan 2022-2030*” (18). Quest'ultimo fissa come obiettivo una riduzione relativa del 10% del consumo *pro-capite* entro il 2025. Questo traguardo è pienamente coerente con il monitoraggio previsto dal Target 3.5 dell'Agenda 2030 (22, 23) che include l'indicatore 3.5.2 come parametro chiave per valutare i progressi dei Paesi nel contenimento del consumo dannoso di alcol.

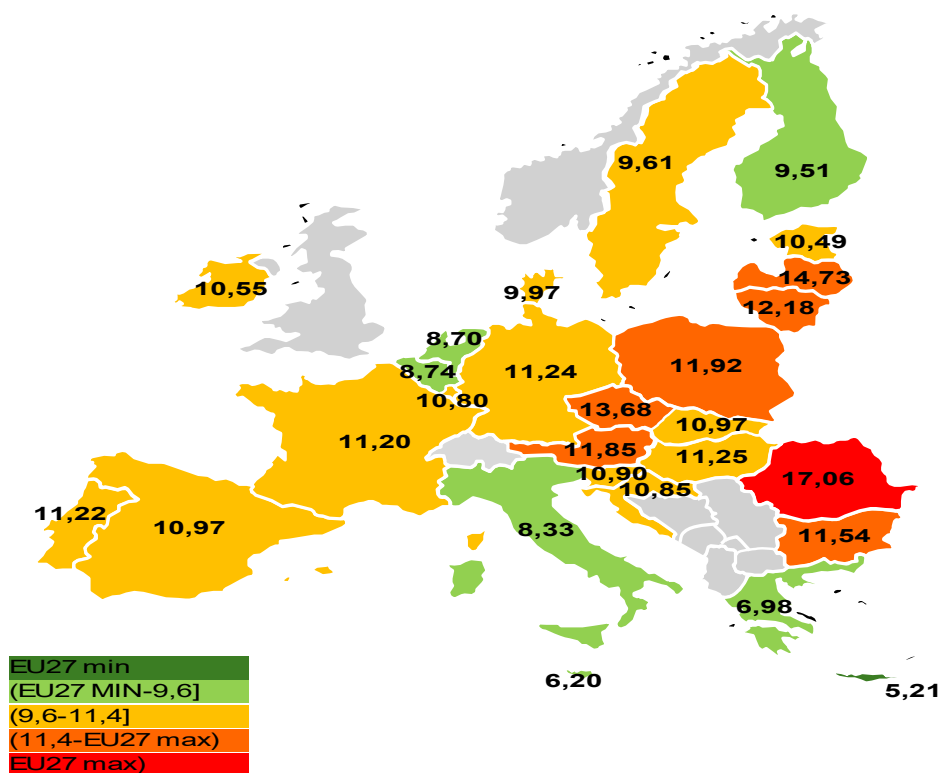
Nel 2022, il tAPC nella Regione Europea della WHO è stato il più elevato di tutte le Regioni della WHO con valori molto diversi tra i vari Stati membri. Il dato più elevato è stato rilevato in Romania (17,06) seguito da Lettonia, Repubblica Ceca, Lituania, Polonia, Austria e Bulgaria, mentre il valore più basso è stato registrato a Cipro (5,21) seguito da Malta, Grecia, Italia, Paesi Bassi, Belgio e Finlandia (Figura 5).

In Italia nel 2022, il consumo totale *pro-capite* è stato pari a 8,3 litri di alcol puro, valore che colloca il nostro Paese tra quelli a consumo relativamente basso rispetto alla media europea, ma distante dal consumo medio mondiale di 5,0 litri *pro-capite* così come stimato dalla WHO nello stesso anno (vedi Figura 4).

Nonostante il livello complessivamente contenuto, l'Italia registra un incremento del 7,6% nel periodo 2016–2022, configurandosi come il secondo maggiore aumento nell'Unione Europea, preceduto soltanto dalla Lettonia (+14,1%).

Figura 5. Consumo di alcol totale *pro-capite* (TAPC) in litri di alcol puro negli adulti di età pari o superiore a 15 anni in Italia e nei 27 Paesi europei nel 2022.

Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* della WHO



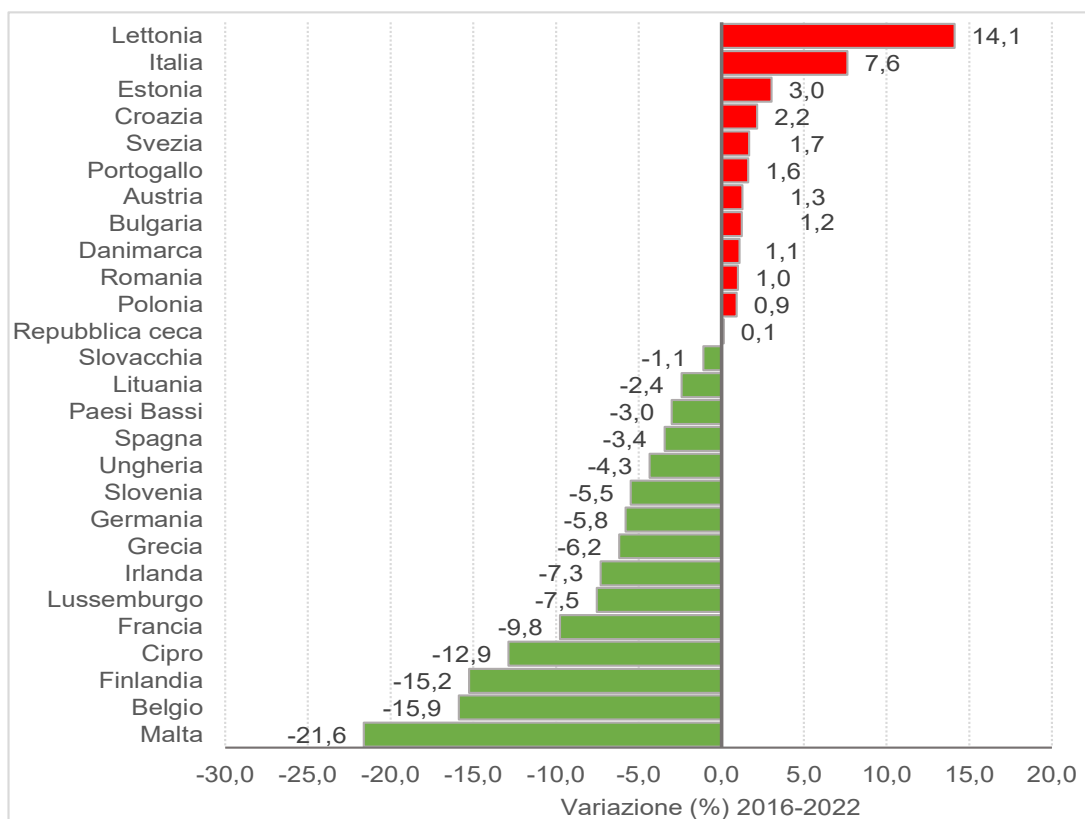
Tale andamento si inserisce in un quadro generale caratterizzato da una prevalenza di trend decrescenti: quindici dei ventisette Stati membri evidenziano infatti una riduzione del consumo totale di alcol, spesso di entità rilevante, come nel caso di Francia (–9,8%), Cipro (–12,9%), Finlandia (–15,2%), Belgio (–15,9%) e Malta (–21,6%). (Figura 6).

La posizione italiana risulta inoltre particolarmente significativa quando confrontata con quella degli altri grandi Paesi produttori di vino, quali Francia, Spagna, Grecia e Portogallo, che presentano livelli assoluti di consumo alcolico generalmente più elevati ma tendenze stazionarie o declinanti nel periodo considerato. Nel 2022, ad esempio, il consumo totale *pro-capite* risulta pari a 11,2 litri in Francia, circa 11 litri in Spagna, e 11,2 litri in Portogallo, senza tuttavia evidenziare trend di crescita analoghi a quello osservato in Italia.

Questi dati suggeriscono che l'Italia costituisca un'eccezione nel panorama europeo, risultando l'unico grande Paese produttore di vino a mostrare un incremento significativo del consumo complessivo *pro-capite* nell'ultimo sessennio; risulta pertanto necessario monitorare con attenzione l'evoluzione del consumo alcolico in Italia nei prossimi anni, in particolare in relazione al target previsto per il 2030 nell'ambito del SDG3.5, in quanto l'andamento rilevato, pur partendo da valori assoluti moderati, potrebbe costituire un elemento critico rispetto al raggiungimento di tali obiettivi; ciò richiede la definizione di strategie preventive mirate, soprattutto nei gruppi di popolazione maggiormente esposti ai cambiamenti nei pattern di consumo.

Figura 6. Variazione (%) del consumo totale di alcol *pro-capite* (tAPC) in litri di alcol puro (SDG 3.5.2) negli adulti di età maggiore o uguale a 15 anni in Italia e nei 27 Paesi UE tra il 2016 e il 2022

Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* della WHO



BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>; ultima consultazione 20.03.2026.
2. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Fact Sheet on Alcohol Consumption, Alcohol-Attributable Harm and Alcohol Policy Responses in European Union Member States, Norway and Switzerland (2018)*. Copenhagen: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/europe/publications/m/item/fact-sheet-on-alcohol-consumption--alcohol-attributable-harm-and-alcohol-policy-responses-in-european-union-member-states--norway-and-switzerland-\(2018\)](https://www.who.int/europe/publications/m/item/fact-sheet-on-alcohol-consumption--alcohol-attributable-harm-and-alcohol-policy-responses-in-european-union-member-states--norway-and-switzerland-(2018)); ultima consultazione 20.03.2026.
3. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Copenhagen: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3544-43303-60695>; ultima consultazione 20.03.2026.
4. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO, 2010. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>. Edizione italiana a cura dell'Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS. *Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol*. Roma: ISS; 2013. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 20.03.2026.
5. World Health Organization. *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione*. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità. Roma: Ministero della Sanità; 2001.

6. Rehm J, Imtiaz S. A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2016;11:37.
7. Rehm J, Gmel GE Sr, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, Probst C, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Shield KD, Shuper PA. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction* 2017;112(6):968-1001.
8. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, Altieri A, Coglian V; WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol.* 2007;8(4):292-293.
9. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW ed. *World Cancer Report 2020*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 (pp. 68-76).
10. IARC/WHO. *European Code Against Cancer, V edizione (ECAC5)*, IARC: Lyon Cedex, France; 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://cancer-code-europe.iarc.who.int/wp-content/uploads/2025/10/European-Code-Against-Cancer-5th-edition.pdf>; ultima consultazione 20.03.2026
11. IARC/WHO. *Alcohol Policies. IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 20B*. IARC: Geneva (Switzerland); 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Alcohol-Policies-2025>; ultima consultazione 20.03.2026
12. World Health Organization. *Alcohol health warning labels: a public health perspective for Europe*. WHO: Copenhagen (Denmark); 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/60c1964c-a890-4007-bcc8-b80d3e582879/content>;
13. Ferreira Borges C, Kokole D, Galea G, Neufeld M, Rehm J. Label warning about alcohol-attributable cancer risks should be mandated urgently. *Lancet Public Health* 2025; 10(5):e358-e359
14. Chudley A, Conry J, Cook JL, Look C, Rosales T, LeBlanc N, et al. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *CMAJ*. 2005;172(5) Suppl: S1–S21.
15. Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J, Burd L, Popova S. Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2017;171:948-56.
16. Popova S, Charness ME, Burd L, Crawford A, Hoyme HE, Mukherjee RAS, Riley EP, Elliott EJ. Fetal alcohol spectrum disorders. *Nat Rev Dis Primers.* 2023;9(1):11. doi: 10.1038/s41572-023-00420-x.
17. World Health Organization. *Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. Geneva: WHO; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://apps.who.int/gb/cbwaha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf; ultima consultazione 20.03.2026.
18. World Health Organization. *Global alcohol action plan 2022–2030*. Geneva: WHO; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376939/9789240090101-eng.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 20.03.2026.
19. European Commission. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. *An EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm*. Brussels, Commission of the EC, 2006. Disponibile all'indirizzo: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52006DC0625>; ultima consultazione 20.03.2026.
20. World Health Organization. Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen (Denmark): WHO; 2012. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107307/9789289002868-eng.pdf?sequence=1>. Edizione italiana a cura dell'Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS. Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020. Roma: ISS; 2013. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf> _ ultima consultazione 20.03.2026.
21. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Implementation of the European Framework for Action on Alcohol 2022–2025. Final progress report*. Copenhagen: World Health Organization; 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstreams/cedc8477-44fa-41cd-b427-8eb9c1bd44e4/download>; ultima consultazione 20.03.2026.
22. United Nation. Department of Economic and Social Affairs. *The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. New York: United Nations; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>; ultima consultazione 20.03.2026.
23. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development (2020)*. Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340806/WHO-EURO-2020-2370-42125-58041-eng.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 20.03.2026.

1.2 IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NELLA POPOLAZIONE ITALIANA

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

Secondo i dati ISTAT nel corso del 2024 il 66,6% della popolazione italiana di 11 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica (pari a 35 milioni e 760 mila persone), con una prevalenza maggiore tra i maschi (76,7%) che tra le femmine (57,1%).

Il 17,0% dei consumatori (9 milioni 131 mila persone) beve quotidianamente (25,3% tra i maschi e 9,2% tra le femmine).

Nel 2024 è in lieve riduzione, rispetto all'anno precedente, il consumo di alcol nell'anno (67,3% nel 2023 e 66,6% nel 2024); si riduce, inoltre, ma in modo più marcato il consumo giornaliero (18,4% nel 2023 e 17,0% nel 2024). In lieve aumento, invece, il consumo fuori pasto (32,4% nel 2023 e 33,2% nel 2024) e il consumo occasionale (48,9% nel 2023 e 49,6% nel 2024).

Nell'arco degli ultimi dieci anni, dal 2014 al 2024 (Tab.1), l'ISTAT ha rilevato:

- un aumento dei consumatori nell'anno (dal 63,1% al 66,6%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 22,0% al 17,0%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 41,1% al 49,6%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 26,9% al 33,2%).

Tab.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 2014 e 2024 (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	
	2014	2024	2014	2024	2014	2024	2014	2024	2014	2024	2014	2024
MASCHI												
Nell'anno	22,0	15,5	74,6	75,7	83,5	82,7	83,0	83,5	78,9	81,2	76,7	76,7
<i>Tutti i giorni</i>	1,5	0,8	12,4	7,2	26,6	16,8	42,1	29,1	52,0	42,9	33,7	25,3
<i>Occasionalmente</i>	20,5	14,7	62,3	68,5	56,9	65,9	40,9	54,4	27,0	38,3	43,0	51,4
<i>Fuori pasto</i>	10,7	6,5	50,3	50,9	50,8	57,4	38,5	45,6	24,7	30,0	38,1	42,2
FEMMINE												
Nell'anno	17,3	13,3	59,7	67,7	58,4	68,8	54,3	61,7	43,6	50,1	50,4	57,1
<i>Tutti i giorni</i>	0,4	0,5	3,1	3,2	6,6	5,7	13,6	9,6	18,1	15,2	11,1	9,2
<i>Occasionalmente</i>	16,9	12,8	56,6	64,5	51,8	63,1	40,6	52,1	25,5	34,9	39,4	47,9
<i>Fuori pasto</i>	7,9	5,6	37,3	44,2	25,8	41,8	14,0	24,7	5,7	10,3	16,4	24,6
MASCHI E FEMMINE												
Nell'anno	19,7	14,4	67,4	71,8	70,9	75,9	68,3	72,4	58,9	63,9	63,1	66,6
<i>Tutti i giorni</i>	0,9	0,7	7,9	5,2	16,6	11,3	27,6	19,2	32,7	27,5	22,0	17
<i>Occasionalmente</i>	18,7	13,8	59,5	66,6	54,3	64,5	40,8	53,2	26,1	36,4	41,1	49,6
<i>Fuori pasto</i>	9,3	6,1	44,0	47,6	38,3	49,7	26,0	34,9	13,9	19,0	26,9	33,2

Fonte: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2014 e 2024

I cambiamenti nelle abitudini a distanza di 10 anni sono diffusi in tutte le fasce d'età e mettono in evidenza un generalizzato e forte calo di consumo giornaliero e, parallelamente, un aumento del consumo occasionale e fuori pasto, specialmente tra la popolazione adulta di 45 anni e più.

Notevoli nel decennio gli incrementi nella quota di consumatrici femmine che, per il consumo occasionale passano dal 39,4% al 47,9% e che passano dal 16,4% al 24,6% per il consumo fuori pasto.

Bevande alcoliche consumate dagli italiani nel 2024

Nel 2024, beve **vino** il 54,7% della popolazione di 11 anni e più, di cui 65,1% maschi e 44,9% femmine. Nella stessa popolazione considerata, beve **birra** il 50,7%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile pari al 63,9% rispetto al 38,1% di quella femminile. Gli **aperitivi alcolici, amari e superalcolici** sono consumati, nel 2024, dal 48,6% della popolazione di 11 anni e più (58,9% dei maschi e il 38,9% delle femmine).

Nel 2024 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche che hanno bevuto vino sono stati il 14,5% (21,3% maschi e 8,1% femmine), mentre quelli che hanno bevuto **birra** il 4,9% (8,1% maschi e 1,9% femmine) ed infine hanno bevuto **aperitivi, amari, superalcolici** lo 0,8% (1,4% maschi e 0,3% femmine) (**Tab.2**).

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

Tab.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 2024 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso)

TIPO DI BEVANDA ALCOLICA	Consumo di bevande alcoliche					
	Maschi		Femmine		Maschi e femmine	
	Nell'anno	di cui tutti i giorni	Nell'anno	di cui tutti i giorni	Nell'anno	di cui tutti i giorni
Vino	65,1	21,3	44,9	8,1	54,7	14,5
Birra	63,9	8,1	38,1	1,9	50,7	4,9
Aperitivi, amari, superalcolici	58,9	1,4	38,9	0,3	48,6	0,8
Totale	76,7	25,3	57,1	9,2	66,6	17,0

Fonte: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2024

Si consuma più alcol nelle regioni del Nord

Il consumo di alcol nell’anno è più forte nelle regioni del Nord e del Centro (il 68,8% e il 68,6%), specialmente tra i maschi (77,5% e 78,5%). Anche la quota più elevata di consumatori giornalieri si concentra in queste aree del Paese (il 18,2%).

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

Il consumo di alcol aumenta al crescere del titolo di studio

Tra le persone di 25 anni e più, la quota di consumatori di bevande alcoliche aumenta al crescere del titolo di studio conseguito. **Ciò avviene soprattutto per le donne:** tra quelle con licenza elementare consuma alcol almeno una volta all’anno il 42,0%, quota che sale al 75,9% fra le laureate. Le differenze di genere, pur permanendo, diminuiscono all’aumentare del titolo di studio, anche a parità di età. Andamento inverso ha, invece, il consumo quotidiano, che risulta crescente al diminuire del titolo di studio, per entrambi i sessi ma soprattutto per gli uomini.

I MODELLI DI CONSUMO DEI GIOVANI

Nel 2024, il 45,5% dei ragazzi e il 40,8% delle ragazze di età compresa tra 11 e 24 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; rispetto al 2014 si rileva una diminuzione della prevalenza tra i ragazzi (-3,0 punti percentuali) e, viceversa, un aumento tra le ragazze (+2,3 punti percentuali).

Nella fascia di età 11-24 anni è molto diffusa la consuetudine di bere alcolici fuori dai pasti (più di 1 ragazzo su 4 ha questa abitudine), anche con una frequenza di almeno una volta a settimana, ciò indica un comportamento nel consumo di alcol adottato in modo abituale e potenzialmente a rischio. Pertanto, possiamo considerare il consumo di alcol tra i giovani, a tutt'oggi, una criticità che suggerisce di mantenere alta l'attenzione su questa fascia di popolazione.

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

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

Nel 2023 il consumo abituale eccedentario, nella classe di età 18-24 anni era il 2,1%, di cui il 2,7% maschi e l'1,5% femmine.

Nel 2024 il consumo abituale eccedentario nella stessa classe di età è stato l'1,8%, di cui il 2% maschi e l'1,6% 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 2023 il fenomeno del *binge drinking* riguardava il 14,5% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 18,7% maschi e il 10,1% femmine.

Nel 2024 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il 16,1% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 19,9% maschi e il 12,1% femmine.

Tab.3 Persone di 11-24 anni per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche, sesso e classe d'età. Anno 2024 (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	7,1	6,2	6,7	7,1	6,2	6,7	0,9	0,1	0,5
16-17	34,5	29,7	32,2	34,5	29,7	32,2	5,8	4,7	5,3
11-17(*)	15,5	13,3	14,4	15,5	13,3	14,4	2,4	1,5	2,0
18-19	19,8	9,9	14,7	1,6	1,3	1,5	18,7	9,1	13,7
20-24	21,4	14,2	18,0	2,2	1,7	1,9	20,4	13,5	17,1
18-24	21,0	12,9	17,0	2,0	1,6	1,8	19,9	12,1	16,1

(*) 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 2024

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni, in Italia con la Legge 8.11.2012 n.189 vige il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, da ciò si deduce che i giovani di età inferiore ai 18 anni che consumano anche una sola bevanda alcolica durante l'anno presentano un comportamento a rischio nel consumo di alcol. **È assolutamente rilevante, quindi, il fatto che nella fascia di età 11-17 anni il 14,4% abbia consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno, valore che dovrebbe invece tendere allo zero.**

In questa fascia d'età, il 3,0% ha le abitudini più rischiose perché si caratterizza per un consumo giornaliero di bevande alcoliche e/o per l'abitudine al *binge drinking* e/o per il consumo fuori pasto almeno settimanale, mentre l'11,5% ha un consumo più occasionale (beve almeno una bevanda alcolica nell'anno o ha un consumo fuori pasto occasionale).

C'è da osservare come in questa fascia di età (11-17 anni _ minorenni) si osservino differenze di genere meno marcate e i comportamenti di consumo delle ragazze sono quasi sovrapponibili a quelli dei ragazzi.

I MODELLI DI CONSUMO DEGLI ANZIANI

Nella fascia di popolazione anziana è ormai consolidata l'abitudine a consumare bevande alcoliche soprattutto durante i pasti, questo fenomeno è da sempre parte della tradizione italiana.

Con l'avanzare dell'età, tuttavia, troppo spesso non si tiene in considerazione che il fisico risponde diversamente rispetto alla tossicità dell'alcol e che i cambiamenti sopraggiunti nell'organismo a partire dai 65 anni rendono le persone ancora più vulnerabili perché si riduce la capacità di metabolizzare (digerire) l'alcol, si riduce la quantità di acqua presente nell'organismo e di conseguenza si ha una minore capacità di diluire l'alcol e tollerare gli effetti, inoltre spesso si assumono farmaci.

Per ridurre il rischio per la salute degli ultra-sessantaquattrenni, è importante rispettare ciò che suggeriscono i LARN, le linee guida nutrizionali, il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, la Società Italiana di Alcologia e cioè di non superare il limite giornaliero di consumo pari a 1 UA (12 grammi di alcol) senza distinzioni tra uomini e donne in stato di buona salute.

Nel 2024 il 63,9% delle persone di 65 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno con una marcata differenza di genere (M: 81,2%; F: 50,1%).

La prevalenza dei consumatori ultra 64enni nel 2024 è stata più elevata per il vino (M: 74,8%; F: 43,2%) e decisamente più alta rispetto alla prevalenza dei consumatori di birra per entrambi i sessi (M: 56,1%; F: 25%); valori molto più bassi sono stati calcolati per il 2024 per le prevalenze dei consumatori di amari (M: 34,5%; F: 11,8%), di aperitivi alcolici (M: 29,2%; F: 12,7%) e di superalcolici (M: 28,3; F: 7,9%).

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

In totale si stima che nell'anno 2024 siano stati 2.439.000 le persone di 65 anni e più che hanno adottato almeno un comportamento di consumo a rischio per la loro salute di cui 1.848.000 uomini e 591.000 donne, pari al 29,3% e 7,5% rispettivamente (Tab. 4).

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 2024 è stata pari al 26,9% degli uomini e il 6,3% delle donne.

Hanno inoltre dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti il 30,0% degli uomini e il 10,3% delle donne.

Tab.4 Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2024)

	65-74		75-84		≥85		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	83,4	54,2	80,4	48,8	74,5	42,0	81,2	50,1
Consumatori di vino	75,5	45,0	75,3	42,9	70,1	39,0	74,8	43,2
Consumatori di birra	65,0	33,3	51,1	21,5	33,6	10,5	56,1	25,0
Consumatori di amari	39,8	15,2	30,7	10,1	22,9	6,6	34,5	11,8
Consumatori di aperitivi alcolici	37,5	18,1	22,1	9,4	14,4	4,9	29,2	12,7
Consumatori di super alcolici	33,9	10,4	23,1	6,5	19,7	4,1	28,3	7,9
Consumatori di alcolici fuori pasto	34,5	12,9	26,3	8,7	21,7	6,7	30,0	10,3
Almeno un comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche (Consumo abituale eccedentario/Binge drinking)	29,4	7,7	29,4	7,8	28,6	6,1	29,3	7,5
Consumatori abituali eccedentari	26,3	6,2	27,6	6,9	27,0	5,4	26,9	6,3

Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2024

1.3 COMPORTAMENTI A RISCHIO

Le analisi dell'Istituto Superiore di Sanità

Il consumo di alcol rappresenta un fattore di rischio completamente prevenibile, di cui la Regione europea della *World Health Organization* (WHO) registra i livelli di consumo più elevati al mondo, ~~esso~~ E' responsabile di severe conseguenze, tra cui la morte prematura e oltre 200 patologie e condizioni; queste includono sette tipi di cancro, disturbi neuropsichiatrici, patologie cardiovascolari, cirrosi epatica e malattie infettive.

Almeno 40 sono le malattie e condizioni, totalmente attribuibili all'alcol, identificate dalla WHO e descritte nel manuale ICD-11; oltre 200 le patologie e le condizioni parzialmente attribuibili al consumo di alcol, per le quali la correlazione significativa tra l'assunzione di alcol e lo sviluppo della malattia è stata dimostrata da solide evidenze scientifiche.

Tra gli effetti del consumo di alcol si annoverano le malattie croniche non trasmissibili (*Non Communicable Diseases*, NCD), come i tumori, le malattie cardiovascolari, la cirrosi epatica e le disfunzioni metaboliche, oltre a episodi di violenza autoindotta e diretta a terzi, tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali. Le ripercussioni dell'alcol si estendono anche alla sfera familiare: può danneggiare le relazioni sociali e affettive, generare difficoltà economiche, portare alla perdita del lavoro e compromettere la salute e il benessere della famiglia. Nel tempo, i familiari possono sviluppare sintomi di co-dipendenza, mentre i figli di genitori alcolodipendenti presentano un rischio maggiore di sviluppare problemi emotivi e una probabilità quattro volte superiore rispetto ad altri bambini di manifestare dipendenze da alcol in età adulta. Inoltre, molti figli di alcolodipendenti hanno subito abbandono o abusi in ambito domestico nel corso della vita.

L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (*International Agency for Research on Cancer*, IARC) classifica l'alcol come un cancerogeno di Gruppo 1, evidenziando la sua capacità di indurre lo sviluppo del cancro negli esseri umani. I tumori più frequentemente associati al consumo di alcol includono quelli della cavità orale, della faringe, della laringe, dell'esofago, del fegato, del pancreas, del colon-retto e della mammella. Lo scorso ottobre 2025 l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) della WHO, ha pubblicato il manuale sulle politiche in materia di alcol e prevenzione del cancro “*Alcohol Policies. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Volume 20B*” ove sono riassunti gli interventi ad alto impatto che si sono dimostrati efficaci nel ridurre i danni legati all'alcol nella popolazione tra cui, oltre ad una serie di misure politiche di controllo (aumento della tassazione e politiche dei prezzi, la riduzione della disponibilità fisica delle bevande alcoliche e il controllo sul marketing dell'alcol), interventi coordinati - ad esempio a livello di assistenza sanitaria primaria rivolti all'identificazione precoce e l'intervento breve - gli interventi psicosociali e quelli farmacologici.

Nel febbraio 2025 la IARC della WHO ha pubblicato la quinta edizione del Codice Europeo contro il cancro, nato nel 1987, nel quale vengono proposte 14 azioni concrete, e scientificamente validate, che ogni persona può mettere in pratica per ridurre significativamente il rischio di sviluppare tumori. Per quanto riguarda l'alcol, al punto 6, il messaggio è il seguente: “Evita le bevande alcoliche. Ogni quantità di alcol aumenta il rischio di tumore” (<https://cancer-code-europe.iarc.who.int/wp-content/uploads/2025/10/European-Code-Against-Cancer-5th-edition.pdf>).

I danni legati all'alcol possono manifestarsi fin dalle prime fasi della vita a causa dell'esposizione prenatale. Bere alcol durante la gravidanza è associato a gravi complicazioni gestazionali, tra cui aborti spontanei, nati morti, parto prematuro, ritardo della crescita intrauterina e basso peso alla nascita, nonché condizioni permanenti note come disturbi dello spettro alcolico fetale (*Foetal Alcohol Spectrum Disorders*). Tra questi, la sindrome alcolica fetale (*Foetal Alcohol Syndrome*, FAS) è la forma più grave e riconoscibile, caratterizzata da danni cerebrali permanenti, malformazioni congenite e deficit cognitivi, emotivi e comportamentali. Prevenire tali esiti è cruciale, ed è su questa tematica che ha focalizzato l'attenzione il progetto europeo FAR SEAS (*Foetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after SEAS*) che ha visto

impegnati attivamente i ricercatori dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS).

Negli anni, molti Paesi europei hanno adottato strategie sanitarie e alimentari per tutelare la salute pubblica, sviluppando linee guida standardizzate per un consumo di alcol a basso rischio. Queste raccomandazioni, raccolte nel 2014 e pubblicate nel 2016 nel rapporto dal titolo “*Good practice principles for low-risk drinking guidelines*” nell'ambito della Joint Action della Commissione Europea RARHA (*Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm*), sono attualmente in corso di revisione, a 10 anni dalle precedenti, nella *Joint Action on Health Promotion and Disease Prevention including Smoke and Aerosol Free Environments* (JA-SAFE). Tra le attività della JA SAFE, un intero working package è interamente dedicato all'alcol “*Preventing Alcohol related Harm in Europe*” e specificamente destinato a sostenere quanto espressamente indicato dall'obiettivo politico dell'iniziativa UE sulle malattie non trasmissibili e per l'attuazione del Piano Europeo per la lotta contro il cancro relativamente all'uso dannoso di alcol.

Il monitoraggio dei comportamenti legati al consumo di alcol è un elemento chiave per definire e attuare efficaci politiche sanitarie che contribuiscono alla prevenzione dei danni correlati.

Le abitudini di consumo vengono analizzate da istituzioni internazionali come l'Eurostat, la WHO e l'OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development* - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), che valutano sia il volume e la frequenza dell'assunzione di alcol, sia il consumo episodico eccessivo, in aggiornamento nel 2026.

A livello nazionale, il Ministero della Salute ha affidato all'ISS la supervisione di tali dati, che vengono aggiornati annualmente attraverso il sistema SIStema di Monitoraggio Alcol - SISMA, in conformità con il DPCM del 3 marzo 2017 sulle sorveglianze.

All'interno del SISMA è presente una sezione dedicata al monitoraggio dei consumi e dei comportamenti a rischio per la popolazione.

Gli indicatori sono stati costruiti basandosi sulle linee guida per il consumo a basso rischio, inserite nel dossier scientifico delle **linee guida per una sana alimentazione**; il dossier è stato curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA), nel quale si sottolinea che **non esistono livelli di consumo di alcolici considerati sicuri** e che l'astinenza rappresenta la scelta migliore per la prevenzione del cancro. Inoltre, il dossier esclude qualsiasi beneficio attribuibile a vino o birra, poiché i loro componenti bioattivi (flavonoidi, resveratrolo, xantumolo) sono presenti in quantità insufficienti per avere effetti apprezzabili, a meno di un consumo incompatibile con la sopravvivenza.

I comportamenti a rischio monitorati da SISMA sono il **consumo abituale eccedentario** e i comportamenti occasionali ad alto impatto sulla salute, come il **consumo lontano dai pasti** e il **binge drinking**, ovvero l'assunzione concentrata di grandi quantità di alcol in un'unica occasione. La raccolta dei dati avviene attraverso l'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana”, condotta ogni anno dall'ISTAT per analizzare le abitudini degli italiani. Questa indagine include un modulo dedicato al consumo di alcol e costituisce una risorsa fondamentale per seguire le tendenze nel tempo.

Il monitoraggio rientra nelle disposizioni del DPCM del 3 marzo 2017 e nel Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma Statistico Nazionale (PSN) 2023-2025. I dati raccolti vengono poi elaborati e pubblicati dall'ISTAT nelle tavole “Il consumo di alcol in Italia” e nel rapporto BES “il benessere equo e sostenibile in Italia” offrendo un quadro dettagliato della situazione nel Paese.

Consumatori fuori pasto

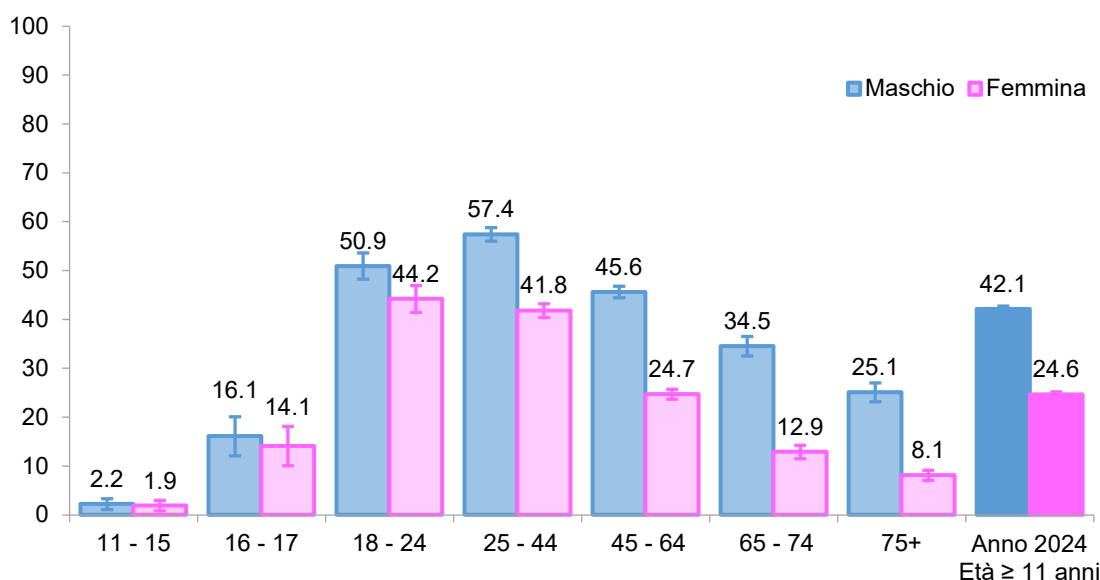
Sebbene l'Italia sia un Paese in cui è tradizionale il consumo di bevande alcoliche durante i pasti, soprattutto del vino, da molti anni c'è stato un graduale cambiamento delle abitudini di consumo alcolico che ha portato alla diffusione di comportamenti a rischio come il bere a stomaco vuoto.

Numerose evidenze mostrano che il consumo fuori pasto è correlato a esiti negativi per la salute, indipendentemente dalla quantità totale di alcol consumata, tra cui la mortalità per tutte le cause, la mortalità per malattie cardiovascolari e mortalità per cancro. Inoltre, cominciano ad accumularsi evidenze sulla correlazione tra il consumo di alcol fuori pasto e l'aumentato rischio di cancro del tratto aero-digestivo superiore, l'epatocarcinoma e ancor più recentemente con il cancro gastrico e il cancro del retto.

Nel 2024 i consumatori di vino o alcolici fuori pasto in Italia sono stati il 42,1% degli uomini e il 24,6% delle donne, pari a 17 milioni e 800 mila persone di età superiore a 11 anni di cui 11 milioni uomini e 6 milioni e 800 mila donne.

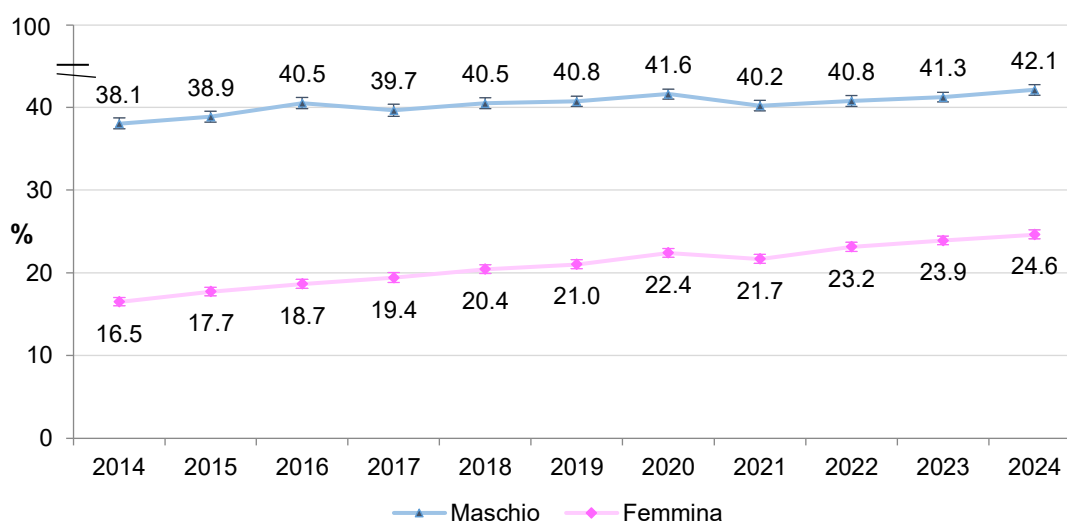
L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni (M=2,2%; F=1,9%) fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 25-44 anni, con il 57,4% degli uomini che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti e tra le donne nella fascia di età 18-44 anni, con oltre il 40% delle consumatrici fuori pasto; oltre tali fasce d'età, per entrambi i sessi, le percentuali diminuiscono nuovamente arrivando tra gli ultra 75enni al 25,1% degli anziani e all'8,1% delle anziane. La prevalenza dei bevitori fuori pasto di sesso maschile è sempre superiore rispetto alle femmine tranne per i giovani di 16-17 anni in cui non si osservano differenze significative fra i sessi.

Il trend del consumo fuori pasto negli ultimi 10 anni si conferma, come per gli anni precedenti, in costante aumento per entrambi i sessi. Rispetto alle ultime rilevazioni l'indicatore è continuato ad aumentare sia tra i maschi che tra le femmine facendo registrare un incremento rispetto ai precedenti dieci anni del 10,8% e del 49,3% rispettivamente.



Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per sesso e classe d'età (2024)

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



Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per sesso (2014-2024)

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

Consumatori abituali eccedentari

Il "consumo abituale eccedentario" si riferisce a un'assunzione di bevande alcoliche che supera, sia in termini di frequenza che di quantità, i limiti di consumo stabiliti oltre i quali si può incorrere in rischi per la salute, tenendo conto del sesso e dell'età dell'individuo.

Tali limiti sono delineati nel dossier scientifico delle linee guida per una sana alimentazione, curato dal CREA, e da anni sono adottati dal Ministero della Salute, dall'ISTAT e dall'ISS per il monitoraggio delle abitudini di consumo della popolazione.

Le raccomandazioni presenti nei sistemi di sorveglianza istituzionali indicano che il consumo di alcol dovrebbe essere del tutto evitato al di sotto dei 18 anni. Per le donne adulte e gli anziani oltre i 65 anni, la quantità giornaliera non dovrebbe eccedere una Unità Alcolica (UA), mentre per gli uomini adulti il limite è fissato a due UA al giorno, indipendentemente dalla tipologia di bevanda assunta.

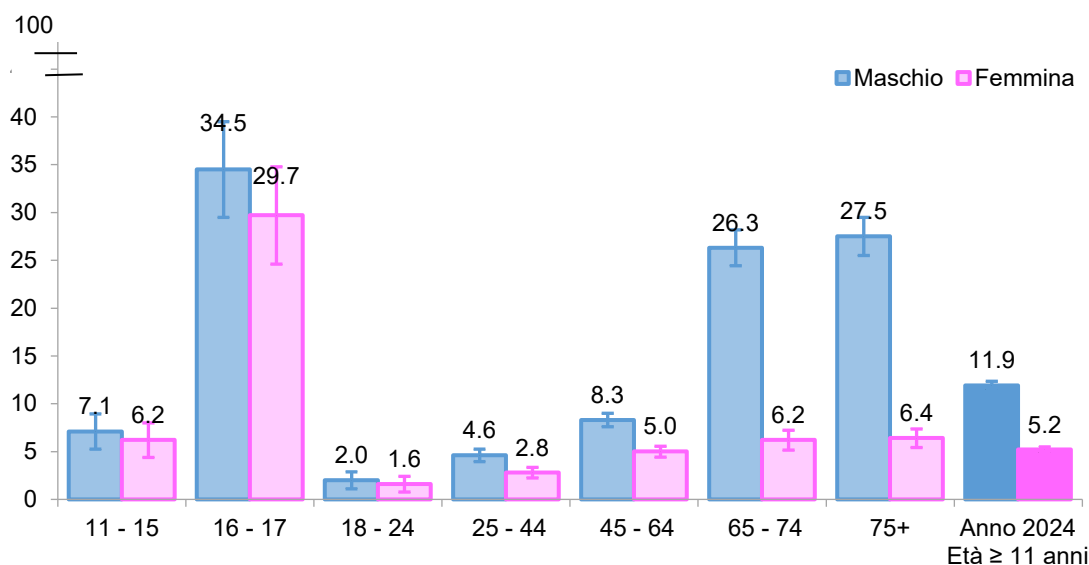
Le linee guida nutrizionali sottolineano, inoltre, che i minori devono astenersi completamente dal consumo di alcol, anche occasionale, poiché il loro sistema enzimatico non è ancora in grado di metabolizzarlo correttamente. Alla luce di queste evidenze scientifiche, la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica a questa fascia di popolazione è vietata dalla legge.

Nel 2024 il 11,9% dei maschi e il 5,2% delle femmine di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 4.500.000 persone di cui 3.100.000 uomini, 1.400.000 donne.

Tra gli adolescenti di 16-17 anni si osserva la percentuale più elevata di consumatori abituali eccedentari (M=34,5%; F=29,7%) seguita dagli anziani ultrasessantacinquenni.

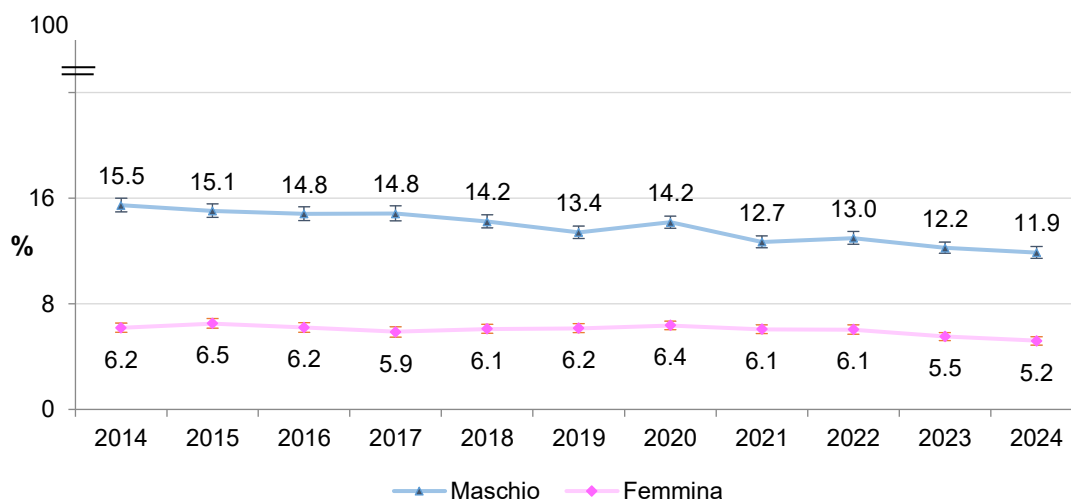
La percentuale più bassa si registra invece nella fascia di età 18-24 anni (M=2,0%; F=1,6%); anche per l'anno 2024 si conferma nella popolazione di età superiore ai 25 anni, una differenza di sesso statisticamente significativa.

Negli ultimi 10 anni l'andamento dei consumatori abituali eccedentari nelle persone di età superiore a 11 anni è costantemente diminuito, come già evidenziato nelle precedenti rilevazioni.



Prevalenza (%) di consumatori abituali eccedentari per sesso e classe d'età (2024)

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



Prevalenza (%) di consumatori abituali eccedentari per sesso e classe d'età (2014-2024)

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

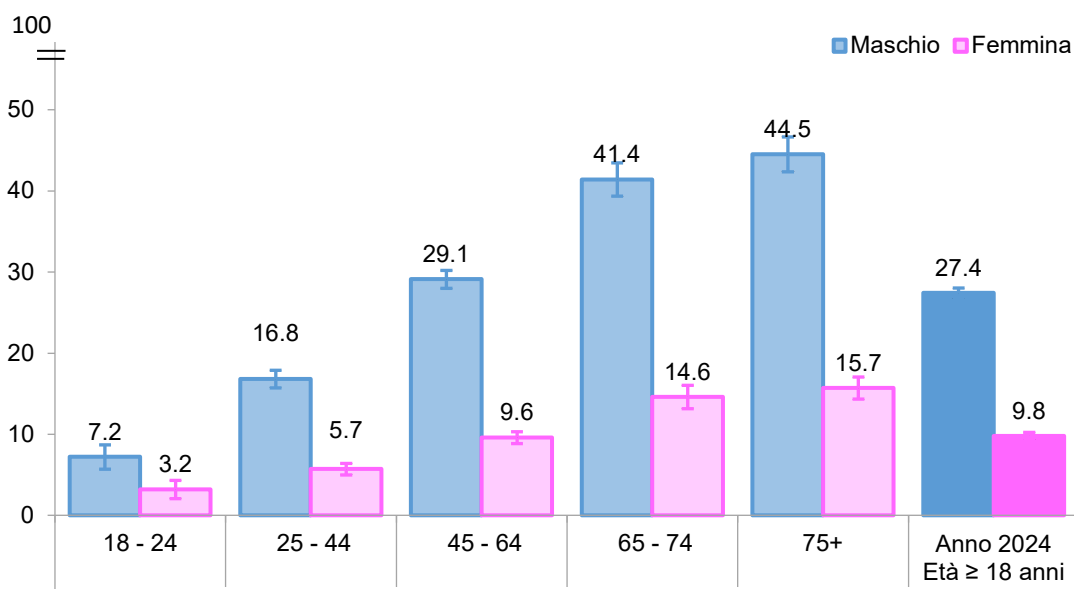
Consumatori giornalieri

In Italia, la prevalenza dei consumatori di età superiore a 18 anni che hanno bevuto almeno una bevanda alcolica giornalmente, indipendentemente dal tipo, è stata nel 2024 pari al 27,4% nei maschi, e al 9,8% nelle femmine, in calo significativo rispetto al 2023 per un totale di oltre 9 milioni di persone (M=6.600.000, F=2.500.000) che hanno consumato giornalmente almeno una bevanda alcolica.

L'analisi per classi di età mostra che per entrambi i sessi la prevalenza è minima nella classe più giovane (M=7,2%; F=3,2%) e aumenta con l'età, facendo registrare i valori più elevati negli anziani dove quasi 1 uomo su 2 e 1 donna su 6 adottano questa tipologia di consumo.

La prevalenza di consumatori giornalieri di sesso maschile è significativamente superiore a quella delle coetanee per ogni classe di età.

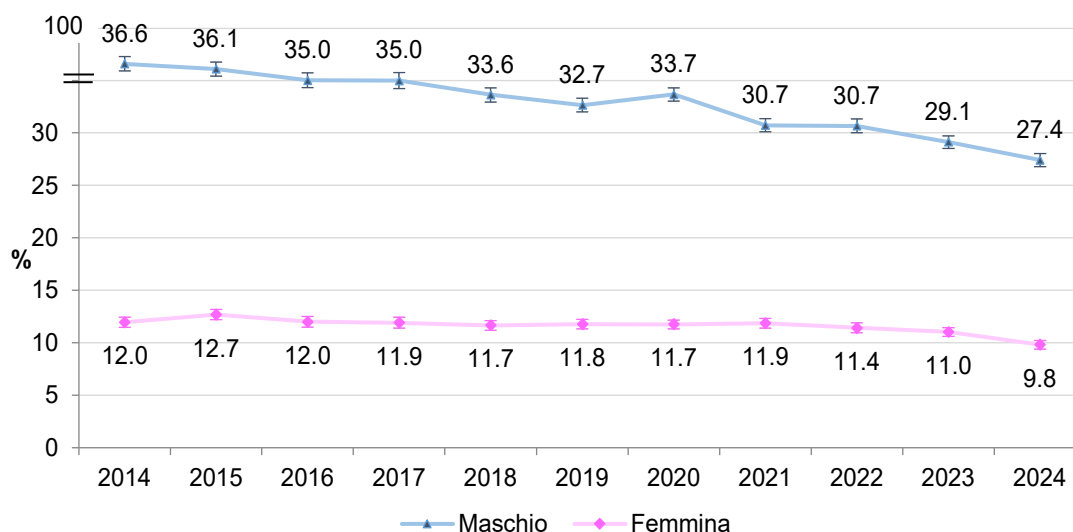
Prevalenza (%) di consumatori giornalieri (età ≥18 anni) per sesso e classe d'età (2024)



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

L'analisi del trend conferma la diminuzione dell'andamento dell'indicatore già evidenziata l'anno scorso, con la prevalenza dei consumatori giornalieri che è diminuita del 25,1% per i maschi e del 17,9% per le femmine rispetto al precedente decennio e del 5,9% e 10,9% rispettivamente rispetto alla precedente rilevazione.

Prevalenza (%) di consumatori giornalieri (età ≥18 anni) per sesso (2014-2024)



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

CONSUMATORI A RISCHIO (criterio ISS)

Numerose ricerche hanno evidenziato che il rischio per la salute alcol-correlato aumenta proporzionalmente all'aumentare della quantità di alcol consumata, e che non esiste un livello di alcol sicuro per la salute. Anche piccole quantità di alcol aumentano la possibilità di sviluppo di tumori, di provocare danni al cervello e di favorire lo sviluppo di diverse altre patologie. Oltre alla quantità totale di alcol ingerita nel corso della vita, diversi elementi influenzano i rischi associati al consumo, tra cui la frequenza, le dosi assunte in singoli episodi e il contesto in cui l'alcol viene consumato, ad esempio, a digiuno o in concomitanza con l'assunzione di farmaci e altre sostanze. Infine, anche fattori individuali come il sesso e l'età incidono sulla vulnerabilità agli effetti dannosi dell'alcol.

In Italia, l'identificazione dei consumatori a rischio si basa su un indicatore sintetico elaborato seguendo le raccomandazioni della WHO, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), dei Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia (LARN) e dell'ONA-ISS.

Questo strumento consente di rappresentare in modo efficace i due principali comportamenti a rischio legati al consumo di alcol: *il consumo abituale eccedentario* e il *binge drinking*, ossia il consumo episodico eccessivo.

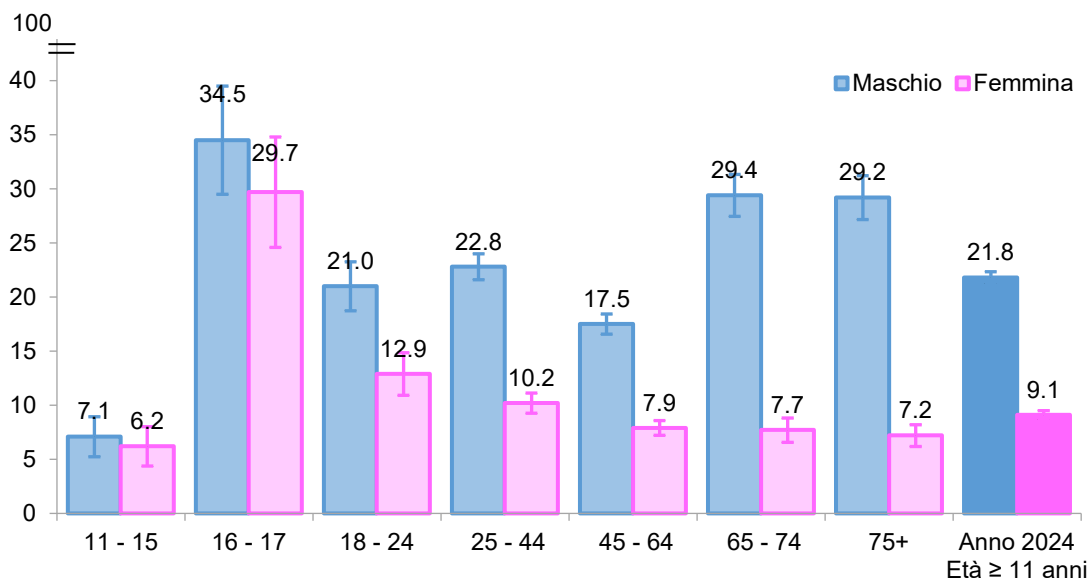
La validazione dell'indicatore è stata condotta da esperti in statistica, epidemiologia e clinica, che ne hanno riconosciuto la solidità metodologica e lo hanno adottato formalmente nei sistemi di monitoraggio nazionale.

Secondo il criterio ISS sono da considerarsi consumatori a rischio tutti i minori di 18 anni di entrambi i sessi che hanno consumato anche solo 1 bevanda alcolica (UA), i maggiorenni di sesso maschile che hanno consumato più di 2 UA al giorno, gli anziani (sopra i 65 anni) e le donne che ne hanno consumata più di 1, e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e dall'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.

Nel 2024 la prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi appena descritto, è stata del 21,8% per i maschi e del 9,1% per le femmine di età superiore agli 11 anni, pari ad **oltre 8 milioni di persone (M=5.700.000, F=2.500.000)** che non si sono attenute alle raccomandazioni di salute pubblica.

L'analisi per classi di età mostra che anche per questo anno la fascia di popolazione che si conferma più a rischio è quella dei 16-17enni per entrambi i sessi (M=34,5%; F=29,7%) seguita dagli anziani ultra 65enni per i maschi (65-74 anni=29,4%; 75+ anni= 29,2%) e dalle 18-24enni per le femmine (12,9%). Nei minorenni non vi è una differenza statisticamente significativa fra maschi e femmine nella prevalenza dei consumatori a rischio, mentre per tutte le altre fasce d'età il consumo a rischio è sempre più elevato nei maschi.

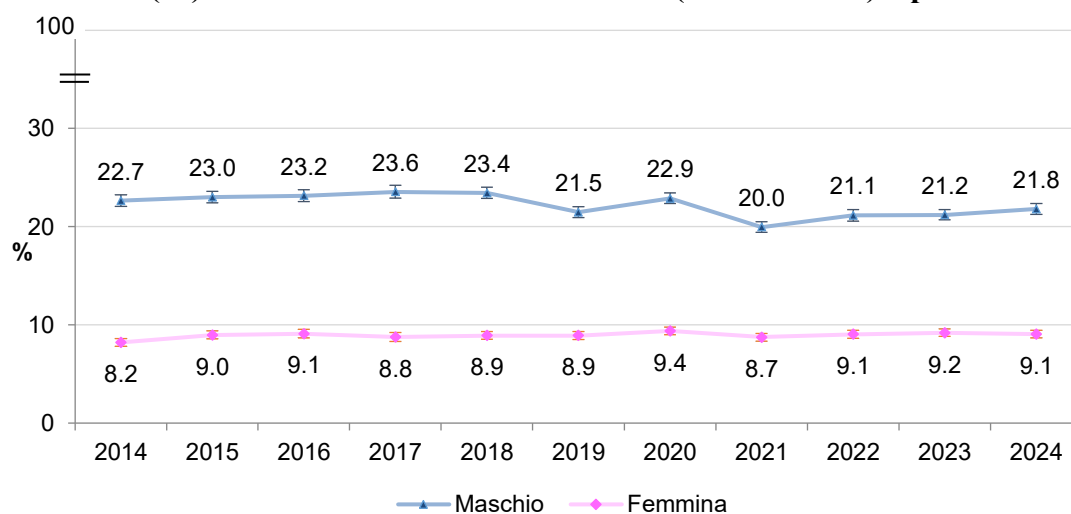
Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per sesso e classe d'età (2024)



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

L'analisi del trend evidenzia che, nel corso degli ultimi 10 anni, la prevalenza dei consumatori a rischio di sesso maschile è diminuita del 3,7% (2024 rispetto al 2014) mentre per le femmine, i valori sono pressoché stabili e oscillano tra l'8,2% e il 9,1%.

Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per sesso (2014-2024)



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

Consumatori *Binge Drinking*

L'intossicazione acuta da alcol è una condizione intercorrente, potenzialmente transitoria, causata dal consumo di una notevole quantità di alcol che influisce negativamente su una serie di funzioni cognitive, tra cui la memoria, la pianificazione e il controllo motorio complesso e questa perdita può portare a comportamenti inaspettati e lesioni.

Uno studio sull'intossicazione da alcol nei pazienti traumatizzati ricoverati al pronto soccorso mostra che l'intossicazione alcolica è in gran parte responsabile di incidenti stradali, lesioni ai pedoni, atti di violenza, tra cui la violenza domestica, tentativi di suicidio, lesioni alla testa dovute a cadute e incidenti e questi eventi sono associati a grave disabilità post-traumatica e mortalità.

A livello europeo non esiste un indicatore standardizzato per il monitoraggio delle intossicazioni acute da alcol la cui definizione varia in termini di quantità di alcol consumato e in riferimento al periodo di osservazione.

In Italia, al fine di monitorare le intossicazioni da alcol viene rilevata annualmente la prevalenza di consumatori *binge drinking*.

Il *binge drinking* è un modello di consumo di alcol che porta la concentrazione di etanolo nel sangue a salire molto rapidamente con gravi conseguenze per la salute. In Italia il *binge drinking* è definito come il consumo di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche (un bicchiere corrisponde ad 1 UA contenente 12 g di alcol puro) in un'unica occasione, e la sua definizione prende in considerazione la terza domanda dell'AUDIT-C.

Il dato viene annualmente rilevato dall'ISTAT tramite l'"Indagine multiscopo sulle famiglie". Questa tipologia di consumo a rischio per la salute si è sviluppata inizialmente nel Nord Europa, ed è particolarmente diffusa nelle fasce di popolazione giovanile, proprio quella popolazione per la quale lo sviluppo del cervello entra in una fase molto importante e delicata: è infatti tra gli adolescenti che ripetuti episodi di *binge drinking* possono alterare lo sviluppo cerebrale e causare disturbi persistenti nelle funzioni sociali, di attenzione, nella memoria e delle altre funzioni cognitive.

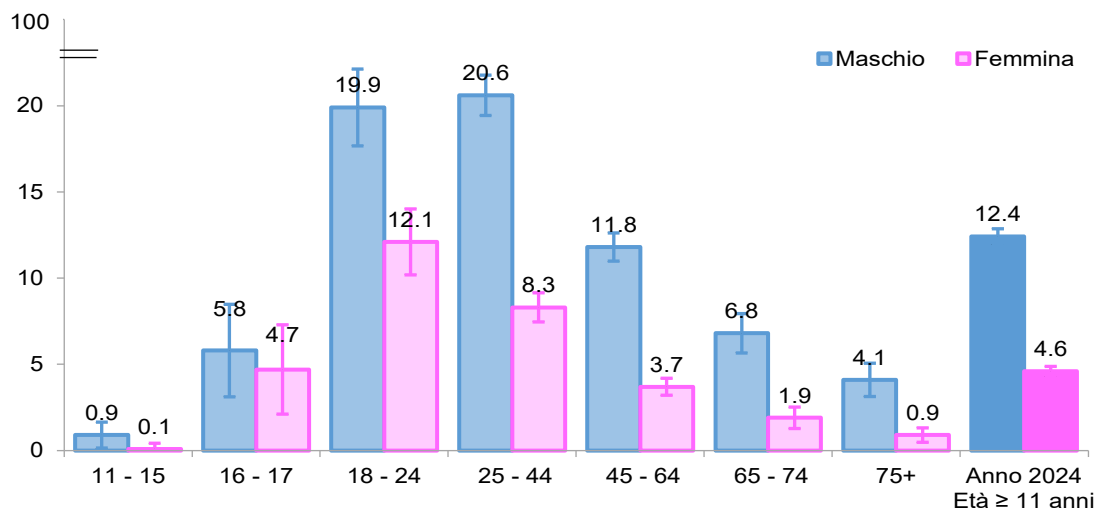
Già nel 2010 era stata approvata dalla WHO la prima strategia globale per la riduzione del consumo dannoso di alcol che prevedeva tra le 10 aree prioritarie d'intervento, la riduzione delle conseguenze negative del bere e delle intossicazioni alcoliche.

Successivamente, a causa della diffusione della pratica del *binge drinking* tra i giovani dei Paesi europei dell'area mediterranea, i rappresentanti degli Stati membri dell'UE, rappresentati dal *Committee on National Alcohol Policy and Action* (CNAPA) hanno approvato la strategia comunitaria *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2016)* con l'obiettivo di sostenere gli Stati membri nella riduzione dei danni alcol-correlati in questa fascia vulnerabile di popolazione. Tale piano d'azione è stato successivamente prorogato al 2020 e le attività sostenute nel periodo 2014-2016 sono state descritte in un rapporto.

La prevalenza dei consumatori che hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi, nel 2024 è stata pari all'12,4% tra i maschi e al 4,6% tra le femmine di età superiore a 11 anni, pari a 4 milioni e 450 mila *binge drinker* (M=3.200.000; F=1.250.000).

Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per sesso (2014-2024)

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



Consumatori dannosi e disturbo da uso di alcol

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

La definizione di Disturbo da Uso di Alcol (DUA) riportata nel manuale DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*) è una patologia caratterizzata da una ridotta capacità di interrompere o controllare il consumo di alcol nonostante le conseguenze negative a livello sociale, professionale o sanitario. Il rischio che una persona sviluppi un DUA può essere identificato sia utilizzando uno strumento di screening appositamente progettato a tale scopo, sia misurando il consumo stesso.

Esistono numerosi test per identificare il consumo dannoso di alcol: quello attualmente più utilizzato è l'*Alcohol Use Disorders Identification Test*, AUDIT. A livello nazionale non esistono studi ad hoc che utilizzano questo strumento per rilevare e monitorare la prevalenza di DUA nella popolazione; è stato tuttavia sviluppato un indicatore in grado di stimarne la prevalenza attraverso la rielaborazione delle quantità di alcol rilevate attraverso l'indagine multiscopo sulle famiglie condotta annualmente dall'ISTAT.

Nel 2024, in Italia, la prevalenza dei consumatori dannosi di alcol nella popolazione dai 15 anni in su, è stata del 1,92% tra i maschi e dell'0,94% tra le femmine, pari a circa 730.000 persone dai 15 anni di età (M=480.000; F=250.000), in calo rispetto all'anno precedente per la diminuzione delle consumatrici dannose.

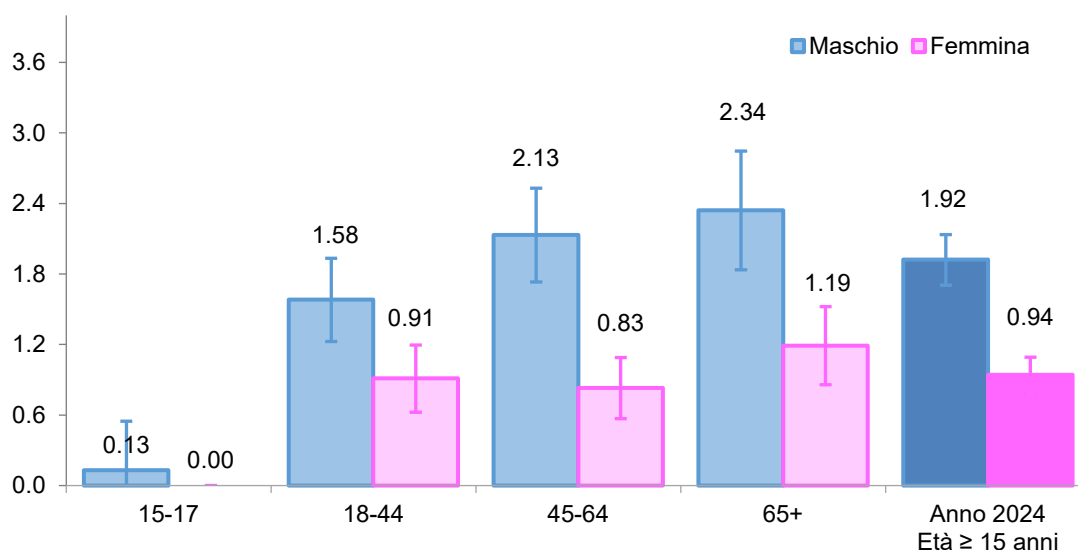
L'analisi per classi d'età mostra che la prevalenza è più bassa per entrambi i sessi nelle classi di età più giovani (15-17 e 18-44 anni); per tutte le classi di età considerate, il valore nei maschi è superiore a quello delle femmine.

I consumatori dannosi sono a tutti gli effetti "*in need for treatment*" ai sensi del DSM-5 e assimilati clinicamente all'alcol dipendente, da prendere quindi in carico presso i servizi territoriali insieme ai 64.856 alcol dipendenti in carico ai servizi (ultimo dato disponibile a cura del Ministero della Salute per il 2023). Tale dato, nonostante il lieve aumento rispetto all'anno precedente degli utenti in carico ai servizi, soprattutto maschi, mostra l'entità della mancata intercettazione da parte delle

strutture del Servizio Sanitario Nazionale, che rappresentano allo stato attuale solo l'8,8 dei pazienti attesi.

Prevalenza (%) di consumatori dannosi per sesso e classe d'età (2024)

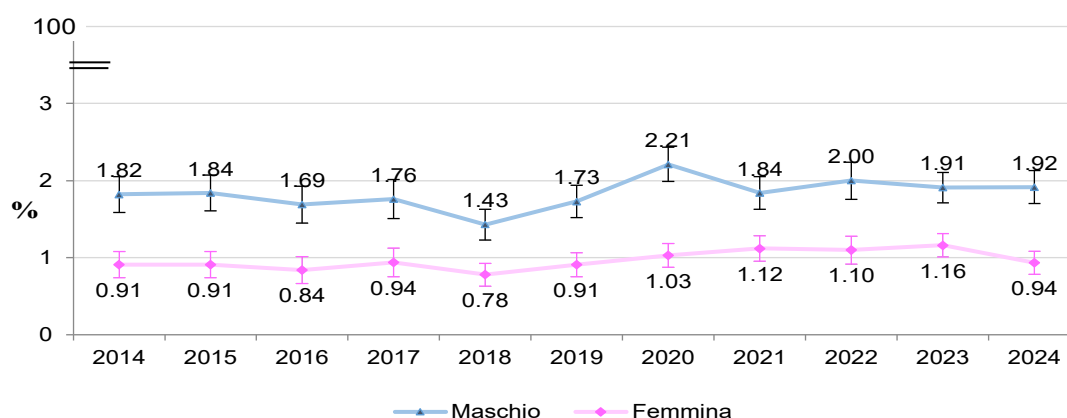
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie



Analizzando l'andamento dei consumatori dannosi negli ultimi 10 anni, per i maschi l'indicatore ha avuto un picco minimo nel 2018 (1,43%) e uno massimo nel 2020 (2,21%), rinforzando l'evidenza che durante la pandemia sono stati colpiti più duramente i consumatori già problematici, per poi ritornare ai livelli precedenti il 2018. Il picco minimo del 2018 si è visto anche tra le femmine, per le quali il valore ha continuato ad oscillare, senza variazioni significative, nel corso degli anni.

Prevalenza (%) di consumatori dannosi per sesso (2014-2024)

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



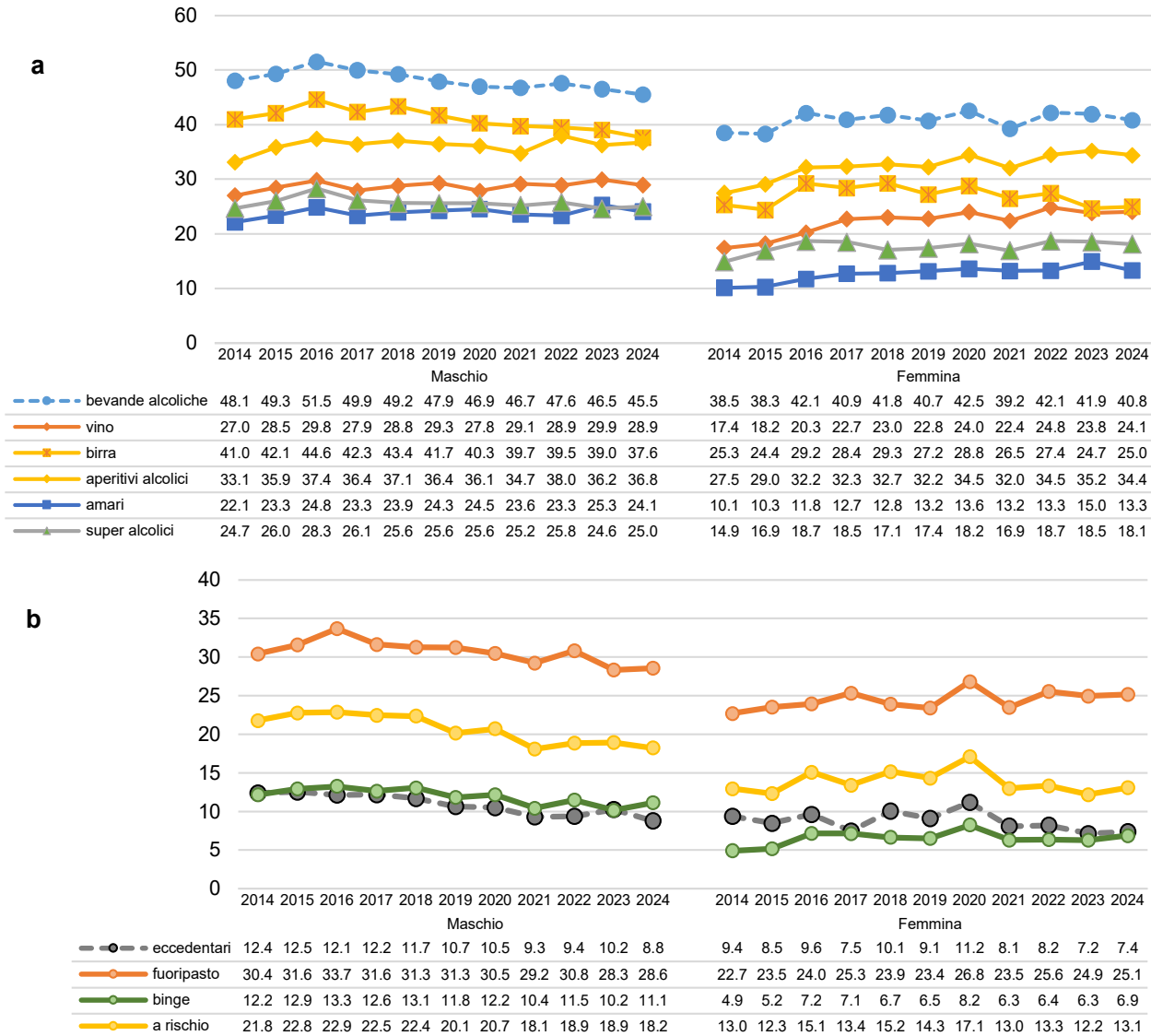
CONSUMO DI ALCOL PER TARGET DI POPOLAZIONE

GIOVANI

Il 45,5% dei maschi e il 40,8% delle femmine di età compresa tra gli 11 e i 24 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2024. La percentuale di maschi che consuma bevande alcoliche in questa fascia d'età ha seguito nell'ultimo decennio un trend in diminuzione (-5,4% rispetto al 2014), mentre per le consumatrici femmine si osserva un andamento altalenante ma complessivamente stabile tra il 2014 e il 2024 (Figura 1, Tabella 1).

Figura 1 _ Prevalenza (%) di consumatori (età 11-24 anni) delle diverse bevande alcoliche (a) e dei comportamenti a rischio (b) per sesso. Italia, 2014-2024

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



Tra i ragazzi, come per gli anni precedenti, i consumi più elevati si riscontrano per la birra (37,6%), anche se è in calo l'andamento del consumo degli ultimi 10 anni (-8,3% rispetto al 2014), e gli aperitivi alcolici (36,8%) seguiti dal vino (28,9%). Si conferma anche quest'anno, come nella precedente rilevazione, una prevalenza di consumatori di aperitivi alcolici approssimabile a quella della birra.

Per le ragazze, la prevalenza delle consumatrici di aperitivi (34,4%) è la più elevata rispetto alle altre bevande e mostra negli ultimi 10 anni un aumento marcato e significativo (+25,1% rispetto al 2014). Seguono le consumatrici di birra (25,0%) e vino (24,1%), anche queste ultime in significativo aumento rispetto al 2013 (+38,5%).

Gli amari si confermano le bevande alcoliche meno apprezzate fra i giovani, consumati dal 24,1% dei maschi e dal 13,3% delle femmine. Se né per i ragazzi né per le ragazze si registrano differenze significative nei consumi delle diverse bevande alcoliche rispetto alla precedente rilevazione (2023), gli ultimi 10 anni hanno visto aumentare tra le femmine, oltre alle consumatrici di vino e aperitivi alcolici, anche quelle di amari (+31,7% rispetto al 2014) e superalcolici (+ 21,5% rispetto al 2014) (vedi Figura 1.a e Tabella 1).

Tabella 1 _ Prevalenza (%) di consumatori (età 11-24 anni) per classe d'età, tipologia di consumo e genere. Italia, 2024

Tipologia di consumo	11-17 anni			18-24 anni			Totale		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Bevande alcoliche	15.5 ↓	13.3	14.4 ↓	75.7	67.7 ↑	71.8 ↑	45.5	40.8	43.2
Vino	6.9	5.6	6.3	51.1 ↑	42.1 ↑	46.7 ↑	28.9	24.1 ↑	26.6 ↑
Birra	10.5 ↓	7.6	9.1 ↓	64.9	41.9	53.7	37.6	25.0	31.5
Aperitivi alcolici	9.4	9.9	9.6	64.3 ↑	58.4 ↑	61.5 ↑	36.8	34.4 ↑	35.6 ↑
Amari	5.2	2.7	4.0	43.1	23.7 ↑	33.6 ↑	24.1	13.3 ↑	18.9 ↑
Superalcolici	5.7	4.5	5.1	44.4	31.4 ↑	38.1 ↑	25.0	18.1 ↑	21.7
Consumatori abituali eccedentari	15.5 ↓	13.3	14.4 ↓	2.0	1.6	1.8	8.8 ↓	7.4	8.1 ↓
Consumatori di alcolici fuori pasto	6.5 ↓	5.6	6.1 ↓	50.9	44.2 ↑	47.6 ↑	28.6	25.1	26.9
<i>Binge drinking</i>	2.4	1.5	2.0	19.9	12.1 ↑	16.1	11.1	6.9	9.1
Consumatori a rischio	15.5 ↓	13.3	14.4 ↓	21.0	12.9 ↑	17.0	18.2 ↓	13.1	15.7

↓ Dato diminuito rispetto al 2014

↓↓ Dato diminuito rispetto al 2024

↑ Dato aumentato rispetto al 2014

↑↑ Dato aumentato rispetto al 2024

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

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che nel 2024, per entrambi i sessi, non ci sono variazioni di rilievo rispetto al 2023. Il comportamento più diffuso tra i giovani di entrambi i sessi è il consumo fuori pasto (M=28,6%; F=25,1%). I maschi che hanno bevuto in modalità *binge* sono l'11,1% e che hanno consumato in modalità abituale eccedentaria l'8,8%. Le femmine *binge drinker* sono state il 6,9% e le abituali eccedentarie il 7,4% (vedi Figura 7.b e Tabella 6). I giovani consumatori 11-24enni a rischio identificati nel 2024 sono stati il 18,2% dei maschi e il 13,1% delle loro coetanee, per un totale di circa 1.270.000 ragazze e ragazzi che non si sono attenuti alle indicazioni di sanità pubblica (vedi Figura 1.b e Tabella 1).

Consumatori di 11-17 anni

La Legge 189 dell'anno 2012 impone in Italia il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minorenni come raccomandato dalla WHO per i giovani al di sotto dei 18 anni. Le

nuove linee guida per una sana alimentazione prodotte dal CREA sulla base del dossier scientifico contenente le raccomandazioni e le principali indicazioni al consumatore considerano “consumatori a rischio per la loro salute” tutti i giovani minorenni che hanno consumato anche una sola bevanda alcolica nel corso dell’anno.

Quindi, a seguito delle indicazioni di sanità pubblica sopra riportate, nella fascia di età 11-17 anni, l’indicatore del consumo di almeno una bevanda alcolica, del consumo abituale eccedentario e del consumo a rischio, coincidono. I ragazzi tra gli 11 e i 17 anni che nel 2024 hanno bevuto alcolici sono stati il 15,5% dei maschi e il 13,3% delle femmine e, sebbene non si registrino variazioni significative rispetto al 2023, per i maschi l’andamento dell’indicatore nell’ultimo decennio è in calo (-27,9% rispetto al 2014), mentre per le femmine è altalenante (Figura 2 e *vedi* Tabella 1).

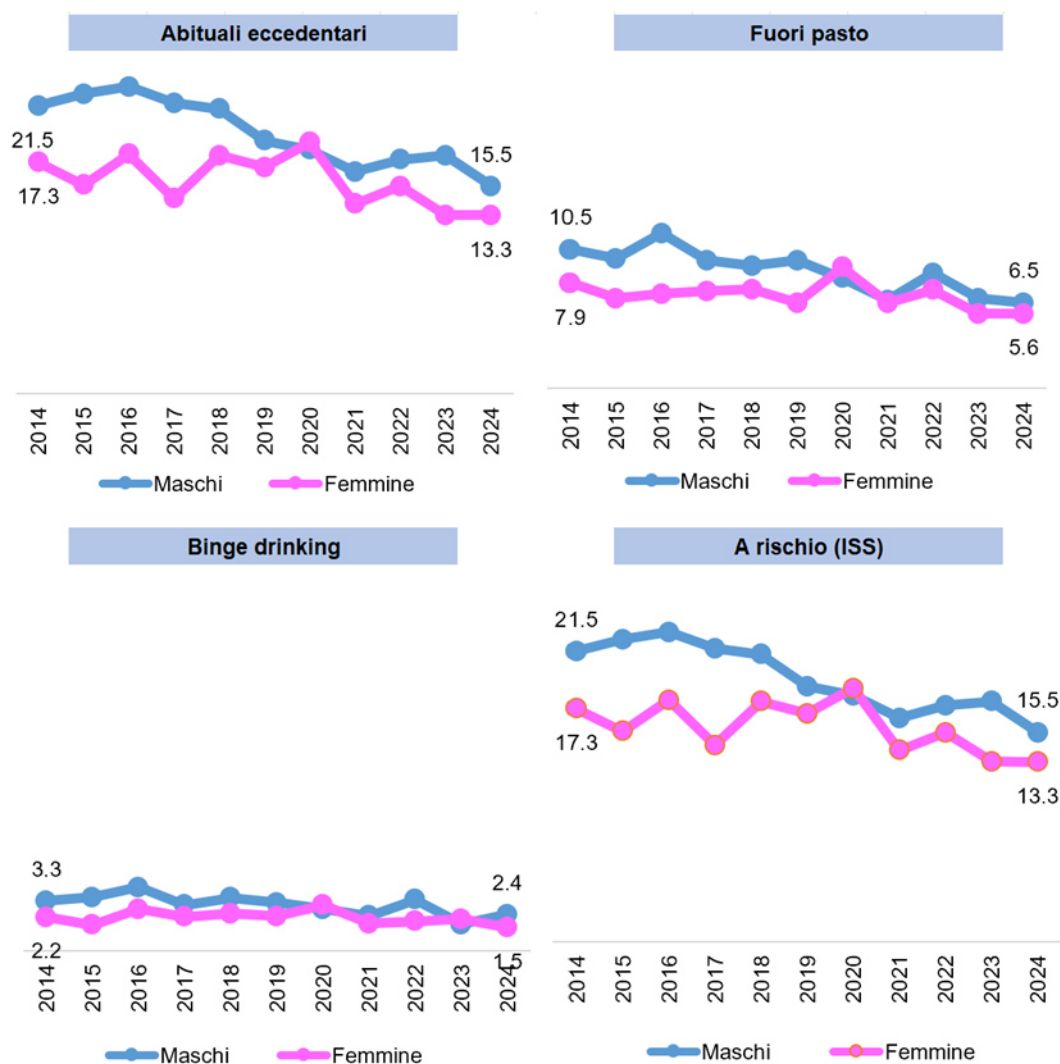
**Figura 2 _ Prevalenza (%) di consumatori (età 11-17 anni)
delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia, 2014-2024**

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



Tra i maschi la birra si conferma nel 2024 la bevanda più consumata (10,5%), seguita dagli aperitivi alcolici (9,4%) e dal vino (6,9%). Tra le ragazze le bevande maggiormente consumate sono state gli aperitivi alcolici (9,9%) e la birra (7,6%) seguite dal vino (5,6%). Nel corso degli ultimi dieci anni non si osservano variazioni significative dei consumatori e delle consumatrici delle diverse bevande alcoliche, ad eccezione dei consumatori di birra da parte dei maschi che sono diminuiti del 35,2% rispetto al 2014 (Figura 3).

Figura 3 _ Prevalenza (%) di comportamenti a rischio per sesso (età 11-17 anni). Italia, 2014-2024
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie



La prevalenza dei consumatori fuori pasto tra gli 11-17enni è stata nel 2024 del 6,5% dei maschi e del 5,6% delle femmine. Nel corso degli ultimi 10 anni i consumatori fuori pasto maschi sono calati del 38,1% (rispetto al 2014), mentre rimangono pressoché costanti le femmine che bevono a stomaco vuoto, confermando l'eliminazione delle differenze di genere in questo tipo di comportamento, a partire dal periodo della pandemia da SARS-CoV-2 (Figura 3 e *vedi* Tabella 1). Da notare che i consumatori abituali eccedentari e a rischio coincidono tra loro e con i consumatori di bevande alcoliche, dal momento che qualsiasi consumo in questa fascia d'età è da considerarsi a rischio. Nel 2024, tra i giovanissimi di 11-17 anni, il consumo in modalità *binge*, ovvero le abbuffate alcoliche, è stato del 2,4% tra i maschi e dell'1,5% tra le femmine.

Le prevalenze dei consumatori a rischio fra i giovanissimi (che corrispondono in questa fascia di età ai consumatori di almeno una bevanda alcolica) continuano a rimanere in linea con i dati degli ultimi anni (M=15,5%; F=13,3%) (*vedi* Figura 3 e Tabella 1).

Nel 2024 sono 580.000 gli adolescenti minorenni che hanno consumato alcolici e che, secondo gli organismi di sanità pubblica e sulla base delle evidenze scientifiche, hanno messo a rischio la loro salute.

Consumatori di 18-24 anni

L'alcol agisce su diverse funzioni cerebrali (percezione, attenzione, elaborazione, valutazione, ecc.), con effetti diversi e strettamente correlati alle concentrazioni di alcol nel sangue (alcolemia), allo stato fisico, al sesso della persona e alla sua età e per questo motivo è necessario valutare attentamente gli effetti negativi dell'alcol mentre si guida.

Nella normativa italiana 0,5 g/L è il valore limite legale del tasso di alcolemia da non superare alla guida. La Legge n. 120 del 29 luglio 2010 "Disposizioni in materia di sicurezza stradale" ha anche introdotto la tolleranza zero per i patentati con meno di 21 anni, i neopatentati (coloro che hanno preso la patente da meno di 3 anni) e i guidatori professionisti che non possono bere neanche un piccolo quantitativo di alcol quando si mettono al volante. Tale limitazione è stata ulteriormente rafforzata dal nuovo codice della strada, introdotto con la Legge n.177 del 25 novembre 2024, e entrato in vigore dal 14 dicembre 2024. Rispetto all'alcol, il nuovo codice della strada introduce importanti novità con sanzioni più severe per chi guida in stato di ebbrezza. La Legge segnala per le diverse soglie di tasso alcolemico (in g/L) quanto di seguito riportato:

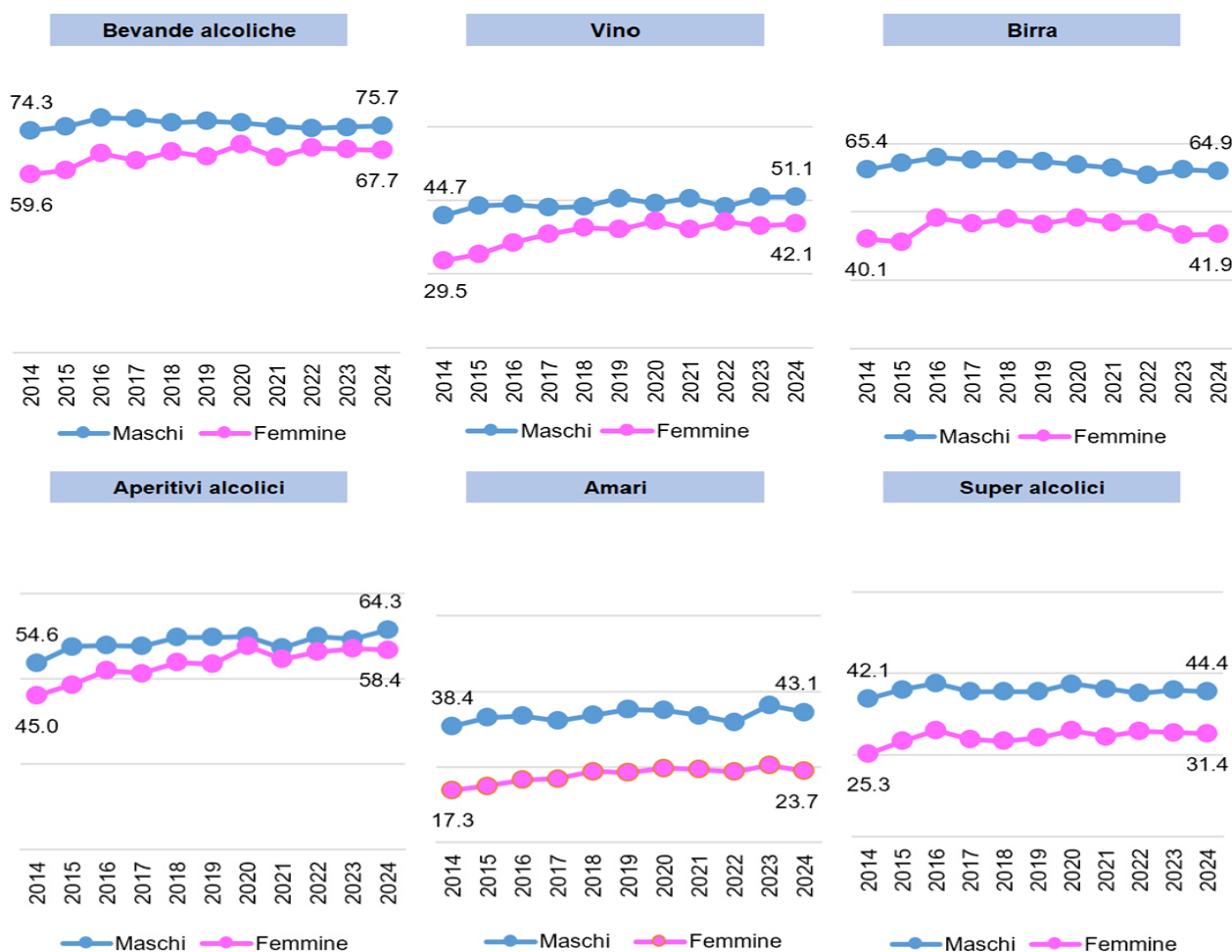
- | | |
|------------------------------------|--|
| - 0.5 – 0.8 | Sanzione amministrativa da 573 a 2.170 euro
Sospensione della patente da 3 a 6 mesi. |
| - 0.8 – 1.5 | Sanzione penale con arresto da 6 mesi a 1 anno
Sanzione amministrativa da 800 a 3.200 euro
Sospensione della patente da 6 mesi a 1 anno. |
| - > 1.5 | Sanzione penale con arresto da 1 a 2 anni
Sanzione amministrativa da 1.500 a 6.000 euro
Sospensione della patente da 1 a 2 anni
Confisca del veicolo. |
| - Recidiva (qualsiasi tasso > 0.8) | Inasprimento sanzioni
Obbligo di tasso zero per 2-3 anni e di installazione di <i>alcolock</i> (superiore a 0.8). |

Per i neopatentati e per i minori di anni 21, il nuovo codice della strada rafforza il principio del limite alcolemico uguale zero, introducendo sanzioni anche per minime quantità di alcol rilevate: se il giovane conducente viene trovato con un tasso minore o uguale a 0,5 g/l, scatta infatti una sanzione di 624 euro. Inoltre, il mancato rispetto delle regole comporterà l'impossibilità di ottenere la patente di guida prima del compimento del ventiquattresimo anno di età. L'impossibilità di ottenere la patente prima dei 24 anni riguarderà inoltre tutti i minori di anni 21 alla guida senza patente e sotto effetto di sostanze psicotrope.

La prevalenza dei ragazzi di età compresa tra i 18 e 24 anni che nel 2024 hanno consumato almeno una bevanda alcolica è stata del 75,7% tra i maschi e del 67,7% tra le femmine e per queste si conferma, come l'anno scorso, l'aumento nell'ultimo decennio (+13,6% rispetto al 2014).

**Figura 4 _ Prevalenza (%) di consumatori (età 18-24 anni)
delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia, 2014-2024**

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



La prevalenza dei consumatori di sesso maschile è superiore a quella delle consumatrici di sesso femminile per tutte le bevande considerate a eccezione degli aperitivi alcolici per i quali la differenza di genere è minima.

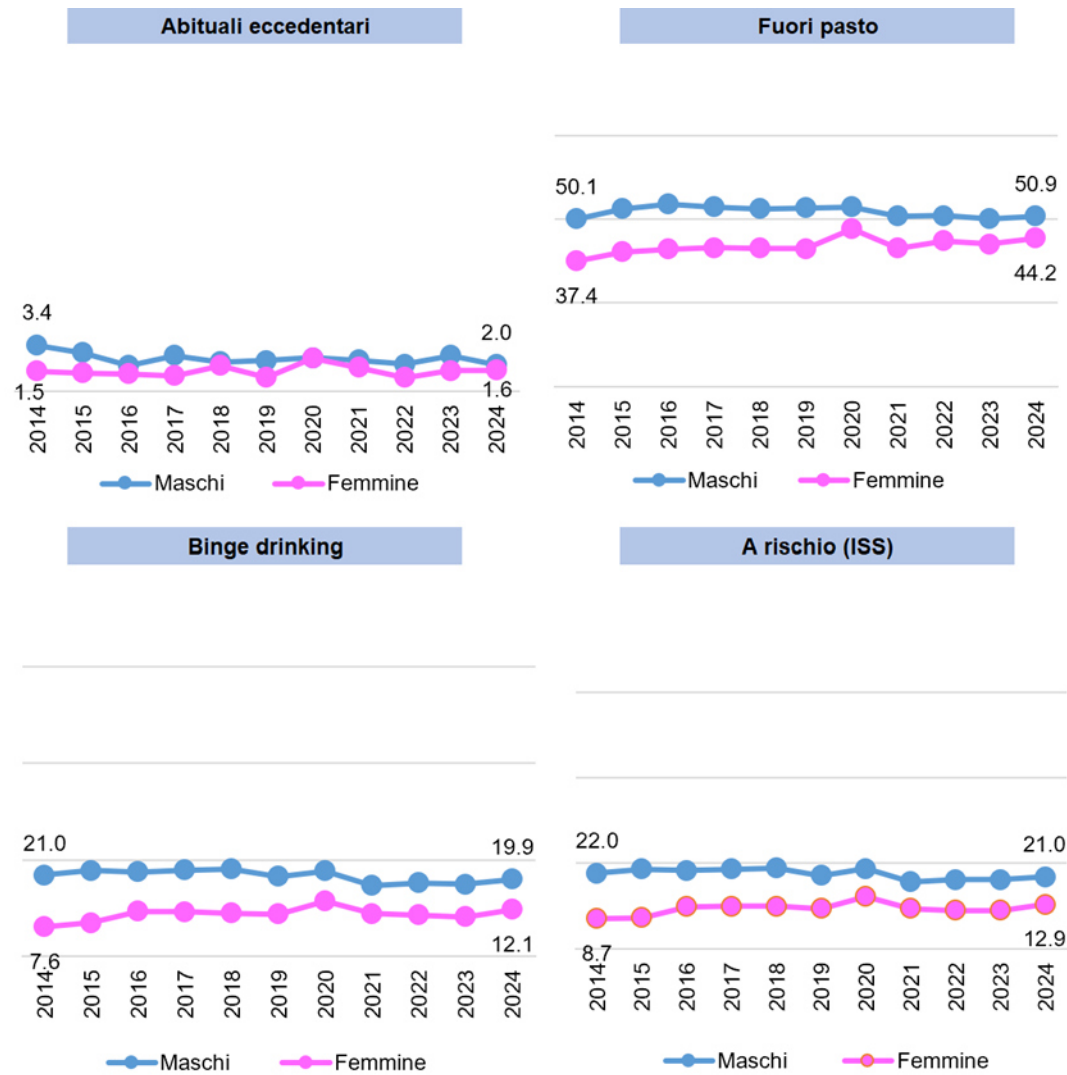
Nel 2024, fra le diverse bevande, la birra è la più consumata fra i ragazzi (64,9%), insieme agli aperitivi alcolici (64,3%), viceversa per le ragazze la prevalenza di consumatrici di aperitivi alcolici (58,4%) è superiore a quella delle consumatrici di birra (41,9%). La terza bevanda più consumata tra i 18-24enni è stata il vino (M=51,5%, F=42,1%), seguita dai superalcolici (M=44,4%, F=31,4%) e dagli amari (M=43,1%, F=23,7) (Figura 4 e vedi Tabella 1).

Per quanto riguarda l'andamento dell'ultimo decennio dei consumi delle diverse bevande, sono in aumento rispetto al 2014 le consumatrici di tutte le bevande alcoliche a eccezione delle consumatrici di birra che rimangono grossomodo stabili. Sono in aumento nell'ultimo decennio anche i consumatori maschi di vino e di aperitivi alcolici (Figura 4 e vedi Tabella 1).

Il comportamento a rischio più frequente tra i 18 e i 24 anni rimane il consumo fuori pasto, praticato nel 2024 dal 50,9% dei maschi e il 44,2% delle femmine, seguito dal *binge drinking* (M=19,9%; F=12,1%). Il consumo abituale eccedentario si conferma non essere una modalità di consumo prevalente nei giovani, rilevata nel 2,0% e 1,6% rispettivamente dei maschi e delle femmine di questa fascia d'età, stabile rispetto agli anni precedenti. Per tutti gli indicatori di rischio non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto al 2023, ma rispetto ai dieci anni precedenti

sono in significativo aumento le femmine che consumano alcolici fuori pasto (+18,2% rispetto al 2014) e in modalità *binge drinking* (+59,2% rispetto al 2014) (Figura 5 e vedi Tabella 1).

Figura 5 _ Prevalenza (%) di comportamenti a rischio per sesso (età 18-24 anni). Italia, 2014-2024
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie



Nel 2024 i consumatori a rischio sulla base dei criteri ISS, tra i 18 e i 24 anni, sono stati il 21,0% dei maschi e l'12,9% delle femmine, invariati rispetto all'anno precedente, ma in aumento per le femmine negli ultimi 10 anni (+48,3% rispetto al 2014), per un totale di circa 690.000 ragazzi che hanno messo a rischio la loro salute (Figura 5 e vedi Tabella 1).

FEMMINE

Le femmine hanno una massa corporea inferiore rispetto agli uomini e una concentrazione minore di acqua nel corpo, la loro capacità di metabolizzare l'alcol a parità di consumo è inferiore a quella degli uomini determinando quindi un livello di alcol nel sangue più elevato.

In Italia nel 2024 il 57,1% delle femmine di età superiore a 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno, per un totale di quasi 16.000.000 di persone, e non si osservano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (Tabella 2).

Il 5,2% delle femmine ha consumato alcol in modalità abituale eccedentaria, il 24,6% ha consumato alcol lontano dai pasti, il 4,6% in modalità *binge drinking* e complessivamente il 9,1% ha consumato alcol in modalità a rischio per la loro salute, pari ad oltre 2.500.000 persone.

L'analisi degli indicatori sui comportamenti a rischio mostra che nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza delle consumatrici fuori pasto è cresciuta costantemente e, rispetto al 2014, si osserva un incremento del 49,3%; anche la prevalenza delle *binge drinker* è aumentata nell'ultimo decennio con un incremento del 78,7% rispetto al 2014. La prevalenza delle consumatrici a rischio (criterio ISS) è aumentata del 10,4% nel corso degli ultimi dieci anni anche se non si osservano variazioni significative rispetto all'ultima rilevazione (Tabella 2).

Tabella 2 _ Prevalenza (%) delle consumatrici (età ≥11 anni) di bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio. Italia, 2014-2024

Anno	Consumi						Comportamenti a rischio			
	bevande alcoliche	vino	birra	aperitivi alcolici	amari	super-alcolici	abituale eccedentario	fuori pasto	<i>binge drinking</i>	a rischio (ISS)
2014	50.4	37.7	31.1	21.8	13.9	11.8	6.2	16.5	2.5	8.2
2015	52.0	39.5	32.4	23.7	15.4	14.0	6.5	17.7	3.1	9.0
2016	53.3	40.2	33.4	25.9	16.9	15.3	5.9	19.4	3.4	8.7
2017	53.5	40.3	33.5	26.0	16.9	15.4	5.9	19.4	3.4	8.8
2018	55.4	42.6	36.9	28.3	17.8	15.4	6.1	20.4	3.6	8.9
2019	56.5	43.4	37.3	28.7	18.0	15.4	6.2	21.0	3.5	8.9
2020	56.2	43.2	38.3	29.7	18.7	15.8	6.4	22.4	3.9	9.4
2021	56.1	43.7	37.5	29.2	18.3	15.6	6.1	21.7	3.6	8.7
2022	57.5	45.2	39.6	32.9	19.9	17.2	6.1	23.2	3.7	9.1
2023	57.6	45.2	38.7	33.5	20.7	17.2	5.5	23.9	4.5	9.2
2024	57.1	44.9	38.1	34.1	20.3	17.3	5.2	24.6	4.6	9.1

Consumatrici minorenni (età 11-17 anni)

Le ragazze hanno una massa corporea inferiore rispetto ai ragazzi, minor quantità di acqua corporea e meno efficienza dei meccanismi di metabolizzazione dell'alcol. Ciò rende più vulnerabile il sesso femminile agli effetti dell'alcol e, a parità di consumo, determina un livello di alcol nel sangue più elevato e le informazioni sui danni che l'alcol può causare in particolare in questa fascia sensibile di popolazione non vengono correttamente comunicate.

Nel 2024 la prevalenza di consumatrici di almeno una bevanda alcolica di età 11-17 anni è stata del 13,3%, invariata rispetto allo scorso anno. Sebbene l'andamento nel corso degli ultimi 10 anni sia stato altalenante, a causa della ridotta numerosità del campione non si rilevano variazioni statisticamente significative.

Le bevande maggiormente consumate dalle minorenni sono state nel 2024 gli aperitivi alcolici, consumati dal 9,9% delle ragazze, e la birra, consumata dal 7,6%, seguite da vino (5,6%), superalcolici (4,5%) e amari (2,7%). Gli andamenti nel corso degli ultimi 10 anni sono grossomodo costanti (Figura 6).

**Figura 6 _ Prevalenza (%) delle consumatrici (anni 11-17 anni)
di bevande alcoliche. Italia, 2014-2024**

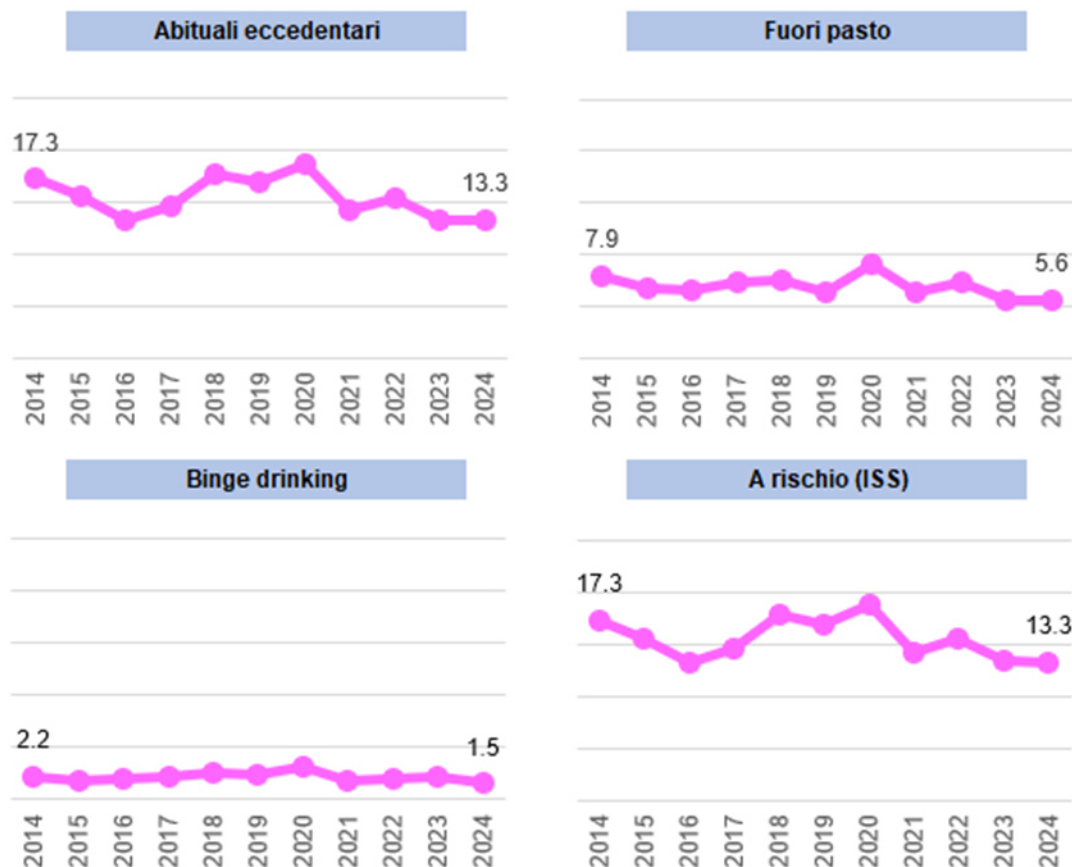
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie



In questa fascia d'età qualsiasi tipo di consumo è da considerarsi rischioso per la salute e nel 2024 sono state circa 260 mila, pari al 13,3% delle ragazze di questa fascia. Inoltre, il 5,6% delle 11-17enni ha consumato bevande lontano dai pasti, e l'1,5% ha praticato il *binge drinking* (Figura 7). Per tutte le tipologie di comportamento a rischio considerate, non si rilevano variazioni significative, né rispetto al 2014, né rispetto alla precedente rilevazione (Figura 7).

**Figura 7 _ Prevalenza (%) delle consumatrici (età 11-17 anni)
per comportamenti a rischio. Italia, 2014-2024**

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

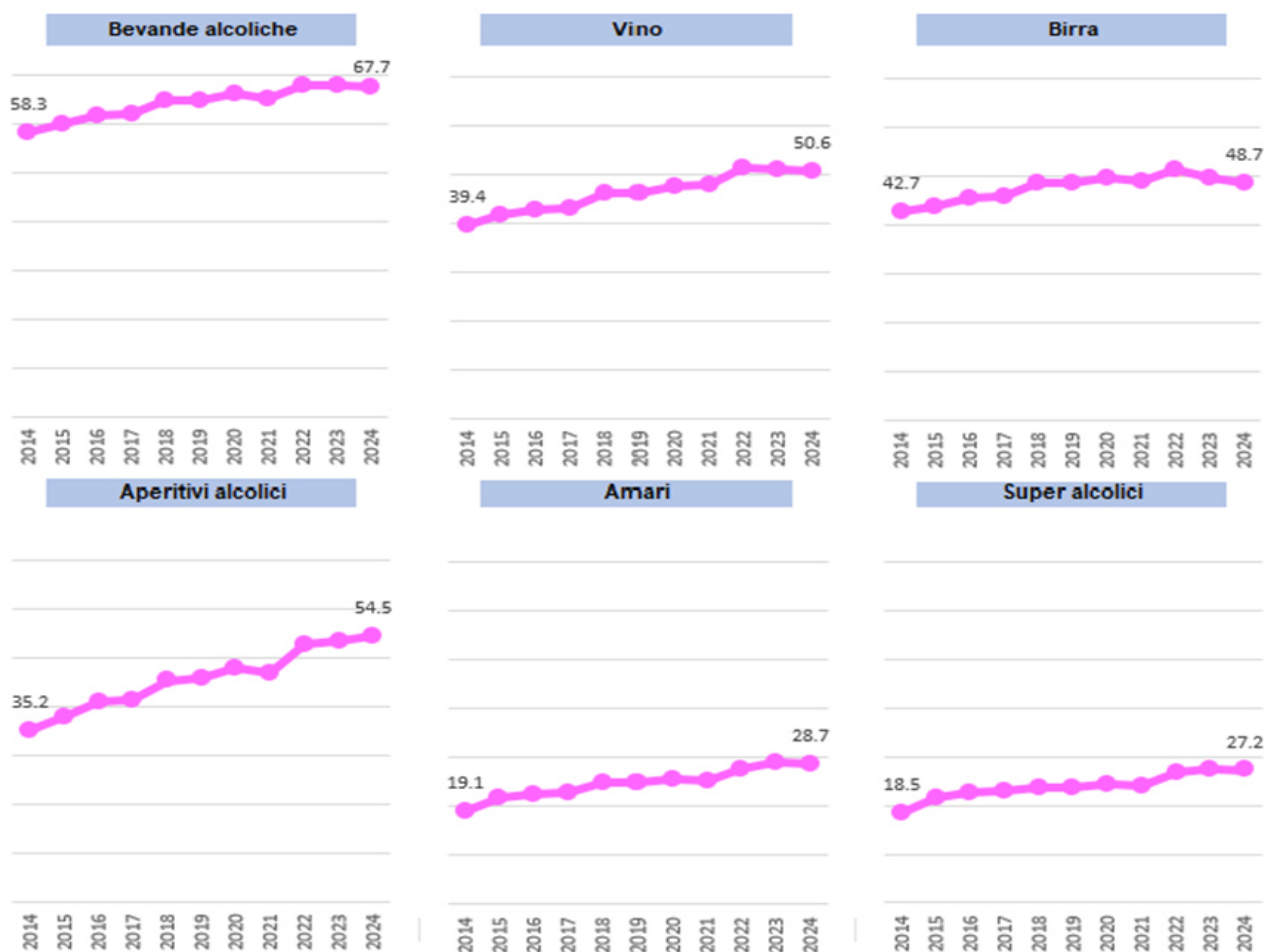


Consumatrici adulte (età 18-49 anni)

Molte femmine in età adulta e fertile non sono consapevoli della maggiore sensibilità e vulnerabilità fisiologica che le espone a maggiori rischi a causa del loro consumo di alcol: l'organismo femminile presenta infatti una massa corporea inferiore rispetto a quella dell'uomo, una minor quantità di acqua corporea e meno efficienza nella metabolizzazione dell'alcol per carenza dell'enzima epatico alcol-deidrogenasi. A pari quantità di bevande alcoliche, quindi, il livello di alcolemia è maggiore nelle femmine e aumenta la probabilità di sviluppare patologie, inclusi numerosi tipi di cancro (in particolare quello della mammella), osteoporosi, riduzione della fertilità e complicanze nella gravidanza, fino ad aborti spontanei e rischio di partorire neonati affetti da sindrome feto alcolica. Il 67,7% delle 18-49enni ha consumato bevande alcoliche nel corso del 2024 e la prevalenza è aumentata del 16,2% rispetto al 2014, sebbene non si osservino variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Le bevande consumate dal maggior numero di femmine sono gli aperitivi alcolici (54,5%), il vino (50,6%) e la birra (48,7%), seguiti da amari e super alcolici (rispettivamente 28,7% e 27,2%). Per tutte le bevande considerate, negli ultimi dieci anni si osserva un trend in aumento delle prevalenze delle consumatrici sebbene rispetto al 2023 non si registrano variazioni significative (Figura 8)

**Figura 8 _ Prevalenza (%) delle consumatrici (anni 18-49 anni)
di bevande alcoliche. Italia, 2014-2024**

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

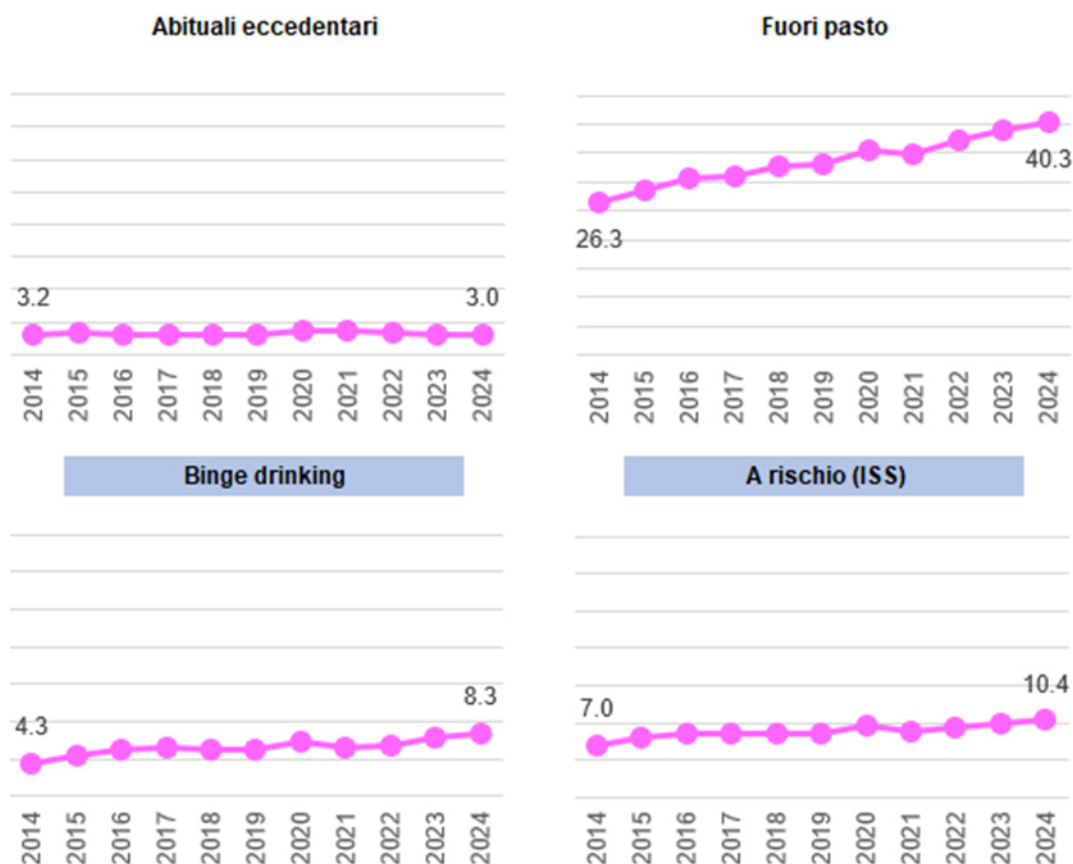


Il comportamento a rischio più diffuso in questa fascia di popolazione è il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti, praticato dal 40,3% delle femmine, in forte e costante aumento negli ultimi 10 anni (+53,2% rispetto al 2014), seguito dal *binge drinking* (8,3%), anch'esso in aumento (+92,6% rispetto al 2014) e dal consumo abituale eccedentario (3,0%) (Figura 9).

Complessivamente il 10,4% delle femmine di questa fascia di popolazione ha consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute e sebbene il valore sia rimasto pressoché stabile nel corso dell'ultimo anno, si registra un incremento del 48,5% rispetto al 2014.

**Figura 9 _ Prevalenza (%) delle consumatrici (anni 18-49 anni)
per comportamenti a rischio. Italia, 2014-2024**

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



Consumatrici adulte (età 50-69 anni)

Il sistema di smaltimento dell'alcol attraverso l'enzima alcol-deidrogenasi non è uguale in tutte le persone e varia in funzione del sesso, dell'età, dell'etnia e di altre caratteristiche personali. Per questo motivo è consigliato anche a una donna adulta e in stato di buona salute di non superare un consumo giornaliero di una unità alcolica per non incorrere in rischi per la salute.

Nel 2024, la prevalenza di femmine di età compresa tra i 50 e i 69 anni che hanno consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'anno è stata del 59,9%; sebbene rispetto al 2023 non si rilevino variazioni statisticamente significative, il dato è aumentato del 14,8% nel corso degli ultimi dieci anni.

La bevanda maggiormente consumata in questa fascia di età è stata il vino (48,6%), seguita dalla birra (43,7%), dagli aperitivi alcolici (30,8%), e infine dagli amari (20,6%) e dai superalcolici (15,1%). Per tutte le bevande considerate si registra un incremento delle prevalenze rispetto al 2014 sebbene non si osservino variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. (Figura 10).

Figura 10 _ Prevalenza (%) delle consumatrici (età 50-69 anni) di bevande alcoliche. Italia, 2014-2024

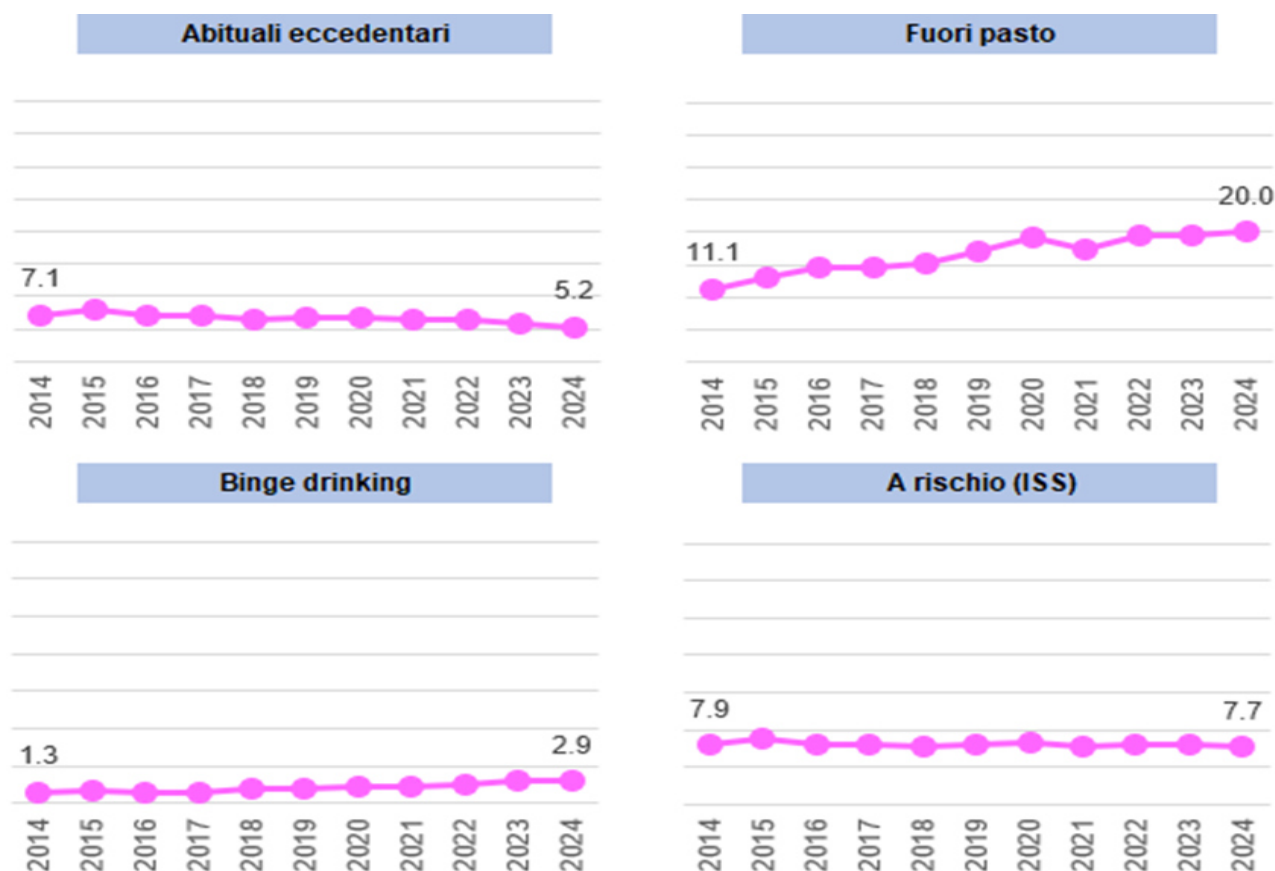
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie



Il comportamento a rischio più diffuso in questa fascia di popolazione è il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti, praticato da una donna su cinque (20,0%), che è aumentato dell'80,0% rispetto al 2014. La prevalenza delle femmine 50-69enni che hanno praticato il *binge drinking* è stata del 2,9%, e anche per questo indicatore si registra un forte incremento rispetto al 2014 (+117,2%). Il consumo abituale eccedentario è stato praticato dal 5,2% delle femmine 50-69enni. Per tutti gli indicatori di rischio non si osservano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Complessivamente hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute secondo il criterio ISS il 7,7% delle femmine di 50-69 anni, valore che risulta pressoché stabile nel tempo (Figura 11).

**Figura 11 _ Prevalenza (%) delle consumatrici (età 50-69 anni)
per comportamenti a rischio. Italia, 2014-2024**

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



Consumatrici anziane (età ≥ 70 anni)

Con l'avanzare dell'età le persone raggiungono più elevati livelli di concentrazione di alcol nel sangue e hanno una minore tolleranza agli effetti negativi legati all'assunzione, a causa della ridotta capacità di metabolizzare l'alcol. Nelle femmine anziane l'assunzione di alcol, anche moderata, può inoltre peggiorare e accelerare la degenerazione della sfera neurologica e psichica. Infine, spesso la donna anziana è in terapia farmacologica e l'alcol può interferire con molti farmaci, in particolare quelli che deprimono il sistema nervoso (sedativi, tranquillanti, ansiolitici, ipnotici). Per questo motivo sono numerose le tipologie di decesso, tra cui cadute, suicidi, malattie cardiovascolari e psichiatriche nonché alcuni tipi di tumori, il cui rischio in questo target sensibile di popolazione viene incrementato dal consumo di alcol. Infatti, le linee guida per una sana alimentazione suggeriscono, per questa fascia di popolazione, di non consumare più di una unità di bevande alcoliche al giorno per non incorrere in rischi per la salute.

Nel 2024 il 47,7% delle femmine ultrasessantenni ha consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'anno e, nonostante il trend in crescita registrato negli ultimi dieci anni (+15,1% rispetto al 2014), non si osservano variazioni significative rispetto al 2023. La bevanda più consumata in questa fascia d'età è il vino, consumato da quasi una donna anziana su due (41,8%), seguita dalla birra (20,3%); la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici e amari sono state il 10,0% e il 10,4% rispettivamente e le bevande meno consumate in questa fascia di età sono state anche nel 2024 i superalcolici (6,7%). Per tutte le bevande considerate si osserva un trend di consumo in crescita rispetto al 2014 (vino: +8,8%; birra: +76,5%; aperitivi alcolici: +146,1%;

amari: +88,6%; super alcolici: +107,9%) sebbene le differenze rispetto all'ultima rilevazione non risultino statisticamente significative (Figura 12).

Figura 12 _ Prevalenza (%) delle consumatrici (età 70+ anni) di bevande alcoliche. Italia, 2014-2024

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

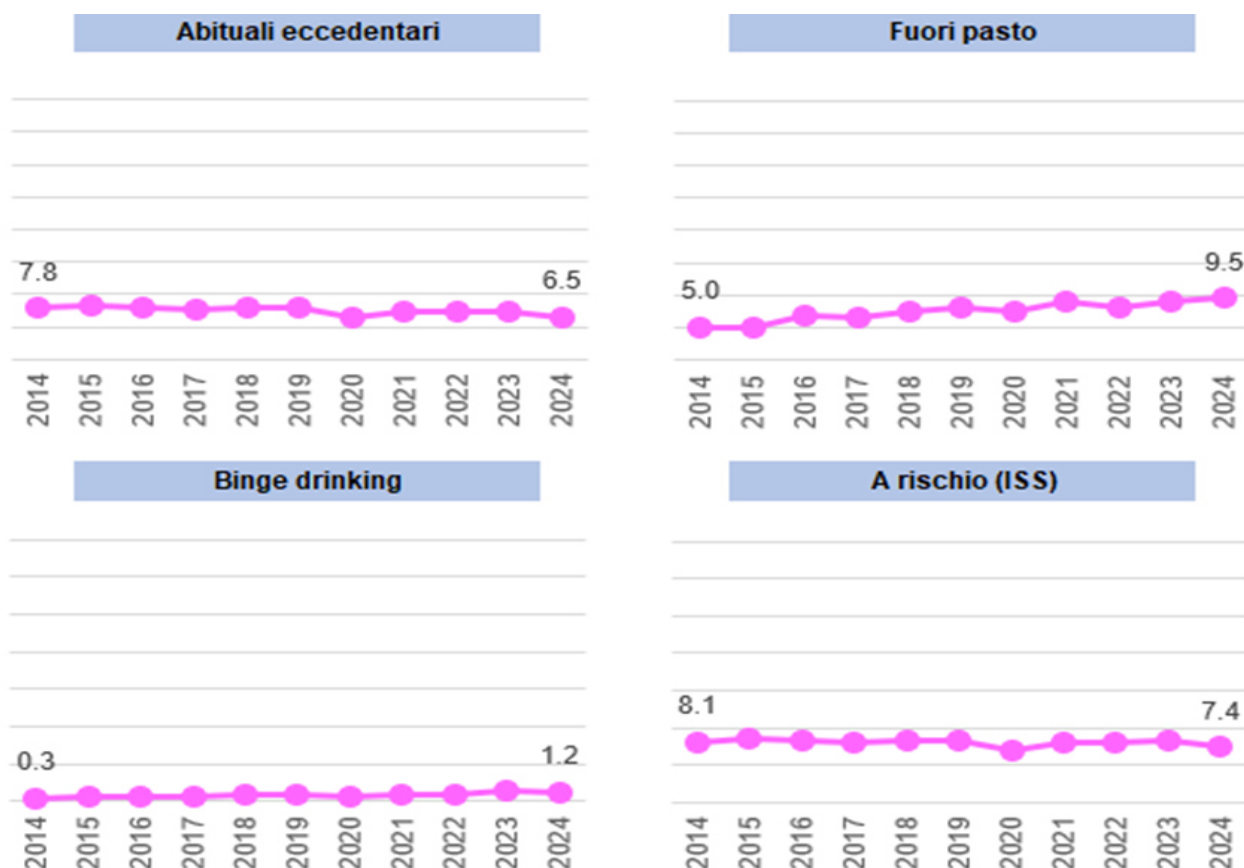


Il comportamento a rischio più frequente è stato il consumo di alcol lontano dai pasti, praticato dal 9,5% delle anziane ultrasettantenni, seguito dal consumo abituale eccedentario (6,5%). L'1,2% delle anziane ha praticato il *binge drinking*. Sebbene i valori degli indicatori di rischio risultino stabili rispetto alla precedente rilevazione, per le femmine che hanno consumato in modalità *binge drinking* e fuori pasto si registra un forte incremento rispetto ai dieci anni precedenti, rispettivamente del 238,5% e 91,8% rispetto al 2014.

Complessivamente nel 2024 il 7,4% delle femmine anziane ultrasettantenni ha consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute e non si rilevano variazioni statisticamente significative né rispetto al 2014 né rispetto alla precedente rilevazione (Figura 13).

**Figura 13 _ Prevalenza (%) delle consumatrici (età 70+ anni)
per comportamenti a rischio. Italia, 2014-2024**

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



ANZIANI (fascia di popolazione > 65 anni di età)

La WHO stabilisce che gli anziani sono uno dei target sensibili della popolazione all'esposizione all'alcol insieme alle femmine e ai bambini. Con l'avanzare dell'età, il consumo di alcol può peggiorare i problemi di salute esistenti e avere interazioni pericolose con alcuni farmaci.

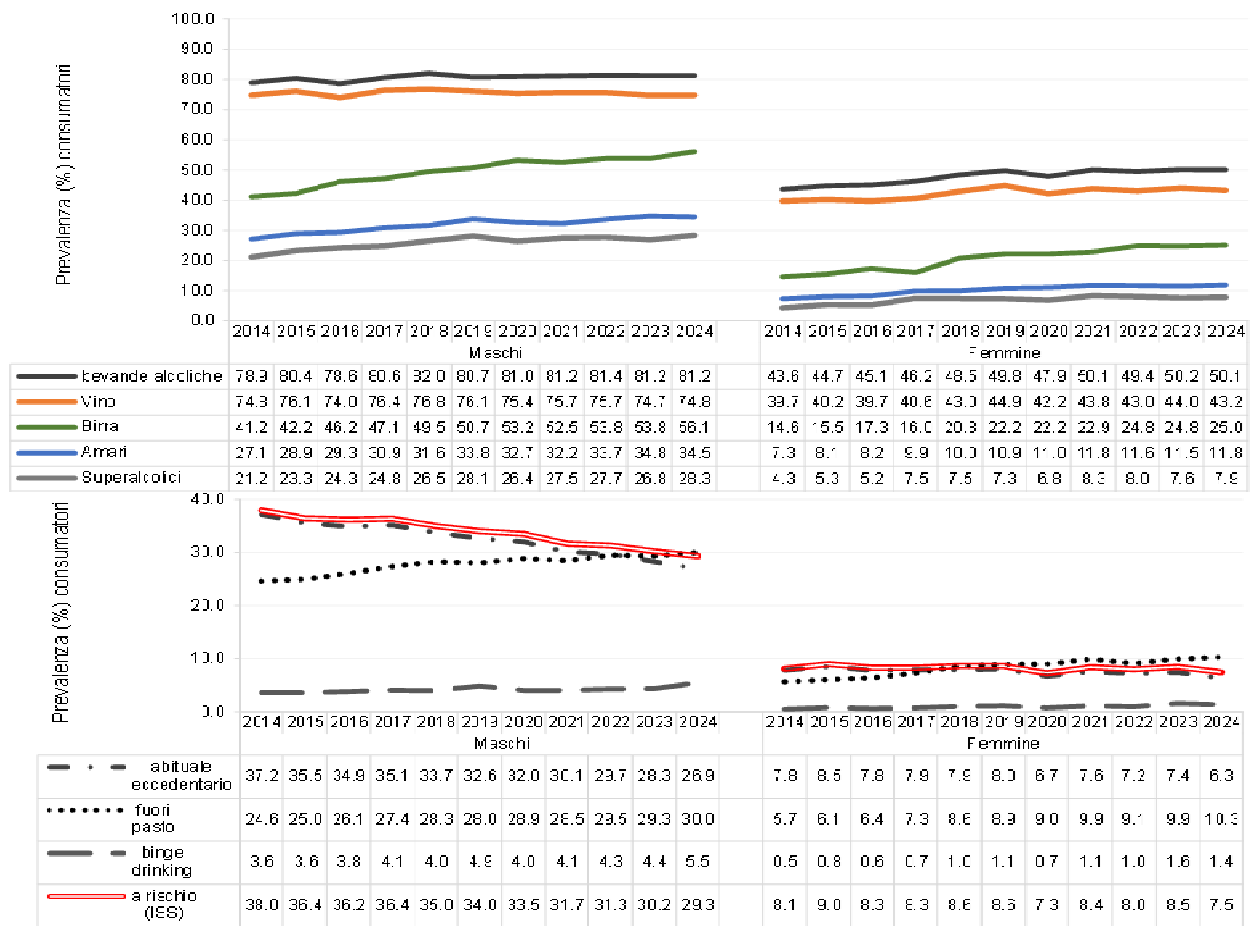
La riduzione dell'attività dell'alcol-deidrogenasi determina elevate concentrazioni di alcol nel sangue per un periodo più lungo rispetto ad altre fasce di popolazione a causa della diminuzione dell'acqua corporea totale, della minore efficienza del fegato, dell'assunzione di farmaci e della presenza di patologie croniche. Negli anziani, infine, bere anche una piccola quantità di alcol può portare a situazioni pericolose o addirittura mortali perché può compromettere il giudizio, la coordinazione e il tempo di reazione di una persona aumentando il rischio di problemi di equilibrio e di cadute, che possono provocare fratture dell'anca o del braccio o altre lesioni, come precedentemente richiamato.

In conseguenza di quanto suddetto, le linee guida del CREA consigliano in età avanzata di non consumare bevande alcoliche o ridurne almeno il consumo a un massimo di 12 g di alcol al giorno per non incorrere in problemi per la salute; tale consumo equivale a 1 UA (circa 330 ml di birra, 125 ml di vino o 40 ml di un superalcolico) indipendentemente dal genere.

In Italia nel 2024 l'81,2% dei maschi e il 50,1% delle femmine di 65 o più anni hanno consumato almeno una bevanda alcolica e, mentre l'andamento è rimasto pressoché costante per i maschi nel corso degli ultimi dieci anni, per le femmine si registra un incremento del 14,9% rispetto

al 2014, sebbene non si siano registrate variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (Figura 14).

Figura 14 _ Prevalenza (%) di consumatori (età ≥65 anni) delle diverse bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio, per sesso. Italia, 2014-2024
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie



La bevanda che presenta la prevalenza di consumatori più elevata in questa fascia di età rimane, come negli anni scorsi, il vino, sia per i maschi che per le femmine (M: 74,8%; F: 43,2%) seguito dalla birra (M: 56,1%; F: 25,0%). Nel corso dell'ultimo decennio si registra, sia per i maschi che per le femmine, un aumento significativo nel consumo di tutti i tipi di bevande alcoliche (dato 2024 rispetto al dato 2014), a eccezione del vino per i maschi che rimane stabile. Non si evidenziano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (2023) (vedi Figura 14). Le prevalenze dei comportamenti a rischio rimangono invariate rispetto al 2023 sia per i maschi che per le femmine e, come tutti gli anni, le prevalenze dei comportamenti a rischio nei maschi sono significativamente superiori rispetto alle femmine. Per i maschi i comportamenti a rischio più praticati sono il consumo fuori pasto (30,0%) seguito dal consumo abituale eccedentario (26,9%). Anche per le femmine il comportamento a rischio più diffuso è il consumo fuori pasto, praticato dal 10,3% delle ultra-65enni, seguito dal consumo abituale eccedentario (6,3%). Il 5,5% dei maschi e l'1,4% delle femmine ultrasessantacinquenni ha praticato il *binge drinking* nel 2024 (vedi Figura 14).

Per quanto riguarda l'andamento negli ultimi 10 anni si osserva, fra i maschi, un calo del 27,7% nei consumatori abituali eccedentari e un aumento del 22,0% nei consumatori fuori pasto (rispetto al

2014) mentre, per le femmine, c'è stato un aumento sia nelle consumatrici fuori pasto (+80,7%), sia nelle *binge drinker* (+180,0%) (vedi Figura 14).

In totale gli over 65 che nel 2024 hanno tenuto un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS sono stati il 29,3%, dei maschi e il 7,5% delle femmine pari a quasi 2.450.000 persone (vedi Figura 14).

Per tener conto dei diversi comportamenti adottati da questa fascia di popolazione e le diverse abitudini di consumo sono stati quindi analizzati separatamente i dati relativi a 'giovani anziani' (65-74) che rappresentano nel 2024, l'11,7% della popolazione italiana, agli 'anziani' veri e propri (75-84) che ne rappresentano l'8,7% e ai 'grandi anziani' (85 e oltre) che ne rappresentano infine il 3,9%.

GIOVANI ANZIANI (65-74 anni)

In Italia la popolazione media anziana di 65-74 anni nel 2024 era pari al 11,4% della popolazione maschile italiana e al 12,1% di quella femminile. I consumatori in questa fascia d'età sono stati l'83,5% dei maschi e il 54,3% delle femmine, queste ultime in aumento del 13,9% rispetto al 2014 (Figura 15).

La bevanda più consumata continua ad essere il vino, sia per i maschi (75,5%) che per le femmine (45,0%). La birra è stata consumata dal 65,0% dei giovani anziani, in aumento del 6,2% rispetto all'anno 2023, e dal 33,3% delle loro coetanee; per entrambi i sessi si mantiene il trend in crescita osservato nell'ultimo decennio della prevalenza dei consumatori e delle consumatrici di questa bevanda (M= +28,0%, F=+64,9% rispetto al 2014). La prevalenza di consumatori di aperitivi alcolici nel 2024 è stata del 37,5% tra i maschi e del 18,1% tra le femmine e si evidenzia ancora un forte trend in crescita nell'ultimo decennio (M=+43,7%, F=+96,7% rispetto al 2014). Gli amari sono stati consumati dal 39,8% dei maschi e dal 15,2% delle femmine; per i maschi si conferma l'andamento in crescita della prevalenza dei consumatori di questa bevanda (+25,2% rispetto al 2014). I superalcolici, infine, sono stati consumati dal 33,9% dei maschi e dal 10,4% delle femmine in questa fascia di età e, anche in questo caso, il consumo nei maschi è aumentato nel corso degli ultimi 10 anni (+28,4% rispetto al 2014). Le prevalenze di consumatori delle bevande considerate sono significativamente più elevate tra i maschi rispetto alle femmine (Figura 15).

Per tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio non si osservano variazioni statisticamente significative rispetto al 2023 né tra i maschi, né tra le femmine. Nel 2024 il consumo abituale eccedentario di bevande alcoliche è stato del 26,3% tra i maschi e del 6,2% tra le femmine, la prevalenza del consumo fuori pasto del 34,5% e del 12,9% rispettivamente. Il *binge drinking* si mantiene il comportamento a rischio meno frequente tra i giovani anziani che tuttavia è pari al 6,8% per i maschi e all'1,9% per le femmine (Figura 15).

Le differenze nei comportamenti rispetto all'ultimo anno non sono statisticamente significative, ma si confermano gli andamenti evidenziati nell'ultimo decennio ovvero: cala rispetto al 2014, per entrambi i sessi, la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari (M=-32,4%, F=-28,7%) e aumentano invece i consumatori fuori pasto (M=+18,2%, F=+79,2%). Continuano ad aumentare le consumatrici *binge drinker* (+171,4% rispetto al 2014).

Sono circa 1.260.000 i giovani anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute secondo i criteri ISS, ovvero il 29,4% dei maschi, l'7,7% delle femmine. Nel corso degli ultimi dieci anni si rileva una costante riduzione della prevalenza dei consumatori a rischio per i soli maschi (-26,9% rispetto al 2014) (Figura 15).

**Figura 15 _ Prevalenza (%) di consumatori (età 65-74 anni)
delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia, 2014-2024**

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

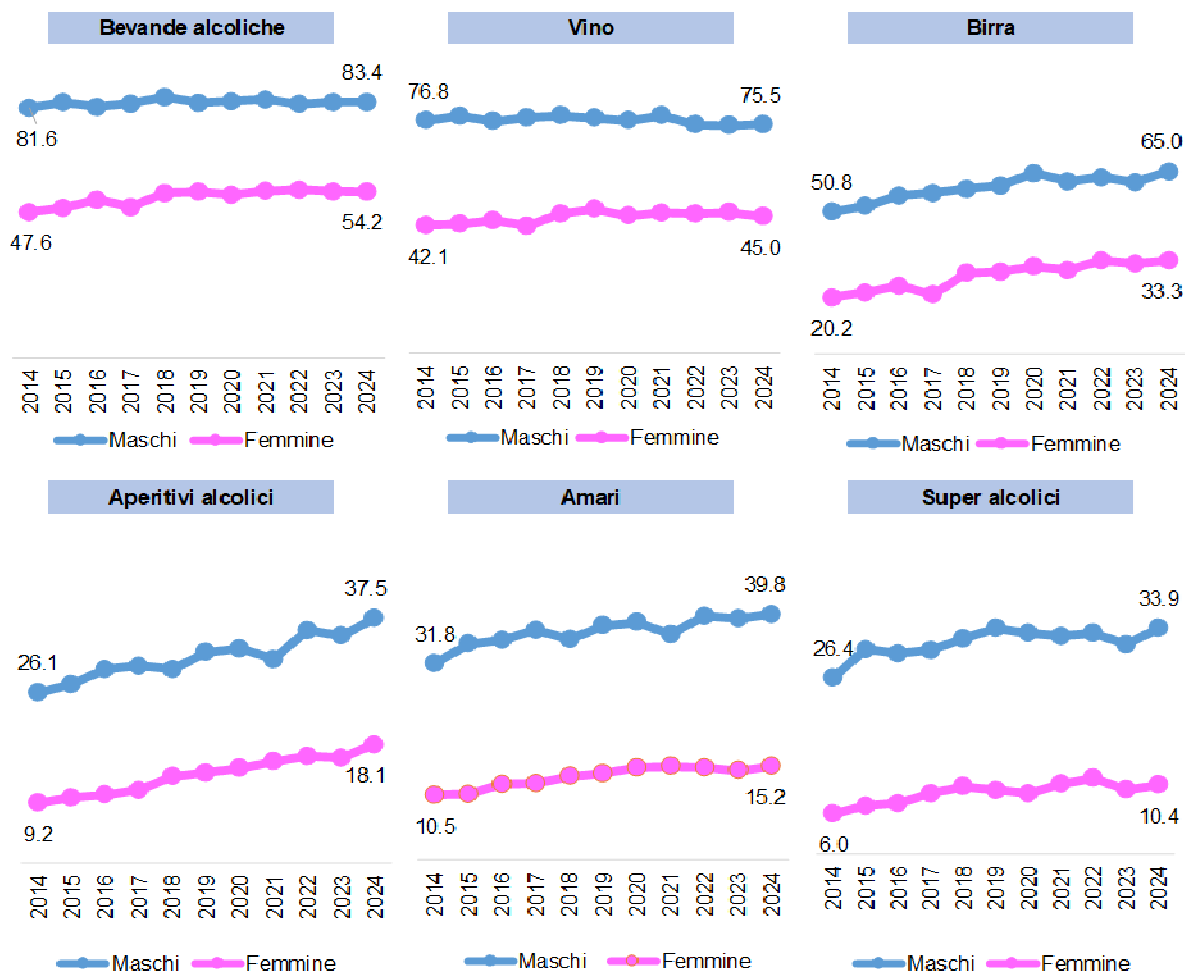


**Figura 16 _ Prevalenza (%) di consumatori (età 65-74 anni)
per tipologia di comportamento a rischio, per sesso. Italia, 2014-2024**
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie



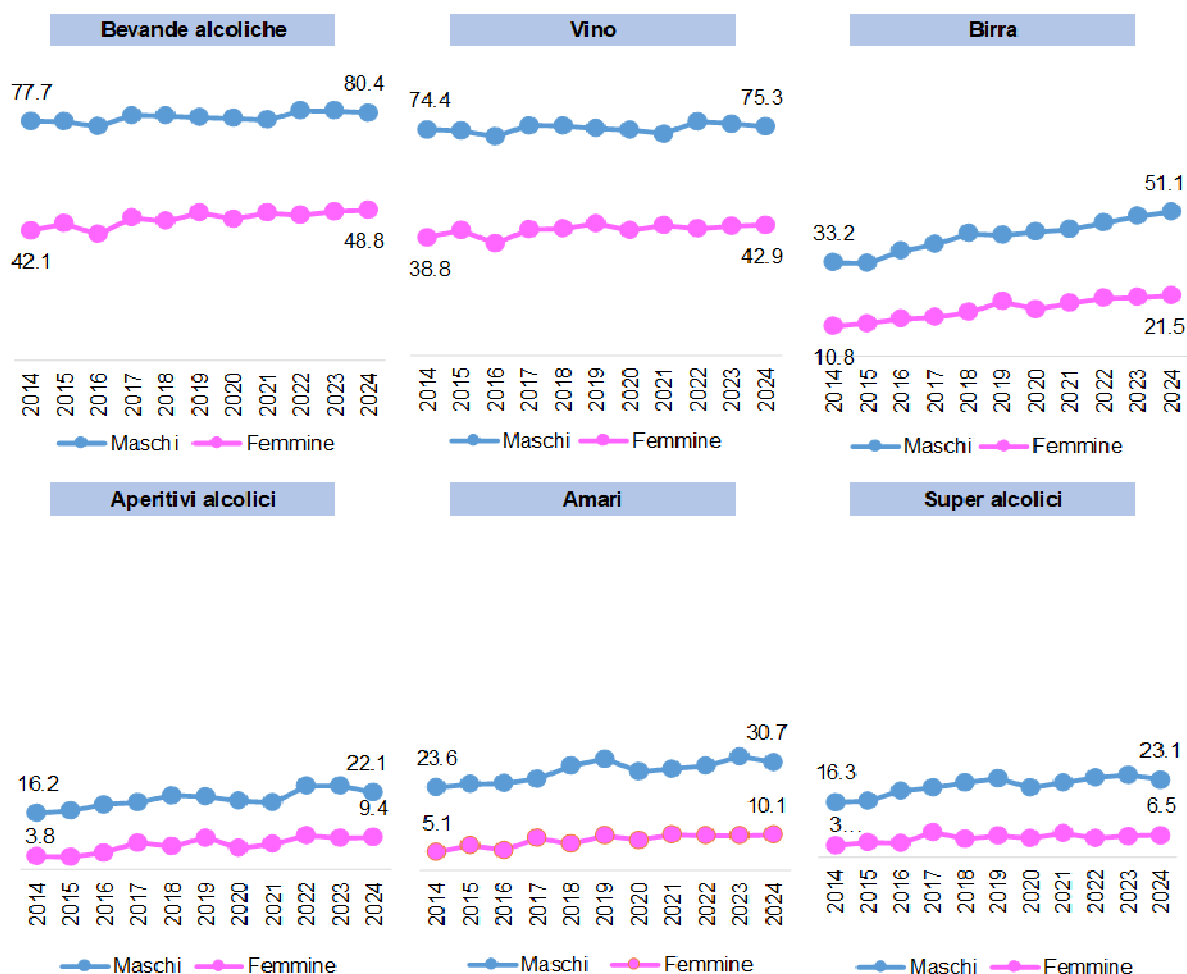
ANZIANI (75-84 anni)

In Italia la popolazione anziana di 75-84 anni nel 2024 era pari al 7,8% della popolazione maschile italiana e al 9,5% di quella femminile. Nel 2024 i consumatori in questa fascia d'età sono stati l'80,4% dei maschi e il 48,8% delle femmine e per queste si osserva, rispetto al 2014, un incremento del 15,9% (Figura 17).

La bevanda alcolica più consumata in questa fascia di popolazione, come per le altre fasce di anziani, è il vino, che nel 2024 è stato bevuto dal 75,3% dei maschi e dal 42,9% delle femmine. La birra è la seconda bevanda consumata dagli anziani 75-84enni ed è stata bevuta dal 51,1% dei maschi e dal 21,5% delle femmine.

**Figura 17 _ Prevalenza (%) di consumatori (età 75-84 anni)
delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia 2014-2024**

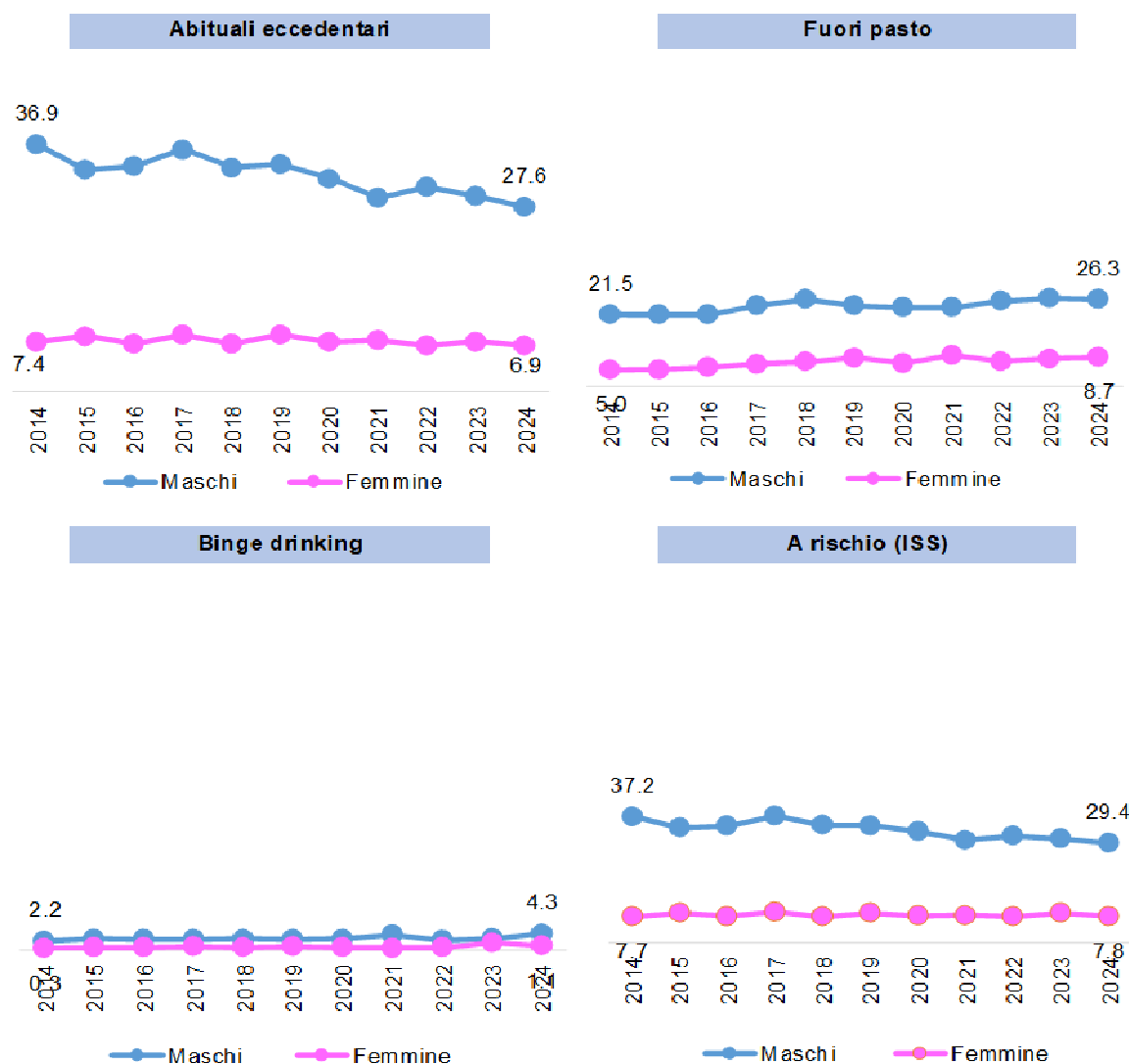
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie



Gli aperitivi alcolici sono stati consumati dal 22,1% dei maschi e dal 9,4% delle femmine e gli amari dal 30,7% dei maschi e dal 10,1% delle femmine. I superalcolici sono stati consumati dal 23,1% dei maschi 65-74enni e dal 6,5% delle loro coetanee. Sebbene nessuno dei dati sopra elencati sia variato rispetto al 2023, si conferma il trend degli ultimi 10 anni in costante aumento (Figura 18) con variazioni nelle prevalenze tra il 2014 e il 2024 tutte significative a eccezione del vino: birra +53,9% (M), e +99,1% (F), aperitivi alcolici +36,4% (M) e +147,4% (F), amari +30,1% (M) e +98,0% (F), super alcolici +41,7% (M) e +91,2% (F). Per tutte le bevande considerate il consumo tra i maschi è sempre superiore alle femmine (Figura 18).

Il principale comportamento a rischio nei maschi (75-84 anni) nel 2024 è stato il consumo abituale eccedentario (27,6%), in diminuzione del 25,2% rispetto al 2014, e il consumo lontano dai pasti (26,3%) (Figura 17). La prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie è stata nel 2024 del 6,9%, quella delle consumatrici fuori pasto dell'8,7% e per quest'ultimo indicatore si conferma il trend in crescita rispetto al 2014 (+74,0%), nonostante la differenza non risulti significativa rispetto all'anno precedente. Gli anziani di 75-84 anni che nel 2024 hanno praticato il *binge drinking* sono il 4,3% dei maschi e l'1,1% delle femmine. In totale si stima che nel 2024 sono stati circa 870.000 gli anziani che adottano un comportamento a rischio per la salute, maschi 29,4%, femmine 7,8% (Figura 18).

**Figura 18 _ Prevalenza (%) di consumatori (età 75-84 anni)
per tipologia di comportamento a rischio, per sesso. Italia, 2014-2024**
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie



GRANDI ANZIANI (≥ 85anni)

In Italia la popolazione media di età superiore a 84 anni nel 2024 era pari al 2,8% della popolazione maschile italiana e al 5,0% di quella femminile.

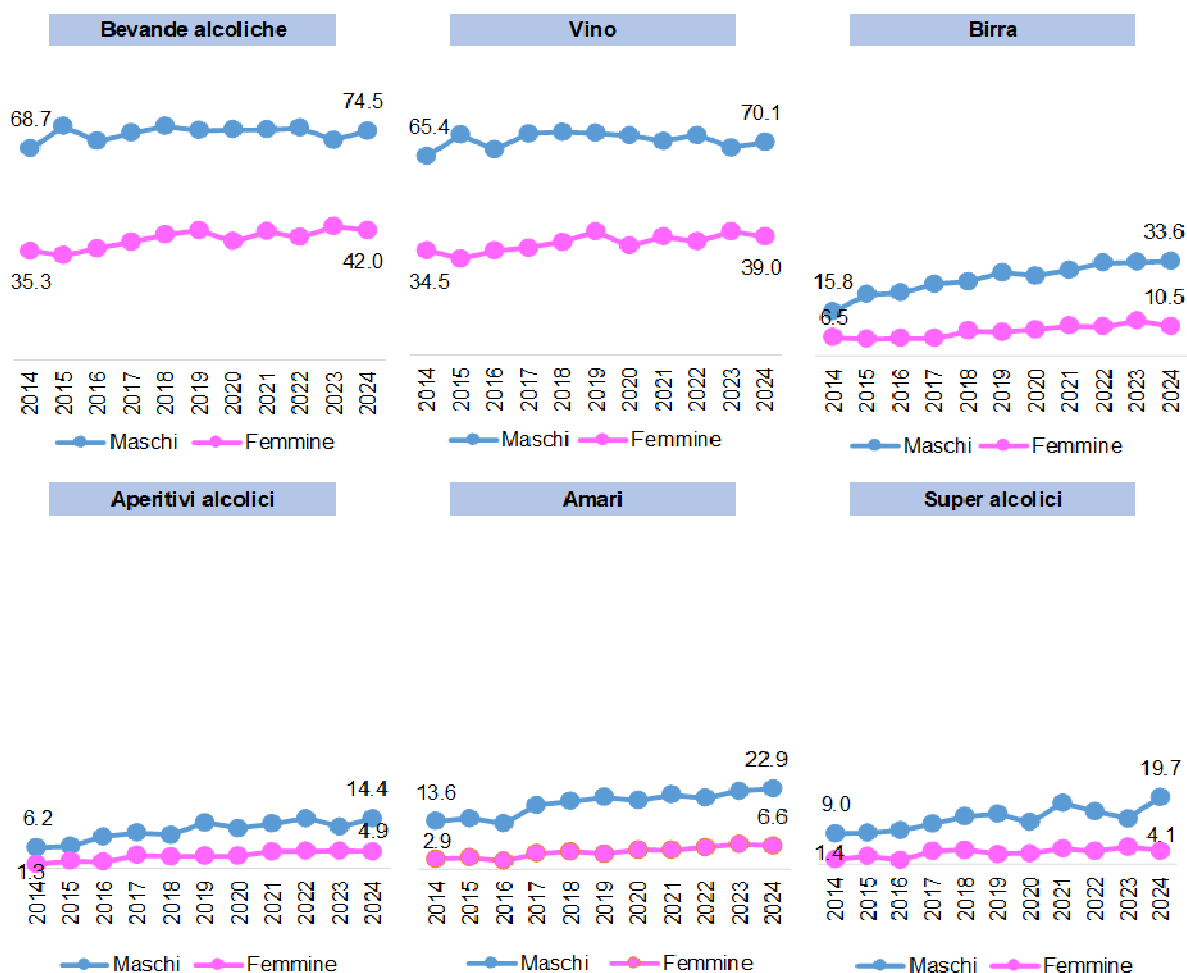
La prevalenza dei “grandi anziani” che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2024 è stata del 74,5% dei maschi e del 42,0% delle femmine senza variazioni significative né rispetto al 2023 né rispetto al 2014 (Figura 19).

Nel 2024 la bevanda più consumata per entrambi i sessi rimane il vino, bevuto dal 70,1% dei maschi e dal 39,0% delle femmine ultra 85enni, in entrambi i casi senza variazioni di rilievo né rispetto all’anno 2023, né nell’ultimo decennio. La birra è stata consumata dal 33,6% dei maschi e dal 10,5% delle femmine. L’analisi del trend registrato nel corso degli ultimi dieci anni mostra che per i maschi il dato è aumentato del 112,7%. Hanno consumato amari nel 2024 il 22,9% degli anziani maschi (+68,4% rispetto al 2014) e il 6,6% delle loro coetanee (+127,6% rispetto al 2014) e gli aperitivi alcolici il 14,4% dei maschi (+132,3% rispetto al 2014) e il 4,9% delle femmine (+276,9% rispetto al 2014). I superalcolici, infine, sono stati bevuti dal 19,7% dei maschi (+118,9%

rispetto al 2014) e dal 4,1% delle femmine (+192,9% rispetto al 2014) ultra 85enni. Le percentuali di consumatori delle bevande considerate sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle femmine (Figura 19).

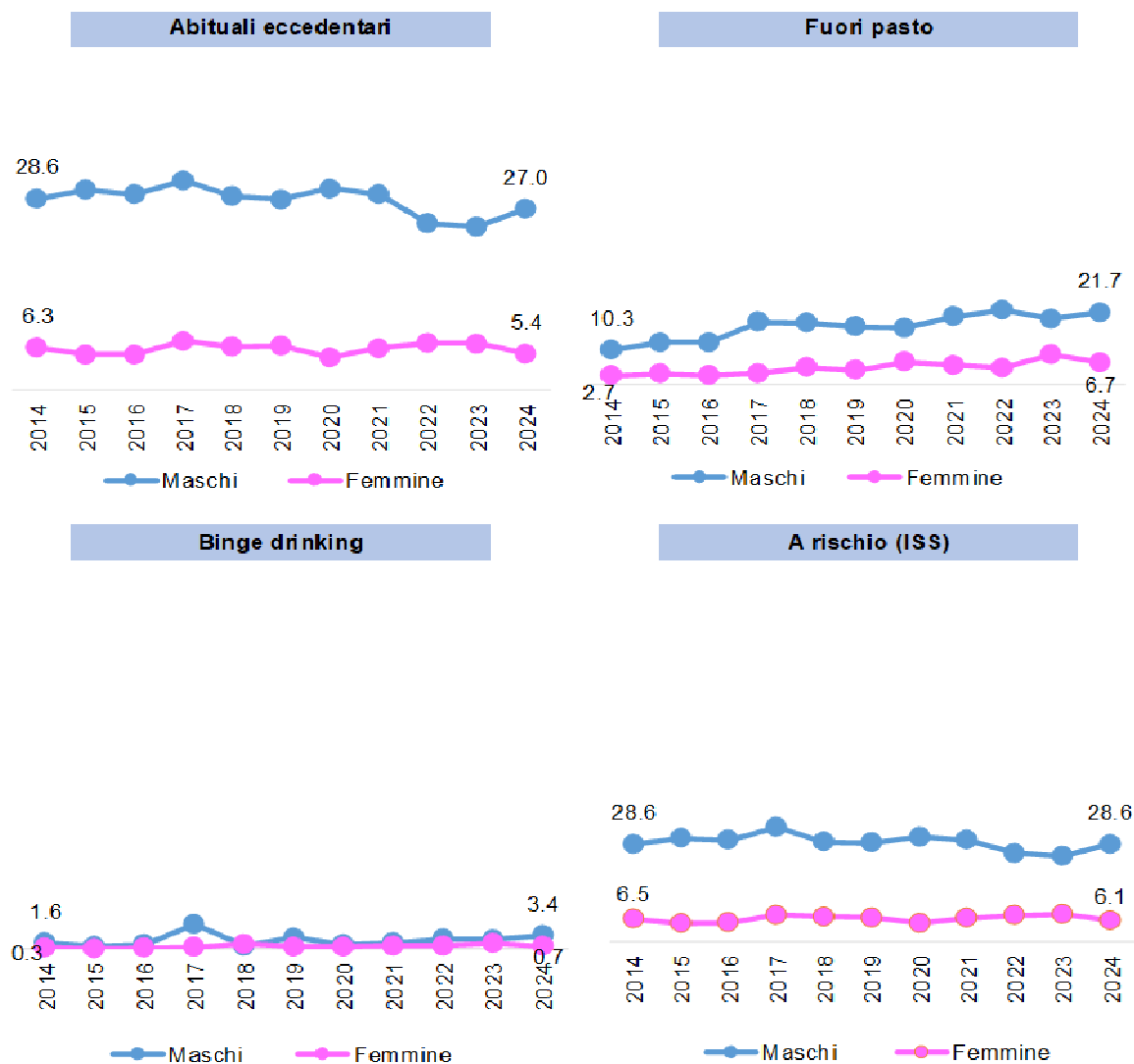
Figura 19 _ Prevalenza (%) di consumatori (età ≥85 anni) delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia, 2014-2024

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



Nel corso del 2024 il 27,0% dei maschi e il 5,4% delle femmine hanno consumato bevande alcoliche in modalità abituale eccedentaria e, rispettivamente, il 21,7% e l'6,7% hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti (Figura 20). Anche in questa fascia d'età si confermano i trend in aumento dei consumatori fuori pasto, che fanno registrare nel 2024 un aumento rispetto al 2014 del 110,7% per i maschi e del 148,1% per le femmine. Il 3,4% dei maschi e l'0,7% delle femmine hanno infine consumato alcol in modalità *binge drinking* (Figura 20). In totale si stima che nell'anno 2024 sono stati quasi 320.000 gli ultra 85enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS e non si osservano variazioni statisticamente significative rispetto ai precedenti anni.

**Figura 20 _ Prevalenza (%) di consumatori (età ≥85 anni)
per tipologia di comportamento a rischio, per sesso. Italia 2014-2024**
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie



1.4 CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

La relazione sui dati di monitoraggio dalle Regioni e dalle Provincie Autonome di Trento e Bolzano è un documento redatto annualmente dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) per il monitoraggio dei consumi e delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche, come stabilito dalla Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati 125/2001.

L'attività di monitoraggio è da anni inserita nel Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e nel Piano Sanitario Nazionale per valutare sia le azioni di contrasto, che l'implementazione del PNAS e dei Piani Regionali di Prevenzione.

Al fine di agevolare le Regioni e le Provincie Autonome nella predisposizione dei Piani Regionali e nella programmazione regionale delle attività di prevenzione, il Ministero della Salute ha incaricato l'ONA-ISS di sviluppare un sistema standardizzato di monitoraggio (denominato SISTIMAL) e di pubblicare ogni anno l'aggiornamento dei principali indicatori del SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato (SISMA).

Il sistema SISMA è stato ristrutturato e reso disponibile online (www.epicentro.iss.it/alcol).

Esso rappresenta lo strumento di riferimento del Ministero della Salute per monitorare l'andamento temporale delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche e delle quantità di alcol consumate dalla popolazione in tutte le Regioni e le Provincie Autonome, che sono di seguito riportate raggruppate per macro area (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/index>).

In Italia il 76,7% dei maschi e il 57,1% delle femmine di età superiore a 11 anni, pari a quasi 36 milioni di abitanti, hanno consumato una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2024, senza variazioni significative rispetto al 2023.

Anche i consumi delle diverse bevande alcoliche, a livello nazionale, sono pressoché invariati per entrambi i sessi, a eccezione del consumo di birra nelle femmine che è calato dell'1,5% rispetto al 2023, e del consumo di aperitivi alcolici nei maschi che è aumentato del 2,8% rispetto al 2023.

Si registra inoltre un aumento significativo dei maschi che bevono alcolici in modalità *binge drinking* che sono passati dal 11,3% del 2023 al 12,4% nel 2024, con un incremento del 10,2% (**Tabelle 1 e 2**).

Tabella 1 _Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e sesso (2024)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	Vino		Birra		Aperitivi alcolici		Amari		Super alcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Italia nord-occidentale</i>	66.3	48.6	63.0	37.8	52.7	37.3	43.7	20.8	39.6	18.7
Piemonte	66.7	47.5	63.9	37.6	51.3	34.3	43.1	21.0	40.9	17.0
Valle d'Aosta	66.8	51.2	68.3	46.4	53.1	44.9	40.3	18.3	39.0	23.1
Lombardia	66.2	48.6	62.6	37.3	53.5	38.5	44.3	20.9	39.0	19.4
Liguria	65.2	51.1	62.9	40.6	50.6	36.7	41.4	20.3	40.7	18.3
<i>Italia nord-orientale</i>	66,8↘	50.5	64.9	40.0	52.6	38.8	40.9	19.9	39.9	20.1
PA Bolzano	65.1	53.0	67.3	42.7	53.7	49.6	40.3	24.3	37.9	22.9
PA Trento	62.5	44.5	69.1	38.9	57.0	41.1	40.8	17.2	40.8	19.5
Veneto	67.5	50.3	65.8	40.9	55.6	37.9	41.2	20.9	40.9	19.9
Friuli-Venezia Giulia	65.6	45.6	69.4	40.5	53.7	38.2	45.6	20.7	44.0	20.7
Emilia-Romagna	67.0	52.5	61.9	38.5	48.5	38.4	39.3	18.5	37.9	19.9
<i>Italia centrale</i>	67.6	48.2	66,0↗	40.1	51,0↗	36.1	45.1	18.3	42,7↗	17.7
Toscana	69.0	51.3	66.4	41.5	50.1	38.3	41.5	18.0	42.7	18.3
Umbria	70.8	47.0	64.8	40.5	49.3	35.1	46.7	19.0	43.3	17.2
Marche	66.8	49.8	66.5	39.0	47.9	32.3	38.3	14.5	36.1	14.3
Lazio	66.5	46.0	65.7	39.5	52.8	35.8	49.0	19.4	44.3	18.2
<i>Italia meridionale</i>	63.2	39.7	63.8	38.4	45.5	28.4	48.6	22.7	36.0	14.5
Abruzzo	64.9	42.8	65.9	40.2	47.8	32.2	45.6	18.3	37.9	14.0
Molise	65.2	37.5	64.9	36.0	49.0	28.7	50.7	15.6	37.6	13.9
Campania	63.3	41.7	62.4	40.3	46.8	30.3	49.3	23.0	34.6	14.1
Puglia	62.7	38.3	65.4	37.2	45.3	27.2	51.4	25.4	38.6	15.5
Basilicata	64.8	38.0	64.5	32.5	46.5	27.1	44.8	19.1	34.7	13.7
Calabria	62.0	35.4	63.0	36.5	39.6	22.9	43.5	21.1	33.9	14.6
<i>Italia insulare</i>	58.7	30.3↘	61.0	31,2↘	44.0↗	25.8	43.0	18.4	32.3	13.5
Sicilia	57.4	28.6	59.6	30.3	43.0	24.3	43.5	19.2	30.8	12.9
Sardegna	62.6	35.5	65.1	33.8	46.9	30.5	41.4	16.1	36.6	15.4
<i>Italia</i>	65.1	44.9	63.9	38,1↘	49,8↗	34.1	44.5	20.3	38.7	17.3

↘ diminuito rispetto al 2023
↗ aumentato rispetto al 2023

VALORE MINIMO NAZIONALE

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

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

Tabella 2_ Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e sesso (2024)

Regione	Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche									
	tutte le bevande alcoliche		abituali eccedentari		fuori pasto		binge drinker		a rischio (criterio ISS*)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Italia nord-occidentale</i>	77.6	60.3	13.7	5.9	45.6	27.2	14.1	5.1	24.7	10.4
Piemonte	78.8	59.9	14.4	5.7	44.7	24.4	13.8	5.4	24.4	10.3
Valle d'Aosta	78.5	63.8	17.7	6.6	55.0	35.7	19.0	8.4	32.2	13.7
Lombardia	77.0	60.4	13.7	5.7	46.3	28.2	14.7	4.9	25.3	10.1
Liguria	77.9	60.9	11.8	7.5	42.5	28.2	10.6	5.1	20.8	11.9
<i>Italia nord-orientale</i>	77.5	61.2	12.7	6.4	50.2	31.8	15.0	5.7	24.8	11.1
PA Bolzano	78.6	66.1	8.8	4.6	62.0	46.4	23.0	9.1	29.0	13.1
PA Trento	76.4	59.3	9.7	4.1	59.6	35.3	22.1	5.0	28.0	8.3
Veneto	78.5	61.2	12.6	6.7	50.9	32.2	14.3	5.6	24.3	11.2
Friuli-Venezia Giulia	79.4	59.6	15.0	6.8	57.2	33.0	19.7	6.0	30.2	11.3
Emilia-Romagna	75.9	61.2	13.2	6.5	45.1	28.9	12.8	5.6	23.1	11.1
<i>Italia centrale</i>	78.5	59.4	11.5	5.4	40,6↗	26.1	12,4↗	4.2	21,9↗	8.9
Toscana	79.4	62.3	12.7	6.8	42.6	29.4	12.5	4.8	22.8	10.6
Umbria	78.4	58.3	13.3	5.4	43.0	24.8	13.2	3.9	24.9	8.9
Marche	78.6	62.2	12.3	5.8	41.9	25.7	10.5	4.7	21.0	10.2
Lazio	77.9	57.0	10.1	4.4	38.5	24.3	12.7	3.7	21.1	7.5
<i>Italia meridionale</i>	74,8↘	53.3	10,5↘	4.0	35.6	18,0↗	9.0	3.5	17.6	6.9
Abruzzo	75.8	55.7	11.7	4.4	43.0	23.6	13.7	3.4	22.7	7.4
Molise	77.3	53.5	13.8	5.1	48.7	19.8	16.5	5.0	25.4	9.3
Campania	73.9	53.8	9.8	4.3	34.5	17.6	7.0	2.8	15.1	6.4
Puglia	75.8	54.9	10.6	3.8	34.5	18.1	8.6	4.4	17.6	7.3
Basilicata	77.0	50.2	11.9	2.3	38.6	16.5	15.6	4.5	23.6	6.5
Calabria	73.2	47.7	10.8	3.7	32.8	15.2	9.8	3.4	18.8	6.9
<i>Italia insulare</i>	73.8	44,9↘	9.5	3.3	35.4	16.3	10.5	4.0	17.7	6.8
Sicilia	72.3	43.1	8.0	3.0	31.8	15.2	7.5	3.4	14.1	6.0
Sardegna	78.1	50.4	13.7	4.1	46.1	19.7	19.3	5.9	28.4	9.2
<i>Italia</i>	76.7	57.1	11.9	5.2	42.1	24.6	12,4↗	4.6	21.8	9.1

↘ diminuito rispetto al 2023
↗ aumentato rispetto al 2023

VALORE MINIMO NAZIONALE

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

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

ITALIA NORD-OCCIDENTALE

Nel 2024 i consumatori di bevande alcoliche in Italia nord-occidentale sono stati il 77,6% dei maschi e il 60,3% delle femmine, senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Le femmine mantengono un valore al di sopra della media nazionale, al contrario dei maschi che hanno invece un valore in linea con la media. La prevalenza dei consumatori delle singole bevande è sostanzialmente invariata rispetto al 2023 e vede al di sopra della media nazionale i consumatori di entrambi i sessi di aperitivi alcolici (M=52,7%; F=37,3%) e, per le sole femmine, di superalcolici (18,7%) e di vino (48,6%). Le prevalenze delle abitudini di consumo in Italia nord-occidentale nel 2024 si mantengono in gran parte sopra la media nazionale, a eccezione delle consumatrici abituali eccedentarie femmine (5,9%) e le *binge drinker* femmine (5,1%) che sono invece in linea con la media nazionale. I consumatori fuori pasto sono il 45,6% dei maschi e il 27,2% delle femmine, i *binge drinker* maschi sono il 14,1%, e le femmine che consumano in modalità abituale eccedentaria il 5,9%. I consumatori a rischio secondo il criterio ISS, sempre sopra la media nazionale, sono il 24,7% dei maschi e il 10,4% delle femmine (**Tabelle 1 e 2**).

Piemonte

Nel 2024 in Piemonte il 78,8% degli uomini e il 59,9% delle femmine hanno consumato almeno una bevanda alcolica, senza variazioni significative rispetto al 2023, ma entrambi sopra la media nazionale. Sono in linea con la media nazionale, i consumatori di birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici di entrambi i sessi, e i consumatori di vino maschi, mentre le consumatrici di vino sono sopra la media nazionale (47,5%).

Il 24,4% dei maschi e il 10,3% delle femmine non si sono attenuti alle indicazioni di sanità pubblica e hanno consumato bevande con modalità rischiose per la loro salute (criterio ISS), dato al di sopra della media italiana per i maschi. Per quanto riguarda gli altri comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale anche le prevalenze dei consumatori fuori pasto maschi (44,7%) e i consumatori abituali eccedentari maschi (14,4%).

Valle d'Aosta

Nel 2024 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari all'78,5% dei maschi e al 63,8% delle femmine: per queste ultime, il valore è superiore alla media nazionale, anche se invariato rispetto al 2023. Nei consumi registrati delle diverse bevande alcoliche non emergono variazioni significative rispetto al 2023. A consumare il vino sono il 66,8% dei maschi e il 51,2% delle femmine (queste ultime sopra la media nazionale); consumano birra il 68,3% dei maschi e il 46,4% delle femmine (entrambi sopra la media nazionale); consumano aperitivi alcolici il 53,1% dei maschi e il 44,9% delle femmine (solo le femmine sopra la media nazionale); consumano amari il 40,3% dei maschi (sotto la media nazionale) e il 18,3% delle femmine e, infine, il 39,0% dei maschi e il 23,1% delle femmine consumano superalcolici (solo le femmine sopra la media nazionale).

Per le modalità di consumo il 32,2% dei maschi e il 13,7% delle femmine in Valle d'Aosta hanno consumato alcolici con modalità rischiose per la salute secondo il criterio ISS, dati sopra la media nazionale. La prevalenza di consumatrici abituali eccedentarie femmine è in linea con la media nazionale (6,6%), sopra la media tutte le altre modalità di consumo per entrambi i sessi: i consumatori abituali eccedentari maschi (17,7%), i consumatori di alcolici lontano dai pasti (M=55,0%; F=35,7%), i *binge drinker* (M=19,0%; F=8,4%).

Lombardia

I consumatori di bevande alcoliche in Lombardia nel 2024 sono stati il 77,0% dei maschi e il 60,4% delle femmine, dato per queste ultime sopra la media nazionale. Per quanto riguarda i tipi di bevanda alcolica, sono sopra la media italiana i consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=53,5%; F=38,5%), le consumatrici di vino (48,6%) e le consumatrici di superalcolici (19,4%).

La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2024 pari al 25,3% tra i maschi (sopra la media nazionale) e al 10,1% tra le femmine. I comportamenti a rischio rilevati sono sopra la media italiana per i consumatori fuori pasto di entrambi i sessi (M=46,3%; F=28,2%) e i *binge drinker* maschi (14,7%).

Liguria

Il 77,9% dei maschi e il 60,9% delle femmine ha consumato almeno una bevanda alcolica nel 2024, e per le femmine il dato è sopra la media nazionale. Sono statisticamente invariate rispetto al 2023 le prevalenze di consumatori per le diverse bevande alcoliche e rimangono sopra la media nazionale le consumatrici di vino (51,1%). Sono in linea con la media italiana i consumatori di vino maschi (65,2%), i consumatori di birra di entrambi i sessi (M=62,9%; F=40,6%), di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=50,6%; F=36,7%), di amari di entrambi i sessi (M=41,4%; F=20,3%) e di superalcolici di entrambi i sessi (M=40,7%; F=18,3%).

Nel 2024 il 20,8% dei maschi e l'11,9% delle femmine hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute, le femmine con una prevalenza sopra la media nazionale. Sono sopra la media italiana anche le femmine che hanno consumato alcolici in modalità abituale eccedentaria (7,5%) e le consumatrici fuori pasto (28,2%).

ITALIA NORD-ORIENTALE

Nel 2024 in Italia nord-orientale il 77,5% dei maschi e il 61,2% delle femmine hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno, e per le femmine il dato è sopra la media nazionale. Riguardo i consumi delle singole bevande alcoliche, risultano sopra la media nazionale le consumatrici di vino (50,5%), di birra (40,0%) e di superalcolici (20,1%), e dei consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=52,6%; F=38,8%), mentre i consumatori di amari maschi sono sotto la media (40,9%). Sono invece in linea con la media nazionale e in calo rispetto al 2023 i consumatori di vino maschi (66,8%).

Come negli anni precedenti, delle ripartizioni territoriali considerate, rimangono le più elevate prevalenze di consumatori fuori pasto per entrambi i sessi (M=50,2%; F=31,8). Sono inoltre sopra la media nazionale i *binge drinker* (M=15,0%; F=5,7%) le consumatrici abituali eccedentarie (6,4%), mentre i consumatori abituali eccedentari sono in linea con il dato medio italiano (12,7%). I consumatori a rischio in Italia nord-orientale nel 2024 sono stati il 24,8% dei maschi e l'11,1% delle femmine, entrambi sopra la media nazionale (*vedi Tabelle 1 e 2*).

Provincia Autonoma di Bolzano

Nel 2024 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 78,6% dei maschi e il 66,1% delle femmine e, per queste ultime, il dato è superiore alla media nazionale; entrambi i valori sono pressoché invariati rispetto alla precedente rilevazione.

Hanno bevuto vino il 65,1% dei maschi e il 53,0% delle femmine (queste sopra la media italiana), birra il 67,3% dei maschi e il 42,7% delle femmine (femmine sopra la media), aperitivi alcolici il 53,7% dei maschi e il 49,6% delle femmine (entrambi sopra la media), amari il 40,3% dei maschi (sotto la media) e il 24,3% delle femmine (sopra la media), e superalcolici il 37,9% dei maschi e il 22,9% delle femmine (queste sopra la media).

Il 29,0% dei maschi e il 13,1% delle femmine sono consumatori a rischio per la salute secondo il criterio ISS, entrambe le prevalenze sono sopra la media nazionale. Sono sopra la media per entrambi i sessi anche i consumatori *binge drinker* (M=23,0%; F=9,1%) e fuori pasto (M=62,0%; F=46,4%), in particolare le consumatrici fuori pasto della Provincia Autonoma di Bolzano hanno la prevalenza più alta rispetto alle altre Regioni italiane. Si confermano sotto la media i consumatori maschi abituali eccedentari (8,8%) mentre le femmine sono in linea con la media (4,6%).

Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2024 è stata del 76,4% tra i maschi e del 59,3% tra le femmine, entrambi in linea con la media italiana, e senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Rimangono come nel 2023 al di sotto della media nazionale i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=40,8%; F=17,2%), sopra la media i consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=57,0%; F=41,1%) e i consumatori di birra (69,1%). Sono invece in linea con la media italiana i consumatori di vino di entrambi i sessi (M=62,5%; F=44,5%) e di super alcolici (M=40,8%; F=19,5%) e di birra per le femmine (38,9%). Per nessuna bevanda si registrano variazioni significative nei consumi rispetto alla precedente rilevazione.

Sulle modalità di consumo a rischio si confermano, per entrambi i sessi, valori superiori alla media italiana delle prevalenze di consumatori fuori pasto (M=59,6%; F=35,3%). Sono sopra la media nazionale nel 2024 anche i *binge drinker* maschi (22,1%) mentre le *binge drinker* sono in linea con la media (5,0%) così come i consumatori che bevono in modalità abituale eccedentaria di entrambi i sessi (M=9,7%; F=4,1%). Le persone che nel 2024 bevendo alcolici hanno messo a rischio la propria salute, secondo il criterio ISS, sono stati il 28,0% dei maschi (sopra la media) e l'8,3% delle femmine.

Veneto

Nel 2024 il 78,5% dei maschi e 61,2% delle femmine hanno consumato almeno una bevanda alcolica, e le femmine si confermano, come nella precedente rilevazione, sopra la media nazionale. Il vino è stato consumato dal 67,5% dei maschi e dal 50,3% delle femmine (queste sopra la media come nel 2023), la birra dal 65,8% dei maschi e dal 40,9% delle femmine (queste sopra la media come nel 2023), gli aperitivi alcolici dal 55,6% dei maschi e dal 37,9% delle femmine (entrambi sopra la media come nel 2023), gli amari dal 41,2% dei maschi (sotto la media) e dal 20,9% delle femmine, e i superalcolici dal 40,9% dei maschi e dal 19,9% delle femmine (queste ultime sopra la media come nel 2023).

L'analisi dei comportamenti di consumo a rischio vedono sopra la media nazionale le prevalenze dei consumatori fuori pasto di entrambi i sessi (M=50,9%; F=32,2%) e le consumatrici abituali eccedentarie (6,7%) mentre i consumatori abituali eccedentari sono in linea con la media nazionale (12,6%). Sono in linea con la media italiana anche i *binge drinker* di entrambi i sessi (M=14,3%; F=5,6%). Sono invece sopra la media nazionale sia i maschi che le femmine che nel 2024 in Veneto hanno consumato alcolici mettendo a rischio la propria salute secondo i criteri ISS, ovvero il 24,3% dei maschi e l'11,2% delle femmine.

Friuli Venezia Giulia

Nel 2024 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile rispetto all'anno precedente, il 79,4% dei maschi e il 59,6% delle femmine, queste sopra la media nazionale. Sono al di sopra della media italiana le prevalenze dei consumatori di birra maschi (69,4%), di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=53,7%, F=38,2%) e di superalcolici di entrambi i sessi (M=44,0%, F=20,7%); sono in linea con la media italiana i consumatori di amari (M=45,6%; F=20,7%) e le consumatrici di birra (40,5%).

L'analisi dei comportamenti a rischio conferma, per entrambi i sessi, valori superiori alla media dei consumatori fuori pasto (M=57,2%; F=33,0%), e dei *binge drinker* maschi (19,7%). Il 2024 vede sopra la media italiana anche i consumatori abituali eccedentari maschi (15,0%), mentre sono in linea con la media le consumatrici abituali eccedentarie e le *binge drinker* (6,8% e 6,0% rispettivamente). Hanno consumato alcolici in modalità a rischio per la salute il 30,2% dei maschi e l'11,3% delle femmine, entrambi sopra la media italiana.

Emilia-Romagna

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica in Emilia-Romagna nel 2024 è stata del 75,9% dei maschi e del 61,2% delle femmine, dati allineati alla media nazionale. Per quanto riguarda i consumi delle diverse bevande alcoliche rimangono sopra la media nazionale le consumatrici di vino (52,5%), di aperitivi alcolici (38,4%) e di super alcolici (19,9%). Rimane, come nel 2023, inferiore rispetto alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari maschi (39,3%).

Rispetto ai comportamenti a rischio, si confermano, come nel 2023, valori superiori alla media nazionale dei consumatori fuori pasto (M=45,1%; F=28,9%), in linea con la media nazionale gli altri comportamenti a rischio che sono: consumatori abituali eccedentari (M=13,2%; F=6,5%) e *binge drinker* (M=12,8%; F= 5,6%). Complessivamente il 23,1% dei maschi e l'11,1% delle femmine (queste sono sopra la media) hanno consumato alcolici in modalità a rischio per la salute secondo il criterio ISS.

ITALIA CENTRALE

I consumatori di bevande alcoliche nell'Italia centrale sono stati nel 2024 il 78,5% dei maschi e il 59,4% delle femmine, entrambi sopra il dato medio nazionale. I consumatori di vino sono stati il 67,6% dei maschi e il 48,2% delle femmine, entrambi sopra la media nazionale. Risultano sopra la media italiana anche i consumatori di birra di entrambi i sessi (M=66,0%; F=40,1), che vedono i maschi in aumento significativo rispetto al 2023 (dal 63,1% al 66,0% + 4,6%). Sono in aumento anche i consumatori maschi di aperitivi alcolici (dal 47,2% al 51,0% + 8,1%) anche se il dato risulta in linea con la media nazionale (51,0%). Sono invece sopra la media le consumatrici di aperitivi alcolici (36,1%). Anche i maschi consumatori di super alcolici sono in significativo aumento rispetto alla precedente rilevazione (dal 38,2% al 42,7% + 11,7%) e il dato è il più alto rispetto alle altre ripartizioni territoriali. Sono in linea con la media italiana le consumatrici di superalcolici (17,7%) e i consumatori di amari maschi (45,1%), mentre le consumatrici di amari (18,3%) sono al di sotto della media nazionale.

L'analisi delle abitudini di consumo a rischio evidenzia un aumento dei consumatori maschi fuori pasto (dal 37,0% al 40,6%, +9,6%) e *binge drinker* (dal 9,5% al 12,4%, +31,2%) anche se i valori sono allineati alla media italiana. Sono invece sopra la media le consumatrici fuori pasto, il 26,1% delle femmine dagli 11 anni in su nell'Italia centrale. I consumatori che in questa ripartizione territoriale nel 2024 hanno bevuto mettendo a rischio la loro salute secondo i criteri ISS sono il 8,9% delle femmine e il 21,9% dei maschi, questi ultimi in significativo aumento rispetto ai 19,4% del 2023 (+12,8%).

Toscana

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2024 è stata del 79,4% per i maschi e il 62,3% per le femmine, entrambi sopra il dato medio nazionale, le femmine per il quinto anno consecutivo. Le prevalenze di consumatori e consumatrici delle bevande alcoliche considerate sono sopra la media italiana per le femmine consumatrici di birra (41,5%) e di aperitivi alcolici (38,3%), per i maschi consumatori di super alcolici (42,7%) e per i consumatori di vino di entrambi i sessi (M=69,0%; F=51,3%). Per tutte le bevande considerate non si osservano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia valori superiori alla media per le femmine che consumano in modalità abituale eccedentaria (6,8%) e fuori pasto (29,4%). Nel 2024 in Toscana il 22,8% dei maschi e il 10,6% delle femmine hanno consumato alcolici mettendo a rischio la propria salute secondo i criteri ISS.

Umbria

I consumatori di almeno una bevanda alcolica in Umbria nel 2024 sono rimasti pressoché stabili rispetto al 2023 e pari al 78,4% dei maschi e al 58,3% delle femmine, in linea con il dato medio

nazionale. Le prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche sono tutte in linea con i dati medi nazionali a eccezione dei consumatori maschi di vino, che sono il 70,8%, e di super alcolici, che sono il 43,3%. Per tutte le bevande non si osservano variazioni significative rispetto al 2023.

Tutti i comportamenti a rischio sono in linea con la media nazionale e stabili rispetto alla precedente rilevazione. I consumatori di alcolici a rischio secondo il criterio ISS nel 2024 sono stati il 24,9% dei maschi e l'8,9% delle femmine.

Marche

Nel 2024 nelle Marche il 78,6% dei maschi e il 62,2% delle femmine dagli 11 anni in su hanno consumato almeno una bevanda alcolica. Sono sopra la media italiana le consumatrici di vino, il 49,8%, mentre sono sotto la media i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=38,3%, F=14,5%) e le consumatrici di super alcolici (14,3%). Sono in linea con la media i consumatori di vino (66,8%) e di super alcolici maschi (36,1%), di birra (M=66,5%; F=39,0%) e aperitivi alcolici (M=47,9%; F=32,3%) per entrambi i sessi.

La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2024 pari al 21,0% tra i maschi e al 10,2% tra le femmine, in linea con la media italiana. Tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo sono rimasti pressoché stabili rispetto al 2023 e in linea con il dato medio nazionale.

Lazio

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata nel 2024 del 77,9% tra i maschi e del 57,0% tra le femmine e per entrambi i sessi il valore è rimasto stabile rispetto al 2023 e in linea con la media nazionale. Per tutte le bevande considerate non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione e le prevalenze dei consumatori di entrambi i sessi delle bevande alcoliche considerate sono state nel 2024 approssimabili al dato medio nazionale, a eccezione della prevalenza dei consumatori maschi di aperitivi alcolici, il 52,8%, di amari, il 49,0%, e di super alcolici, il 44,3%.

La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2024 pari a 21,1% tra i maschi e al 7,5% tra le femmine, queste ultime sotto la media italiana. Risultano sotto la media anche i maschi che hanno consumato alcolici in modalità abituale eccedentaria (10,1%) e lontano dai pasti (38,5%). Per tutti gli indicatori considerati non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

ITALIA MERIDIONALE

Nel 2024 il 74,8% dei maschi nell'Italia meridionale ha consumato almeno una bevanda alcolica, dato sotto la media italiana e in calo del 3,8% rispetto al 2023. Le consumatrici femmine sono state il 53,3%, anche loro sotto la media nazionale. I valori di prevalenza dei consumatori di vino (M=63,2%; F=39,7%), di aperitivi alcolici (M=45,5%; F=28,4%) e di superalcolici (M=36,0%; F=14,5%) sono inferiori al dato medio nazionale per entrambi i sessi. Le prevalenze dei consumatori di amari, in controtendenza rispetto alle altre bevande, si confermano le più alte di tutte le ripartizioni territoriali analizzate per i maschi (48,6%) e sopra la media italiana per le femmine (22,7%).

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra, per entrambi i sessi, valori inferiori alla media nazionale per tutti gli indicatori. I consumatori abituali eccedentari sono passati dal 12,4% del 2023 al 10,5% del 2024, con un calo significativo del 15,1%, mentre le femmine che hanno consumato lontano dai pasti sono aumentate dal 16,2% al 18,0% (+11,3%), pur rimanendo sotto la media italiana. Nel 2024 il 17,6% dei maschi e il 6,9% delle femmine nell'Italia meridionale hanno messo a rischio la propria salute, secondo i criteri ISS (*vedi Tabelle 1 e 2*).

Abruzzo

Nel 2024 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 75,8% dei maschi e il 55,7% delle femmine, in linea con la media italiana. Le prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche analizzate sono tutte allineate con il dato medio nazionale a eccezione delle consumatrici di super alcolici che sono sotto la media, il 14% delle femmine.

Anche l'analisi dei comportamenti a rischio mostra tutti i dati in linea con la media italiana e stabili rispetto al 2023. I consumatori a rischio secondo il criterio ISS in Abruzzo nel 2024 sono stati il 22,7% dei maschi e il 7,4% delle femmine.

Molise

I consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2024 sono stati il 77,3% dei maschi e il 53,5% delle femmine, in linea con la media italiana e senza variazioni significative rispetto al 2023. La prevalenza dei consumatori di sesso maschile di amari (50,7%) si mantiene per il nono anno consecutivo sopra alla media, mentre sono inferiori alla media nazionale le prevalenze delle sole femmine consumatrici di vino (37,5%), di aperitivi alcolici (28,7%), di amari (15,6%) e di superalcolici (13,9%).

Rispetto all'analisi dei comportamenti a rischio, come nel 2023, sono sopra la media italiana i valori delle prevalenze dei maschi consumatori *binge drinker* (16,5%) e fuori pasto (48,7%), e sotto la media nazionale le femmine che consumano fuori pasto (19,8%). Nel 2024 in Molise il 25,4% dei maschi (dato sopra la media) e il 9,3% delle femmine ha consumato alcolici in modalità rischiosa per la salute (criterio ISS).

Campania

I consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 73,9% dei maschi e il 53,8% delle femmine, entrambi inferiori alla media nazionale. L'analisi delle singole bevande mostra il consumo di aperitivi alcolici e di superalcolici sotto la media nazionale per entrambi i sessi (aperitivi alcolici M=46,8%; F=30,3%; superalcolici M=34,6%; F=14,1%) e del vino per le sole femmine (41,7%). È invece superiore alla media italiana la prevalenza dei consumatori di amari di entrambi i sessi (M=49,3%; F=23,0%).

Per entrambi i sessi, tutti i comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media, a eccezione delle femmine con consumo abituale eccedentario, in linea con il dato medio. I consumatori a rischio secondo il criterio ISS sono stati nel 2024 il 15,1% dei maschi e il 6,4% delle femmine.

Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2024 è stata del 75,8% tra i maschi e del 54,9% tra le femmine, entrambi i valori sono in linea con la media italiana. L'analisi della prevalenza dei consumi delle diverse bevande mostra che sono inferiori alla media nazionale le prevalenze delle consumatrici di vino (38,3%) e dei consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=45,3%; F=27,2%), sopra la media nazionale i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=51,4%, F=25,4%), in linea con la media i consumatori di birra e di superalcolici di entrambi i sessi, e i maschi consumatori di vino.

Riguardo i comportamenti a rischio, è inferiore alla media nazionale la percentuale di femmine che ha bevuto in modalità abituale eccedentaria (3,8%), dei consumatori fuori pasto di entrambi i sessi (M=34,5%; F=18,1%) e i maschi *binge drinker* (8,6%). I consumatori che nel 2024 in Puglia hanno messo a rischio la propria salute secondo il criterio ISS sono stati il 17,6% dei maschi e il 7,3% delle femmine, entrambi valori sotto la media italiana.

Basilicata

Nel 2024 il 77,0% dei maschi e il 50,2% delle femmine ha consumato almeno una bevanda alcolica; per queste ultime il valore è inferiore alla media, come la prevalenza di tutte le bevande considerate

(vino 38,0%; birra 32,5%; aperitivi alcolici 27,1%; superalcolici 13,7%) tranne le consumatrici di amari per le quali il dato è in linea con la media nazionale (19,1%). Il consumo delle bevande fra i maschi vede sotto la media italiana i consumatori di superalcolici (34,7%).

Sui comportamenti a rischio, inferiori alla media nazionale sono la prevalenza delle femmine con consumo abituale eccedentario (2,3%) e fuori pasto (16,5%); sopra la media invece i maschi *binge drinker* (15,6%). Nel 2024, i consumatori a rischio secondo il criterio ISS sono stati il 23,6% dei maschi, in linea con la media italiana, e il 6,5% delle femmine, sotto la media italiana.

Calabria

Le prevalenze dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2024 sono state del 73,2% per i maschi e del 47,7% per le femmine, entrambi sotto la media italiana. L'analisi del consumo delle bevande alcoliche mostra che sono sotto la media italiana i consumatori di entrambi i sessi di vino (M=62,0%; F=35,4%), di super alcolici (M=33,9%, F=14,6%) e, per le sole femmine, di aperitivi alcolici (22,9%). Le prevalenze per i consumatori e le consumatrici delle altre bevande considerate sono in linea con la media nazionale.

Rispetto ai comportamenti a rischio, sono inferiori alla media le prevalenze dei consumatori fuori pasto per entrambi i sessi (M=32,8%; F=15,2%), delle femmine che hanno consumato in modalità abituale eccedentaria (3,7%) e dei maschi *binge drinker* (9,8%). In Calabria nel 2024 il 18,8% dei maschi e il 6,9% delle femmine hanno consumato alcolici mettendo a rischio la propria salute secondo i criteri ISS, dati sotto la media italiana.

ITALIA INSULARE

Nel 2024 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche nell'Italia insulare risulta sotto la media italiana per entrambi i sessi, ed è del 73,8% tra i maschi e del 44,9% tra le femmine, per le quali il valore è calato del 13,0% rispetto alla precedente rilevazione. Come nel 2023, le prevalenze dei consumatori di vino sono, per entrambi i sessi, le più basse registrate rispetto alle altre ripartizioni territoriali italiane (M=58,7%; F=30,3%), così come la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici (25,8%) e dei consumatori di super alcolici (32,3%). Sono sotto la media italiana anche i consumatori di birra di entrambi i sessi (M=61,0%; F=31,2%), con le femmine in calo rispetto all'anno precedente (-10,4%), le consumatrici di amari (18,4%) e di super alcolici (13,5%). L'analisi delle abitudini di consumo a rischio mostra che i valori rilevati di tutti gli indicatori sono inferiori alla media nazionale per entrambi i sessi, a eccezione delle femmine *binge drinker* che sono in linea con la media (4,0%). Il 17,7% dei maschi e il 6,8% delle femmine hanno avuto un comportamento nel consumo di alcol a rischio secondo il criterio ISS (*vedi* Tabelle 1 e 2).

Sicilia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2024 è stata pari al 72,3% dei maschi e al 43,1% delle femmine, entrambi valori sotto la media nazionale. Sono inferiori alla media italiana, per entrambi i sessi, i valori di prevalenza dei consumatori di vino (M = 57,4%; F = 28,6%), birra (M = 59,6%; F = 30,3%), aperitivi alcolici (M = 43,0%; F = 24,3%) e di superalcolici (M = 30,8%; F = 12,9%). Inoltre, la prevalenza dei maschi consumatori di vino è la più bassa rispetto a tutte le altre regioni italiane (57,4%). Per tutte le bevande non si rilevano variazioni significative rispetto all'anno 2023.

L'analisi delle abitudini di consumo evidenzia che tutti gli indicatori di rischio sono inferiori alla media nazionale per entrambi i sessi. Nel 2024 sono stati il 14,1% dei maschi e il 6,0% delle femmine in Sicilia a non attenersi alle indicazioni di salute per quanto riguarda il consumo di alcol (a rischio secondo il criterio ISS).

Sardegna

Nel 2024 in Sardegna la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 78,1% dei maschi e al 50,4% delle femmine, queste ultime sotto la media nazionale. L'analisi della tipologia di bevanda alcolica consumata mostra che sono sotto la media italiana le prevalenze delle consumatrici di vino (35,5%), di birra (33,8%), di aperitivi alcolici (30,5%) e di amari (16,1%), mentre tutti gli altri valori sono in linea con la media italiana.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che, per i maschi, come nelle rilevazioni precedenti, si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei consumatori fuori pasto (46,1%) e dei *binge drinker* (19,3%), mentre è sotto la media italiana la prevalenza delle consumatrici fuori pasto (19,7%). In Sardegna nel 2024 i consumatori a rischio secondo il criterio ISS sono stati il 28,4% dei maschi, dato superiore alla media italiana, e il 9,2% delle femmine.

LA MORBILITA' E LA MORTALITA' ALCOL CORRELATE

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

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

La rilevazione attraverso il Sistema EMUR, secondo quanto previsto dal già menzionato decreto è a regime dal 1 gennaio 2012.

I dati EMUR PS che vengono presentati nella relazione sono riferiti all'anno 2024, disponibili nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute.

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

Le suddette 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.

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

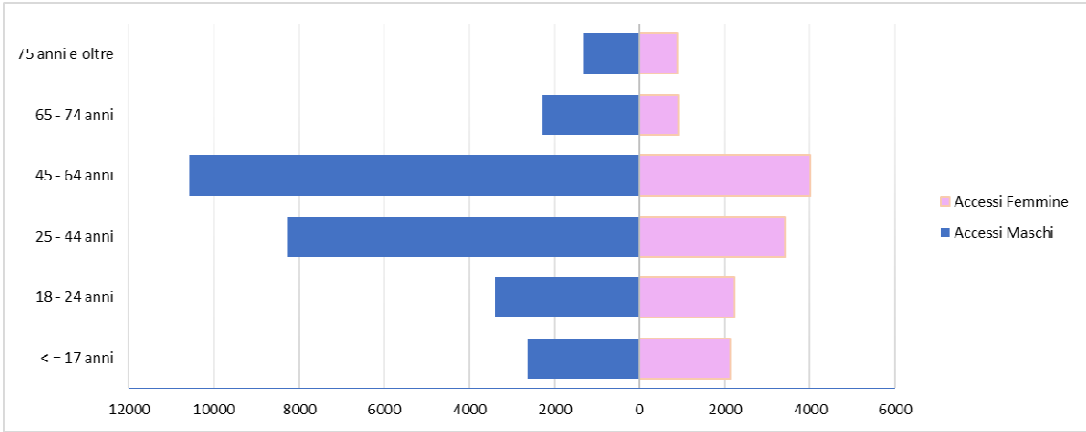
Nel corso del 2024 si sono verificati complessivamente 42.038 accessi in Pronto Soccorso caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 68% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 32% ad accessi di femmine (cfr. **Tab.1**).

TAB.1 _ Accessi in pronto soccorso per età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2024

REGIONE	Maschi							Femmine							Totale
	<= 17 anni	18 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale	<= 17 anni	18 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale	
Piemonte	156	361	1.107	1.575	267	129	3.595	134	220	429	531	111	54	1.479	5.074
Valle d'Aosta	3	5	14	17	3	2	44	2	5	4	5	1	2	19	63
Lombardia	352	577	1.578	1.754	309	151	4.721	317	380	554	590	103	42	1.986	6.707
P.A. Bolzano	35	83	234	237	84	44	717	50	53	84	69	20	17	293	1.010
P.A. Trento	15	22	41	30	10	4	122	16	11	21	15	5		68	190
Veneto	66	123	299	457	137	58	1.140	54	78	126	145	36	32	471	1.611
Friuli V.G.	468	272	706	1.010	427	526	3.409	398	214	480	670	267	529	2.558	5.967
Liguria	85	138	326	375	74	44	1.042	87	115	120	178	46	15	561	1.603
Emilia Romagna	215	339	832	1.006	145	54	2.591	194	200	320	409	73	40	1.236	3.827
Toscana	202	361	597	640	102	35	1.937	196	201	280	301	52	19	1.049	2.986
Umbria	46	41	116	147	45	21	416	42	26	53	78	15	16	230	646
Marche	59	100	216	329	39	24	767	63	68	110	117	18	22	398	1.165
Lazio	491	378	1.056	1.357	217	63	3.562	230	320	409	483	66	25	1.533	5.095
Abruzzo	50	72	141	207	86	32	588	53	50	79	80	14	17	293	881
Molise	11	9	27	42	10	4	103	17	5	4	8	1	1	36	139
Campania	96	110	182	319	73	35	815	57	56	65	64	17	28	287	1.102
Puglia	68	103	190	284	76	17	738	53	46	70	66	13	3	251	989
Basilicata	8	8	39	63	10	10	138	10	7	17	16	2		52	190
Calabria	30	47	55	72	15	6	225	27	24	17	14	7	1	90	315
Sicilia	117	189	362	414	67	30	1.179	79	115	141	119	16	9	479	1.658
Sardegna	52	62	149	236	98	42	639	43	30	37	51	15	5	181	820
ITALIA	2.625	3.400	8.267	10.571	2.294	1.331	28.488	2.122	2.224	3.420	4.009	898	877	13.550	42.038

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 2024) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

GRAF.1 – Piramide per classi di età e per genere degli accessi in PS - ANNO 2024



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

La **Tabella 2** che segue mostra la distribuzione percentuale degli accessi in Pronto Soccorso per cittadinanza. L'analisi è stata condotta sul 90% circa degli accessi.

TAB.2 _ Accessi in pronto soccorso per cittadinanza con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2024

Cittadinanza	Percentuale accessi
ITALIA	78%
ROMANIA	4%
MAROCCO	2%
(vuoto)	2%
UCRAINA	1%
ALBANIA	1%
INDIA	1%
POLONIA	1%
APOLIDE	1%
TUNISIA	1%

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 2024) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III

La **Tabella 3** che segue riporta la distribuzione dei tassi specifici per regione, genere e classe d'età. La distribuzione dei tassi di accesso, calcolati sulla popolazione residente, mostra una elevata variabilità tra regioni all'interno di ciascuna classe d'età considerata.

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

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

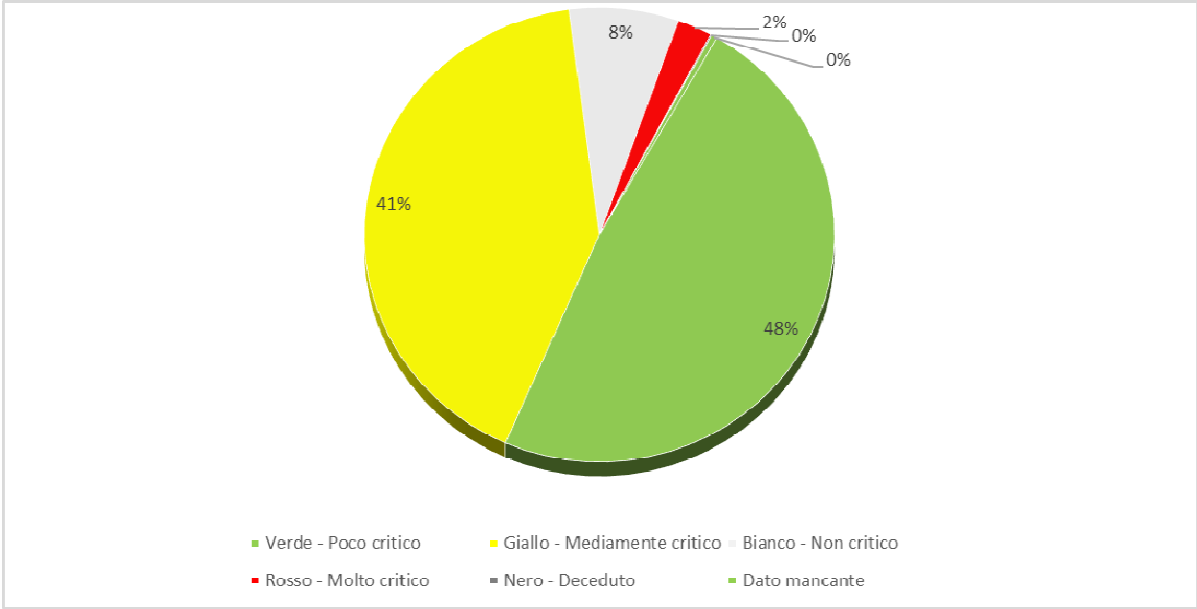
TAB. 3 – Tassi di accesso in Pronto Soccorso (x 100.000 residenti) specifici per classi di età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2024

REGIONE	Maschi						Femmine					
	<= 17 anni	18 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	<= 17 anni	18 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre
Piemonte	49,97	245,78	236,05	241,68	106,71	52,13	45,58	164,24	96,71	79,22	40,17	15,13
Valle d'Aosta	31,68	113,61	106,59	87,28	41,39	30,00	22,76	121,92	31,73	25,10	12,84	21,24
Lombardia	43,86	158,62	134,43	112,52	58,59	29,93	42,11	114,39	49,49	37,88	17,55	5,67
P.A. Bolzano	68,80	378,65	360,14	299,32	333,73	181,84	104,50	262,57	135,63	86,88	73,06	50,21
P.A. Trento	32,74	103,91	64,93	36,90	32,71	14,69	37,32	56,77	34,83	18,16	15,56	0,00
Veneto	17,60	69,86	55,36	59,44	50,53	22,66	15,28	48,06	24,33	18,78	12,23	8,77
Friuli V.G.	548,71	664,05	546,30	538,00	617,58	729,76	494,13	577,41	398,47	352,35	343,06	502,33
Liguria	83,52	275,39	207,94	161,58	81,57	45,26	90,91	252,74	81,45	73,39	45,06	10,20
Emilia Romagn	62,45	217,48	163,01	146,00	60,71	22,02	60,10	141,53	65,49	58,08	27,11	11,58
Toscana	75,64	286,24	149,27	113,65	49,27	16,05	78,10	175,40	72,28	51,20	22,35	6,13
Umbria	73,75	139,72	124,76	115,34	90,41	40,44	71,05	96,99	58,65	57,52	27,00	21,88
Marche	53,41	189,98	129,91	145,75	45,13	28,13	60,80	142,96	69,99	50,33	18,85	18,14
Lazio	109,83	190,72	159,78	153,69	71,70	22,46	54,46	174,14	63,92	51,18	18,96	6,09
Abruzzo	52,94	163,07	96,72	107,16	113,85	46,32	59,78	124,37	56,99	39,98	16,75	17,60
Molise	55,25	86,22	78,34	95,31	54,40	24,73	92,34	54,76	12,91	17,88	5,04	4,37
Campania	19,86	47,13	26,63	39,30	24,97	15,40	12,49	25,68	9,64	7,44	5,22	8,64
Puglia	22,57	68,41	42,22	49,21	34,61	8,54	18,73	32,76	15,99	10,85	5,25	1,09
Basilicata	20,84	39,21	61,40	77,88	30,47	35,98	28,27	38,47	29,24	19,13	5,62	0,00
Calabria	20,31	67,43	25,01	27,29	13,79	6,60	19,35	37,33	8,01	4,98	5,97	0,82
Sicilia	29,38	99,87	63,90	59,86	25,11	13,27	21,01	66,20	25,47	16,25	5,30	2,83
Sardegna	50,48	122,48	86,02	92,08	97,28	48,37	44,82	64,20	22,63	19,64	13,57	4,07
ITALIA	57,06	157,70	121,98	117,64	70,12	43,50	49,03	112,35	52,49	43,16	24,62	20,03

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 2024) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

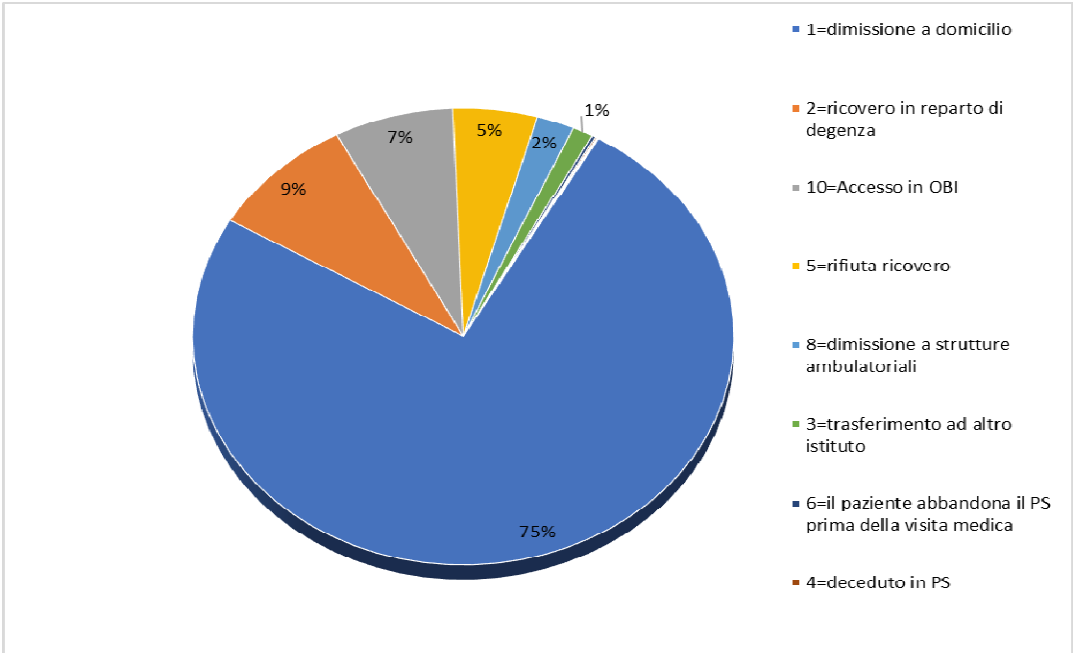
Il **Grafico 2** mostra la distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per triage medico. Al 48% degli accessi viene attribuito il codice verde, al 41% il codice giallo, al 8% il codice bianco e al 2% il codice rosso.

GRAF.2 – Distribuzione degli accessi in PS per triage medico - ANNO 2024



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 2024) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

GRAF.3 – Distribuzione nazionale degli accessi in Pronto Soccorso per esito trattamento - ANNO 2024



Si rileva che il 75% degli accessi in pronto soccorso con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol esita a domicilio, mentre il 9% degli accessi viene ricoverato.
La **TAB.4** che segue mostra le diagnosi principali più frequenti attribuite in Pronto Soccorso.

TAB.4 – Diagnosi principali più frequenti - ANNO 2024

Codice Diagnosi principale	Descrizione diagnosi principale	Percentuale di accessi
30500	ABUSO DI ALCOOL,NON SPECIFICATO	22,92%
9800	EFFETTI TOSSICI DELL'ALCOOL ETILICO	12,51%
30502	ABUSO DI ALCOOL,EPISODICO	12,04%
30300	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL,NON SPECIFICATA	12,00%
5712	CIRROSI EPATICA ALCOLICA	8,88%
30501	ABUSO DI ALCOOL,CONTINUO	7,90%
30302	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL,EPISODICA	4,08%
2914	INTOSSICAZIONE ALCOLICA IDIOSINCRASICA	3,36%
9809	EFFETTI TOSSICI DI ALCOOL NON SPECIFICATO	3,15%
29181	SINDROME DA ASTINENZA DA ALCOOL	2,25%
30301	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL	1,45%
3030	ALTRI DISTURBI PSICHICI SPECIFICATI INDOTTI DA ALCOL	1,30%
5710	STEATOSI EPATICA ALCOLICA	1,10%
53530	GASTRITE ALCOOLICA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA	0,75%
29189	ALTRI DISTURBI PSICHICI SPECIFICATI INDOTTI DA ALCOL	0,70%
30390	DIPENDENZA DA ALCOOL,ALTRA E NON SPECIFICATA,NON	0,70%
5713	DANNO SPECIFICO DA ALCOL, NON SPECIFICATO	0,69%
2910	DELIRIUM DA ASTINENZA DA ALCOOL	0,65%
5711	EPATITE ACUTA ALCOLICA	0,57%
30503	ABUSO DI ALCOOL,IN REMISSIONE	0,54%
30303	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL,IN REMISSIONE	0,54%
30391	DIPENDENZA DA ALCOOL,ALTRA E NON SPECIFICATA,CONTINUA	0,36%
2919	DISTURBI PSICHICI NON SPECIFICATI INDOTTI DALL'ALCOOL	0,32%
3575	POLINEUROPATIA ALCOOLICA	0,23%
9801	EFFETTI TOSSICI DELL'ALCOOL METILICO	0,23%
2915	DISTURBO PSICOTICO CON DELIRI INDOTTO DA ALCOOL	0,14%
2913	DISTURBO PSICOTICO CON ALLUCINAZIONI INDOTTO DA ALCOOL	0,12%
2912	ALTRE DEMENZE PERSISTENTI INDOTTE DA ALCOOL	0,08%
2911	DISTURBO AMNESICO PERSISTENTE INDOTTO DA ALCOOL	0,07%
9808	EFFETTI TOSSICI DI ALTRI ALCOOLI SPECIFICATI	0,07%
53531	GASTRITE ALCOOLICA CON EMORRAGIA	0,06%
30392	DIPENDENZA DA ALCOOL,ALTRA E NON SPECIFICATA,EPISODICA	0,05%
29182	DISTURBI DEL SONNO INDOTTI DA ALCOOL	0,04%
2918	altre psicosi alcoliche specificate	0,04%
4255	CARDIOMIOPATIA ALCOOLICA	0,03%
3039	dipendenza da alcool, altra e non specificata	0,03%
30393	DIPENDENZA DA ALCOOL,ALTRA E NON SPECIFICATA,IN	0,02%
9773	AVVELENAMENTO DA ANTAGONISTI DELL'ALCOOL	0,01%
9802	EFFETTI TOSSICI DELL'ALCOOL ISOPROPILICO	0,00%

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 2024) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che al 23% degli accessi in Pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcool, non specificato (ICD-9-CM cod. 30500), al 12,51% una diagnosi di effetti tossici dell'alcool etilico (ICD-9-CM cod. 9800), mentre al 12,04% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcool, episodico (ICD-9-CM cod. 30502).

La **TAB.5** che segue mostra la distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per modalità di arrivo.

TAB.5 – Distribuzione degli accessi in pronto soccorso per modalità di arrivo - ANNO 2024

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 2024) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che il 65% degli accessi arriva in Pronto Soccorso con il 118, mentre il 29% arriva con mezzi propri.

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

L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e con la capacità di indurre dipendenza. Al contrario di quanto si ritiene comunemente, l'alcol non è un nutriente e il suo consumo non è utile all'organismo o alle sue funzioni, ma causa danni diretti alle cellule di molti organi, soprattutto fegato e sistema nervoso centrale, e in particolare alle cellule del cervello; è inoltre responsabile di molti danni indiretti (i cosiddetti danni alcol-correlati), dovuti a comportamenti associati a stati di intossicazione acuta. [Ministero della Salute, <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/alcol/i-danni-dell'alcol/>, ultimo accesso 2 marzo 2026]

Lo stato di intossicazione causato dall'abuso di alcol provoca patologie che possono richiedere il ricorso alle cure ospedaliere. Le informazioni sui ricoveri sono contenute nel flusso informativo sulle dimissioni ospedaliere (SDO), che rileva, in generale, la diagnosi principale alla dimissione del paziente, ossia la principale responsabile delle cure erogate in regime di ricovero, e le diagnosi secondarie concomitanti; per la codifica delle diagnosi nel flusso SDO è attualmente in uso la versione 2007 della Classificazione internazionale delle malattie e dei traumatismi (ICD-9-CM).

Nel presente contributo vengono illustrati i dati principali, per l'anno 2024, concernenti le dimissioni ospedaliere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (v. elenco in **Tabella 1**).

TABELLA 1 – Diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (ICD-9-CM)

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

Nel 2024 si rilevano complessivamente 46.320 dimissioni ospedaliere correlate ad una patologia attribuibile all'alcol, indicata come diagnosi principale dell'episodio di ricovero (41,5% delle dimissioni rilevate) oppure secondaria (58,5%), ossia una diagnosi che può coesistere al momento del ricovero e comunque influente sul trattamento terapeutico somministrato.

Per tali dimissioni ospedaliere si osserva una riduzione del 3,0% rispetto a quelle rilevate nell'anno 2023.

Aggregando per categorie diagnostiche le singole diagnosi totalmente attribuibili all'alcol [Tabella 2], le dimissioni considerate presentano una netta prevalenza di patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (57,0% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriacatezza acuta in corso di alcolismo) e alcolismo cronico e dipsomania (18,7%). I ricoveri per abuso di alcol, effetti postumi all'eccessiva assunzione più o meno occasionale di alcol, *hangover*, ebbrezza ed ubriachezza, si collocano al terzo posto (17,5%).

TABELLA 2 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, per categoria diagnostica e genere - ANNO 2024

Categorie diagnostiche	Codici ICD-9-CM	Maschi		Femmine		Totale	
		Numero	%	Numero	%	Numero	%
Disturbi mentali indotti da alcol	291	1.816	5,0	408	4,0	2.224	4,8
Sindrome da dipendenza da alcol	303	6.179	17,1	2.474	24,2	8.653	18,7
Abuso di alcol	305.0	5.537	15,3	2.556	25,0	8.093	17,5
Polineuropatia alcolica	357.5	82	0,8	97	1,0	379	0,8
Cardiomiopatia alcolica	425.5	125	0,3	8	0,1	133	0,3
Gastrite alcolica	535.30-535.31	82	0,2	21	0,2	103	0,2
Malattia epatica cronica e cirrosi	571.0-571.3	21.822	60,4	4.579	44,8	26.401	57,0
Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	977.3	5	0,0	-	0,0	5	0,0
Effetti tossici dell'alcol	980	262	0,7	67	0,7	329	0,7
Totale		36.110	100	10.210	100	46.320	100

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

Fonte: elaborazione su Banca Dati SDO 2024 - Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, Ufficio 9

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

Per entrambi i generi, le patologie epatiche croniche sono quelle prevalentemente diagnosticate: per i maschi costituiscono il 60,4% vs il 44,8% per le femmine.

Seguono, per i maschi, le diagnosi riconducibili alla sindrome da dipendenza da alcol (17,1%) e all'abuso di alcol (15,3%).

Per le femmine, queste diagnosi si presentano con valori percentuali superiori: 25,0% per abuso di alcol e 24,2% per sindrome da dipendenza.

Il ricorso alle cure ospedaliere per i pazienti con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol ha necessitato di almeno un ricovero ordinario per il 93,8% dei casi e, per il restante 6,2%, di almeno un ricovero diurno.

Il tasso complessivo di ricovero ospedaliero (ordinario e diurno), standardizzato per età, è di 71,5 ricoveri per 100.000 abitanti [Tabella 3]. Si evidenzia, a tal proposito, che il tasso di ricovero rilevato nel 2024 presenta una riduzione rispetto al 2023 (71,5 vs 74,0 per 100.000).

TABELLA 3 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol per regime e regione di ricovero - ANNO 2024

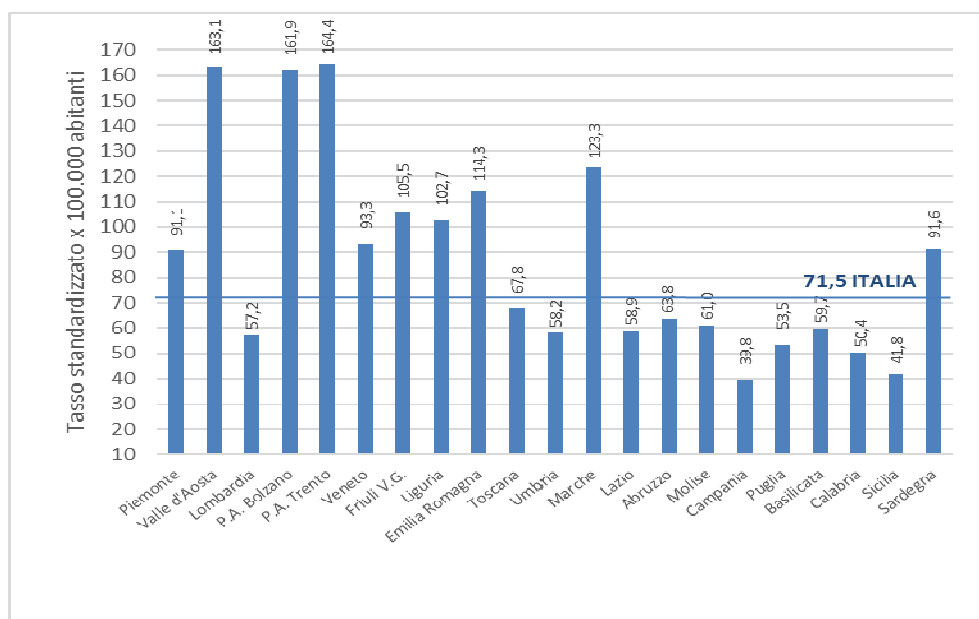
REGIONE	Dimissioni					
	Totale (ordinario + diurno)		Regime ordinario		Regime diurno	
	Numero	Tasso standardizzato x 100.000 abitanti	Numero	Degenza media	Numero	Numero medio accessi
Piemonte	4.289	91,1	3.818	17,1	471	6,0
Valle d'Aosta	219	163,1	168	14,6	51	7,5
Lombardia	6.171	57,2	6.094	14,1	77	2,1
P.A. Bolzano	876	161,9	862	10,9	14	6,8
P.A. Trento	942	164,4	917	14,8	25	5,6
Veneto	4.968	93,3	4.811	14,1	157	7,0
Friuli V.G.	1.521	105,5	1.269	11,5	252	11,8
Liguria	1.714	102,7	1.518	11,3	196	7,6
Emilia Romagna	5.408	114,3	5.289	12,3	119	9,8
Toscana	2.707	67,8	2.562	11,4	145	5,6
Umbria	539	58,2	532	9,8	7	6,4
Marche	1.924	123,3	1.887	16,9	37	2,9
Lazio	3.787	58,9	3.303	12,3	484	6,6
Abruzzo	929	63,8	839	12,4	90	7,5
Molise	210	61,0	202	10,8	8	7,8
Campania	2.443	39,8	2.159	10,5	284	7,2
Puglia	2.326	53,5	2.299	10,5	27	1,7
Basilicata	371	59,7	353	10,3	18	3,4
Calabria	1.038	50,4	958	11,1	80	4,7
Sicilia	2.161	41,8	2.023	11,2	138	5,2
Sardegna	1.777	91,6	1.573	11,8	204	6,5
ITALIA	46.320	71,5	43.436	13,0	2.884	6,9

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

Fonte: elaborazione su Banca Dati SDO 2024 - Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, Ufficio 9

Notevole è la variabilità del tasso di ricovero rilevato per le singole regioni **[Figura 1]**: i valori presentano ampie oscillazioni attorno al valore nazionale (pari a 71,5 ricoveri per 100.000 abitanti). Valori superiori a 160 ricoveri per 100.000 abitanti si rilevano in Valle d'Aosta e P.A. di Trento e Bolzano; valori inferiori a 50 ricoveri per 100.000 abitanti si rilevano in Sicilia e Campania.

FIGURA 1 – Tasso di ricovero standardizzato per età (x 100.000 abitanti) - ANNO 2024



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

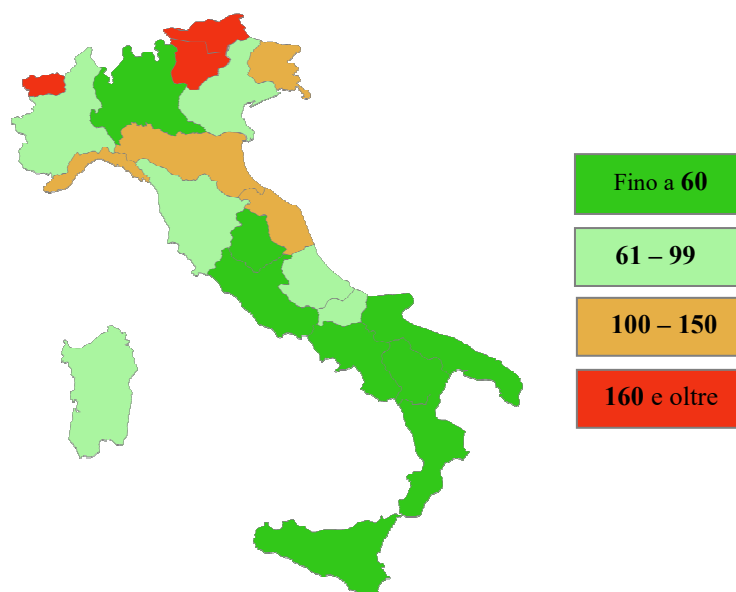
Fonte: elaborazione su Banca Dati SDO 2024 - Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, Ufficio 9

La distribuzione regionale del tasso di ricovero nel 2024 conferma quanto già osservato a partire dal 2022: sono Valle d'Aosta e P.A. di Trento e Bolzano a presentare i valori massimi, mentre quelli minimi si registrano in Sicilia e Campania.

La **Figura 2** rappresenta la mappa dell'Italia colorata in base al tasso di ricovero standardizzato per età registrato in ciascuna Regione/P.A.. Nella rappresentazione grafica sono stati definiti 4 cluster dei tassi regionali di ricovero; la colorazione varia dal verde (in due diverse tonalità) per le Regioni con tassi più bassi al rosso per le Regioni il cui tasso di ricovero assume valori più elevati.

La **Tabella 3** riporta anche la distribuzione per Regione della degenza media (in giorni) dei ricoveri in regime ordinario e il numero medio degli accessi per i ricoveri diurni. A livello nazionale, nel 2024 sia la degenza media (13 giorni) che il numero medio di accessi in day hospital (6,9) risultano sostanzialmente stabili dal 2022.

FIGURA 2 - Dimissioni ospedaliere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol per regione di ricovero. Tassi di ricovero standardizzati per età (per 100.000 abitanti) - ANNO 2024



La standardizzazione è effettuata per età rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001.

Fonte: elaborazione su Banca Dati SDO 2024 - Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, Ufficio 9

Confrontando i valori regionali [Tabella 3], si osserva come la degenza media oscilla attorno al valore nazionale, andando da un valore minimo di 9,8 giorni in Umbria al valore massimo di 17,1 giorni in Piemonte. Per i ricoveri diurni, il numero medio di accessi per ciascun ricovero varia da un massimo di 11,8 in Friuli Venezia Giulia ad un minimo di 1,7 accessi in Puglia.

Tenendo conto della differente modalità di ricorso al ricovero, si rileva che il 72,5% dei ricoveri ordinari avviene in urgenza/emergenza e, di questi, lo 0,8% è costituito da ricoveri per trattamento sanitario obbligatorio (249 casi). Il restante 27,5% è costituito da ricoveri programmati non urgenti; di questi, il 6% è costituito da ricoveri programmati con pre-ospedalizzazione.

Circa il 41% delle 46.320 dimissioni ospedaliere con almeno una diagnosi attribuibile all'alcol presenta tale diagnosi come principale motivo del ricovero, mentre per il restante 59% tale diagnosi è indicata come secondaria. Si precisa che il flusso informativo SDO rileva fino a cinque diagnosi secondarie.

Nella Tabella 4 si evidenzia il capitolo diagnostico della Classificazione ICD-9-CM in cui si colloca la diagnosi principale nei casi in cui la diagnosi attribuibile all'alcol è stata indicata come secondaria.

Il capitolo diagnostico prevalente per entrambi i generi è quello dei disturbi mentali. In particolare, per i maschi costituisce il 21,2% dei casi e per le femmine il 41,5%.

Per entrambi i generi, al secondo posto si collocano le malattie dell'apparato digerente (complessivamente 14,7%). A seguire: per i maschi i tumori (12,1%), le malattie del sistema circolatorio (11,0%) e le malattie dell'apparato respiratorio (9,6%); per le femmine, le malattie del sistema respiratorio (7,3%), i traumatismi ed avvelenamenti (7%) e le malattie del sistema circolatorio (6,6%).

TABELLA 4 - Distribuzione delle dimissioni con diagnosi secondaria totalmente attribuibile all'alcol, per capitoli di diagnosi principale e per genere - ANNO 2024

CAPITOLI DIAGNOSTICI (DIAGNOSI PRINCIPALE)	2024			
	Maschi		Femmine	
	Numero	%	Numero	%
1 - Malattie infettive e parassitarie (001-139)	918	4,3	197	3,4
2 - Tumori (140-239)	2.574	12,1	328	5,6
3 - Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, disturbi immunitari (240-279)	391	1,8	118	2,0
4 - Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)	418	2,0	114	2,0
5 - Disturbi mentali (290-319)	4.504	21,2	2.414	41,5
6 - Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	926	4,4	259	4,4
7 - Malattie del sistema circolatorio (390-459)	2.337	11,0	385	6,6
8 - Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	2.036	9,6	425	7,3
9 - Malattie dell'apparato digerente (520-579)	3.345	15,7	644	11,1
10 - Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	502	2,4	114	2,0
11 - Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)	-	-	5	0,1
12 - Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)	110	0,5	19	0,3
13 - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	246	1,2	65	1,1
14 - Malformazioni congenite (740-759)	19	0,1	3	0,1
15 - Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)	4	0,0	-	-
16 - Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti (780-799)	1.076	5,1	249	4,3
17 - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)	1.494	7,0	409	7,0
Classificazione supplementare dei fattori che influenzano stato di salute e ricorso ai servizi sanitari (codici V)	362	1,7	68	1,2
Diagnosi principale non indicata	21	0,1	5	0,1
TOTALE	21.283	100,0	5.821	100,0

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

Fonte: elaborazione su Banca Dati SDO 2024 - Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, Ufficio 9

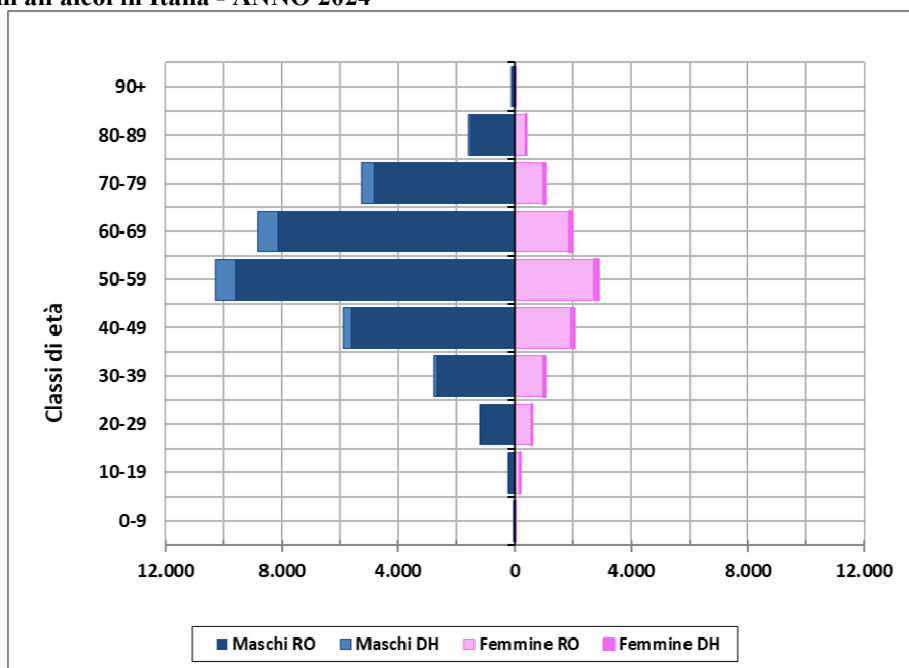
La rappresentazione grafica a forma di piramide **[Figura 3]**, fornisce una panoramica immediata della prevalenza di ricoveri dei maschi rispetto alle femmine per classi di età.

Il grafico mostra la distribuzione, a livello nazionale, delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, per genere e classi di età decennali.

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

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

FIGURA 3 – Piramide, per classi di età decennali e per genere, delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol in Italia - ANNO 2024



Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol.
RO - Ricovero ordinario. DH - Day hospital.

Fonte: elaborazione su Banca Dati SDO 2024 - Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, Ufficio 9

La **Tabella 5** fornisce indicazioni sulla distribuzione percentuale dei ricoveri per regione di ricovero, genere e classi di età.

Le regioni di ricovero con un numero di dimissioni totalmente attribuibili ad alcol superiore a 4.000 sono, in ordine crescente: Piemonte, Veneto, Emilia Romagna e Lombardia.

Per entrambi i generi, la classe di età 45-64 anni è quella in cui si rileva la percentuale più elevata di ricoveri: 51,7% per i maschi vs 51,5% per le femmine.

TABELLA 5 - Distribuzione percentuale delle dimissioni, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, per regione, genere e fasce d'età - ANNO 2024

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	0,03	17,94	55,13	17,66	9,24	0,46	20,48	58,76	14,30	6,00
Valle d'Aosta	-	25,00	35,98	18,90	20,12	-	34,55	23,64	23,64	18,18
Lombardia	0,38	20,48	49,66	17,94	11,54	1,58	29,42	48,66	13,20	7,15
P.A. Bolzano	0,90	22,27	42,90	23,02	10,91	0,48	32,85	38,65	18,84	9,18
P.A. Trento	0,14	23,70	49,04	16,85	10,27	0,47	28,30	42,45	14,15	14,62
Veneto	0,24	18,02	46,47	21,48	13,79	1,30	26,23	47,19	15,41	9,87
Friuli V.G.	0,33	9,70	39,38	28,85	21,74	0,92	9,85	41,54	24,62	23,08
Liguria	0,23	18,29	48,25	21,63	11,60	1,86	30,15	69,23	21,23	8,92
Emilia Romagna	0,33	23,31	51,50	16,81	8,05	0,63	31,99	50,94	10,73	5,71
Toscana	0,10	19,70	47,84	21,16	11,21	0,42	24,13	54,67	14,37	6,42
Umbria	0,95	21,48	52,98	14,56	10,02	1,67	21,67	46,67	20,83	9,17
Marche	0,14	23,19	55,88	13,70	7,09	0,21	35,88	51,38	7,64	4,88
Lazio	0,26	16,20	57,09	17,70	8,75	1,54	22,86	56,10	10,52	8,98
Abruzzo	0,26	13,00	51,24	23,67	11,83	1,25	23,13	55,00	12,50	8,13
Molise	0,58	10,47	51,74	29,07	8,14	2,63	13,16	68,42	7,89	7,89
Campania	0,05	12,98	61,75	17,99	7,23	0,73	19,07	56,97	15,89	7,33
Puglia	0,26	15,27	55,98	19,91	8,58	1,87	16,86	59,48	11,94	9,84
Basilicata	0,65	10,13	51,63	18,95	18,63	1,54	26,15	47,69	9,23	15,38
Calabria	0,69	12,02	51,10	23,70	12,49	1,16	30,64	46,24	10,40	11,56
Sicilia	0,22	19,18	56,88	16,86	6,85	0,57	28,69	52,56	11,08	7,10
Sardegna	0,64	9,05	49,84	29,51	10,96	2,40	14,90	51,44	25,00	6,25
ITALIA	0,28	17,95	51,72	19,56	10,49	1,04	25,60	51,50	13,74	8,12

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

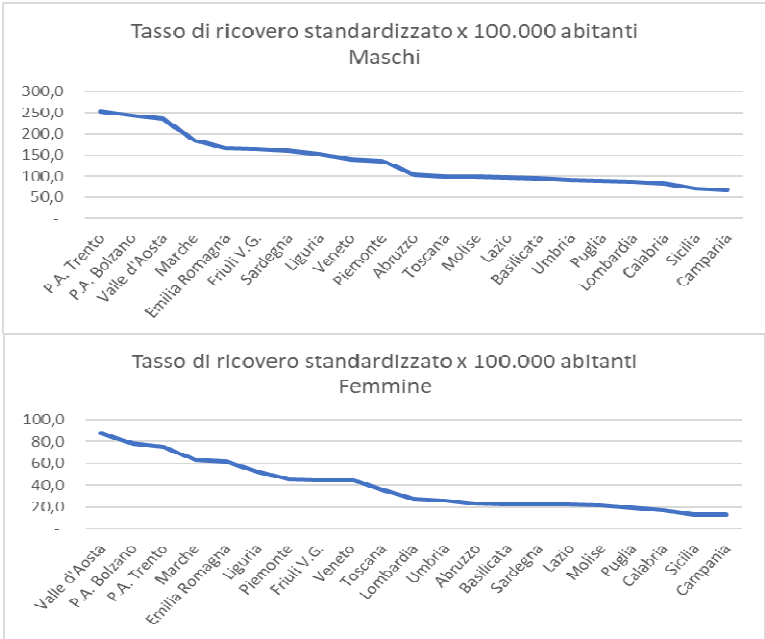
Fonte: elaborazione su Banca Dati SDO 2024 - Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, Ufficio 9

Anche la distribuzione dei tassi di ricovero regionali, standardizzati per sesso ed età [Tabella 6], mostra, come già rilevato nel caso di standardizzazione del tasso per la sola età, una elevata variabilità tra Regioni e per entrambi i sessi.

Con riferimento ai pazienti di sesso maschile, i tassi di ricovero regionali superiori a 200 per 100.000 abitanti si rilevano a partire da Valle d'Aosta (236,3) e P.A. di Bolzano (243,4) e Trento (252,8), come già emerso esaminando i tassi regionali complessivi, senza la distinzione del genere. Gli estremi inferiori della distribuzione si rilevano in Sicilia (71,0) e Campania (67,2).

TABELLA 6 - Tasso di ricovero standardizzato (STD) per età e per genere (x 100.000 abitanti) - ANNO 2024

REGIONE	Maschi	Femmine
	Tasso STD x 100.000 ab.	Tasso STD x 100.000 ab.
Piemonte	136,3	46,1
Valle d'Aosta	236,3	87,2
Lombardia	86,2	27,8
P.A. Bolzano	243,4	78,4
P.A. Trento	252,8	75,0
Veneto	140,2	45,0
Friuli V.G.	164,0	45,3
Liguria	153,1	52,5
Emilia Romagna	167,1	61,8
Toscana	99,7	36,1
Umbria	91,4	26,2
Marche	183,9	63,5
Lazio	97,1	22,3
Abruzzo	104,0	23,5
Molise	98,6	22,2
Campania	67,2	13,4
Puglia	88,6	19,5
Basilicata	95,6	22,8
Calabria	83,4	17,3
Sicilia	71,0	13,8
Sardegna	159,3	22,6
ITALIA	111,1	32,2



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

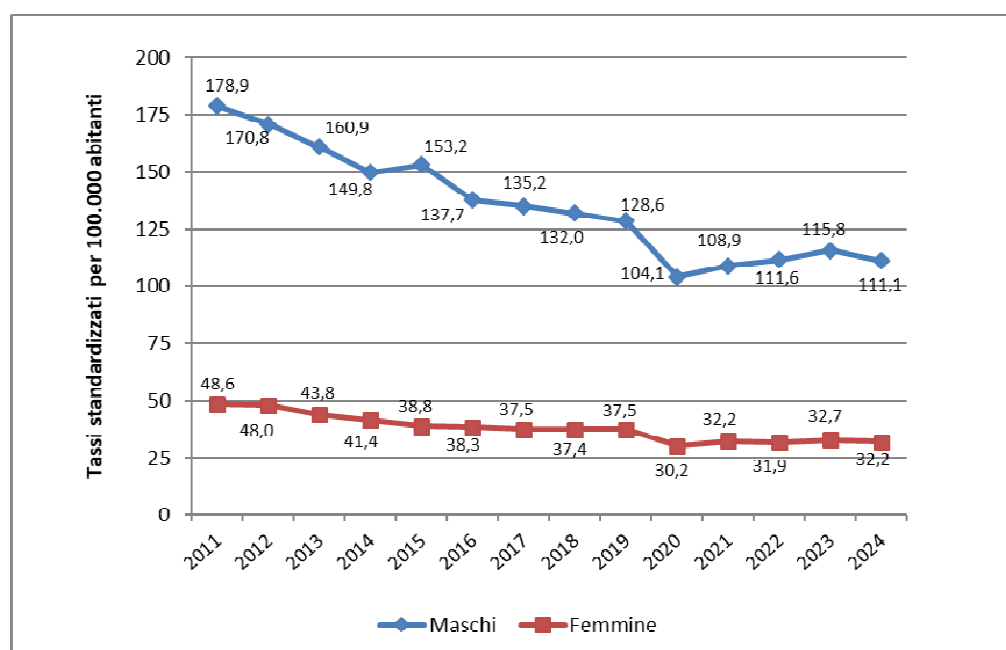
Fonte: elaborazione su Banca Dati SDO 2024 - Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, Ufficio 9

Analogamente, la distribuzione del tasso di ricovero delle pazienti di sesso femminile presenta valori più elevati, superiori a 70 per 100.000 abitanti, a partire dalle P.A. di Trento (75,0), Bolzano (78,4) e dalla Regione Valle d'Aosta (87,2). I valori minimi della distribuzione si rilevano in Sicilia (13,8) e Campania (13,4).

A partire dal 2011, si osserva una progressiva riduzione, con qualche eccezione, dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera per entrambi i sessi, seppure con differente intensità [Figura 4].

In particolare, si osserva una accentuata contrazione dei tassi di ricovero per alcol nel 2020 per entrambi i sessi, in un contesto di generale riduzione (circa -20% rispetto al 2019) del numero complessivo dei ricoveri ospedalieri a causa della pandemia da COVID-19. A partire dal 2021, per effetto di una ripresa generale delle ospedalizzazioni post-pandemia, anche i tassi di ricovero per alcol presentano un discreto incremento, soprattutto per i maschi.

FIGURA 4 – Tassi standardizzati di dimissione (x100.000 abitanti) con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, per genere - Trend ANNI 2011-2024



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

Fonte: elaborazione su Banca Dati SDO 2024 - Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, Ufficio 9

Il tasso di ricovero per diagnosi attribuibili all'alcol passa, per i maschi, da 178,9 per 100.000 abitanti nel 2011 a 104,1 nel 2020; si rileva un incremento a partire dal 2021 fino a raggiungere il valore 115,8 nel 2023 ed ancora una flessione, fino a 111,1, nel 2024.

Per le femmine, il tasso di ricovero ospedaliero è più contenuto in tutto il periodo osservato; anche in questo caso, si evidenzia una progressiva riduzione, passando da 48,6 nel 2011 fino a 30,2 nel 2020, per poi raggiungere il valore di 32,7 nel 2023. Nel 2024 il tasso subisce ancora una flessione raggiungendo il valore 32,2.

Limitatamente ai ricoveri in regime ordinario effettuati nel corso del 2024, si rileva che 40.389 (pari a circa il 93%) dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol presentano un codice identificativo (anonimo) del paziente valido ai fini del tracciamento dei ricoveri ripetuti.

TABELLA 7 - Distribuzione delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol e delle riammissioni non programmate entro 30 e 7 giorni dalla precedente dimissione - ANNO 2024

Regione	Regime ordinario - Anno 2024				
	Dimissioni con codici identificativi del paziente validi	Riammissioni entro 30 giorni	% riammissioni entro 30 giorni	Riammissioni entro 7 giorni	% riammissioni entro 7 giorni
Piemonte	3.787	164	4,3%	116	3,1%
Valle d'Aosta	168	12	7,1%	5	3,0%
Lombardia	5.924	233	3,9%	160	2,7%
P.A. Bolzano	832	23	2,8%	12	1,4%
P.A. Trento	904	25	2,8%	18	2,0%
Veneto	3.371	188	5,6%	121	3,6%
Friuli V.G.	1.258	47	3,7%	35	2,8%
Liguria	1.501	100	6,7%	61	4,1%
Emilia Romagna	4.445	196	4,4%	149	3,4%
Toscana	2.530	142	5,6%	82	3,2%
Umbria	437	31	7,1%	10	2,3%
Marche	1.854	57	3,1%	38	2,0%
Lazio	3.141	167	5,3%	96	3,1%
Abruzzo	829	30	3,6%	13	1,6%
Molise	201	14	7,0%	3	1,5%
Campania	2.079	72	3,5%	37	1,8%
Puglia	2.272	143	6,3%	81	3,6%
Basilicata	353	7	2,0%	4	1,1%
Calabria	943	43	4,6%	22	2,3%
Sicilia	1.994	68	3,4%	40	2,0%
Sardegna	1.566	115	7,3%	77	4,9%
ITALIA	40.389	1.877	4,6%	1.180	2,9%

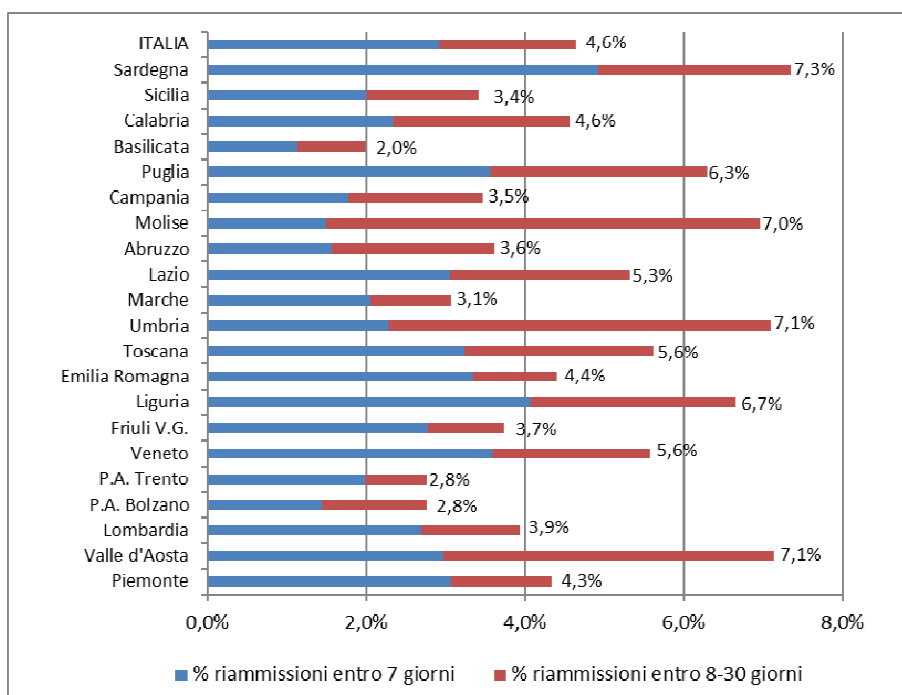
Sono state considerate le dimissioni con diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol e con codice identificativo (anonimo) valido.

Fonte: elaborazione su Banca Dati SDO 2024 - Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, Ufficio 9

In particolare, la **Tabella 7** presenta il numero delle riammissioni ospedaliere urgenti effettuate nel corso del 2024, ossia riammissioni a breve termine, non programmate, dei pazienti già ricoverati e dimessi nel corso dello stesso anno. Le riammissioni ospedaliere sono distinte tra quelle effettuate entro 30 giorni e quelle effettuate entro 7 giorni dalla data di dimissione del precedente ricovero.

La **Figura 5** rappresenta la distribuzione delle percentuali di riammissioni ospedaliere non programmate entro 30 giorni dal precedente episodio di ricovero (lunghezza complessiva dell'istogramma): in blu quelle effettuate entro 7 giorni e in rosso quelle effettuate tra l'ottavo ed il trentesimo giorno.

FIGURA 5 – Distribuzione delle riammissioni non programmate entro 30 giorni dalla precedente dimissione - ANNO 2024



Sono state considerate le dimissioni con diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol e con codice identificativo (anonimo) valido.

Fonte: elaborazione su Banca Dati SDO 2024 - Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, Ufficio 9

Sono state considerate le dimissioni con diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol e con codice identificativo (anonimo) valido.

A livello nazionale, nel 2024 il 4,6% delle dimissioni è rappresentato da riammissioni ospedaliere urgenti, non programmate, effettuate entro 30 giorni dal precedente ricovero. Tale valore risulta in diminuzione rispetto agli analoghi valori rilevati nel biennio caratterizzato dalla pandemia (8,0%), nel 2022 (7,6%) e nel 2023 (7,4%).

I valori regionali oscillano da un minimo del 2,0% in Basilicata ad un massimo del 7,3% in Sardegna.

Le riammissioni urgenti entro 7 giorni presentano percentuali più contenute: 2,9% a livello nazionale, in lieve diminuzione rispetto al 2023 (3,2%), 2022 (3,3%) e al 2021 (3,6%). Il valore più elevato della distribuzione è in Sardegna (4,9%), il minimo in Basilicata (1,1%).

Con riferimento alle riammissioni non programmate comprese tra 8 e 30 giorni dalla precedente dimissione, il valore Italia è pari all'1,7% dei ricoveri, in diminuzione rispetto al 2023 (4,2%) e al 2022 (4,4%); a livello regionale, si va dallo 0,8% registrato nella P.A. di Trento al 5,5% del Molise.

1.7 MORTALITÀ PER DECESSI TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI

Si definiscono decessi “totalmente alcol-attribuibili” le morti causate da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol. Nell’analisi della mortalità totalmente alcol-attribuibile, in accordo con l’ICD10, vengono analizzati i decessi avvenuti nel corso dell’anno, per le patologie: *Disturbi psichici e comportamentali dovuti all’uso di 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). Anche la “*Miopia alcolica* (ICD10: G72.1)” e “*Presenza di alcol nel sangue* (ICD10: R78.0)” fanno parte delle *patologie totalmente alcol-attribuibili*, ma non essendo causa di decesso, non sono menzionate nelle analisi che seguono.

La “Indagine sui decessi e cause di morte” condotta dall’ISTAT è un’indagine totale ed esaustiva che rileva, per tutti i soggetti deceduti in Italia (popolazione presente) le informazioni sulla causa di decesso e su alcune caratteristiche demografiche e sociali. I dati prodotti dell’ISTAT vengono successivamente elaborati presso l’Istituto Superiore di Sanità dall’ONA-ISS e dal Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell’ISS. L’ISTAT rilascia i dati dell’“Indagine sui decessi e cause di morte” con cadenza annuale.

Il dato più recente attualmente disponibile si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nell’anno 2022.

I dati qui analizzati includono tutti i soggetti residenti in Italia (cittadini italiani e stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese; inoltre, poiché la mortalità totalmente alcol-attribuibile non riguarda le fasce di età infantili, le elaborazioni presentate si riferiscono alla popolazione di quindici anni e più.

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. La popolazione per il calcolo dei tassi deriva dalla rilevazione ISTAT su “Popolazione residente comunale per sesso anno di nascita e stato civile” (<https://demo.istat.it/>).

Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere

Nell’anno 2022 il numero di decessi tra i residenti in Italia di 15 anni e più per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.306, di cui l’82,5% maschi e il 17,5% femmine, che corrispondono a circa 43 decessi per milione di abitanti tra i maschi e circa 9 decessi per milione tra le femmine (**Tabella 1**).

Il dettaglio delle patologie incluse nei due codici (F10, K70) è riportato nella **Tabella 2**.

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra i maschi che tra le femmine, sono le *epatopatie alcoliche* (M=765; F=172) e i *disturbi psichici e comportamentali dovuti all’uso di alcol* (M=247; F=43) che, sommate, causano il 94,0% dei decessi alcol-attribuibili sia tra i maschi che tra le femmine.

Nel 2022, il tasso standardizzato di mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili tra la popolazione di 15 anni e più è stato pari a 4,05 per 100.000 abitanti per i maschi e 0,78 per le femmine; il tasso mostra una riduzione per le femmine, mentre è invariato per i maschi (**Tabella 3**, **Figura 1**).

L’analisi dell’andamento temporale della mortalità dei maschi per patologie totalmente alcol-attribuibili mostra una netta riduzione fino al 2013 quando raggiunge un minimo di 3,79 per 100.000 abitanti, poi si registra un leggero aumento negli anni seguenti fino al 2016 quando il tasso raggiunge un valore di 4,08; nel periodo dal 2017 al 2020 il tasso si mantiene sostanzialmente stabile su valori lievemente inferiori a quelli registrati nel 2016 (oscillando tra 3 e 4 casi per 100.000 abitanti); nel 2022 si mantiene l’aumento registrato nel 2021 che ritorna circa agli stessi livelli registrati nel 2016 (4,07 e 4,05 per 100.000 abitanti nel 2021 e 2022, rispettivamente) (**Figura 1**).

Tabella 1. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2022.

Codici	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Dece ssi	%	Dece ssi	%	Dece ssi	%
F10	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	247	22,9	43	18,8	290	22,2
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	19	1,8	5	2,2	24	1,8
G62.1	Polineuropatia alcolica	7	0,6	1	0,4	8	0,6
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	9	0,8	2	0,9	11	0,8
K29.2	Gastrite alcolica	1	0,1	0	0,0	1	0,1
K70	Epatopatie alcoliche	765	71,0	172	75,1	937	71,7
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	3	0,3	1	0,4	4	0,3
T51	Effetti tossici dell'alcol	26	2,4	5	2,2	31	2,4
Totale decessi		1077	100,	229	100,	1306	100,

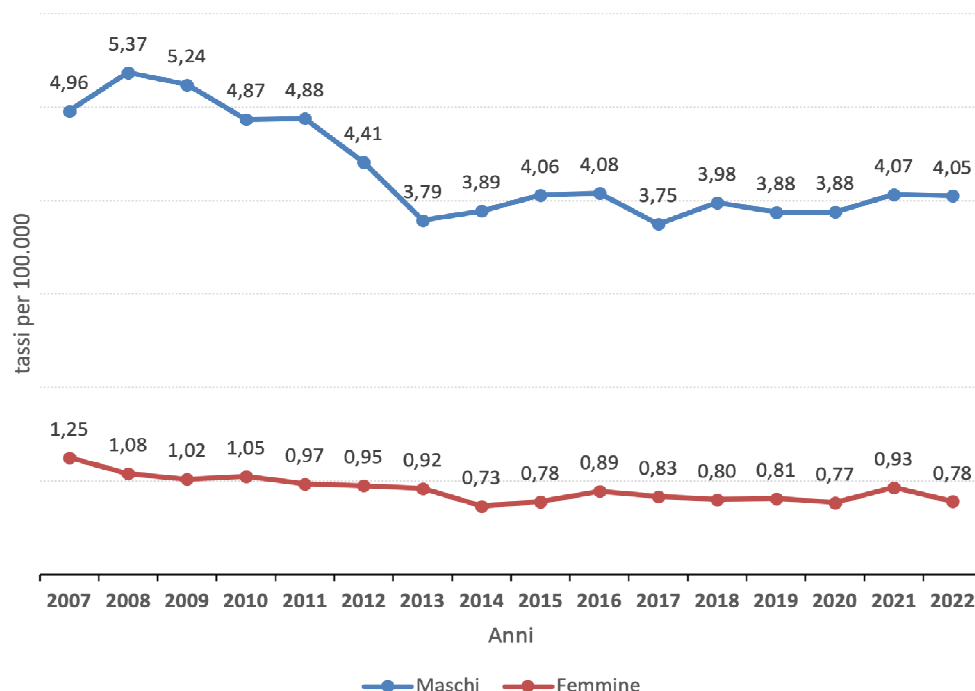
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sui decessi e cause di morte”.

Tabella 2. Sottocodici delle patologie ICD-10 F10 e K70

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

La mortalità totalmente alcol-attribuibile aumenta con l'avanzare dell'età sia per i maschi che per le femmine. Il tasso di mortalità standardizzato mostra i valori più elevati tra la popolazione di 55 anni e più: 7,14 (per 100.000 abitanti) per i maschi e 1,30 per 100.000 per le femmine (**Tabella 3, Figura 1**).

Figura 1. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Maschi e Femmine. Italia, anni 2007- 2022



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

Tabella 3. Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati (per 100.000 abitanti). Italia, anno 2022.

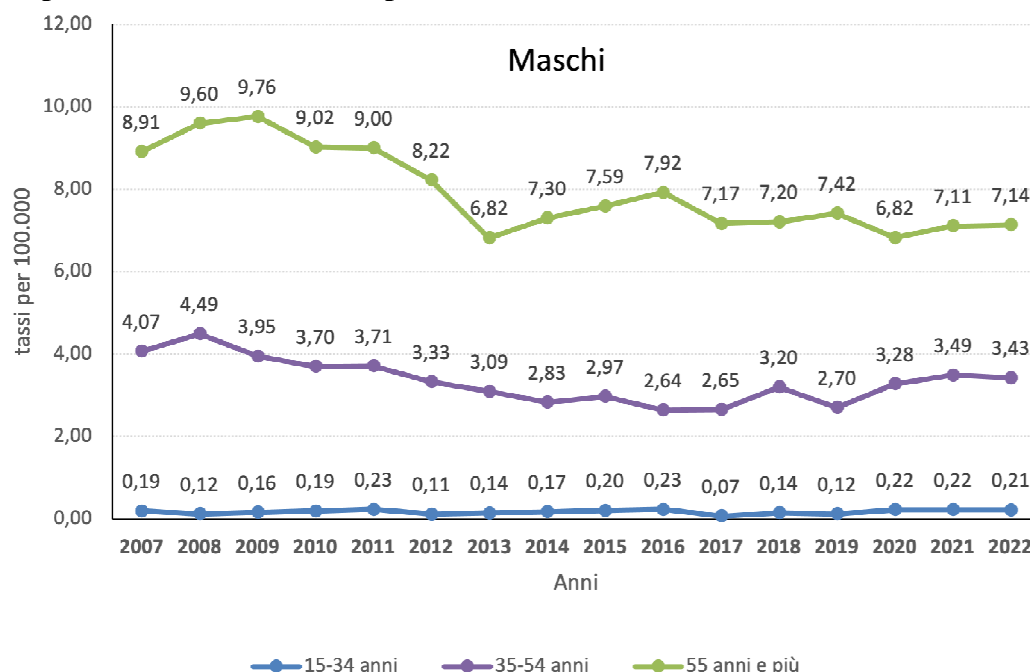
Età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34 anni	12	0,21	3	0,05	15	0,13
35-54 anni	307	3,43	67	0,74	374	2,07
55+ anni	758	7,14	159	1,30	917	4,04
15+ anni	1077	4,05	229	0,78	1306	2,33

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

Per le femmine si osserva un trend in riduzione fino al 2014, quando il tasso raggiunge un minimo di 0,73 per 100.000 abitanti; nel 2015-2016 si registra un lieve incremento (0.89 per 100.000 abitanti nel 2016) a cui segue un periodo di riduzione fino al 2020 quando il tasso raggiunge un minimo di 0,77 per 100.000 abitanti. Nel 2021 il tasso di mortalità femminile per cause totalmente alcol-attribuibili è aumentato, arrivando a 0,93 decessi per 100.000, mentre nel 2022 è tornato a livelli più bassi, ovvero 0,78 per 100.000 abitanti (**Figura 1**).

Analizzando l'andamento temporale del tasso di mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili per le diverse fasce di età si evidenzia un contributo non omogeneo al trend complessivo (Figure 2 e 3).

Figura 2. 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- 2022



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

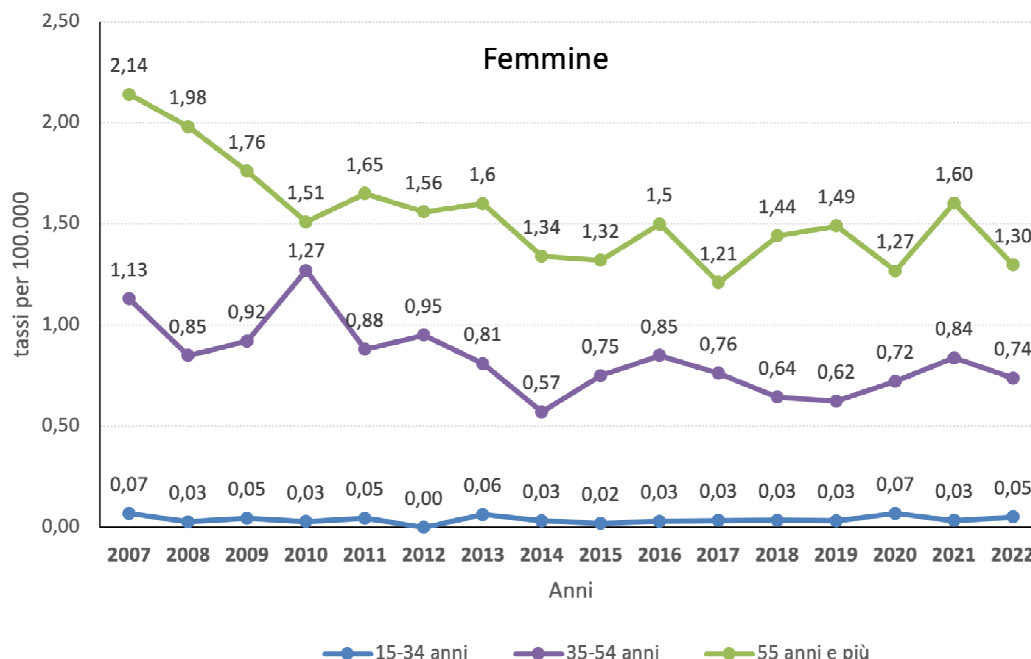
Per i maschi over 55 si osserva una riduzione marcata a partire dal 2009 (9,76 per 100.000 nel 2009) che si arresta nel 2013 ad un minimo di 6,82 per 100.000; a cui segue un aumento fino a 2017 quando il tasso raggiunge un massimo di 7,92 per 100.000 abitanti; dal 2017 al 2022 per i maschi di 55 anni e più la mortalità alcol attribuibile, seppur con oscillazioni, sembra essere in lieve riduzione, con un minimo nel 2020 (6,82 per 100.000), e un lieve aumento successivo, con un tasso di 7,14 per 100.000 nel 2022.

Tra i maschi di 35-54 anni la mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili diminuisce drasticamente dal 2008 al 2016, passando da 4,07 per 100.000 a 2,64 per 100.000; poi il tasso oscilla, con una tendenza all'aumento (eccetto l'anno 2019) negli anni seguenti e raggiunge il valore di 3,49 nel 2021 e 3,43 nel 2022.

Tra i maschi più giovani (15-34 anni) il tasso non supera mai il valore di 0,23 per 100.000 abitanti in tutto il periodo analizzato (Figura 2).

Anche per le femmine l'andamento temporale della mortalità totalmente alcol-attribuibili non è omogeneo per le diverse classi di età. Per le femmine di 55 anni e più si osserva una netta riduzione del tasso dal 2007 (2,14 per 100.000) al 2010 (1,51 per 100.000); tra il 2010 e il 2020, seppur con forti oscillazioni, la tendenza è in lieve diminuzione con un minimo di 1,27 per 100.000 nel 2020; nel 2021 il tasso sale di nuovo ad un valore di 1,60 per 100.000 per poi tornare a 1,30 per 100.000 nel 2022 (Figura 3).

Figura 3. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Femmine. Italia, anni 2007- 2022



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

Nella classe di età 35-54 anni, tra le femmine, si osserva un massimo del tasso di mortalità nel 2010 (1,27 per 100.000) poi un periodo di decremento che si protrae fino al 2014 quando il tasso raggiunge un minimo di 0,57 per 100.000; negli anni seguenti si osserva un nuovo aumento dal 2014 al 2016, una lieve riduzione nei tre anni successivi e di nuovo un aumento a partire dal 2019 (da 0,62 per 100.000 nel 2019, a 0,84 nel 2021, e 0,74 nel 2022).

Tra le femmine nella classe di età più giovane (15-34 anni) la mortalità per patologie alcol-attribuibili è estremamente bassa (inferiore a 0,1 per 100.000) e soggetta nel tempo ad oscillazioni casuali (**Figura 3**).

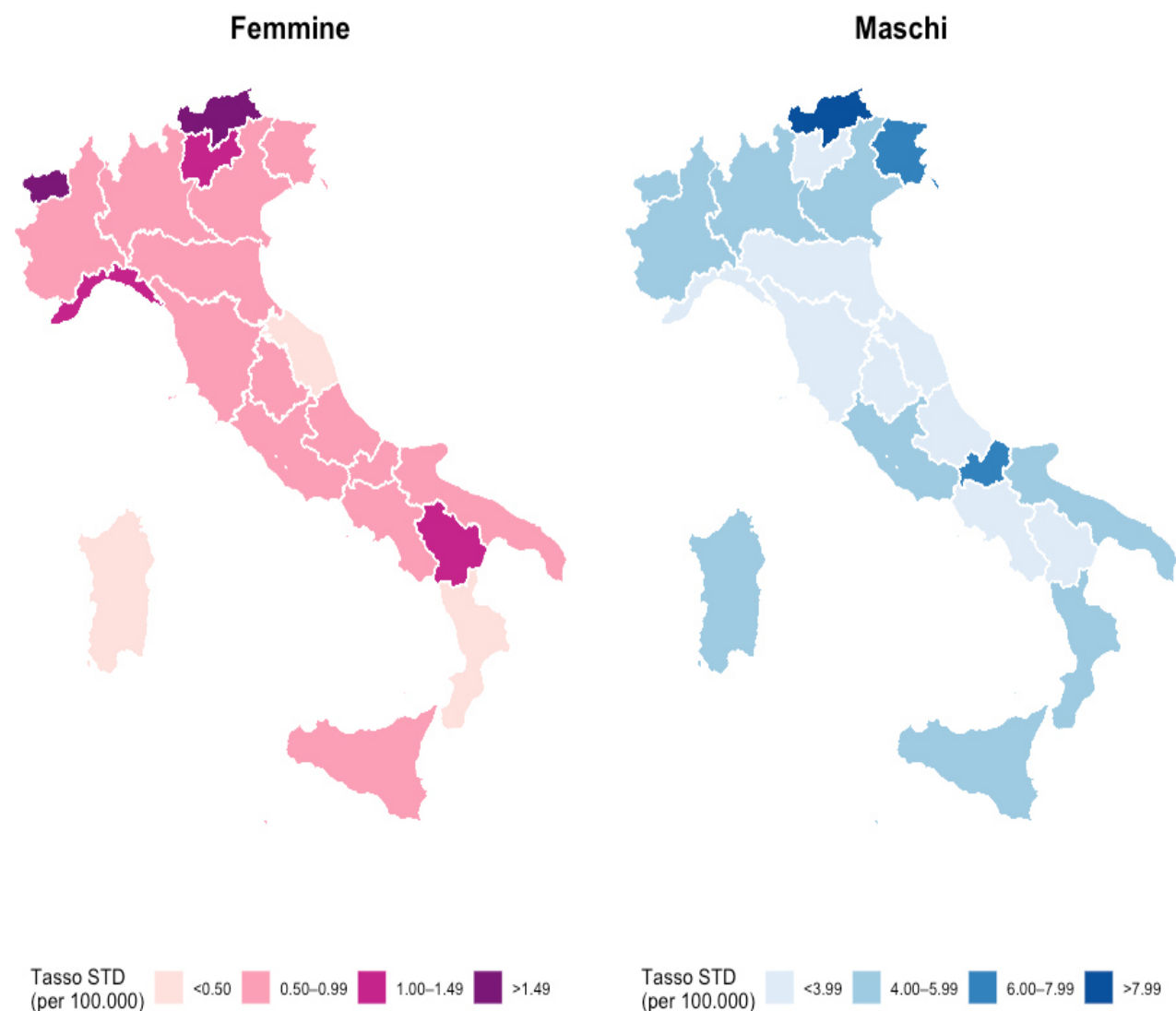
Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza

L'analisi territoriale della mortalità totalmente alcol-attribuibili fa emergere una estrema variabilità a livello regionale.

Per i maschi, le Regioni che nel 2022 hanno i livelli statisticamente più elevati di mortalità (tassi standardizzati) sono al Nord, la Provincia Autonoma di Bolzano (12,32 per 100.000 abitanti) e il Friuli-Venezia Giulia (6,01 per 100.000 abitanti) e, al Sud, Molise (6,53) e Calabria (5,70) (**Figura 4, Tabella 4**).

Per le femmine, i tassi di mortalità totalmente alcol-attribuibili più elevati si registrano al Nord in Valle d'Aosta (2,83 per 100.000) e nella provincia autonoma di Bolzano (1,70), al centro nel Lazio (0,93 per 100.000), in Toscana (0,91 per 100.000) e in Emilia-Romagna (0,90 per 100.000), e al Sud in Basilicata (1,03 per 100.000) (**Figura 4, Tabella 4**).

Figura 4. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle Regioni italiane.
Tassi standardizzati per 100.000 abitanti. Maschi e Femmine di 15 anni e più. Italia, anno 2022.



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

Tabella 4. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle Regioni italiane. Numero di decessi, tassi standardizzati per 100.000 abitanti e relativi Intervalli di Confidenza al 95%. Popolazione di 15 anni e più. Italia, anno 2022.

Regione	Maschi			Femmine			Totale		
	n	Tasso std	IC95%	n	Tasso std	IC95%	n	Tasso std	IC95%
Piemonte	101	5,13	4.17-6.3	16	0,67	0.38-1.16	117	2,83	2.33-3.42
Valle d'Aosta	3	5,14	1.06-17.86	2	2,83	0.33-13.9	5	4,10	1.33-10.75
Lombardia	182	4,13	3.54-4.81	43	0,90	0.65-1.23	225	2,42	2.11-2.76
Bolzano	26	12,32	8.01-18.56	4	1,70	0.44-4.74	30	6,59	4.43-9.53
Trento	9	3,88	1.75-7.84	3	1,23	0.25-4.03	12	2,47	1.26-4.47
Veneto	92	4,23	3.4-5.25	16	0,64	0.36-1.09	108	2,34	1.92-2.85
Friuli-Venezia Giulia	35	6,01	4.18-8.52	7	0,97	0.38-2.34	42	3,36	2.42-4.64
Liguria	23	3,16	1.99-4.91	9	1,25	0.55-2.61	32	2,16	1.47-3.15
Emilia-Romagna	64	3,22	2.48-4.15	20	0,90	0.54-1.43	84	2,00	1.59-2.49
Toscana	49	2,80	2.07-3.75	17	0,91	0.52-1.52	66	1,80	1.39-2.32
Umbria	13	3,29	1.74-5.86	3	0,64	0.13-2.26	16	1,86	1.05-3.16
Marche	10	1,43	0.68-2.77	4	0,49	0.13-1.5	14	0,94	0.51-1.65
Lazio	104	4,08	3.33-4.98	27	0,93	0.61-1.39	131	2,41	2.01-2.87
Abruzzo	21	3,52	2.17-5.51	5	0,74	0.23-1.95	26	2,07	1.35-3.1
Molise	9	6,53	2.96-13.03	1	0,60	0.02-5	10	3,24	1.52-6.43
Campania	80	3,24	2.56-4.12	17	0,64	0.37-1.05	97	1,90	1.54-2.33
Puglia	84	4,74	3.78-5.92	13	0,68	0.36-1.21	97	2,62	2.12-3.22
Basilicata	7	2,69	1.06-5.91	3	1,03	0.21-3.63	10	1,84	0.87-3.6
Calabria	46	5,70	4.16-7.67	2	0,25	0.03-1	48	2,85	2.1-3.81
Sicilia	86	4,07	3.25-5.08	13	0,60	0.32-1.06	99	2,26	1.83-2.76
Sardegna	33	4,23	2.9-6.05	4	0,46	0.13-1.39	37	2,26	1.59-3.18
Italia	1077	4,05	3.81-4.31	229	0,78	0.68-0.89	1306	2,33	2.21-2.47

°std=standardizzato

^IC95%=Intervallo di Confidenza 95%

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

1.8 GLI INCIDENTI STRADALI E LE VIOLAZIONI DEL CODICE DELLA STRADA

Gli incidenti stradali in Italia nel 2023: l'analisi temporale, le circostanze di incidente e le violazioni al codice della strada

Nel 2024 si è consolidato definitivamente il ritorno a una mobilità su livelli analoghi a quelli pre-pandemia, con un aumento degli spostamenti per motivi di lavoro, studio e turismo.

Sul fronte dell'incidentalità stradale, il numero delle vittime è rimasto pressoché stabile rispetto al 2023, mentre si registra un aumento degli incidenti e dei feriti.

Il numero di morti in incidenti stradali ammonta a 3.030 (-0,3% rispetto al 2023), quello dei feriti a 233.853 (+4,1%), per un totale di 173.364 incidenti stradali (+4,1%).

Rispetto al 2019, le vittime e i feriti sono diminuiti (rispettivamente del -4,5% e -3,1%), mentre gli incidenti stradali mostrano un leggero aumento (+0,7%). **(Figura 1).**

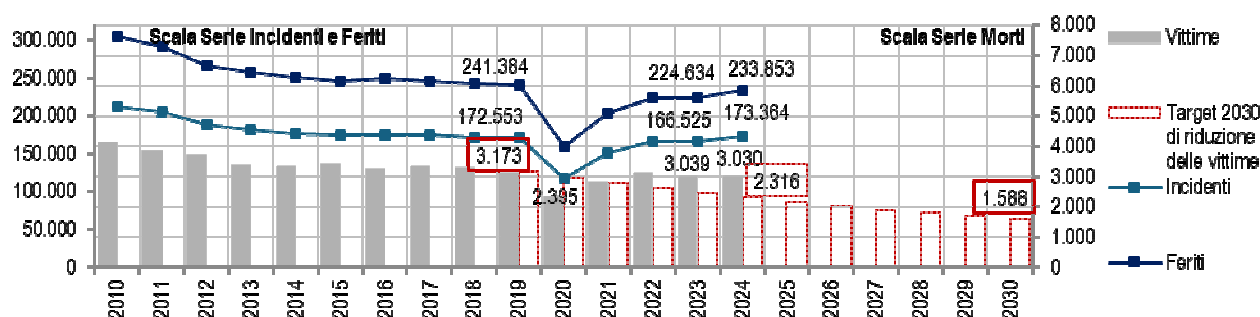
Ogni giorno, durante l'anno, si sono verificati in media 475 incidenti stradali con lesioni a persone, sono morte 8 persone e ne sono rimaste ferite 641.

Nel 2024, il numero di vittime per incidenti stradali, anche nel complesso della Ue27 diminuisce in maniera contenuta (-1,7% rispetto al 2023), in linea con la tendenza dell'anno precedente; rispetto al 2019, la variazione percentuale è stata del -12,1%. In termini assoluti, le vittime nella UE27 sono state 20.017 nel 2024, a fronte di 20.365 nel 2023 e 22.761 nel 2019. Ciò corrisponde, nel 2024, a 45 morti per incidente stradale ogni milione di abitanti, un valore inferiore a quello del nostro Paese, pari a 51, che resta al 19° posto della graduatoria europea per mortalità stradale.

Tra tutti i sistemi di trasporto, quello su strada è di gran lunga il più pericoloso e comporta il prezzo più alto in termini di vite umane.

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

FIGURA 1. Incidenti stradali con lesioni a persone, morti e feriti. Anni 2001-2024 e target 2030 (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, 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 organizzata in tre diverse categorie: per inconvenienti di circolazione, riferibili a difetti e avarie dei veicoli e allo stato psico-fisico del conducente o del pedone, tra queste ultime rientrano lo stato di ebbrezza alcolica e l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Tuttavia, seppure le informazioni sulle circostanze di incidente stradale² rappresentino un bacino di dati ricco e prezioso, occorre segnalare che la comunicazione delle informazioni riguardanti le cause legate allo stato psicofisico alterato dei conducenti, non avviene sempre in maniera tempestiva e completa da parte delle forze dell'ordine all'Istat. Per tale motivo il numero di incidenti legati allo stato di alterazione psicofisica comunicati dagli Organi di rilevazione appare spesso sottostimato. A seguito di tali verifiche, nel 2010 l'Istat ha scelto, in maniera cautelativa, di sospendere la diffusione dei dati puntuali su tali circostanze.

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

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

Tra i comportamenti errati alla guida (escluso il gruppo residuale delle cause di natura imprecisata), si confermano come più frequenti la distrazione, il mancato rispetto della precedenza e la velocità troppo elevata. I tre gruppi costituiscono complessivamente il 37,8% dei casi (85.339).

Si precisa che la rilevazione condotta dall'Istat include solo le circostanze accertate o presunte per i conducenti dei primi due veicoli coinvolti nell'incidente (gli incidenti che coinvolgono tre o più veicoli sono, nel 2024, il 9% del totale) (**Prospetto 1**).

Tra le altre cause più rilevanti, la manovra irregolare (17.811), la mancanza della distanza di sicurezza (15.778), la mancanza di precedenza al pedone (7.969) e il comportamento scorretto del pedone (6.445) rappresentano rispettivamente il 7,9%, il 7,0%, il 3,5% e il 2,9% delle cause di incidente.

Con riferimento alla categoria della strada, la prima causa di incidente sulle strade urbane è il mancato rispetto delle regole di precedenza o semaforiche (16,4%), seguita dalla guida distratta (13,2%); sulle strade extraurbane è la guida distratta o andamento indeciso (22,1%), seguita dalla velocità (11,2%).

¹ Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone Istat - <https://www.istat.it/it/archivio/286933>

² Sono esclusi i casi di incidente con circostanza imprecisata.

PROSPETTO 1. Cause accertate o presunte di incidente stradale. Anno 2024 (valori assoluti e valori percentuali) (a)

DESCRIZIONE CAUSE	Strade urbane		Strade extraurbane		Totale	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Procedeva con guida distratta o andamento indeciso	21.571	13,2	13.800	22,1	35.371	15,7
Procedeva senza rispettare la precedenza o il semaforo	26.761	16,4	3.710	5,9	30.471	13,5
- procedeva senza rispettare lo stop	9.288	5,7	1.538	2,5	10.826	4,8
- procedeva senza dare la precedenza al veicolo proveniente da destra	6.882	4,2	866	1,4	7.748	3,4
- procedeva senza rispettare il segnale di dare precedenza	9.104	5,6	1.213	1,9	10.317	4,6
- procedeva senza rispettare le segnalazioni semaforiche o dell'agente	1.487	0,9	93	0,1	1.580	0,7
Procedeva con velocità troppo elevata	12.523	7,7	6.974	11,2	19.497	8,6
- procedeva con eccesso di velocità	12.187	7,5	6.645	10,6	18.832	8,3
- procedeva senza rispettare i limiti di velocità	336	0,2	329	0,5	665	0,3
Procedeva senza mantenere la distanza di sicurezza	8.895	5,4	6.883	11,0	15.778	7,0
Manovrava irregolarmente	13.568	8,3	4.243	6,8	17.811	7,9
Svoltava irregolarmente	4.269	2,6	596	1,0	4.865	2,2
Procedeva contromano	3.173	1,9	1.845	3,0	5.018	2,2
Sorpassava irregolarmente	3.279	2,0	1.498	2,4	4.777	2,1
Ostacolo accidentale	2.680	1,6	1.979	3,2	4.659	2,1
Animale domestico o selvatico urtato o evitato	190	0,1	337	0,5	527	0,2
Veicolo fermo evitato	546	0,3	537	0,9	1083	0,5
Non dava la precedenza al pedone sugli appositi attraversamenti	7.763	4,8	206	0,3	7.969	3,5
Buche, ecc. evitato o urtato	434	0,3	500	0,8	934	0,4
Circostanza imprecisata	34.584	21,2	9.288	14,9	43.872	19,4
Veicolo fermo in posizione irregolare urtato	1.934	1,2	544	0,9	2.478	1,1
Altre cause relative al comportamento nella circolazione	6.767	4,1	2.522	4,0	9.289	4,1
Comportamento scorretto del pedone	5.850	3,6	595	1,0	6.445	2,9
Totale comportamento scorretto del conducente e del pedone	154.787	94,8	56.057	89,8	210.844	93,4
Altre cause	8.501	5,2	6.376	10,2	14.877	6,6
Totale cause (b)	163.288	100,0	62.433	100,0	225.721	100,0

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

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

Le violazioni al codice della strada

Al fine di fornire informazioni a corredo della rilevazione degli incidenti stradali e colmare alcune lacune informative, anche per il 2024 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 locali³. 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 nel Prospetto 2** per tipologia di infrazione e organo di rilevazione. Le sanzioni per violazioni alle Norme di comportamento (Titolo V - Art.141-193) elevate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo di provincia sono mediamente aumentate dell'1,9% rispetto al 2023, confermandosi su livelli superiori anche al periodo pre-pandemico (+3,7% rispetto al 2019). L'incremento è dovuto soprattutto all'attività della Polizia Locale, che concentra oltre l'83% delle contravvenzioni e registra un aumento del 4,6%, mentre diminuiscono quelle elevate da Polizia Stradale (-11,3%) e Carabinieri (-4,7%).

³ Rilevazione ACI presso i Comandi di Polizia locale dei Comuni capoluogo di provincia e informazioni da Archivio Polizia di Stato (<https://www.poliziadistato.it/pds/stradale/archivio/>)

PROSPETTO 2. Contravvenzioni elevate da Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Municipali per violazioni sulle norme di comportamento. Anno 2024 (valori assoluti)

CODICE DELLA STRADA 4	Descrizione della violazione TITOLO V – Norme di comportamento	Infrazioni rilevate (Valori assoluti)		
		Polizia stradale (a)	Carabinieri (b)	Polizia locale (c)
Art.141	Velocità non moderata (caratteristiche strada, meteorologiche e del traffico)	42.358	24.294	41.828
Art.142	Superamento dei limiti di velocità	457.705	241	2.451.617
Art.143-144	Posizione dei veicoli sulla carreggiata, uso delle corsie, marcia in file parallele	11.005	10.723	12.043
Art.145	Obblighi di precedenza	4.608	9.734	21.776
Art.146	Inosservanza della segnaletica orizzontale e semaforica	26.848	5.727	652.256
Art.148	Disciplina del sorpasso dei veicoli	13.024	19.119	5.964
Art.149	Rispetto della distanza di sicurezza	5.923	3.046	4.402
Art.152-153	Uso dei dispositivi di segnalazione visiva e di illuminazione	6.906	1.329	1.702
Art.154	Disciplina del cambio di direzione e di corsia	6.389	3.220	24.308
Art.155	Limitazione dei rumori de silenziatori e degli apparati radio	449	938	518
Art.157-158	Disciplina dell'arresto, della fermata e della sosta fuori e dentro i centri abitati	14.926	22.299	3.567.921
Art.161-162-165	Ingombro della carreggiata, segnalazione e traino dei veicoli in avaria	2.511	418	346
Art.164	Norme sulla sistemazione del carico sui veicoli	6.769	659	1.008
Art.167	Trasporto di cose e superamento limiti di peso del veicolo	35.015	67	1.551
Art.168	Norme sul trasporto di merci pericolose	3.910	9	176
Art.169	Trasporto di persone animali ed oggetti sui veicoli a motore	5.445	1.856	3.407
Art.170	Trasporto di persone e di oggetti sui veicoli a motore a due ruote	454	1.340	735
Art.171	Uso del casco	3.900	8.455	56.950
Art.172	Uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta dei bambini	77.091	45.946	28.982
Art.173	Mancato uso di lenti o uso di radiotelefoni o cuffie	47.416	20.601	52.589
Art.174-178	Rispetto dei tempi di guida e di riposo dei conducenti dei veicoli pesanti	37.892	33	1.942
Art.175-176	Circolazione e comportamento sulle autostrade e strade extraurbane princ.	174.991	298	127
Art.179	Installazione, alterazione, manomissione del cronotachigrafo	8.741	72	914
Art.180-181	Possesso dei documenti della circolazione	85.049	54.174	132.039
Art.182	Norme di comportamento dei ciclisti	156	215	1.708
Art.186	Guida in stato di ebbrezza alcolica	15.015	15.047	6.738
Art.187	Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti	1.577	2.019	853
Art.189	Comportamento dei conducenti in caso di incidente	2.216	2.714	6.979
Art.190	Comportamento dei pedoni	167	271	2.179
Art.191	Comportamento dei conducenti verso i pedoni	686	1.185	8.290
Art.193	Obbligo di assicurazione	36.801	49.695	54.992
Totale	Violazioni al Codice della strada: Titolo V - Norme di comportamento	1.135.943	305.744	7.146.840

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

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

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

La violazione più frequente resta il mancato rispetto della disciplina della sosta (42%), seguita dalla guida a velocità eccessiva (34%), quest'ultima però in calo rispetto al 2023 (-6,7%), soprattutto per le infrazioni rilevate da Carabinieri e Polizia Stradale. In diminuzione anche le sanzioni per inosservanza della segnaletica e per mancato uso di cinture e sistemi di ritenuta per bambini, mentre crescono quelle per mancato uso del casco (+8,5%) e per comportamento scorretto in caso di incidente. Rimane elevato il numero di sanzioni per uso improprio di dispositivi in auto, in particolare lo smartphone. Le infrazioni dei ciclisti risultano sostanzialmente stabili, ma in forte crescita se confrontate con il 2019. In calo, invece, le sanzioni ai conducenti di monopattini elettrici (-21% rispetto al 2023), pur con numeri ancora rilevanti nei grandi Comuni. Nel trasporto merci diminuiscono le violazioni sui tempi di guida e riposo, mentre aumentano quelle per manomissione del cronotachigrafo. Infine, calano le sanzioni per guida in stato di ebbrezza alcolica (-5,8%), mentre crescono quelle per guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti (+3,2%). Nel complesso, nel 2024 la Polizia Municipale dei Comuni capoluogo ha effettuato oltre 75.000 controlli sulla circolazione stradale.

⁴ Codice della strada - Decreto Legislativo n. 285 del 30/04/1992 e Legge 29 luglio 2010, n. 120 Disposizioni in materia di sicurezza stradale.

Incidenti stradali alcol correlati

Il tema degli incidenti stradali alcol-correlati riveste un'importanza cruciale nell'ambito della sicurezza stradale e continua a essere oggetto di forte attenzione mediatica e sociale. Nonostante ciò, il quadro informativo disponibile presenta ancora significative criticità, che rendono complessa una lettura pienamente esaustiva del fenomeno a livello nazionale.

La rilevazione Istat sugli incidenti stradali con lesioni a persone consente di disporre di un patrimonio informativo ampio e articolato, includendo anche dati relativi agli eventi riconducibili al consumo di alcol. Tuttavia, tale fonte evidenzia ancora alcune lacune informative, in particolare per quanto riguarda la completezza e l'omogeneità dei dati sugli incidenti alcol-correlati, nonché difficoltà nel reperimento di informazioni pienamente rappresentative sull'intero territorio nazionale.

Al fine di integrare e arricchire il quadro conoscitivo, sono state pertanto analizzate ulteriori fonti ufficiali di dati, valutandone contenuti e potenzialità informative. In particolare, sono state considerate le informazioni relative alle sanzioni elevate in occasione di incidente stradale, fornite dal Comando Generale **dell'Arma dei Carabinieri** e dal Servizio della **Polizia Stradale** del Ministero dell'Interno. A queste si affianca, inoltre, un dato di natura aggregata proveniente dalle **Polizie Locali** dei Comuni capoluogo, che contribuisce a completare il quadro informativo complessivo.

La violazione degli **articoli 186 e 186-bis** del Codice della Strada, relativi alla guida sotto l'influenza dell'alcol, comporta l'applicazione di sanzioni differenziate in funzione del tasso alcolemico rilevato.

In particolare:

- è prevista una sanzione amministrativa nel caso di tasso alcolemico compreso tra 0,5 e 0,8 g/l (nonché tra 0 e 0,5 g/l per i soggetti rientranti nell'ambito di applicazione dell'art. 186-bis);
- è invece disposto l'avvio di un procedimento penale, oltre alla sanzione amministrativa, qualora il tasso alcolemico risulti compreso tra 0,8 e 1,5 g/l o superiore a 1,5 g/l. In quest'ultimo caso è sempre prevista la sospensione della patente di guida fino all'esito della visita medica di idoneità.

Considerata la non sempre esaustiva disponibilità di informazioni sugli incidenti stradali correlati ad alcol e droghe nella rilevazione statistica ordinaria, tali eventi sono stati dedotti anche attraverso l'analisi di fonti informative alternative. In particolare, i dati forniti dal Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e dal Servizio della Polizia Stradale – che complessivamente rilevano **circa un terzo degli incidenti stradali con lesioni** – hanno permesso di acquisire informazioni specifiche sulle sanzioni elevate in occasione di incidente, offrendo così un contributo rilevante alla ricostruzione e alla comprensione del fenomeno.

In tale contesto, il rafforzamento e l'integrazione delle fonti informative sugli incidenti stradali alcol-correlati risultano elementi essenziali per il monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi dell'**Agenda 2030**, in particolare del **Goal 3.6** sulla riduzione di morti e feriti da incidenti stradali, nonché per la misurazione dei principali **Key Performance Indicators** (KPI) definiti a livello europeo e per la valutazione dell'efficacia delle azioni previste dal Piano Nazionale della Sicurezza Stradale (PNSS). In tale prospettiva, il consolidamento di un sistema informativo integrato sugli incidenti stradali alcol-correlati assume un ruolo strategico per supportare la definizione, l'attuazione e la valutazione delle politiche pubbliche in materia di sicurezza stradale.

Da tali fonti risulta che **su un totale di 57.500 incidenti con lesioni** osservati dai due Organi di rilevazione, **in 4.717 casi almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era in stato di ebbrezza, mentre in 1.737 casi era sotto l'effetto di stupefacenti.**

L'8,2% e il 3,0% degli incidenti rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale nel complesso è correlato quindi ad alcol o droga, proporzioni in lieve diminuzione rispetto al 2023, quando erano pari a 8,5 e 3,2. Le percentuali nel 2019 erano pari a 8,7 e 3,4.

Un ulteriore elemento di analisi proviene dalle **Polizie Municipali** dei capoluoghi di provincia, attraverso i dati raccolti dall'ACI. Nel corso del 2024, il **12,5%** dei conducenti sottoposti a controllo è risultato positivo ai test per **l'assunzione di sostanze stupefacenti**, pari a 810 casi su un totale di 6.481 verifiche effettuate. Per quanto riguarda il consumo di alcol, il **10,8%** dei conducenti controllati è risultato **positivo all'etilometro**, corrispondente a 7.534 casi su 69.673 controlli complessivi.

Nello stesso periodo si osserva inoltre una diminuzione del numero di sanzioni elevate: in particolare, le violazioni dell'articolo 186 del Codice della strada, relativo alla guida in stato di ebbrezza, registrano una riduzione del 10,9%, mentre quelle riferite all'articolo 187, concernente la guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, diminuiscono del 9,5%.

Focalizzando l'attenzione sui soli dati rilevati dai **Carabinieri**, più dettagliati nelle informazioni fornite, nel 2024 sono stati 3.580 gli incidenti stradali con lesioni a persone per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, pari al 9,7% del totale degli incidenti con lesioni verbalizzati dall'Arma dei Carabinieri (**Prospetto 3**). Rispetto al 2023 (9,8%) si registrano valori pressoché stabili.

Rispetto al 2021 e agli anni precedenti, invece, si rileva una lieve diminuzione di incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale, tale proporzione era, infatti, pari a 10,6 per cento nel 2021, 10,0 nel 2020 e 9,9 nel 2019. Le vittime coinvolte in incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza, nel 2024, sono state 76 (5,9% sul totale) e i feriti 5.784 (10,7% sul totale). Tali percentuali erano rispettivamente 4,8% e 9,6% nel 2023.

PROSPETTO 3. Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dai Carabinieri e violazioni al codice della strada. Anno 2024
(valori assoluti e percentuali)

Violazioni al codice della strada (a)	Incidenti stradali con lesioni a persone	Incidenti stradali mortalì	Vittime	Feriti
Guida sotto l'influenza dell'alcol (Artt. 186 e 186 bis) (b)	3.580	63	76	5.784
Art. 186	3.241	56	67	5.158
Art. 186 bis	339	7	9	626
Totale incidenti stradali, vittime e feriti (a)	36.973	1.206	1.289	54.074
Incidenti, vittime e feriti alcol correlati sul totale (%)	9,7	5,2	5,9	10,7

(a) Totale incidenti stradali, morti e feriti rilevati dall'Arma dei Carabinieri nel 2024.

(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 neopatentati 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^ Sezione "Statistica".

Passando ad esaminare gli incidenti stradali alcol correlati, disaggregati per tipo di strada, si rileva che le percentuali citate in precedenza sono in proporzioni analoghe in ambito urbano ed extraurbano. Il 9,7% degli incidenti stradali alcol correlati, avvengono, infatti, in ambito urbano e il 9,7% in ambito extraurbano, sul totale incidenti rilevati dall'Arma dei Carabinieri. Le vittime raggiungono il 3,2% sulle strade urbane e l'11,8 % su strade extraurbane (**Prospetto 4**).

PROSPETTO 4. Incidenti stradali con lesioni a persone e vittime rilevati dai Carabinieri, per tipo strada e periodo del giorno o della notte. Anno 2024

Tipo di strada (a)	Incidenti stradali con lesioni a persone alcol correlati (valori assoluti)	Percentuale Incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale incidenti con lesioni
Strada Urbana	1.877	9,7
Strada Extraurbana	1.703	9,7
Totale	3.580	9,7

	Vittime in Incidenti stradali con lesioni alcol correlati (valori assoluti)	Percentuale Vittime in incidenti stradali alcol correlati sul totale incidenti con lesioni
Strada Urbana	28	3,2
Strada Extraurbana	48	11,8
Totale	76	5,9

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.

Con riferimento alle informazioni fornite dalla **Polizia Stradale**, dai dati elaborati emerge che il 17,3% 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 5,5% degli incidenti stradali nel 2024 è alcol correlato (era 7,0% nel 2019, 7,9 nel 2020 e 8,0% nel 2021, 7,6% nel 2022 e 6,3% nel 2023) (**Prospetto 5**).

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.

PROSPETTO 5. Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale e violazioni al codice della strada. Anno 2023

Totale violazioni Art. 186 o 186 bis del codice della strada (a)	
Art. 186 o 186 bis – Totale	15.015
<i>Di cui</i>	
<i>Art. 186 o 186 bis - In incidente stradale con o senza lesioni</i>	2.595
Violazioni Art.186 o 186 bis in incidente stradale con o senza lesioni sul totale violazioni rilevate (%)	17,3
Violazioni Art. 186 o 186 bis in incidente stradale (a)	
Art. 186 o 186 bis in incidente stradale con lesione a persone	1.137
Totale incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale	20.527
Violazioni art.186 o 186 bis in incidente stradale con lesioni sul totale incidenti rilevati (%)	5,5

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

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

Alcune considerazioni conclusive

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

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

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

Riferimenti bibliografici:

- (1) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2024 <https://www.istat.it/comunicato-stampa/incidenti-stradali-in-italia-2024/>
- (2) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2023 <https://www.istat.it/comunicato-stampa/incidenti-stradali-in-italia-2023/>
- (3) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2022 <https://www.istat.it/it/archivio/286933>
- (4) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2021 <https://www.istat.it/it/archivio/273324>
- (5) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2020 <https://www.istat.it/it/archivio/259825>
- (6) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2019 <https://www.istat.it/it/archivio/245757>
- (7) ETSC (European Transport Safety Council). Annual PIN Report. Year 2025 <https://etsc.eu/19th-annual-road-safety-performance-index-pin-report/>

Il quadro normativo nazionale recente in tema di sicurezza stradale

L'andamento di incidentalità e mortalità sulla rete viaria nazionale è legato anche agli interventi normativi in materia di sicurezza stradale introdotti negli ultimi decenni. Nel tempo si è assistito, infatti, all'emanazione di numerosi provvedimenti aventi una duplice finalità: da un lato quella prioritaria di agire come funzione repressiva, dall'altro quella di deterrente verso comportamenti di guida non responsabili.

Già negli anni '80 e '90 si assiste all'attuazione di nuovi decreti che introducono l'uso obbligatorio di casco e cinture di sicurezza.

Il 1992 segna, invece, il periodo di adozione del nuovo codice della strada, D.L. 30 aprile 1992 n. 285, che è stato modificato nel tempo con leggi e provvedimenti successivi che ne costituiscono parte integrante. Il codice è stato emendato molte volte nel periodo 1992-2022: le modifiche principali sono contenute nella Legge sulla patente a punti del 2003, nelle norme sull'introduzione del "tutor" sulle autostrade nel 2005, nella Legge n.120 del 29 luglio 2010 e, più di recente nella Legge sull'Omicidio stradale (41/2016).

La "patente a punti" è stata introdotta con il D.Lgs. n.151 del 27 giugno 2003, modificato prima di essere definitivo con la Legge n.214 del 1° agosto 2003. Il citato Decreto prevede l'assegnazione di un bonus virtuale di punti che vengono eventualmente decurtati in caso di infrazione, oltre a una contravvenzione anche in termini pecuniari, facendo riferimento a una tabella inclusa nell'art. 126bis del codice della strada nazionale.

Il sistema "tutor", che stabilisce la velocità media di un veicolo ed è in funzione sulle strade dal 23 dicembre 2005, è realizzato nel rispetto delle norme sulla tutela della privacy e sicurezza informatica. Le aree d'installazione del sistema sono state individuate in base al numero di incidenti e per costituire un "deterrente" contro le velocità più elevate.

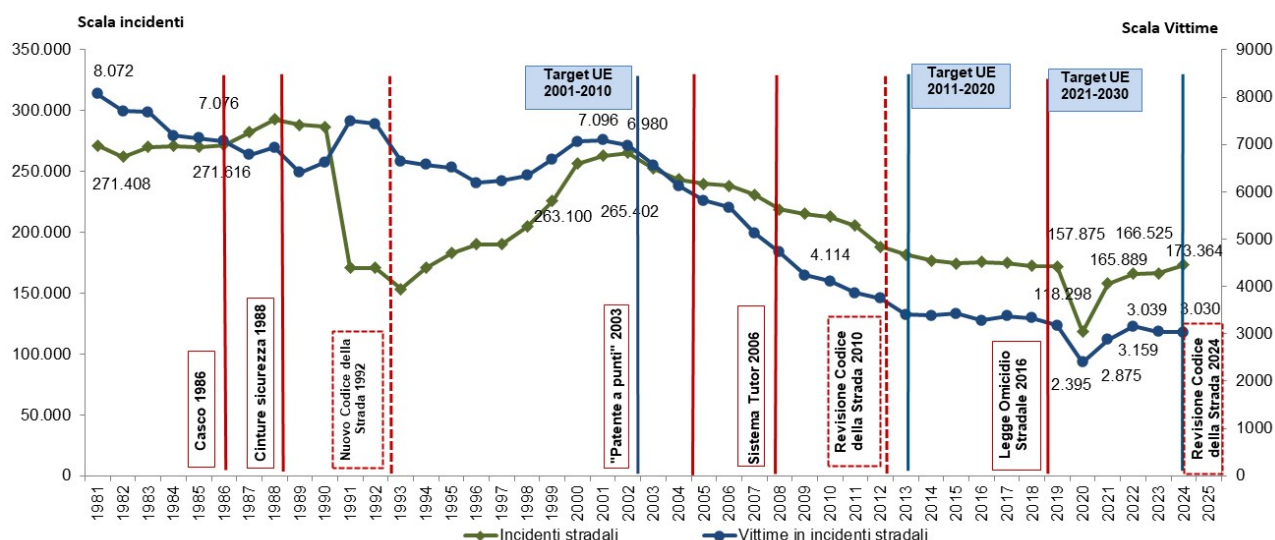
L'implementazione del sistema "tutor" di controllo elettronico sulla velocità media, introdotto nel 2006, è stata gradualmente diffusa su un numero crescente di tratte autostradali.

Momento importante per la legislazione recente sulla sicurezza stradale, è anche la Legge n.41 del 23 marzo 2016, recante l'"Introduzione del reato di omicidio stradale e del reato di lesioni personali stradali" e disposizioni di coordinamento con il codice della strada.

Negli ultimi anni il Codice della Strada è stato oggetto di un significativo processo di aggiornamento, culminato con le modifiche entrate in vigore a partire dal dicembre 2024, introdotte dalla Legge n. 177 del 25 novembre 2024.

L'obiettivo principale di tali interventi è il rafforzamento della sicurezza stradale e il miglioramento della convivenza tra i diversi utenti della strada, in un contesto caratterizzato da una crescente complessità della mobilità e dall'aumento della circolazione di automobili, motocicli, biciclette e mezzi di micromobilità elettrica.

Principali cambiamenti normativi in tema di sicurezza stradale (a), incidenti e numero delle vittime in incidenti. Anni 1981-2025 (valori assoluti)



Fonte: Istat, Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone (a) In aggiunta ai provvedimenti segnalati: Direttiva Maroni 2009 sulla velocità e Direttiva Minniti 2017 su autovelox, alcol, cellulare, casco e seggiolini.

Le principali innovazioni introdotte possono essere sintetizzate nei seguenti ambiti.

Tolleranza zero per la guida sotto l'effetto di alcol e droghe

Una delle direttrici più incisive della riforma riguarda l'inasprimento delle sanzioni per chi guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti. Le nuove disposizioni prevedono pene più severe, in particolare per i recidivi, che possono includere la sospensione prolungata o la revoca della patente. In alcuni casi sono inoltre introdotte misure preventive, come l'obbligo di dispositivi di controllo alcolemico sul veicolo. Il messaggio è chiaro: la guida è un atto di responsabilità verso sé stessi e verso la collettività.

Regolamentazione più stringente dei monopattini elettrici e della micromobilità

La diffusione dei monopattini elettrici ha reso necessaria una disciplina più rigorosa. Le norme più recenti rafforzano gli obblighi di sicurezza, prevedendo l'uso del casco, l'adozione di dispositivi di illuminazione e segnalazione, il rispetto di limiti di velocità e regole precise sulla circolazione e sulla sosta. L'obiettivo è ridurre comportamenti rischiosi e integrare questi mezzi in modo più sicuro nello spazio urbano.

Maggiore tutela di ciclisti e pedoni

Il Codice della Strada aggiorna e rafforza le tutele per gli utenti vulnerabili. Tra le misure più rilevanti figura l'obbligo, ove le condizioni della strada lo consentano, di mantenere una distanza laterale di sicurezza adeguata durante il sorpasso dei ciclisti. Parallelamente, sono state inasprite le sanzioni per chi non rispetta la precedenza dei pedoni sugli attraversamenti, riconoscendo la centralità della mobilità pedonale nelle città.

Contrasto all'uso del cellulare e dei dispositivi elettronici alla guida

L'uso dello smartphone alla guida è confermato come una delle principali cause di distrazione e incidentalità. Per questo motivo, le nuove disposizioni prevedono un aumento delle sanzioni economiche e la possibilità di sospensione immediata della patente già alla prima violazione, rafforzando l'azione di deterrenza nei confronti di comportamenti pericolosi.

Riduzione della velocità nelle aree urbane più sensibili

Per migliorare la sicurezza stradale nei contesti urbani, soprattutto in prossimità di scuole, aree residenziali e zone ad alta frequentazione pedonale, viene incentivata l'adozione di limiti di velocità più bassi, come le cosiddette "zone 30". Pur trattandosi spesso di scelte demandate alle amministrazioni locali, questa misura si inserisce in una strategia più ampia di prevenzione degli incidenti e di promozione di una mobilità sostenibile.

Nel loro insieme, questi interventi testimoniano una rinnovata attenzione nazionale al tema della sicurezza stradale, in linea con le indicazioni delle Nazioni Unite e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che da tempo considerano la riduzione degli incidenti stradali una priorità globale.

Il Codice della Strada, affiancato da politiche di educazione stradale, campagne di sensibilizzazione e dall'impiego di tecnologie sempre più avanzate, mira ad affrontare le principali cause di incidentalità. Tuttavia, il raggiungimento di risultati duraturi richiede una collaborazione costante tra istituzioni, cittadini e innovazione tecnologica, al fine di rendere le strade più sicure, inclusive e sostenibili per tutti.

Costi sociali degli incidenti stradali

Gli incidenti stradali hanno un impatto molto rilevante anche dal punto di vista economico e sociale. Per misurarne gli effetti, sono stati aggiornati i criteri di calcolo dei costi sociali, tenendo conto non solo dei danni materiali, ma anche delle conseguenze umane, sanitarie e produttive, come la perdita di capacità lavorativa e i costi per il sistema sanitario. La nuova metodologia⁵ distingue i costi associati ai decessi, ai feriti e, per la prima volta, ai feriti gravi, utilizzando dati provenienti da numerose fonti ufficiali. Sulla base delle rilevazioni delle forze dell'ordine, nel 2024 il costo sociale degli incidenti stradali con lesioni a persone supera i 18 miliardi di euro, una cifra pari a quasi l'1 % del prodotto interno lordo⁶. Considerando anche i danni derivanti dagli incidenti senza feriti (fonte ANIA⁷), il costo complessivo per la collettività raggiunge circa 22,6 miliardi di euro.

Incidenti stradali. Stima preliminare: Gennaio-giugno 2025

Nel primo semestre del 2025 gli incidenti stradali con feriti risultano in lieve diminuzione rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, così come il numero delle persone ferite. Il dato più rilevante riguarda però la riduzione delle vittime, che cala in modo più marcato. Se il confronto viene esteso al 2019, anno di riferimento per gli obiettivi europei sulla sicurezza stradale, emerge un andamento complessivamente positivo, soprattutto per quanto riguarda i decessi, che risultano sensibilmente inferiori. Questi segnali indicano un avanzamento verso i traguardi fissati dall'Unione Europea per il 2030, anche se il percorso da completare resta ancora impegnativo. Analizzando le diverse tipologie di strade, nel confronto con il 2024 si registra un aumento delle vittime sulle autostrade, mentre la situazione migliora sulle strade urbane ed extraurbane; rispetto al 2019, tuttavia, il numero dei decessi è in diminuzione su tutte le principali categorie di infrastrutture.

⁵ Decreto Dirigenziale n. 37 del 12 febbraio 2023 del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti

⁶ Istat - PIL e indebitamento AP. Anni 2022-2024 (2025) <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/03/pil-indebitamento-AP-2022-2024.pdf>

⁷ Fonte: ANIA Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici "L'Assicurazione italiana 2024-2025".

1.9 ALCOLDIPENDENZA

RILEVAZIONE STATISTICA DELLE ATTIVITA' NEL SETTORE DELL'ALCOLDIPENDENZA (D.M. 29/12/2023)

INTRODUZIONE

Con il D.M. 23 dicembre 2023 (G.U. 20 febbraio 2024) è stato istituito il nuovo Sistema informativo sanitario per le dipendenze. Tale decreto sostituisce il D.M. 11 giugno 2010 e il **D.M. 4 settembre 1996 “Rilevazione di attività nel settore dell’alcoldipendenza”**.

Il nuovo decreto all’articolo 1 comma 1 definisce le seguenti finalità del nuovo flusso informativo:

- a) monitoraggio dell’attività dei Servizi per le dipendenze, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell’utenza e sui pattern di trattamento;
- b) supporto alle attività gestionali dei Servizi per le dipendenze, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- c) supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale;
- d) monitoraggio dei livelli essenziali e uniformi di assistenza nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze;
- e) produzione dei dati da inviare in forma aggregata all’Osservatorio nazionale permanente sull’andamento del fenomeno delle tossicodipendenze – successivamente ricostituito con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 27 dicembre 2017 presso il Dipartimento per le politiche antidroga - per la redazione della relazione al Parlamento ai sensi dell’art. 131 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309;
- f) produzione dei dati aggregati per la redazione degli altri rapporti epidemiologici derivanti dagli obblighi informativi nei confronti dell’Osservatorio europeo, delle Nazioni unite - Annual report questionnaire;
- g) supporto alla programmazione delle strategie governative, ai sensi dell’art. 1 del decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990, e successive modificazioni, e dell’art. 1, comma 4, del decreto-legge 16 maggio 2008, n. 85, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2008, n. 12, in relazione al ruolo di coordinamento generale svolto dal Dipartimento per le politiche antidroga con la messa a disposizione di dati in forma aggregata;
- h) redazione della relazione annuale al Parlamento sugli interventi realizzati in materia di alcoldipendenza, ai sensi dell’art. 8 della legge 30 marzo 2001, n. 125 con la messa a disposizione di dati in forma aggregata;
- i) redazione di relazioni e/o report comunque denominati, richiesti dal Parlamento, da Organismi europei ed internazionali con la messa a disposizione di dati in forma aggregata;
- j) produzione di analisi statistiche e indicatori statistici sul fenomeno dell’assistenza sanitaria a persone con dipendenze o con comportamenti a rischio di uso e di abuso di sostanze a cura dell’Ufficio di statistica del Ministero della salute.

A partire dalla rilevazione riferita al 2024 il Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND) consente di raccogliere dalle Regioni e dalle Province autonome, in forma individuale e analitica, oltre ai dati relativi ai trattamenti sanitari erogati a soggetti con dipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope anche i trattamenti a soggetti con dipendenza da alcool e da gioco d’azzardo patologico.

Il SIND consente di rilevare le seguenti informazioni:

- a) Strutture – informazioni anagrafiche relative alle strutture che erogano servizi per le dipendenze.
- b) Attività - informazioni relative ai servizi erogati per le dipendenze. Il flusso attività si compone dei seguenti sotto-flussi:
 - Anagrafico soggetto
 - Esami sostenuti

- Patologie concomitanti
 - Dati di Contatto
 - Sostanze d'uso/comportamento/bevande
 - Gruppo di prestazioni omogenee per sostanze d'uso/comportamenti/bevande
- c) Monitoraggio HIV - informazioni relative all'esecuzione del test sierologico HIV.
- d) Attività dei Servizi presso strutture Ospedaliere e Universitarie per l'alcoldipendenza.

Tale sistema costituisce a livello nazionale la più ricca fonte di informazioni inerenti agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza rivolta a persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope, da alcol e da gioco d'azzardo patologico. La disponibilità di dati individuali sull'alcoldipendenza e sulla dipendenza da gioco d'azzardo riveste particolare rilevanza anche ai fini della ripartizione fra le Regioni e Province Autonome del fondo per le dipendenze patologiche, istituito presso il Ministero della salute (comma 367 della legge 30 dicembre 2024, n. 207). Per disporre di informazioni aggiornate è stata apportata una modifica del citato decreto per introdurre una cadenza di rilevazione trimestrale in luogo di quella attuale che è annuale (DM 30/12/2025).

Il SIND presenta i campi necessari all'interconnessione, ai sensi del DECRETO 7 dicembre 2016, n. 262, con gli altri flussi NSIS; la potenza informativa viene così esponenzialmente amplificata consentendo la lettura del fenomeno in modo integrato con altri aspetti sanitari. Ad esempio, è possibile effettuare l'interconnessione con il flusso della Scheda di dimissione ospedaliera, con il sistema informativo della salute mentale (SISM). Tale procedura, strutturata in modo da non consentire l'identificazione diretta dell'interessato durante il trattamento dei dati personali, consente pertanto al Ministero della salute di monitorare il percorso di cura del paziente trasversalmente a tutti i setting assistenziali e di agevolare la lettura di alcune casistiche.

Per implementare il nuovo flusso SIND le Regioni e Province Autonome hanno dovuto rivedere in modo organico i propri sistemi informativi dedicati alle dipendenze con la possibile razionalizzazione della rilevazione nel suo complesso. Per tale motivo, come accade ogniqualvolta avvengono delle sostanziali modifiche, occorre porre particolare attenzione ai confronti temporali e tener conto che nel primo anno di avvio della nuova rilevazione i dati possono presentare carenze in termini quantitativi e qualitativi.

I dati raccolti con riferimento all'anno 2024 risultano, per quanto riguarda l'alcoldipendenza poco coerenti con quanto rilevato negli anni precedenti in forma aggregata (con i modelli previsti dal DM 4 settembre 1996). Soprattutto alcune Regioni presentano valori indicativi di probabili criticità, in termini di consistenze degli utenti, nuovi e già in carico, e delle prestazioni complessivamente erogate. Un apposito gruppo di lavoro, costituito dai rappresentanti delle Regioni, che ha contribuito alla redazione dello schema del decreto istitutivo del relativo disciplinare tecnico, alla definizione delle specifiche funzionali, si occuperà dell'analisi delle criticità della rilevazione in termini di completezza e qualità dei dati trasmessi, della stesura del manuale operativo e soprattutto della definizione di indicatori che permettano di effettuare analisi di benchmarking tra le Regioni /Province Autonome.

SERVIZI

Nel 2024 i Ser.D che si occupano di problemi relativi alle dipendenze da alcol sono in numero di 544, pari al 95,6% del totale. A queste strutture territoriali si aggiungono i servizi pubblici ospedalieri o universitari che nel 2024 risultano pari a 5.

Numero Ser.D. e numero sedi ambulatoriali di erogazione prestazioni per alcoldipendenza

Regione	N. Ser.D. erogazione prestazioni per alcoldipendenza
Piemonte	60
Val d'Aosta	1
Lombardia	67
Bolzano	4
Trento	1
Veneto	38
Friuli Venezia Giulia	6
Liguria	17
Emilia Romagna	44
Toscana	38
Umbria	11
Marche	14
Lazio	40
Abruzzo	11
Molise	6
Campania	39
Puglia	58
Basilicata	6
Calabria	16
Sicilia	49
Sardegna	18
ITALIA	544

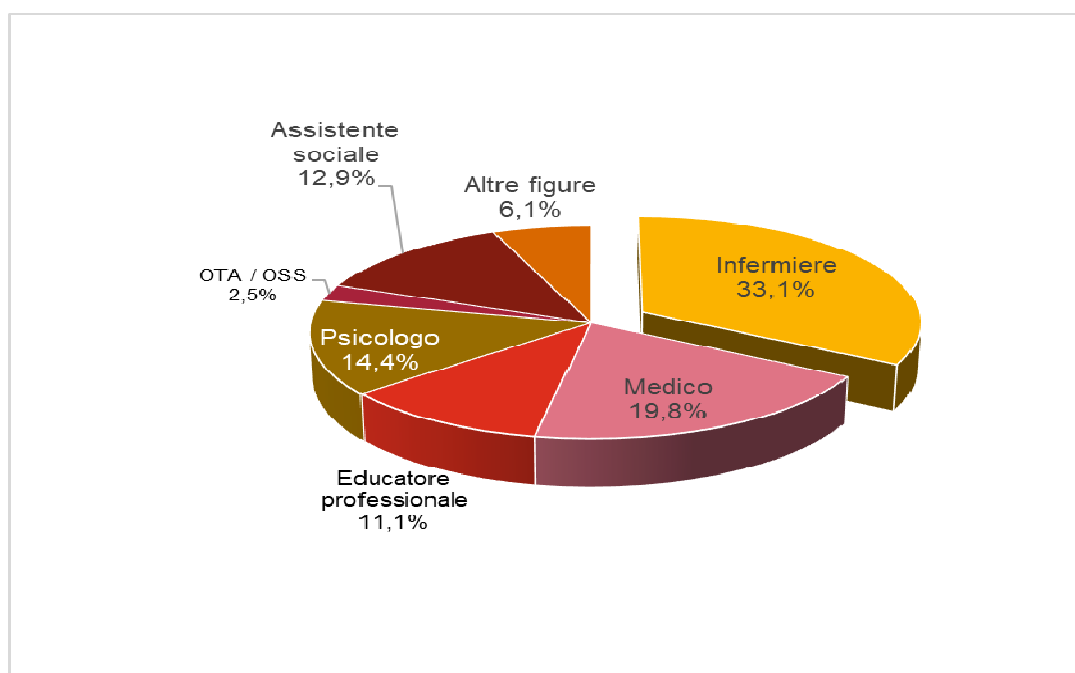
Fonte: Sistema informativo nazionale dipendenze (SIND) – anno 2024

PERSONALE

I dati relativi al Personale, dedicato all'assistenza degli utenti con problemi di dipendenza, che opera nei servizi Ser.D sono rilevati attraverso il Conto annuale previsto dal titolo V del decreto 30 marzo 2001 n. 165.

Il grafico sottostante descrive la tabella 1 SD del Conto Annuale (fonte di riferimento) che rileva la consistenza del personale dipendente dall'Azienda Sanitaria e del personale non dipendente in servizio presso le strutture del Ser.D.

Grafico: Distribuzione del personale dedicato all'assistenza degli utenti con problemi di dipendenza per profilo professionale



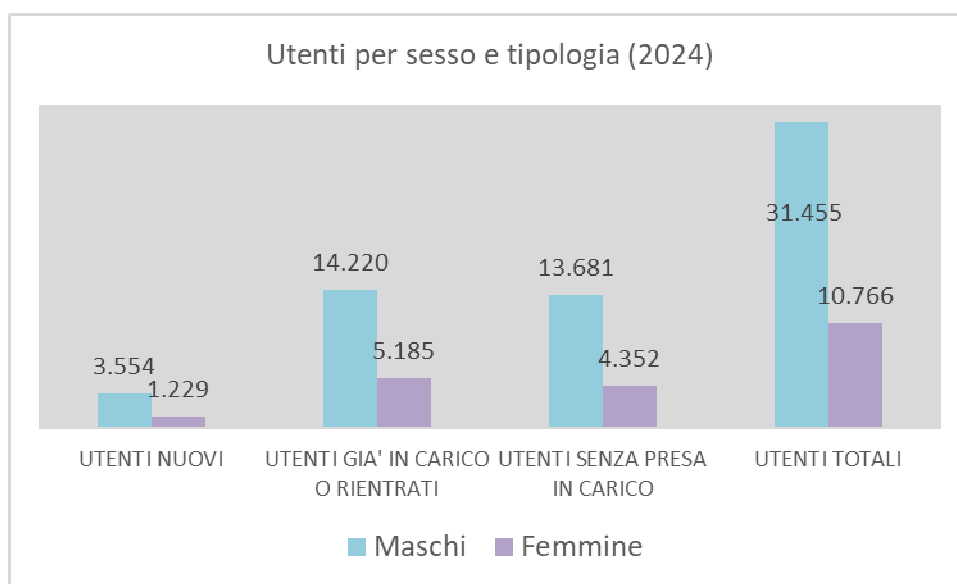
Fonte: Conto Annuale - Tabella 1SD al 31/12/2023

La dotazione complessiva del personale dipendente all'interno dei Ser.D risulta, al 31/12/2023, pari a 5.766 unità. Tra le figure professionali gli infermieri rappresentano il 33,1% del totale (6.200 unità), seguiti dai medici (19,8%), dagli psicologi (14,4%), dagli assistenti sociali (12,9%), dagli educatori professionali (11,1%) e dagli OTA/OSS con il 2,5%.

LE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELL'UTENZA

Secondo i dati del Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND), nel 2024 sono stati trattati, presso i servizi o gruppi di lavoro, **42.224** soggetti di cui il 74,5% maschi e il 25,5% femmine. L'11,3% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il 46,0% da soggetti già in carico dagli anni precedenti, o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente, e la quota restante (42,7%) da soggetti che si rivolgono ai servizi senza una formale "presa in carico". Questi ultimi sono spesso persone che effettuano accessi sporadici, consulenze singole o che non sono ancora motivate a iniziare un percorso terapeutico strutturato.

Utenti per sesso e tipologia (2024)



Fonte: Sistema informativo nazionale dipendenze (SIND) – anno 2024

L'analisi per **età** evidenzia che la classe modale è 50-59 anni, sia per l'utenza totale che per gli utenti già in carico (rispettivamente 31,8% e 34,3% dei soggetti). Per i nuovi utenti la classe modale è quella 40-49 anni con il 29,8% dei soggetti.

Il 72,8% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 6,0% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 21,2%.

Distribuzione per età degli utenti dei servizi per tipologia - anno 2024

CLASSI DI ETÀ	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	%
<15	1	0,0	2	0,2	3	0,1	2	0,0	0	0,0	2	0,0	53	0,2	12	0,1	65	0,2
15 - 19	23	0,6	13	1,1	36	0,8	19	0,1	9	0,2	28	0,1	98	0,3	51	0,5	150	0,4
20 - 29	303	8,5	104	8,5	407	8,5	510	3,6	199	3,8	709	3,7	1.749	5,6	576	5,4	2.332	5,5
30 - 39	658	18,5	224	18,2	882	18,4	1.801	12,7	556	10,7	2.357	12,1	4.587	14,6	1.350	12,7	5.955	14,1
40 - 49	1.053	29,6	371	30,2	1.424	29,8	3.863	27,2	1.292	24,9	5.155	26,6	8.529	27,1	2.761	25,9	11.332	26,8
50 - 59	964	27,1	317	25,8	1.281	26,8	4.854	34,1	1.807	34,9	6.662	34,3	10.010	31,8	3.408	32,0	13.445	31,8
>=60	552	15,5	198	16,1	750	15,7	3.171	22,3	1.322	25,5	4.493	23,2	6.429	20,4	2.500	23,5	8.945	21,2
TOTALE	3.554	100,0	1.229	100,0	4.783	100,0	14.220	100,0	5.185	100,0	19.406	100,0	31.455	100,0	10.658	100,0	42.224	100,0

Fonte: Sistema informativo nazionale dipendenze (SIND) – anno 2024.

Gli utenti totali comprendono gli utenti senza presa in carico.

Il totale comprende i casi 'non noto'.

L'**età media** per gli utenti al primo trattamento è pari a 47 anni in entrambi i sessi; per gli utenti già in trattamento l'età media è pari a 51,8 per le femmine e 50,8 anni per i maschi.

Età media degli utenti per tipologia

	Femmine	Maschi
Primo trattamento	46,9	47,0
Già in carico	51,8	50,8
Senza presa in carico	50,0	48,9

Fonte: Sistema informativo nazionale dipendenze (SIND) – anno 2024

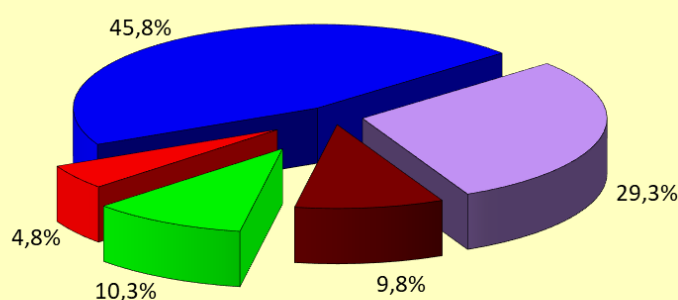
I CONSUMI ALCOLICI DELL'UTENZA

Dai dati rilevati nel 2024 risulta che la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (45,8%), seguito dalla birra (29,3%), dai superalcolici (10,3%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (4,8%).

Per quanto riguarda la frequenza di assunzione, il 36,5% degli utenti rilevati è caratterizzato da un'assunzione quotidiana prevalentemente fuori pasto.

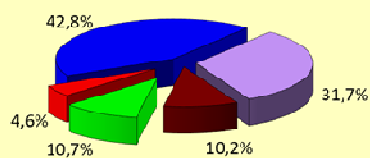
**Grafico 3. - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA
DI USO PREVALENTE - ANNO 2024**

a) Totale utenti



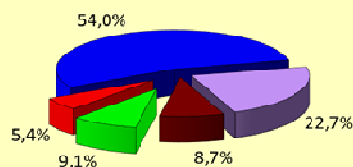
■ SUPERALCOLICI ■ APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI ■ VINI ■ BIRRA ■ ALTRO

b) Totale utenti maschi



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

c) Totale utenti femmine



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

Fonte: Sistema informativo nazionale dipendenze (SIND) – anno 2024

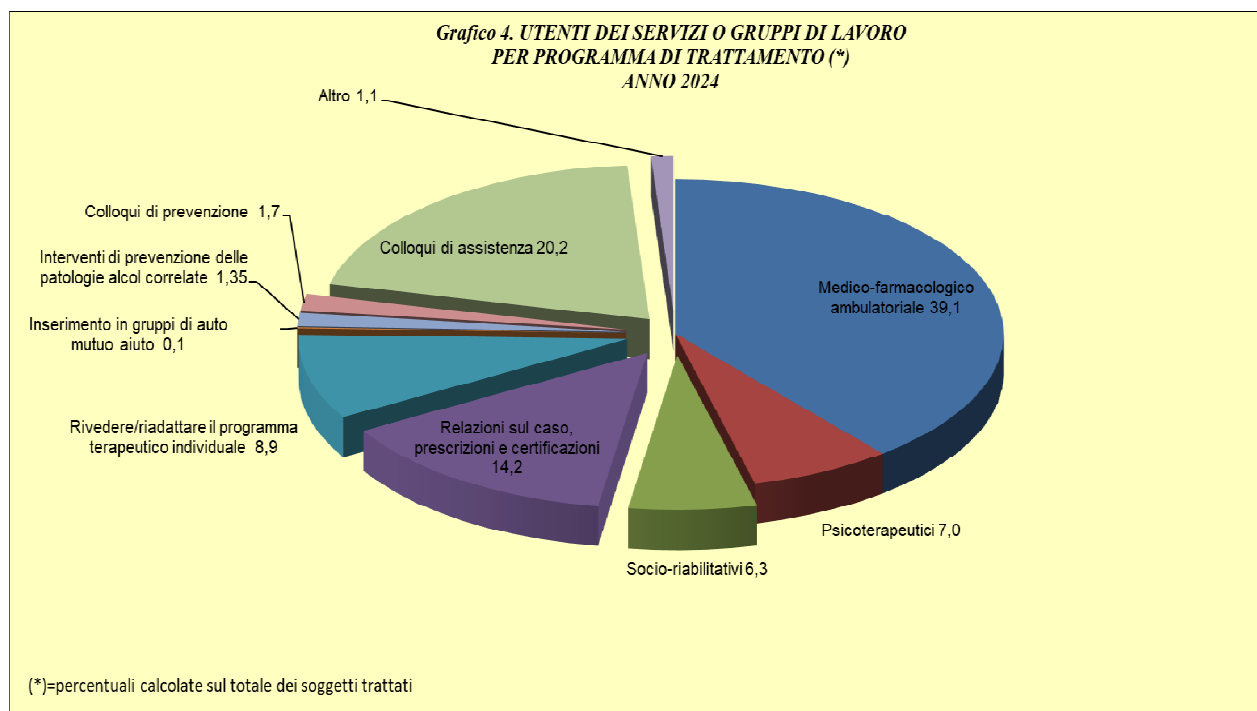
Distribuzione percentuale del modello di consumo della bevanda alcolica di uso prevalente
(anno 2024)

Modello di consumo	% Utenti
Durante i pasti	9,8
Fuori pasto	30,9
Consumo abituale	26,7
Eccedentario	14,0
Binge drinking	4,8
Non definibile	13,9
Totale	100,0

Fonte: Sistema informativo nazionale dipendenze (SIND) – anno 2024

I MODELLI DI TRATTAMENTO

Analizzando i programmi di trattamento, si osserva che dai dati rilevati nel 2024, il 39,1% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 7,0%; per il 14,2% sono state effettuate relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni; per l'8,9% è stato (predisposto) rivisto e riadattato il programma terapeutico individuale; il trattamento socio-riabilitativo ha riguardato il 6,3% degli utenti totali; gli interventi di prevenzione delle patologie correlate effettuate dai SerD hanno riguardato l'1,4% degli utenti, infine i colloqui di prevenzione e i colloqui di assistenza rispettivamente l'1,7% e il 20,2% dell'utenza.



Fonte: Sistema informativo nazionale dipendenze (SIND) – anno 2024

1.10 LE ASSOCIAZIONI DI AUTO MUTUO AIUTO

1.10.1 ASSOCIAZIONE ITALIANA DEI CLUB ALCOLOGICI TERRITORIALI (AICAT)

L'AICAT è un'associazione di volontariato che promuove e coordina le attività delle reti territoriali dei Club Alcolologici Territoriali (già Club degli Alcolisti in Trattamento). E' stata costituita nel 1990 per sostenere il processo di crescita e di diffusione dei Club, nati in Croazia nel 1964 e arrivati in Italia nel 1979, grazie al diretto impegno del Prof. Vladimir Hudolin, neuropsichiatra dell'Università di Zagabria. Il Metodo Hudolin, che nel tempo si è evoluto nell'Approccio Ecologico Sociale ai problemi alcol correlati e complessi, pone le basi scientifiche e umanistiche nella psichiatria sociale, nella teoria generale dei sistemi e della complessità, nella cibernetica, nel lavoro di rete. Inoltre, va in sintonia con tutti i documenti, risoluzioni, piani di azione emanati dall'OMS a partire dal 1978 con la Dichiarazione di Alma Ata che sanciva la centralità del lavoro nel territorio e del protagonismo dei cittadini nei programmi di promozione della salute. I Club, definiti comunità multifamiliari, sono momenti di incontro settimanale tra persone e famiglie della comunità, nati e ampiamente sperimentati per affrontare i problemi di alcol, oggi capaci di accogliere tutte le difficoltà e le sofferenze, dirette e indirette, legate ad altri stili di vita a rischio (fumo, droghe, azzardo, internet *addiction*, etc...) e agli squilibri ecologico sociali delle comunità. Promuovono la partecipazione diretta e responsabile di tutti i membri della famiglia e della rete relazionale prossima, stimolando, in un clima di solidale empatia e di condivisione, ogni partecipante in un processo di cambiamento di stile di vita, di crescita e maturazione relazionale, emozionale, culturale, spirituale. Le famiglie considerate prima in difficoltà, con il cambiamento del proprio stile di vita, diventano risorse per sé stesse e per tutta la comunità nella quale sono inserite aumentandone il capitale sociale. Diventano, infatti, protagoniste di azioni di promozione e protezione della salute e del benessere sociale, migliorando la qualità delle relazioni e dei valori umani e sociali della propria comunità. Ogni Club prevede la presenza anche di una "servitore-insegnante" ovvero una persona specificatamente sensibilizzata, formata e aggiornata ai principi dell'approccio ecologico sociale che si mette a servizio del bene comune stimolando, insieme a tutto il Club, il processo di crescita individuale, familiare, comunitario. I Club sono presenti su tutto il territorio nazionale, organizzati in circa 250 Associazioni territoriali (ACAT o APCAT), in 18 associazioni regionali (ARCAT) e in 2 associazioni provinciali (APCAT) quelle di Trento e a Bolzano.

L'ORGANIZZAZIONE DELLE ARCAT

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

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

- **I Congressi:** AICAT promuove ogni anno il Congresso Nazionale delle famiglie e dei servitori insegnanti dei CAT ed il Congresso di Spiritualità antropologica e di Ecologia sociale ad Assisi.
- **Forum nazionali di EEC:** AICAT organizza due volte l'anno i Forum EEC (Educazione Ecologica Continua), con l'obiettivo di promuovere il confronto e la formazione rispetto alla metodologia.

- Nelle varie Regioni sono sviluppati **Corsi di sensibilizzazione sull'approccio ecologico sociale ai problemi alcol correlati (Metodo Hudolin).**
- **Corsi monotematici e seminari di approfondimento di tematiche specifiche.**
- **Aggiornamenti territoriali per i servitori insegnanti.**
- **Scuole alcolologiche** di primo e secondo modulo rivolte alle famiglie e ai CAT.
- Numerose **Scuole alcolologiche** di terzo modulo, eventi ed iniziative di informazione e sensibilizzazione della Comunità.
- **Interclub** provinciali e regionali rivolti alla Comunità.
- **Eventi di informazione e sensibilizzazione** realizzati in collaborazione con il mondo scolastico.
- **Il Numero Verde: 800 974 250**
- **Il Sito Web: www.aicat.net**

CONCLUSIONI

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

1.10.2. ALCOLISTI ANONIMI ITALIA (AA Italia)

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

ALCOLISTI ANONIMI APS

In Italia l'Associazione è attiva dal 1972 ed è costituita come Associazione di Promozione Sociale, iscritta nel Registro nazionale delle APS e all'elenco RUNTS del Terzo Settore. Non è un'Associazione di volontariato e non è affiliata ad alcuna setta, confessione, idea politica, organizzazione o istituzione.

L'unico requisito per entrare a far parte di Alcolisti Anonimi è il desiderio di smettere di bere: chiunque può divenirne membro se manifesta il desiderio di smettere di bere.

Non sono previste quote di iscrizione e non esiste alcuna discriminazione quale età, ceto sociale, genere, orientamento sessuale, fede religiosa o politica, livello culturale, trascorsi penali, professione, poli dipendenze... Tutti i membri hanno pari dignità, nessuno può essere estromesso, emarginato, giudicato.

L'Associazione si sostiene unicamente con i contributi volontari degli alcolisti anonimi ... non richiede e non accetta contributi esterni pubblici o privati né donazioni o benefici di alcun genere.

ANONIMATO

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

I GRUPPI

I Gruppi sono l'entità tramite la quale si realizza il recupero: nelle riunioni, in assoluta libertà, vengono raccontate le proprie storie, condivisi i problemi personali e messo in pratica il programma di recupero conosciuto in tutto il mondo come il **“Metodo dei Dodici Passi”**. I Gruppi svolgono la propria attività in piena autonomia, tuttavia non sono indipendenti dalla vita dell'Associazione: collaborano con altri Gruppi confrontando e scambiando le proprie esperienze al fine di arricchire ed elevare la “Coscienza di Gruppo”. I Gruppi si costituiscono in qualsiasi parte d'Italia quando vi sia la volontà espressa di due o più alcolisti di operare in continuità nel rispetto del metodo. Attualmente i Gruppi sono più di 400 su tutto il territorio nazionale. Le riunioni di gruppo sono mediamente partecipate da circa 12 membri. Soltanto il 20% effettua riunioni con cadenza di tre giorni a settimana. La maggior parte dei Gruppi si riunisce con una cadenza compresa tra due e un giorno a settimana; qualche Gruppo più numeroso fa riunioni fino a sette giorni la settimana.

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

trovando valori nuovi e stimoli propositivi da sostituire a quelli tipici dell'alcolista ancora nel problema.

LE RIUNIONI DI GRUPPO

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

CONOSCENZA DI AA Alcolisti Anonimi APS

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

RAPPORTI CON L'ESTERNO

Dal punto di vista delle Istituzioni l'alcolismo viene ormai recepito come un fenomeno complesso, sanitario e sociale insieme, che non può essere sottovalutato anche per gli elevati costi che scarica sulla collettività; la sua multidimensionalità (problematiche sanitarie, assistenziali, di recupero, familiari, di lavoro, legali, di informazione e formazione) sta rafforzando il convincimento che per operare utilmente sia necessario un approccio di Rete multiprofessionale con la collaborazione delle varie strutture che si occupano del problema. Alcolisti Anonimi APS si rivolge all'esterno tenendo come costante riferimento il territorio in cui operano i Gruppi e collabora con medici di medicina generale, con centri di alcologia, SerD, strutture ospedaliere, operatori del sociale, università. Alcolisti Anonimi APS ha una lunga esperienza di collaborazione, non di affiliazione, con molte realtà che operano a livello locale e Nazionale. I Gruppi e i Comitati di Servizio di Alcolisti Anonimi sono sempre disponibili a fornire informazioni ed a collaborare con professionisti e organizzazioni che lo richiedano. In alcune regioni italiane (ancora troppo poche) sono presenti dei protocolli d'intesa e collaborazione con le Università, i Servizi Sanitari (Centri Alcologici/SerD) che riconoscono A.A. Alcolisti Anonimi APS come parte integrante del Sistema dei Servizi che opera in campo alcologico (cfr. Protocollo di collaborazione tra RER e Associazione A.A. Alcolisti Anonimi APS). Collaborare con A.A. Alcolisti Anonimi APS significa collaborare con una realtà che si aggiorna costantemente sul fenomeno alcol: i Gruppi fortemente radicati sul territorio e, come già scritto presenti in tutte le regioni, sono in grado di recepire in tempo reale le trasformazioni che si verificano al loro interno. Si pensi, ad esempio, all'abbassamento dell'età di coloro che entrano nell'area alcolismo, all'aumento del genere femminile, alla sempre più stretta presenza di poli dipendenze, all'ingresso sempre maggiore di immigrati e di persone appartenenti alla bassa soglia del disagio e dell'emarginazione, oltre al permanere del numero di alcolisti “tradizionali” trasversale a tutte le fasce d'età, sociali ed economiche.

Esiste quindi la necessità di adeguarsi in modo quasi automatico all'emergere di queste nuove realtà con il mutare della composizione stessa dei Gruppi, proseguendo in una apertura verso l'esterno per rispondere alle istanze che provengono dal mondo sanitario e sociale.

Ciò detto le attività esterne svolte dai Gruppi riguardano principalmente collaborazioni con Servizi di Alcologia e dipendenze patologiche, ospedali, comunità di recupero, cliniche private e attività di informazione/formazione presso Istituti scolastici e Università, convegni comunali e/o regionali.

A.A. Alcolisti Anonimi APS collabora e svolge servizio, anche, presso vari istituti di pena.

Occorre, comunque, non fermarsi ma ricercare sempre nuovi spazi di collaborazione.

Sarebbe importante entrare in contatto nella pratica con i professionisti partecipando, ad esempio, a corsi di preparazione degli operatori dei SerD, oppure a percorsi universitari specialistici, per poter far conoscere maggiormente Alcolisti Anonimi e offrire un ulteriore strumento di lavoro ai futuri professionisti.

LETTERATURA

A.A. Alcolisti Anonimi APS è dotata di una letteratura interna che risulta essere un ulteriore strumento per trasmettere il messaggio, oltre all'approccio personale dell'alcolista che parla con un altro alcolista.

Nel Grande Libro, nei Dodici e Dodici, in molti altri testi e opuscoli, il messaggio viene espresso in una forma accessibile a tutti, attraverso essi chiunque può capire come recuperarsi dall'alcolismo o aiutare altre persone a recuperarsi, per passare dall'astinenza a una sobrietà duratura. Ogni singolo pezzo di letteratura viene scrupolosamente curato e passato al vaglio periodicamente, affinché adempia a quello che è il suo unico scopo primario "aiutare un alcolista che soffre" e per avere la certezza che il messaggio di A.A. venga riportato con la massima accuratezza e sempre come risposta a specifiche necessità. Anche tutto questo è Unità.

INSIEME IN A.A.

Oltre alla letteratura esiste anche un periodico interno ufficiale di A.A. Alcolisti Anonimi APS, che comunica la vita interna dei membri dell'Associazione, dando spazio a testimonianze.

Ovviamente è sempre garantito l'anonimato, nel rispetto dell'Undicesima Tradizione, e la massima tutela della privacy. Anche semplici pensieri possono essere di stimolo per compiere riflessioni e permettere, a chi non desidera o non se la sente di scrivere una testimonianza completa, di partecipare attivamente alla realizzazione del periodico.

INSIEME IN A.A. vuole essere non solo uno strumento di condivisione ma anche una delle espressioni del senso di appartenenza all'Associazione, uno strumento che regala ogni giorno la possibilità di costruire e arricchire la nuova vita dell'alcolista... insieme.

RUNTS E ORGANO DI CONTROLLO

In data 17/11/2022, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha comunicato ufficialmente l'iscrizione di A.A. Alcolisti Anonimi APS al RUNTS (**Registro Unico Nazionale del Terzo Settore**), che comporta per Alcolisti Anonimi la qualifica di Ente del Terzo Settore con tutte le prerogative e le facilitazioni, soprattutto di carattere fiscale, ma impone, per contro, una serie di obblighi specie di natura contabile. Per questo motivo in ottemperanza agli obblighi normativi imposti dalla riforma del Terzo Settore, si è dotata dell'ORGANO DI CONTROLLO, che presidia l'osservanza delle leggi, dello statuto, l'adeguatezza dell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile, oltre che il suo concreto funzionamento.

L'organo di controllo o il revisore legale dei conti, se nominato, dura in carica tre anni ed è rinominabile.

SITO WEB E SOCIAL MEDIA

La comunicazione digitale al servizio del sociale: l'importanza di un sito web e dei social per A.A. Alcolisti Anonimi APS

Nel contesto attuale, segnato da una forte digitalizzazione e da un uso quotidiano degli strumenti online, anche per il terzo settore diventa fondamentale disporre di una presenza web strutturata e strategica. Per un'associazione di promozione sociale come Alcolisti Anonimi, che ha come obiettivo primario quello di offrire supporto a chi soffre di alcolismo, il sito web e i social media non sono soltanto strumenti tecnologici, ma veri e propri canali di accoglienza, informazione e orientamento. Essi rappresentano il primo punto di contatto per molte persone che, in forma anonima e riservata, cercano aiuto, informazioni e motivazione per affrontare un percorso di recupero. La comunicazione digitale consente quindi non solo di raggiungere più efficacemente chi ha bisogno, ma anche di promuovere una cultura della consapevolezza, di favorire la partecipazione attiva e di combattere lo stigma che ancora oggi circonda la dipendenza da alcol.

L'importanza di un sito web per Alcolisti Anonimi APS

Visibilità, accessibilità e riservatezza

Un sito web rappresenta una vetrina digitale sempre accessibile, giorno e notte. Nel caso di Alcolisti Anonimi, questa disponibilità diventa uno strumento vitale, perché molte richieste di aiuto avvengono in momenti di solitudine o crisi, spesso nelle ore serali o nei fine settimana. Avere un sito chiaro, ben organizzato e facilmente navigabile consente alle persone di trovare risposte immediate, materiali informativi, contatti utili e riferimenti sui gruppi locali, senza la necessità di esporsi pubblicamente.

Credibilità e rassicurazione

Un sito aggiornato, sobrio comunica serietà e affidabilità, due elementi cruciali per un'associazione che si occupa di tematiche così delicate. Per chi si avvicina ad Alcolisti Anonimi per la prima volta, sapere di avere a che fare con un'organizzazione strutturata, riconosciuta e rispettosa della privacy è fondamentale per superare le paure iniziali e prendere contatto.

La pubblicazione del programma dei 12 Passi, dei principi guida, della struttura dell'associazione e delle testimonianze anonime può contribuire ad avvicinare nuove persone e chiarire dubbi sulla natura volontaria, gratuita e non giudicante degli incontri.

Comunicazione diretta e aggiornamenti

Attraverso il sito, è possibile comunicare in modo tempestivo con il pubblico e i membri dei gruppi, informando su modifiche agli orari, incontri speciali, eventi di zona, seminari o campagne informative. L'integrazione di newsletter e di una sezione dedicata alle domande frequenti (FAQ) consente di offrire supporto continuo anche a chi non ha ancora deciso di partecipare a un gruppo.

Raggiungere chi non conosce ancora A.A.

Il sito consente di intercettare persone che non conoscono l'associazione e può diventare un faro nella notte per chi sta cercando una via d'uscita ma non sa da dove cominciare.

Il ruolo dei social media per Alcolisti Anonimi

Diffondere messaggi di speranza e informazione.

I social media offrono l'opportunità di parlare a un pubblico ampio, utilizzando un linguaggio semplice e accessibile. Pagine o profili ufficiali possono essere usati per condividere contenuti sul tema dell'alcolismo, citazioni dai 12 Passi, storie anonime di successo, eventi pubblici o giornate di sensibilizzazione. Anche in forma anonima e istituzionale, i social permettono di trasmettere messaggi di incoraggiamento, di normalizzare la richiesta di aiuto, soprattutto tra i giovani.

Interazione controllata e orientamento

Pur mantenendo la necessaria riservatezza, i social possono essere usati per indirizzare in modo discreto le persone al sito ufficiale o ai gruppi locali. I contenuti, possono rappresentare il primo passo di un percorso di rinascita.

Collaborazioni e advocacy

Attraverso i social media, l'associazione può anche dialogare con altre realtà del terzo settore, enti pubblici, istituzioni sanitarie e media, contribuendo alla costruzione di una rete virtuosa per la lotta contro le dipendenze. Inoltre, può prendere parte a campagne nazionali o internazionali di sensibilizzazione/informazione.

Sito web e social: una sinergia efficace per il bene comune

L'integrazione tra sito e social media permette di creare un ecosistema comunicativo completo: i social attirano l'attenzione, generano coinvolgimento e indirizzano al sito, che a sua volta fornisce contenuti approfonditi, strumenti pratici e contatti diretti.

Questa sinergia è particolarmente utile per A.A. Alcolisti Anonimi APS, in quanto consente di mantenere una comunicazione discreta ma costante, rispettando i principi di anonimato e al tempo stesso raggiungendo chi ha più bisogno.

Anonimato e sicurezza: principi fondamentali della comunicazione online per A.A.

Per Alcolisti Anonimi, l'anonimato è un valore fondante e irrinunciabile. Tutte le attività dell'associazione, compresa la comunicazione digitale, sono coerenti con questo principio, garantendo riservatezza, rispetto e protezione dei dati personali di chi cerca aiuto o si avvicina all'associazione.

Nella progettazione del sito web e nella gestione dei canali social sono state adottate tutte le misure necessarie per garantire l'anonimato degli utenti. Il sito è costruito in modo da non richiedere registrazioni obbligatorie o dati sensibili per accedere alle informazioni di carattere pubblico. Inoltre, ogni messaggio pubblico è privo di riferimenti personali o immagini che possano identificare membri dell'associazione. Le testimonianze eventualmente pubblicate sono rese in forma anonima, con il consenso informato delle persone coinvolte.

Proteggere la sicurezza delle comunicazioni: la gestione dei profili social è improntata alla massima cautela; sono evitate interazioni e risposte automatizzate, privilegiando, ove possibile, il reindirizzamento verso contatti più sicuri e diretti (e-mail riservata, telefono, incontro in gruppo).

Conclusioni

Per un'associazione come A.A. Alcolisti Anonimi APS, la comunicazione digitale non è solo utile, ma necessaria. Sito web e social media, coerenti con i principi di anonimato, riservatezza e sicurezza, possono diventare canali di aiuto, accoglienza e informazione, contribuendo a salvare vite e a costruire una società più consapevole e solidale. Significa offrire uno spazio sicuro dove nessuno si senta giudicato o esposto, e dove un clic possa rappresentare il primo passo verso la libertà dalla dipendenza. In questo modo, la tecnologia diventa alleata della missione umana e spirituale dell'associazione.

A.A. Alcolisti Anonimi APS è presente su social media quali Facebook, Instagram, YouTube, TikTok.

INTERNET E GRUPPI ON LINE

Mentre gli incontri in presenza nel Gruppo rimangono il nucleo di A.A., l'Associazione nel suo insieme si è aperta progressivamente a nuove modalità di accesso, fornendo supporto virtuale, messaggia istantanea e accesso al Programma di recupero online (Riunioni e Gruppi on line). Questa apertura al futuro mostra come A.A. si adatti alle esigenze e alle sensibilità delle persone nel mondo moderno. Fermo restando che nulla potrà sostituire pienamente le Riunioni in presenza, che sono sinonimo di azione, che sono fonte di quel calore che nessun schermo può sostituire. Posto che l'unica differenza fra Gruppi fisici e on line risulta essere la modalità dell'incontro e partendo dal presupposto che in Alcolisti Anonimi nessuno riconosce nessuno. La Conferenza del 2024 A.A. Alcolisti Anonimi APS ha ammesso i Gruppi on line come facenti parte dell'Associazione purché aderiscano, così come richiesto per i Gruppi in presenza, allo Statuto della stessa. Ogni Gruppo on line è visibile dal sito di A.A. tramite mail e telefono ufficiali e con ID della riunione equiparato all'indirizzo della sede dei gruppi fisici.

CONCLUSIONI

Concludendo, si può affermare che, nel sistema che si va delineando in Italia per fronteggiare l'alcolismo, A.A. Alcolisti Anonimi APS ha un ruolo definito che si colloca al termine di un processo che inizia con la prevenzione e si conclude con la riabilitazione.

Ciò non significa che i Gruppi di A.A. funzionino sempre e per tutti, alcune persone si rivolgono all'Associazione ma non vi rimangono, altre hanno prima la necessità di percorsi terapeutici individuali o di un'assistenza specializzata di tipo diverso.

In ogni caso i Gruppi di auto mutuo aiuto di A.A. Alcolisti Anonimi APS dovrebbero essere considerati una risorsa utile ed un valore aggiunto nel percorso di "presa in cura" di una persona con problemi legati alla dipendenza da alcol.

COME CONTATTARE ALCOLISTI ANONIMI ITALIA

L'Associazione è sempre a disposizione per qualsiasi informazione e chiarimento al numero telefonico del Centralino 06.6636629 o all'indirizzo della nostra sede nazionale di via di Torre Rossa 35 – 00165 Roma, o alla mail info@aaitaly.it

Per trovare una riunione o sapere di più su ALCOLISTI ANONIMI accedi al nostro sito web www.alcolistianonimiitalia.it oppure chiama il **numero verde 800411406**.



1.10.3 Al-ANON e ALATEEN

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

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

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

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

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

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

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

1.10.4 Associazione Nazionale Italiana Club Alcolisti in Trattamento _ ANICAT

Come ampiamente documentato su varie fonti disponibili anche attraverso il web, i Club degli Alcolisti in Trattamento si sono sviluppati in Italia fin dal 1979 su stimolo del Prof. Hudolin, e rappresentano un programma per il trattamento delle problematiche correlate all'uso di alcol che è presente in moltissime realtà del territorio nazionale, dove i club di norma operano in stretta collaborazione con altre strutture del sistema pubblico e privato sia in ambito sanitario che sociale. Il Club degli Alcolisti in Trattamento si distingue da altri programmi nati per affrontare i problemi alcolcorrelati perché:

- vi partecipa la famiglia dove esiste il problema alcolcorrelato e non la sola persona con il problema;
- le famiglie che chiedono di partecipare possono presentare anche altri tipi di problemi (uso di bevande alcoliche associato all'uso di droghe illegali, psicofarmaci non prescritti, problemi psichiatrici, gioco d'azzardo, ecc.) ma è indispensabile che tutte condividano la presenza di un problema con l'uso di alcol come “minimo comun denominatore” su cui potersi confrontare, rispecchiare e riconoscersi un'identità di esperienza;
- la partecipazione delle famiglie ai Club è a titolo gratuito ed è garantita la riservatezza;
- è presente un servitore-insegnante che è un operatore appositamente preparato in uno specifico corso di formazione, il cui compito è quello di adoperarsi per il buon andamento del club in linea con le indicazioni provenienti dalla “Metodologia Hudolin”;
- i Club degli Alcolisti in Trattamento sono composti da un minimo di due ad un massimo di dodici famiglie che si riuniscono una volta a settimana nella solita sede per un incontro di un'ora e mezza, durante il quale confrontano le loro esperienze, usando il principio del “qui ed ora” (si parla di oggi e delle situazioni concrete) all'interno di un clima di ascolto, di empatia e di solidarietà esente da ogni forma di giudizio;
- individua nella famiglia la risorsa principale per la realizzazione del processo di crescita e di cambiamento dei comportamenti dannosi alla salute, ad iniziare dall'uso di alcol;
- oltre al cambiamento delle singole famiglie che partecipano al club, i programmi basati sulla “metodologia Hudolin” comprendono interventi di informazione, sensibilizzazione e prevenzione rivolti all'intera comunità sulle problematiche correlate all'uso di alcol;
- promuove la cultura della responsabilità, favorendo la presa in carico individuale e familiare della propria salute e la partecipazione attiva alla costruzione della salute collettiva;
- la sua finalità ultima è costruire tutti insieme una comunità più sana.

Per approfondimenti, vedi: <https://www.youtube.com/watch?v=0P8uj7dNzLA+&feature=youtu.be>

I risultati dei Club degli Alcolisti in Trattamento sono stati oggetto di numerosissime ricerche, tra le quali in particolare una realizzata in collaborazione con il Centro Nazionale delle Ricerche (CNR) e durata dal 2000 al 2008, che tra l'altro è stata pubblicata sulla prestigiosa rivista scientifica *Alcohol & Alcoholism* (Oxford University Press).

Vedi: <https://www.cesda.net/2012/04/11/characteristics-of-alcoholics-attending-clubs-of-alcoholics-in-treatment-in-italy-a/> (*Alcohol & Alcoholism*, Oxford University Press), dove sono stati evidenziati importanti risultati in termini di astinenza e miglioramento dello stile di vita delle famiglie che frequentano questo programma (Per l'abstract in italiano vedi il link: <http://www.retecedro.net/wp-content/uploads/2012/05/traduzione-articolo.pdf>.)

I Club degli Alcolisti in Trattamento fino all'anno 2010 hanno costituito un programma unitario diffuso in tutte le Regioni del territorio nazionale.

Successivamente, al Congresso Nazionale di Paestum nel 2010, l'Associazione Italiana aveva proposto una consultazione nazionale sul cambiamento del nome del Club e sulla necessità conseguente di introdurre dei cambiamenti dell'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati elaborato da Hudolin.

Ne conseguì che in quell'occasione una gran parte dei club allora esistenti decisero di cambiare il nome, adottando quello di Club Alcologici Territoriali, ma mantenendo gli stessi acronimi di CAT, così come l'associazione italiana che continuò a chiamarsi AICAT. Quella decisione però non è stata condivisa da tutti i CAT e molti di quelli che hanno scelto di conservare la denominazione originale si sono riorganizzati dapprima in un Coordinamento Nazionale e successivamente in una nuova associazione autonoma, chiamata ANICAT, con sede a Udine, che si propone di portare avanti un metodo di lavoro aderente al pensiero originale di Hudolin e che quindi si è definita come una associazione nazionale separata e assolutamente indipendente dall'AICAT.

Per quanto riguarda le attività dei club e delle Associazioni che oggi aderiscono all'ANICAT, queste si realizzano prevalentemente a livello locale, provinciale e regionale, molte delle quali proseguite e consolidate sull'arco di molti anni.

A seconda della Regione, abbiamo protocolli di collaborazione o rapporti formali tra i nostri CAT, o le associazioni locali (ACAT e ARCAT), con le Regioni, con le Amministrazioni Comunali, con diverse Aziende Sanitarie Locali, in particolare con quasi tutti i SerD, con alcuni Ospedali, con alcuni Tribunali (in supporto ai condannati per guida in stato di ebbrezza), con alcuni Ordini professionali (IPASVI-OPI, Ordine dei Medici), con alcuni programmi del Ministero dell'Istruzione e del Merito.

Altre importanti collaborazioni esistono con numerose realtà del Volontariato e del Privato Sociale (Pubbliche Assistenze, Centri Sociali, Parrocchie, Centri d'Ascolto Caritas, Sant'Egidio, San Marcellino, Don Orione, Fondazione Maugeri, ecc). Molti di questi protocolli definiscono i CAT come "risorsa strategica" e prevedono la sensibilizzazione da parte nostra a favore del personale sanitario.

Quasi tutte le nostre associazioni locali sono iscritte al rispettivo registro regionale del volontariato e più di recente al RUNTS nazionale.

Per maggiori informazioni è consultabile il sito WWW.HUDOLIN.IT

1.11 LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE

Introduzione

Il presente documento è stato redatto ai sensi della “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati” (Legge n. 125 del 30 marzo 2001, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 2001) e ha l’obiettivo di analizzare i dati di consumo e di spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per i farmaci impiegati nel trattamento della dipendenza da alcol nell’ambito dell’assistenza convenzionata (erogati dalle farmacie territoriali), non convenzionata (acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche) e acquistati privatamente da parte del cittadino. Il documento, aggiornato con i dati relativi all’anno 2024, fornisce una descrizione dell’andamento degli indicatori di spesa e consumo nel tempo (sia a livello nazionale che a livello regionale), fornendo dettagli sul tipo di farmaco, sul canale distributivo e sulle caratteristiche della coorte individuale.

Descrizione dei sistemi informativi e indicatori utilizzati

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

- **Assistenza farmaceutica convenzionata:** il flusso riguarda le prestazioni farmaceutiche erogate attraverso le farmacie, pubbliche e private, in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito ai sensi della L. 448/1998 e ss.mm.ii., di cui è stata data attuazione con il D.M. n. 245/2004. Tale flusso rileva le ricette raccolte da Federfarma (Federazione nazionale delle farmacie private convenzionate con il SSN) e da Assofarm (Associazione Farmacie Comunali), che ricevono i dati delle proprie sedi provinciali e che successivamente aggregano a livello regionale. Il flusso OsMed presenta un grado di completezza variabile per area geografica e per mese; il tasso di copertura a livello nazionale dei dati nel 2024 è stata pari al 96,5%. La quota di spesa e consumi mancanti è stata ottenuta attraverso una procedura di espansione, che utilizza come valore di riferimento della spesa farmaceutica il dato proveniente dalle Distinte Contabili Riepilogative (DCR), aggiornato periodicamente dall’AIFA. Al fine di garantire confronti omogenei tra le Regioni, la procedura di espansione riporta al 100% la spesa regionale, nell’ipotesi che la distribuzione dei dati mancanti non sia significativamente differente da quella dei dati osservati e sia garantita l’invarianza del prezzo al pubblico della singola confezione medicinale.
- **Acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche:** il flusso della “Tracciabilità del Farmaco” è stato istituito con il Decreto del Ministro della Salute del 15 luglio 2004 e s.m.i. nell’ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Tale flusso finalizzato a tracciare le movimentazioni di medicinali con autorizzazione all’immissione in commercio (AIC) sul territorio nazionale e/o verso l’estero è alimentato dalle aziende farmaceutiche e dalla distribuzione intermedia e rileva le confezioni movimentate lungo la filiera distributiva, fino ai punti di erogazione finale: farmacie, ospedali, ambulatori, esercizi commerciali, ecc. I dati analizzati nel presente documento si riferiscono all’acquisto di medicinali, sia in termini di quantità che di valore economico, da parte delle strutture sanitarie pubbliche (i.e. l’assistenza farmaceutica non convenzionata). Pertanto, essi sono relativi alla fornitura di medicinali da parte delle aziende farmaceutiche alle strutture sanitarie pubbliche (*sell-in*) che, successivamente, vengono utilizzati all’interno delle strutture stesse (i.e. *sell-out* dei consumi ospedalieri), o

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

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

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

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

La terapia farmacologica della dipendenza alcolica

Gli obiettivi del trattamento della dipendenza da alcol sono il mantenimento della completa astinenza e il recupero delle capacità psicofisiche e sociali. Il raggiungimento di tali obiettivi avviene tramite il trattamento dell'intossicazione acuta alcolica e della sindrome di astinenza da alcol (SAA), il mantenimento dell'astinenza da alcol e la riduzione del consumo di alcol, che si esplicano attraverso interventi di prevenzione della ricaduta (*relapse prevention*) e gestione del *craving*¹.

Le persone alcolodipendenti possono essere trattate nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria con presa in carico da parte del medico di medicina generale, qualora accettino di astenersi dall'alcol, rifiutino di essere inviati a un centro specializzato o in caso presentino gravi complicazioni psichiatriche, sociali o mediche. L'invio ai servizi specialistici si rende necessario nel caso in cui si siano verificati precedentemente dei fallimenti nel trattamento, oppure quando i pazienti presentano gravi complicazioni o rischi di crisi di astinenza moderate o gravi, o ancora quando vi è compresenza di patologie fisiche e psichiatriche o quando il trattamento non può essere gestito dall'equipe sanitaria di base.

Il trattamento farmacologico della dipendenza alcolica prevede l'impiego di diverse classi di farmaci, alcune dirette al trattamento dell'astinenza, altre dirette a prevenire le ricadute. Attualmente in Italia sono approvati per il trattamento della dipendenza alcolica sei farmaci: disulfiram, sodio oxibato, acamprosato, naltrexone, nalmeffene e metadoxina (Tabella 1). Tali molecole differiscono tra loro per il differente meccanismo d'azione, che si riflette poi sulle specifiche dell'indicazione terapeutica, del dosaggio e della durata della terapia, oltre che sulla diversa modalità di erogazione e rimborsabilità.

In Italia, nel 2024, risultano in commercio tredici confezioni in totale, queste hanno contribuito alle analisi contenute nel presente documento. Di queste, 5 sono a totale carico del SSN: 2 confezioni a base di Sodio Oxibato classificate in fascia di rimborsabilità H e 5 confezioni (3 a base di Naltrexone, 1 di Acamprosato e 1 di Disulfiram) classificate in fascia A. Le restanti 6 confezioni risultano a totale a carico dei cittadini (fascia C), di queste due sono a base di Disulfiram, mentre le altre sono a base di Metadoxina e Nalmeffene.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dati generali di consumo e spesa nel 2024

Nel 2024 il consumo complessivo a carico del SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica, dispensati sia dalle Farmacie Territoriali che acquistati dalle Strutture Sanitarie Pubbliche, ammonta a circa **257,3 DDD per 1 milione di abitanti die**, in riduzione rispetto al 2023 (-6,4%), con una spesa pari a **8,12 euro/100 abitanti** (per una **spesa totale di 4,8 di milioni di euro**), in riduzione del 10,8% rispetto all'anno precedente.

L'80,5% della spesa totale per la categoria dei farmaci per la dipendenza alcolica è a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), mentre la restante parte (19,5%) è acquistata privatamente. Il 48,9% delle dosi è erogato da parte delle Strutture Sanitarie Pubbliche, mentre il 22,8% è erogato dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito dell'assistenza convenzionata; il restante 28,4% delle dosi è acquistata privatamente dal cittadino. Solo una quota residuale (3,9%) degli acquisti diretti viene erogato attraverso il canale della DPC, a cui corrisponde un consumo di 10,1 DDD per 1 milione abitanti *die* e una spesa di 0,51 euro/100 abitanti, indice della necessità di una particolare presa in carico dei pazienti alcolodipendenti da parte delle strutture sanitarie pubbliche, in particolare da parte dei Servizi per le Dipendenze (SerD).

Se si considerano i consumi regionali espressi come numero di DDD per 1 milione di abitanti *die* nel corso nell'anno 2024, la PA di Bolzano registra i consumi più elevati (865,9 DDD), seguita dalla Valle d'Aosta (445,2 DDD) e dall'Emilia Romagna (380,3 DDD; **Tabella 3**). In generale le regioni del Nord (314,6 DDD) consumano più dosi di farmaco rispetto alle regioni del Centro (231,3) e del Sud (191,1 DDD). Nelle regioni del Centro la percentuale di dosi erogate in regime di

assistenza convenzionata e oltre il doppio rispetto a quella delle regioni del Nord e del Sud, con la percentuale più elevata raggiunta nella regione Lazio (68,7%), sebbene a livello nazionale sia la PA di Trento a mostrare la percentuale maggiore di dosi erogate in assistenza convenzionata (80,0%). La maggior parte delle regioni eroga i farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica prevalentemente attraverso le Strutture Sanitarie Pubbliche, raggiungendo la quota del 76,2% in Emilia-Romagna; fanno eccezione la PA di Trento e Lazio che erogano rispettivamente solo il 4,7% e il 5,7% delle dosi attraverso le strutture sanitarie pubbliche. Il Molise è la regione che dispensa quasi i due terzi delle dosi acquistate dalle strutture sanitarie pubbliche attraverso la distribuzione per conto (54,6 DDD per 1 milione abitanti *die*), mentre l'Abruzzo quasi la metà (23,8 DDD per 1 milione abitanti *die*). Regioni come Valle d'Aosta, Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Campania e le PA di Trento e di Bolzano non utilizzano il canale distributivo della DPC per questo tipo di farmaci.

Se si considera la spesa regionale espressa per 100 abitanti nel corso nell'anno 2024, è possibile osservare un'ampia variabilità regionale, concentrata soprattutto nell'assistenza convenzionata, dove le regioni del Centro (4,92 euro) registrano una spesa quasi 4 volte maggiore rispetto a quella delle regioni del Nord (1,41 euro) e 7 volte maggiore rispetto a quella del Sud (0,71 euro). La PA di Trento registra la spesa più elevata in questo canale di erogazione (10,75 euro), circa 6 volte la spesa media nazionale (1,89 euro).

Nell'ambito degli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche, le regioni del Sud registrano la spesa più elevata (5,82 euro) rispetto alle regioni del Centro (2,53 euro) e del Nord (4,76 euro). In questo ambito è la Valle d'Aosta che registra la spesa pro capite per 100 abitanti più elevata (22,00 euro), quasi 5 volte la spesa media nazionale (4,66 euro).

Infine, per quanto riguarda l'acquisto privato, sebbene si osservi una discreta variabilità regionale nei consumi, i valori di spesa risultano maggiormente allineati, ad eccezione della PA di Bolzano (5,07 euro) che registra valori 3 volte quelli della media nazionale (1,58 euro). La PA di Bolzano è anche quella con la quota percentuale di acquisto privato più ampia (61,8% della spesa), mentre la Valle d'Aosta è la regione con la quota più bassa (6,0% della spesa).

1. Consumi e spesa a carico del SSN

Nel 2024 i consumi a carico dell'SSN (convenzionata e strutture sanitarie pubbliche) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica ammontano a circa **184,3 DDD per 1 milione di abitanti *die*, in aumento del 4,2% rispetto al 2023.**

L'aumento dei consumi è attribuibile principalmente all'incremento rispetto all'anno precedente delle dosi di farmaco erogate in regime di assistenza convenzionata (+12,8%), mentre rimangono stabili i consumi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (+0,7%).

Nel 2024 la spesa farmaceutica complessiva SSN (convenzionata e strutture sanitarie pubbliche) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica ammontano a circa **3,9 milioni di euro (6,54 euro per 100 abitanti)**. Circa il 71% di tale valore è attribuibile agli acquisti effettuati dalle strutture sanitarie pubbliche, il 7,8% alla distribuzione per conto, e il 29% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico. Nel 2024 la spesa SSN per questa categoria di farmaci è in riduzione (-9,3%) rispetto all'anno precedente dovuta al decremento della spesa da parte delle strutture sanitarie pubbliche (-15,2%), sebbene si rilevi un aumento della spesa nel canale DPC (+37,8%) e in quello dell'assistenza convenzionata (+9,5%).

2. Consumi e spesa a carico del SSN per principio attivo

Il Disulfiram è il principio attivo più prescritto e da solo assorbe circa il 53,9% dei consumi totali dei farmaci per la terapia della dipendenza alcolica a carico del SSN, con un totale di circa 99,3 DDD per 1 milione di abitanti *die* (+13,7% rispetto al 2023), seguito con il 20,6% dei consumi dall'Acamprosato e con un consumo di 38,0 DDD (+13,3% rispetto al 2023) e dal Naltrexone con il

12,7% dei consumi e 23,5 DDD, (+21,9% rispetto all'anno precedente). L'Acamprosato è il principio attivo con la spesa a carico del SSN complessiva più alta (38,8% della spesa nazionale per questa categoria di farmaci), in aumento del 12,5% rispetto all'anno precedente, seguito dal Sodio Oxibato (31,4% della spesa nazionale) e Naltrexone (18,0% della spesa nazionale).

Il Sodio Oxibato ha registrato una notevole riduzione rispetto all'anno precedente (-37,8%); per il Naltrexone, invece, è stata osservata una crescita della spesa (+19,9%).

Gli altri principi attivi hanno una spesa per 100 abitanti inferiore a 1 euro, tra i quali il Disulfiram, principio attivo rimborsato dall'SSN, la Metadoxina e il Nalmefene, entrambi classificati in fascia C e pertanto a carico del cittadino.

Se si prende in considerazione **la distribuzione regionale dei consumi**, al Nord (227,6 DDD) si erogano più dosi di farmaco rispetto al Centro e al Sud, rispettivamente 173,5 DDD e 129,0 DDD; Nord e Centro (+6,4% e +5,6% rispettivamente) mostrano nel 2024 un aumento dei consumi rispetto all'anno precedente, mentre al Sud si registra una riduzione (-8,9%). La Valle d'Aosta è la regione che registra il consumo più alto con 368,4 dosi per 1 milione di abitanti *die*, rappresentate per circa il 51% dal sodio oxibato, seguita dall'Emilia Romagna con 323,0 dosi, costituite per oltre il 60% dal disulfiram (63,5%) e dalla PA di Trento con 280,4 dosi, anche in questo caso rappresentate per oltre la metà dal disulfiram (53,3%).

La maggior parte delle regioni registra nel 2024 variazioni positive dei consumi a carico dell'SSN, con una variazione maggiore del 100% per la PA di Bolzano; solo otto regioni registrano una riduzione dei consumi, raggiungendo la percentuale più elevata (-19,5%) in Campania.

A livello nazionale il 53,9% delle dosi consumate sono rappresentate dal disulfiram, mentre il 20,6% dall'acamprosato; per i principi attivi a maggior consumo si osserva una forte variabilità regionale delle dosi erogate: ad esempio, il 60,8% dei consumi della Campania è rappresentato dal sodio oxibato, dispensato dalle strutture sanitarie pubbliche (es. SerD), mentre oltre il 70% delle dosi della PA di Bolzano, del Veneto, del Friuli Venezia Giulia, della Toscana e dell'Umbria sono rappresentate dal disulfiram, farmaco erogato sia dalle farmacie territoriali che dalle strutture sanitarie pubbliche. La preferenza per l'acamprosato è maggiore in Molise (42,7%), nelle Marche (41,3%) e in Sicilia (41,2%), mentre il naltrexone (46,9%) è maggiormente preferito nella regione Lazio. L'ampio *range* dei consumi osservato tra i vari principi attivi sottende una differente presa in carico dei pazienti a livello regionale, in parte spiegabile dalla diversa gravità della condizione clinica dei pazienti residenti nella regione.

Considerando la corrispondente spesa regionale per 100 abitanti, le regioni del Centro registrano valori di spesa di poco superiori (7,45 euro) rispetto alle regioni del Nord (6,17 euro) e del Sud (6,53 euro) con decrementi maggiori al Sud (-13,3%) rispetto al Nord (-8,4%) e al Centro (-5,0%). La Valle d'Aosta è la regione con la spesa più elevata (23,96 euro per 100 abitanti), seguita dalla PA di Trento (11,48 euro) e dal Lazio (10,56 euro). La maggior parte delle regioni ha registrato una riduzione della spesa rispetto all'anno precedente, mentre la Basilicata e la PA di Bolzano hanno fatto osservare gli incrementi più elevati (+63,5% e +40,5% rispettivamente). La contrazione maggiore della spesa si verifica in Piemonte (-33,4%), in Puglia (-27,0%) e in Campania (-26,0%). Il sodio oxibato e l'acamprosato sono i farmaci che registrano la spesa maggiore in quasi tutte le regioni, con il picco nella Valle d'Aosta per il sodio oxibato (18,52 euro) e in PA di Trento per l'acamprosato (8,10 euro), mentre Lazio e Molise hanno registrato una spesa maggiore per il naltrexone, con valori rispettivamente di 4,93 e 3,94 euro.

A livello nazionale il costo medio è pari a 0,97 euro per DDD, in riduzione rispetto all'anno precedente (-13,2%), oscillando da un minimo di 0,44 euro dell'Umbria a un massimo di 1,94 euro della Campania. Il principio attivo meno costoso è il disulfiram (0,18 euro per DDD), che è anche il più utilizzato in Italia, mentre quello più costoso è il nalmefene (3,02 euro per DDD), farmaco che risulta essere utilizzato solo in 3 regioni (Lombardia, Campania e Calabria), probabilmente perché non rimborsato dal SSN. Per ogni principio attivo si osserva una scarsa variabilità regionale del costo medio per DDD spiegabile verosimilmente dal ridotto numero di aziende produttrici; in quasi tutte le regioni si osserva una riduzione del costo medio rispetto all'anno precedente, con le

variazioni più elevate nella PA di Bolzano (-34,1%) e in Piemonte (-24,7%), mentre in Basilicata (+22,2%) e nella Valle d'Aosta (+9,9%) si registrano gli incrementi più elevati.

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

Dall'analisi della distribuzione percentuale dei consumi per canale distributivo emerge che il disulfiram è dispensato per oltre il 60% (62,3%) a carico del SSN (in misura maggiore nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche), mentre la rimanente quota del 37,7% viene acquistato privatamente dal cittadino; per l'acamprosato, principio attivo per cui si osserva un acquisto privato molto più basso rispetto al disulfiram, la quota erogata dalle strutture sanitarie pubbliche è oltre il doppio rispetto a quello erogata nel canale della convenzionata (69,2% vs 25,2%). Per entrambi i principi attivi si osserva tuttavia una marcata variabilità regionale nella modalità di erogazione. Ad esempio, la PA di Trento eroga la maggior parte delle dosi rimborsate a livello territoriale, mentre l'Emilia-Romagna eroga più dosi attraverso le strutture sanitarie pubbliche.

Per quanto riguarda il naltrexone, la dispensazione avviene con una ripartizione quasi uguale a livello territoriale e tramite le strutture sanitarie pubbliche, con la quota rimborsata che supera largamente quella relativa all'acquisto privato. Il sodio oxibato è erogato esclusivamente in distribuzione diretta attraverso i SerD, coerentemente con il regime di fornitura del medicinale. Il nalmefene e la metadoxina, medicinali non rimborsati dal SSN, risultano essere poco utilizzati rispetto agli altri principi attivi e il loro costo è per la maggior parte a carico del cittadino.

7. Acquisto privato a carico del cittadino

Nel 2024 il consumo delle confezioni di farmaci di classe A e C acquistate privatamente da parte del cittadino per il trattamento della dipendenza alcolica è stato pari a quasi **73,0 DDD per 1 milione di abitanti die**, in forte riduzione del 25,5% rispetto all'anno precedente e con una incidenza pari al 28,4% sul consumo totale della categoria, in riduzione di quasi 5 punti percentuali rispetto all'anno precedente quando si attestava al 33,1%.

La maggior parte del consumo privato è rappresentato dal disulfiram (60,1 DDD corrispondenti all'82% dell'acquisto privato), e per la restante parte da metadoxina (6,7 DDD; 9% dell'acquisto privato), naltrexone (2,9 DDD; 4% dell'acquisto privato), acamprosato (2,2 DDD; 3% dell'acquisto privato) e nalmefene (0,9 DDD, 1,0%); per il disulfiram e l'acamprosato si osservano le riduzioni dei consumi più rilevanti rispetto all'anno precedente (-28,1% e -46,4%, rispettivamente).

La corrispondente spesa a carico del cittadino si è attestata su un valore di quasi a **1,58 euro/100 abitanti**, in riduzione del 16,5% rispetto all'anno precedente e con una incidenza pari al 19,5% della spesa totale rilevata per questa categoria di farmaci; circa il 47% della spesa privata è relativa all'acquisto del disulfiram.

Se si considera la distribuzione regionale dei consumi per i farmaci di fascia A e C acquistati privatamente dal cittadino emerge che la PA di Bolzano registra il consumo più alto con 732,3 dosi per 1 milione di abitanti *die* (l'84,6% del consumo regionale per la categoria dei farmaci considerata), seguita dal Friuli Venezia Giulia con 127,8 dosi per 1 milione di abitanti *die* (il 36,3% del consumo regionale) e dalla Liguria con 109,4 dosi per 1 milione di abitanti *die* (il 35,2% del consumo regionale). Nella PA di Trento, in Emilia-Romagna e Valle d'Aosta l'acquisto privato è invece residuale (rispettivamente 15,3%, 15,1% e 17,3%).

In generale, al Sud la quota di acquisto privato sul totale della categoria è maggiore (32,5%) rispetto al Centro (25,0%) e al Nord (27,7%).

Ad eccezione della Puglia (+16,0%), la maggior parte delle regioni registra una riduzione delle dosi acquistate privatamente rispetto all'anno precedente, con i decrementi più rilevanti nella PA di Trento (-62,5%), in Basilicata (-47,1%) e nella PA di Bolzano (-45,3%).

Se si considera la spesa regionale per 100 abitanti emerge che la PA di Bolzano è la regione con il valore di spesa per acquisto privato di questi farmaci più elevato (5,07 euro per 100 abitanti), in forte riduzione rispetto all'anno precedente (-40,6%) e con una incidenza del 61,8% rispetto alla spesa regionale totale per questa categoria di farmaci; segue la Liguria con una spesa di 2,57 euro (incidenza del 33,1% sulla spesa totale della categoria) e il Friuli Venezia Giulia con una spesa di 2,15 euro (incidenza del 33,9% sul totale).

Il disulfiram è il primo principio attivo sia per consumo (60,1 DDD) che per spesa privata (0,74 euro) a livello nazionale, sebbene in quattro regioni (Liguria, Marche, Puglia e Basilicata) il primo per spesa sia rappresentato dalla metadossina.

8. Caratteristiche della popolazione in trattamento per la dipendenza alcolica

L'obiettivo di questa sezione è quello di fornire, nell'ambito dell'assistenza convenzionata e della distribuzione per conto (DPC), una descrizione delle caratteristiche della popolazione di pazienti in trattamento prevalente con i farmaci per la terapia della dipendenza alcolica (distribuzione per età, sesso e regione), intesa come almeno una dispensazione di farmaco; a questo scopo è stata analizzata l'eventuale co-prescrizione con uno o più farmaci appartenenti ad altre categorie farmaco-terapeutiche per i pazienti in trattamento con i farmaci per la dipendenza alcolica. Per condurre tale analisi sono stati presi in esame i dati relativi all'utilizzazione dei medicinali nel singolo paziente provenienti dal flusso delle prescrizioni farmaceutiche in regime di convenzionata (c.d. Tessera Sanitaria). I dati utilizzati sono relativi a tutte le Regioni italiane e si riferiscono ai medicinali utilizzati a livello territoriale e pertanto erogati in regime di assistenza convenzionata o attraverso la DPC; pertanto, rappresentano solo una quota di tutti i pazienti trattati.

Se si considera la distribuzione regionale dei pazienti prevalenti in terapia per la dipendenza alcolica (n=12.432) per fascia di età, il numero di pazienti aumenta all'aumentare dell'età, fino a raggiungere il valore massimo nella fascia 45-54 anni di età (31,0% degli utilizzatori totali); l'età media dei pazienti è di 51,9 anni, con un *range* che va da un minimo di 44,9 anni della Sardegna a un massimo di 53,6 anni del Friuli-Venezia Giulia. Per quanto riguarda la distribuzione regionale dei pazienti, Lazio e Lombardia sono le regioni in cui si concentra la maggior parte dei pazienti, rispettivamente 21,6% e 18,1% del totale, rappresentando oltre un terzo dei pazienti totali trattati a livello territoriale in Italia.

In generale, non sono state osservate differenze rilevanti per la distribuzione percentuale dei pazienti per fascia di età tra le diverse regioni; solo la Valle d'Aosta, che registra il più basso numero di pazienti totali in regione (18 pazienti, 0,1% del totale) non registra pazienti di età compresa tra i 25 e 34 e pazienti con età superiore ai 74 anni.

Per quanto riguarda la distribuzione dei pazienti in base al sesso, il 70,8% erano maschi, mentre il 29,2% femmine; le regioni che mostrano il più ampio divario tra i due sessi sono la Calabria (15,0% femmine vs 85,0% maschi), la Sicilia (17,7% femmine vs 82,3% maschi) e la Campania (18,3% femmine vs 81,7% maschi).

Se si considera la distribuzione percentuale dei pazienti trattati per principio attivo, il farmaco più utilizzato in regime di assistenza convenzionata e per conto nel corso del 2024 è il disulfiram (39,7% del totale), seguito dall'acamprosato (35,6%) e dal naltrexone (19,8%); il 4,9% dei pazienti ha assunto nell'arco dell'anno due principi attivi. Il numero medio di prescrizioni per i due farmaci più utilizzati è di 3,0 per il disulfiram e 3,5 per l'acamprosato, con un numero medio di confezioni pari a 1,6 e 1,5 per il disulfiram e per l'acamprosato rispettivamente.

Inoltre, la distribuzione del numero di prescrizioni nell'arco dell'anno mostra che il 25% dei pazienti riceve una sola prescrizione, la metà ne riceve fino a 2, il 75% dei pazienti ne riceve al

massimo 5, e infine il 95% riceve fino a 11 prescrizioni in un anno. Questi andamenti risultano coerenti con gli schemi posologici previsti per i due farmaci.

Nel corso del 2024 più di 11 mila pazienti (il 92,1% di tutti quelli che assumono farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica erogati in regime di assistenza convenzionata e DPC) hanno ricevuto almeno una prescrizione di un farmaco per il trattamento della dipendenza alcolica e almeno una prescrizione di un altro farmaco nell'arco dello stesso anno; la categoria farmaco-terapeutica più frequentemente co-prescritta è quella dei farmaci per il sistema nervoso (il 77,8% dei casi), seguita dalla prescrizione dei antimicrobici per uso sistemico (il 48,4%), di farmaci per il sistema cardiovascolare (il 44,3%), di farmaci del sistema muscoloscheletrico (30,8%).

Nell'ambito dei farmaci del sistema nervoso, gli antidepressivi rappresentano la prima classe di farmaci per frequenza di prescrizione (57,9% di tutte le co-prescrizioni di farmaci per il sistema nervoso). Seguono in ordine decrescente, i farmaci antipsicotici (32,2%) e gli antiepilettici (29,0%). Queste categorie di farmaci per il sistema nervoso centrale risultano essere quelle raccomandate come trattamento di prima scelta dalle linee guida per il trattamento farmacologico dei pazienti affetti da dipendenza da alcol, sebbene non abbiano una indicazione terapeutica autorizzata per il trattamento della dipendenza alcolica (*Fairbanks J, et al. Mayo Clin Proc. 2020; Reus VI, et al Am J Psychiatry. 2018*).

Se si considera la distribuzione dei pazienti in trattamento con un farmaco per la terapia dell'alcolismo per fascia di età e numero di altre sostanze (ATC V livello) prescritte durante l'anno, si osserva che all'aumentare dell'età aumenta il numero di categorie terapeutiche co-prescritte, in accordo con quanto descritto in generale in merito all'uso dei farmaci nella popolazione italiana (L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2024); quasi il 20% di tutti pazienti in trattamento assume anche più di 10 sostanze di classi terapeutiche diverse nell'arco dello stesso anno.

Conclusioni

Come si evince dalle analisi, nel 2024 i consumi dei farmaci con principale indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica si attestano a 257,3 DDD per 1 milione abitanti *die* registrando una riduzione del 6,4% rispetto all'anno precedente. Il 71,6% dei consumi è risultato a carico dell'SSN, quota che è aumentata rispetto al 66,9% del 2023.

Quasi la metà dei consumi (48,9%) si concentra nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, stabili rispetto all'anno precedente; a livello territoriale le dosi erogate in regime di assistenza convenzionata aumentano del 12,8%, raggiungendo il 22,8% del totale, mentre le dosi in acquisto privato si riducono marcatamente (-25,5%), rappresentando meno di un terzo (28,4%) dei consumi complessivi.

La spesa, pari a 8,12 euro per 100 abitanti, ha osservato, rispetto all'anno precedente, una riduzione del 10,8% a livello complessivo e si concentra principalmente nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche (57,3%), indicando che l'erogazione di questa categoria di farmaci avviene ancora principalmente attraverso i Servizi per le Dipendenze (Ser.D).

In generale, sulla base dei dati derivanti dalle serie storiche è possibile osservare una progressiva riduzione del consumo e della spesa dei farmaci per il trattamento della dipendenza da alcol a partire dal 2018, mentre nel 2024 si osserva un aumento delle dosi erogate a carico del SSN, soprattutto nell'ambito dell'assistenza convenzionata.

Questi dati mostrano una progressiva riduzione degli interventi di tipo farmacologico da parte dei servizi sanitari pubblici, che potrebbero far ipotizzare da un lato una ridotta presa in carico dei pazienti affetti da alcol dipendenza, dall'altra un possibile aumento dell'integrazione di interventi psicologici nella pratica clinica, che potrebbero aver determinato una riduzione del ricorso a terapie farmacologiche.

Le regioni del Nord consumano un numero maggiore di dosi di farmaco rispetto alle regioni del Centro e del Sud, sebbene la spesa si attesti su livelli simili; la PA di Bolzano è quella con i consumi più alti (865,9 DDD per 1 milione abitanti *die*), mentre la Valle d'Aosta rappresenta la

regione con la spesa più elevata a livello nazionale (25,49 euro pro capite per 100 abitanti), comprensivi della quota di acquisto privato.

A livello nazionale il 53,9% delle dosi consumate a carico del SSN sono rappresentate dal disulfiram, mentre il 20,6% dall'acamprosato, il 12,7% dal naltrexone e l'11,6% dal sodio oxibato.

I pazienti in trattamento con i farmaci a base di disulfiram e acamprosato in regime di assistenza convenzionata e per conto sono per lo più maschi con un'età media di 52 anni.

Per quanto riguarda la distribuzione dei pazienti in base al sesso, il 70,8% erano maschi, mentre il 29,2% femmine.

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

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

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

Bibliografia

Fairbanks J, Umbreit A, Kolla BP, Karpyak VM, Schneekloth TD, Loukianova LL, Sinha S. Evidence-Based

Pharmacotherapies for Alcohol Use Disorder: Clinical Pearls. Mayo Clin Proc. 2020;95(9):1964-1977.

Reus VI, Fochtmann LJ, Bukstein O, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Mahoney J, Pasic J, Weaver

M, Wills CD, McIntyre J, Kidd J, Yager J, Hong SH. The American Psychiatric Association Practice Guideline

for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. Am J Psychiatry. 2018;175(1):86-90.

PARTE SECONDA

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

2.1. Gli interventi di indirizzo

II PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE (PNAS)

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

Il PNAS contiene ed estende i principi e gli obiettivi indicati negli atti di indirizzo predisposti ed approvati in ambito comunitario e nella strategia europea dell'OMS.

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

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

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 sociosanitari che rafforzino la mobilitazione della comunità, lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi alcol correlati.

7. Potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto

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

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

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

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

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

II PROGRAMMA “GUADAGNARE SALUTE”

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

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

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

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

Strategie e ipotesi di intervento

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

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

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

2 Favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche

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

3 Informare correttamente i consumatori

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

4 Evitare gli incidenti stradali alcol correlati

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

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

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

6 Trovare alleanze con il mondo del lavoro

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

delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le amministrazioni regionali del Lavoro e nell'ambito di quanto previsto anche dalle normative sulla sicurezza.

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

7 Proteggere i minori dal danno alcol correlato

- Realizzare interventi finalizzati a ritardare l'età del primo approccio con le bevande alcoliche, ridurre il livello dei consumi giovanili, contenere i comportamenti a rischio quali il binge drinking e le ubriacature:

- a. campagne educazionali rivolte alla popolazione adulta, genitori ed educatori, focalizzate sulla necessità di informare sugli specifici danni che l'alcol causa ai minori e trasmettere ad essi un corretto orientamento nei confronti delle bevande alcoliche;

- b. interventi educativi nelle scuole, secondo programmi validati sul piano dell'efficacia, per lo sviluppo nei bambini e nei ragazzi delle abilità necessarie a fare scelte a favore della salute e resistere alle pressioni al bere;

- c. sensibilizzazione e formazione ad hoc per le categorie di lavoratori addetti alla distribuzione e vendita delle bevande alcoliche, per accrescere l'impegno al rispetto della vigente normativa sul divieto di somministrazione ai minori di 16 anni e il senso di responsabilità nei confronti del bere giovanile.

- Adottare il divieto di somministrazione di bevande alcoliche ai minori.

8 Formare gli operatori

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

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

IL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2020-2025

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

Vision e Principi

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

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

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

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

Il PNP prevede anche alcune **azioni trasversali** che sono azioni di sistema che contribuiscono "trasversalmente" al raggiungimento degli obiettivi di salute e di equità del PNP. Esse includono le

azioni volte a rafforzare l'approccio intersettoriale e a perseguire **l'equità**, la **formazione** e la **comunicazione**.

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

Macro Obiettivo 2: Dipendenze e Problemi correlati

7 Obiettivi strategici

14 Linee strategiche di intervento

1 Programma Predefinito: PP4 "Dipendenze"

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

Obiettivi strategici:

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

Linee Strategiche di intervento:

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

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

Programma Predefinito PP4 "Dipendenze"

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

Obiettivi Specifici del Programma Predefinito PP4

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

Obiettivi e Indicatori relativi alle Azioni Trasversali del PNP:

INTERSETTORIALITA'

OBIETTIVO: Sviluppare collaborazioni intersettoriali tra tutti gli attori del territorio, attraverso accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono contribuire alle azioni del Programma (Scuola, ANCI, Prefetture, Forze dell'Ordine, Associazioni ecc.)

FORMAZIONE

OBIETTIVI: - Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale
 - Formazione basata su EUCP Curriculum
 - Attività di formazione sul *Counseling breve*

- Favorire la programmazione partecipata di interventi formativi multidisciplinari ed intersettoriali

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO: *Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative per rendere adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute, attraverso interventi di informazione e comunicazione sociale mirati a target e contesti specifici (es. scuole, genitori, educatori, associazioni, opinion leader, ecc)*

EQUITA'

OBIETTIVO: Orientare gli interventi a criteri di equità, aumentando pertanto la consapevolezza sul potenziale impatto delle azioni programmate in termini di disuguaglianze.

STATUS QUO 2025

Nell'anno 2025, i referenti della specifica area tematica del Ministero della Salute hanno verificato il raggiungimento degli obiettivi, relativi all'anno 2024, del Piano Predefinito n. 4 "Dipendenze".

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

Le Linee di supporto centrali, pertinenti al livello di governo centrale, sono finalizzate a migliorare la capacità del Sistema Sanitario di promuovere e governare la prevenzione e a rendere più efficiente ed efficace l'insieme delle relazioni tra attori istituzionali (e tra questi e gli *stakeholder*) e, in generale, a facilitare il raggiungimento degli obiettivi del PNP.

La Linea di supporto centrale n. 11 prevede l'elaborazione di un Piano Nazionale ovvero di Linee di indirizzo per le dipendenze. A tal fine è stato istituito il "Tavolo Tecnico di Lavoro per la realizzazione del Piano Nazionale di Prevenzione in materia di Dipendenze" con Decreto Dirigenziale del 21/04/2021. I componenti del Tavolo hanno deliberato la predisposizione di Linee di Indirizzo aventi come tematica *l'Identificazione precoce dei segnali predittivi di dipendenza patologica (early detection)*. Nell'anno 2025 si sono svolte le Audizioni delle Società Scientifiche e delle Associazioni più rappresentative nell'ambito delle dipendenze, oltreché di Esperti qualificati, al fine di apportare ulteriori contributi significativi all'elaborazione della stesura finale del documento. Nel mese di dicembre 2025 si è svolta la riunione plenaria conclusiva dei lavori del Tavolo tecnico. Il documento: ***"Linee di indirizzo sull'Identificazione precoce dei segnali predittivi di dipendenza patologica"***, concluderà l'iter con l'assenso tecnico della Conferenza Unificata.

DPCM 03.03.2017

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

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

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

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

PROGETTI CCM

IPIB-DIALCOM _ *Supporto alle linee di indirizzo sull'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve delle dipendenze da alcol e comportamentali.*

Progetto affidato all'Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Nazionale Alcol, referente scientifico Dott. Emanuele Scafato.

Il progetto ha una durata di 24 mesi, a partire dal 25.01.2024

Finalità: Supportare le linee di indirizzo sull'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve delle dipendenze da alcol e comportamentali, mediante la fruizione di elementi necessari da utilizzare per l'implementazione dei programmi IPIB e della relativa formazione specifica.

Gli **obiettivi specifici** sono:

1. Sviluppo di linee guida per l'implementazione dell'IPIB
2. Formazione sull'IPIB utilizzando le linee guida predisposte su un numero di professionisti e rispetto a setting (in presenza e/o a distanza) coinvolgenti diverse tipologie di professionisti
3. Analisi dei bisogni emergenti, del grado di conoscenza delle problematiche alcol-correlate e su come intervenire utilizzando l'IPIB e stesura di un rapporto finale

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

Nel 2025 il Ministero della Salute ha partecipato alle attività europee ed internazionale sulla prevenzione e sulle politiche sull'alcol anche grazie alla collaborazione tecnico-scientifica dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS). In particolare, l'ONA-ISS nel corso dell'anno 2025 è stato chiamato a svolgere numerose attività ascrivibili alla partecipazione formale a progettualità, a gruppi di lavoro, a condivisione e aggiornamento periodico, a consultazioni della World Health Organization (WHO), della Commissione Europea e della *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD). L'ONA-ISS fornisce un aggiornamento costante al Ministero della Salute delle tematiche emergenti dalle nuove strategie, globale e europea, e ciò ha consentito la condivisione del Ministero della Salute alle attività inerenti le valutazioni delle migliori pratiche europee ed internazionali, la partecipazione a progettualità e a gruppi di lavoro di alto livello, per le quali i ricercatori dell'ONA-ISS sono stati nominati dall'OMS a partecipare nei *Technical Advisory Group of Experts* (TAG-ADE) e nei *Technical Expert Group* internazionali. L'ONA-ISS, su nomina della WHO e del Ministero della Salute, partecipa inoltre, in qualità di *Focal Point* e di *National Counterpart* governativo del *Network* formale degli Stati membri alle riunioni in presenza organizzati dalla WHO e alle consultazioni online con e tra gli organismi internazionali e gli Stati membri. Nel dettaglio sono di seguito riportate le principali attività del 2025.

Global alcohol action plan 2022-2030 della WHO, HQ

È continuato nel 2025 il sostegno a livello nazionale e regionale alla diffusione dell'approccio orientato all'azione del Piano d'Azione Globale sull'Alcol 2022-2030 (*Global Alcohol Action Plan*) che mira a ridurre il consumo dannoso di alcol attraverso strategie efficaci e basate sull'evidenza.

Il Piano d'Azione è parte della più ampia strategia mondiale di lotta alle malattie cronico-degenerative, in linea con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals - SDGs*) dell'Agenda 2030 della Nazioni Unite, in particolare con l'obiettivo SDG 3.5 che prevede la riduzione del 10% del consumo dannoso di alcol entro il 2025. Il documento, sviluppato per implementare ulteriormente ed efficacemente la strategia globale di riduzione dell'uso e del consumo dannoso di alcol come priorità di salute pubblica, sostiene le politiche ad alto impatto, le azioni multisettoriali, le migliori risposte del sistema sanitario e sociale, la sensibilizzazione sui rischi dell'alcol e la mobilitazione delle risorse necessarie.

Le azioni e gli obiettivi in esso contenuti necessitano di essere inserite in un urgente aggiornamento del Piano Nazionale Alcol e Salute che potrebbe permettere all'Italia di mantenere l'impegno previsto dai SDGs dell'Agenda 2030 di riduzione del 20% dei consumi medi di alcol *pro-capite*, dei consumatori dannosi di alcol e della mortalità alcol-attribuibile, contribuendo contemporaneamente a ridurre l'incidenza elevata di cancro come richiesto dall'EU *Beating Cancer Plan* europeo e dal Codice Europeo contro il cancro della WHO di cui è stata pubblicato un aggiornamento nel corso del 2025 (<https://cancer-code-europe.iarc.who.int/wp-content/uploads/2025/10/European-Code-Against-Cancer-5th-edition.pdf>).

Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders della WHO

È continuata nel 2025 la diffusione dei messaggi chiave contenuti nel rapporto sullo stato globale di alcol e salute e sul trattamento dei disturbi da uso di sostanze ("*Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*") della *Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours Unit* della WHO, Ginevra.

Il rapporto presenta gli ultimi dati disponibili, forniti dagli Stati membri, sulle tendenze del consumo di alcol, nonché le stime del carico di malattie alcol-attribuibili e le risposte politiche a livello mondiale. L'ONA-ISS fornisce i dati nazionali grazie alla gestione del "SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato – SISMA". Il documento fornisce anche un aggiornamento sui progressi relativi ai **due indicatori chiave** stabiliti nell'obiettivo SDG 3.5: **il consumo di alcol e la**

copertura del trattamento per disturbi da uso di sostanze, e propone un nuovo indice di capacità di servizio (*Service Capacity Index*, SCI) come indicatore complementare di valutazione e monitoraggio della capacità di trattamento dei sistemi sanitari e di assistenza sociale per i disturbi da uso di alcol e droghe. Infine, definisce otto settori prioritari in cui è necessario intervenire per il raggiungimento dell'obiettivo SDG 3.5.

Per ulteriori approfondimenti è possibile consultare la pagina di epicentro dedicata ove vengono segnalati eventuali aggiornamenti su documenti di interesse specifico: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/alcol-salute-disturbi-uso-sostanze-rapporto-oms-2024>

Evidence into Action Alcohol Project (EVID ACTION) della WHO, Ufficio Regionale per l'Europa

Sono continuate nel 2025 le attività di supporto tecnico scientifico all'*Evidence into Action Alcohol Project* (EVID-ACTION). Il progetto, cofinanziato dalla Commissione Europea (CE) e dall'UE, è stato lanciato nel 2022, in contemporanea al lancio della terza edizione del volume "*Alcohol: no ordinary commodity*", sul quale si basa, con l'obiettivo di utilizzare le evidenze scientifiche per promuovere e facilitare l'implementazione di efficaci politiche sull'alcol nell'UE, in Islanda, Norvegia e Ucraina rivolte ad aumentare la consapevolezza dei rischi alcol-correlati. Gli obiettivi EVID-ACTION sono in linea con il *Global alcohol action plan* (2022-2030) della WHO in modo particolare su 3 aree principali: l'etichettatura delle bevande alcoliche – sviluppare evidenze per sostenere l'implementazione di efficaci avvertenze (*warning*) sulla salute sull'alcol, con un'attenzione specifica ai rischi di cancro; l'alfabetizzazione sanitaria; l'identificazione precoce e intervento breve.

L'ONA-ISS condivide con il progetto EVID ACTION le strategie di prevenzione e le politiche sull'alcol del Ministero della Salute, le modalità di monitoraggio epidemiologico del SISMA e il sistema di sorveglianza dell'ONA-ISS fornendo la disponibilità italiana a condividere le esperienze con gli altri Stati membri offrendo la riconosciuta competenza tecnico-scientifica per una cooperazione multisettoriale di successo sull'alcol, una più efficace comunicazione per aumentare la consapevolezza sui legami tra consumo di alcol e rischio di cancro.

Nel 2025, tra le principali attività che rientrano nel progetto EVID ACTION, è importante segnalare la serie di webinar su alcol e cancro (rivolta principalmente a decisori politici, professionisti della sanità pubblica, specialisti della prevenzione, operatori sanitari, rappresentanti di organizzazioni della società civile, giovani ricercatori e accademici), organizzati dalla WHO/Europa e dall'*International Agency for Research on Cancer* (IARC), finanziata dalla Commissione Europea, e, a seguire, la pubblicazione del manuale sulle politiche in materia di alcol e prevenzione del cancro dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC), "*Alcohol Policies. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Volume 20B*" lanciato lo scorso ottobre 2025, che ha valutato una serie di interventi ad alto impatto che si sono dimostrati efficaci nel ridurre i danni legati all'alcol a livello di popolazione:

1. aumento della tassazione e politiche di prezzo
2. riduzione della disponibilità fisica
3. politiche di controllo del marketing dell'alcol
4. interventi coordinati, ad esempio a livello di assistenza sanitaria primaria quali l'identificazione precoce e l'intervento breve, gli interventi psicosociali e quelli farmacologici.

Per ulteriori approfondimenti è possibile consultare le pagine di epicentro dedicate ove sono segnalati eventuali link a documenti di interesse specifico: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/politiche-alcol-prevenzione-cancro-manuale-iarc-oms-europa-2025>
<https://www.epicentro.iss.it/alcol/webinar-iarc-oms-2025>

Alcohol Policy Playbook, il manuale della WHO per orientare le sfide delle politiche sull'alcol

Nel 2025, l'ONA-ISS ha curato la traduzione e l'adattamento in italiano della sintesi del suddetto manuale integrale, la versione italiana del volantino e dei materiali di accompagnamento, pensato per sfatare i miti su tutto ciò che la disinformazione diffonde in Europa e nel mondo, ed ha reso disponibile, in occasione dell'*Alcohol Prevention Day 2025*, il documento integrale tradotto in lingua italiana dal titolo: "Rafforzare le capacità dei difensori della salute pubblica per orientare le sfide della politica sull'alcol. Il manuale per la politica sull'alcol". Tale attività è in continuità con quanto svolto precedentemente nel 2024, anno in cui i ricercatori dell'ONA-ISS hanno svolto un ruolo attivo nella revisione della bozza del documento originale della WHO "*Alcohol Policy Playbook*" fino alla sua pubblicazione.

L'*Alcohol Policy Playbook* è un vero e proprio manuale pensato per rafforzare e conferire ai sostenitori della salute pubblica un maggior potere di orientamento nelle sfide poste dalle politiche sull'alcol. Il documento ha richiesto 4 anni di lavoro nel corso con i principali esperti mondiali, tra i quali quelli dell'ONA-ISS, che ne sono coautori. L'obiettivo del documento è quello di migliorare la risposta della sanità pubblica ai problemi legati all'alcol fornendo una risorsa, che può essere utilizzata dai funzionari governativi, dalle organizzazioni non governative e dalla comunità della sanità pubblica, per rispondere alle strategie e alle tattiche degli operatori economici nella produzione e nel commercio di alcol, di seguito denominata con il termine ampio "industria dell'alcol". Il Playbook riconosce il conflitto di interessi tra gli obiettivi di salute pubblica volti a ridurre il consumo di alcol nella popolazione, e i danni ad esso correlati, e le motivazioni orientate al profitto dell'industria dell'alcol. In particolare, esso valuta criticamente una serie di affermazioni dall'"industria dell'alcol" e come contrastarle. L'*Alcohol Policy Playbook* ha lo scopo di aiutare i *policy maker* a identificare la differenza intercorrente tra la narrazione dei portatori d'interessi commerciali in una prospettiva orientata al profitto e quella più coerente con gli interessi di salute pubblica basati sulle evidenze scientifiche. La finalità è assicurare che le politiche implementate ignorino l'influenza e l'interferenza del settore della produzione, dell'industria, delle lobbies e si basino invece sulla coerente espressione di vocazione di tutela della salute e della prevenzione basati sulle evidenze scientifiche a cui ogni decisore politico dovrebbe ispirare il proprio ruolo istituzionale.

Per ulteriori dettagli si rimanda a "Rafforzare le capacità dei difensori della salute pubblica per orientare le sfide della politica sull'alcol: il manuale per la politica sull'alcol", la traduzione italiana e l'adattamento a cura dell'ONA-ISS del documento della WHO *Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook* (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2025/MANUALE%20POLITICHE%20ALCOL%20ALCOHOL%20POLICY%20PLAYBOOK%20.pdf>), al contributo dei ricercatori dell'ONA-ISS pubblicato su epicentro: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/alcohol-policy-playbook> e alla pagina web dedicata della WHO: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-5624-45389-76520>

Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours (FADAB) della WHO, 2025

Nel giugno 2025 si è svolta la 5ª edizione del Forum su alcol, droghe e dipendenze comportamentali dell'*Head Quarter* della WHO (V° *WHO Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours*, FADAB), a cura del *Department of Mental Health and Substance Use*, al quale i ricercatori dell'ONA-ISS hanno partecipato su invito della sede centrale della WHO, così come è stato per le precedenti edizioni (2017, 2019, 2021 e 2023).

In questo ambito, i ricercatori dell'ONA-ISS sono stati coinvolti attivamente nelle attività del Forum e hanno preso parte alle consultazioni mondiali per la valutazione in itinere del Piano d'azione globale sull'alcol 2022-2030 al quale hanno contribuito fin dalla definizione delle prime attività nel 2019.

L'obiettivo principale del quinto Forum della WHO su alcol, droghe e comportamenti di dipendenza (FADAB) è stato quello di promuovere partnership e collaborazioni internazionali per accelerare e

sostenere azioni di salute pubblica volte a ridurre il carico sanitario e sociale dovuto all'uso di sostanze e ai comportamenti di dipendenza.

Durante il forum si è discussa l'opportunità di discutere una varietà di argomenti organizzati attorno a diverse tematiche principali che affrontano le seguenti dimensioni di salute pubblica: (1) consumo di alcol; (2) consumo di droghe psicoattive; (3) comportamenti di dipendenza (gioco d'azzardo e gioco d'azzardo); e (4) questioni trasversali.

Nel forum del 2025 si è consolidato il consenso della comunità scientifica e di salute pubblica mondiale sulla necessità e urgenza di promuovere e sostenere sforzi congiunti e collaborazioni internazionali in grado di favorire i progressi verso il raggiungimento dei SDG, tra cui anche l'obiettivo di salute SDG 3.5 che richiede il rafforzamento della prevenzione e del trattamento dell'uso di sostanze e dei disturbi da uso di sostanze, con particolare riguardo all'alcol.

PROGETTI della Commissione Europea

Sono continuate oltre la scadenza progettuale, le attività di diffusione delle informazioni e delle metodologie dei tre contratti di servizio con la Commissione Europea e la European Health and Digital Executive Agency (HADEA), affidate all'ONA-ISS in rappresentanza dell'Italia, attività che fanno seguito alla EU Joint Action RARHA (*Reducing Alcohol Related Harm*), in coordinamento operativo e partnership consortile tra le principali istituzioni europee:

- **DEEP SEAS** (*Developing and Extending Evidence and Practice from the Standard European Alcohol Survey*);
- **FAR-SEAS** (*Fetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after SEAS-Standard European Alcohol Survey*);
- **AIHaMBRA** (*Alcohol Harm - Measuring and Building Capacity*).

Per tutti i contratti di servizio all'ONA-ISS è stato richiesto di porgere consulenza per la produzione di uno standard operativo per l'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve (IPIB) sul consumo di alcol in gravidanza e sulla prevenzione della sindrome fetoalcolica, basato sulle esperienze già finanziate per corsi IPIB in assistenza sanitaria primaria all'ISS dal Ministero della Salute e inserite nel Piano Nazionale di Prevenzione oltre che per la valutazione e supervisione dei protocolli, dei manuali operativi, della formazione specifica e delle linee guida relative agli studi pilota attuati a livello regionale (in Portogallo e in Polonia).

Non sono ancora stati resi disponibili i rapporti e i documenti tecnico scientifici a cura della Commissione Europea prodotti dai partecipanti europei (incluso l'ONA-ISS).

In particolare, l'ONA-ISS ha collaborato alla pubblicazione delle linee guida FAR SEAS e un riassunto delle attività FAR-SEAS in lingua italiana.

È in corso un programma di ricerca nazionale, **il progetto IPIB-DIALCOM** finanziato all'ONA-ISS dal Ministero della Salute, per favorire l'attivazione di piani d'implementazione locali delle attività di identificazione precoce ed intervento breve sul consumo di alcol e altri disturbi comportamentali (IPIB) sulla base di quanto prodotto nell'ambito delle attività del contratto di servizio DEEP SEAS.

Nel corso del 2025 sono state valutate ed approvate dalla Commissione Europea due Joint Action alle quali i ricercatori dell'ONA-ISS avevano contribuito alla stesura nel 2024.

Le 2 **Joint Action** sono di seguito riportate:

- **Joint action PRISM** - *Prevention oriented Rights-based approach to Support Mental health in vulnerable population groups*. EU4H-2024-JA-IBA-03. Joint Actions 2024 (coordinamento spagnolo: Ane Fullaondo), con inizio attività il 1° settembre 2025;
- **Joint action SAFE** - *Health promotion and disease prevention including smoke- and aerosol-free environments*. EU4H: V3.0-01.05.2024. Joint Actions 2024 (coordinamento greco: Costantine Vardavas), con attività iniziate il 15 ottobre 2025.

Con riferimento alla **J.A. PRISM**, di cui l'ISS è *Competent Authority* ed è coinvolto nelle varie attività con più Centri di cui uno è il Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD), per la stesura dei protocolli dei diversi work package, nel 2025 i ricercatori dell'ONA-ISS hanno partecipato a circa 30 riunioni online ed alcune in presenza (riunioni europee mensili e nazionali, study visit, kick off meeting, consortium meeting, in presenza il Kom della J.A. e uno study visit entrambe a Bilbao).

PRISM è una Joint Action europea volta a ridurre il carico delle malattie mentali con particolare attenzione ai gruppi di popolazione vulnerabili. Gli obiettivi generali di JA PRISM consistono, infatti, nel ridurre l'impatto dei disturbi mentali, con un'attenzione prioritaria ai gruppi vulnerabili, attraverso la promozione del benessere psicologico, la prevenzione efficace delle problematiche di salute mentale e il miglioramento dell'accesso ai trattamenti e ai servizi dedicati. Il progetto opera negli Stati Membri dell'Unione Europea e nei Paesi associati, sostenendo il trasferimento e l'implementazione, in nuovi contesti, di pratiche validate e promettenti.

L'analisi dei bisogni condotta dagli Stati Membri evidenzia tre aree prioritarie:

- 1) la prevenzione del suicidio;
- 2) la solitudine negli anziani;
- 3) il benessere emotivo di bambini e adolescenti.

Per rispondere ai bisogni degli Stati Membri, JA PRISM ha selezionato tre pratiche di comprovata efficacia e adattabilità di seguito riportate:

- **BIZI Programme** (Spagna): formazione online breve e interattiva per operatori comunitari non sanitari (educatori, assistenti sociali, farmacisti, forze dell'ordine, eccetera) volta a sviluppare competenze di prevenzione del suicidio e raggiungere indirettamente la popolazione a rischio.
- **Circle of Friends** (Finlandia): cicli di incontri di gruppo facilitati da volontari e professionisti quale intervento contro la solitudine degli anziani, per promuovere l'inclusione sociale, l'*empowerment* e la qualità della vita.
- **Act, Belong, Commit – ABC** (Danimarca, origine Australia): approccio universale e positivo alla salute mentale, con il principio "agisci, partecipa, impegnati", che promuove il benessere emotivo e la resilienza soprattutto nei bambini e nei giovani, ma applicabile a tutte le fasce di età.

L'obiettivo ultimo è contribuire alla promozione di un approccio preventivo, equo, partecipativo e centrato sulla persona, rafforzando la resilienza e il benessere psicosociale delle popolazioni più fragili, inclusi migranti, anziani, giovani e soggetti con dipendenze o condizioni mentali pregresse.

L'ONA-ISS parteciperà in particolare all'implementazione e alla diffusione della buona pratica BIZI, che prevede l'adattamento e la disseminazione di un corso di autoformazione per la prevenzione del suicidio, con specifica attenzione all'inquadramento e al trattamento della tematica dell'alcol. Per quanto riguarda le buone pratiche ABC e *Circle of Friends*, l'ONA-ISS metterà a disposizione l'esperienza dei propri ricercatori nelle metodologie di integrazione delle *cross-cutting issues* (tematiche trasversali), contribuendo sia alla formazione del personale sia alla predisposizione di materiali informativi sull'alcol destinati alle suddette fasce vulnerabili di popolazione.

Alla **J.A. SAFE**, iniziata il 15 ottobre 2025, sulla promozione della salute e la prevenzione delle malattie compresi gli ambienti senza fumo e aerosol, partecipano 62 istituzioni di 23 paesi europei per promuovere la prevenzione e proteggere la salute pubblica in tutta Europa. Il progetto avrà una durata di 4 anni (2025-2029) ed è coordinato dalla Grecia, Università di Atene. L'ISS è *Competent Authority* ed è coinvolto nelle varie attività con due Centri di cui uno è il Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) con la responsabilità delle attività sull'alcol a carico dei ricercatori dell'ONA-ISS.

Le attività della J.A. contribuiranno al Piano europeo di lotta contro il cancro (*Europe's Beating Cancer Plan* https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf) rafforzando le politiche per prevenire l'iniziazione al consumo di tabacco e nicotina tra i giovani e promuovere misure efficaci per ridurre i danni correlati all'alcol in particolare, rispetto a quest'ultimo, rafforzare gli approcci di prevenzione dell'alcol come componente centrale delle strategie di prevenzione del cancro e delle malattie non trasmissibili (NCD).

La JA-SAFE è organizzata in 9 work package (WP), i primi quattro trasversali, i restanti 5 tematici. In particolare, il **WP6 “Preventing Alcohol related Harm in Europe”**, interamente dedicato all'alcol, mira a sostenere quanto espressamente indicato dall'obiettivo politico dell'iniziativa UE sulle malattie non trasmissibili e per l'attuazione del Piano Europeo per la lotta contro il cancro relativamente all'uso dannoso di alcol; coinvolge i ricercatori dell'Osservatorio Nazionale Alcol del CNDD in tutte le attività in programma come di seguito elencate:

- Attività 6.1. Mappatura e valutazione dell'esposizione dei giovani al marketing dell'alcol
- Attività 6.2. Identificazione e sperimentazione di approcci innovativi e buone pratiche relative alla riduzione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati tra i giovani
- Attività 6.3. Identificazione di approcci innovativi e buone pratiche per la gestione dell'e-commerce e della consegna a domicilio
- Attività 6.4. Identificazione di buone pratiche nella comunicazione delle informazioni sul consumo di alcol a basso rischio alla popolazione generale e ai gruppi vulnerabili.
- Attività 6.5. Identificare e promuovere pratiche di identificazione precoce e intervento breve per ridurre il consumo di alcol in diversi contesti e per selezionati gruppi vulnerabili di popolazione, incluso uno studio di fattibilità e condivisione delle conoscenze.

Nel corso del 2025, l'ONA ha partecipato nel complesso a 12 riunioni online finalizzate alla stesura dei protocolli di studio delle diverse attività e al *kick off meeting* ad Atene dello scorso novembre 2025. Per le attività 6.5, l'ONA è co-responsabile con la Fundació de Recerca Clínic - FRCB di Barcellona (Spagna), che amplieranno la capacità di utilizzare strumenti di identificazione precoce e metodi di intervento breve in diversi contesti in cui queste pratiche sono meno implementate e per gruppi vulnerabili (ad esempio, giovani e anziani a rischio, rifugiati/migranti e vittime di traumi da conflitto, eccetera), in paesi selezionati. Tra le attività, lo sviluppo di materiali adattabili per l'implementazione di programmi di identificazione precoce e intervento breve sull'uso dannoso di alcol, incluso uno studio di fattibilità relativamente all'implementazione degli stessi.

Monitoraggio internazionale ed europeo

Le attività relative alla fornitura di informazioni e di dati italiani richiesti per le **survey annuali** della WHO e per l'OECD, sono rese possibili grazie al sistema di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica SISMA dell'ONA-ISS che contribuisce quindi al monitoraggio delle numerose iniziative di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol a livello internazionale.

Nello specifico, la principale attività del 2025 è stata la revisione dei dati per l'Italia fornita per il rapporto “**Health at a Glance: Europe**” dell'OCSE (2025).

2.3 Gli interventi in materia di informazione e comunicazione

Il Ministero della Salute, anche nell'anno 2025, ha partecipato all'edizione annuale del Vademecum della Salute, che rappresenta una preziosa guida realizzata nell'ambito del **Frecciarosa**, il progetto di prevenzione del tumore al seno promosso dalla **Fondazione Incontra-Donna** con il Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane e il patrocinio del Ministero della Salute.

Questa iniziativa che si svolge nel mese di ottobre, mese dedicato alla prevenzione del tumore del seno, raggiunge ogni anno migliaia di persone a bordo dei treni della nostra Nazione, con visite mediche gratuite e informazioni utili, contribuendo in modo significativo a dare impulso alla cultura della prevenzione e del vivere bene.

Il Vademecum della Salute è uno strumento di comunicazione che viene distribuito gratuitamente sui treni ed è anche scaricabile on line, sempre gratuitamente, dal sito: www.incontradonna.it.

Il Ministero della Salute ha contribuito a predisporre i contenuti tecnico-scientifici validati per molte tematiche contenute nel vademecum, tra le quali **ALCOL&DONNE**.

La tematica ALCOL&DONNE affronta gli aspetti più critici per la salute femminile derivanti dal consumo di alcol, di seguito si elencano i paragrafi sviluppati nella brochure: la vulnerabilità delle donne all'alcol; i consumi a minor rischio; in gravidanza alcol zero; incidenza del cancro nelle donne in relazione all'assunzione di alcol; il ruolo dell'alcol nella violenza contro le donne e infine si riporta il numero verde alcol dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il Ministero della Salute, nell'ambito delle iniziative di comunicazione e prevenzione, ha partecipato all'*Alcohol Prevention Day 2025*, che si è svolto il giorno 16 Aprile 2025 presso l'Istituto Superiore di Sanità. L'iniziativa è promossa dall'Istituto Superiore di Sanità in stretta collaborazione con la SIA, Società Italiana di Alcolologia, l'Associazione Italiana Club Alcolologici Territoriali - AICAT e Eurocare ITALIA che, come ogni anno, presentano le evidenze e i materiali di prevenzione atti a favorire e supportare una adeguata cultura della prevenzione basata su livelli più elevati di tutela della salute, di consapevolezza e di responsabilità individuale e sociale. In questa occasione, il Ministero della Salute presenta le iniziative intraprese nell'anno per la prevenzione ed il contrasto delle problematiche correlate al consumo rischioso e dannoso di alcol.

Il Ministero della Salute annualmente inserisce e aggiorna le informazioni presenti nell'area tematica "ALCOL" del portale istituzionale **www.salute.gov.it**

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

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

Le risorse finanziarie dell'anno 2024, pari a euro 92.158,00, sono state assegnate dalla Commissione Salute, sentito il parere del Gruppo tecnico interregionale sub area dipendenze, alla Regione Liguria per il progetto **“Divertimento sicuro nei luoghi di intrattenimento notturno”**. Il progetto, iniziato il 07/04/2025, è finalizzato a promuovere comportamenti legati al divertimento sicuro attraverso l'adozione di strategie di prevenzione ambientale nel contesto delle discoteche. Il progetto si articola nei seguenti obiettivi specifici: 1) conoscere le abitudini di consumo di alcol tra i giovani; 2) mappare le discoteche SILB FIPE in Italia; 3) creare il curriculum di prevenzione dedicato ai gestori e al personale delle discoteche; 4) formare gli esercenti e il personale delle discoteche.

Le risorse finanziarie dell'anno 2025, pari a euro 92.158,00, sono state assegnate dalla Commissione Salute, sentito il parere del Gruppo tecnico interregionale sub area dipendenze, alla Regione Sicilia per il progetto: **“FADS (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder*) – L'in-Formazione a cascata come strumento chiave dei rischi alcolcorrelati in gravidanza in un'ottica di prevenzione”**. Il progetto, iniziato il 24/01/2026, è finalizzato a sviluppare una formazione su scala nazionale, mirata ad attuare interventi di prevenzione e promozione della salute, e nello specifico ad aumentare le conoscenze nel settore sanitario e scolastico della Sindrome Feto Alcolica (FADS), in modo da prevenire e disincentivare il consumo di alcol nelle donne in gravidanza e in generale nelle donne in età fertile. Inoltre, il progetto si propone di effettuare una campagna di screening attraverso strumenti standardizzati (AUDIT) convertiti in forma digitale, in modo da poter individuare le donne in età fertile consumatrici a rischio di alcol e agevolarne la presa in carico precoce. Il modello di campagna di screening, replicabile in ambito regionale e/o nazionale, verrà proposto a tutte le Regioni come esito dei risultati del progetto stesso.