SITAC
SOCIETÀ ITALIANA PER IL TRATTAMENTO DELL'ALCOLISMO E LE SUE COMPLICANZE

CRARL
CENTRO DI RIFERIMENTO ALCOLOGICO DELLA REGIONE LAZIO

Alcol e Salute

I° RAPPORTO

REGIONE LAZIO

ROMA 2019

Collaborative Center of NIH-NIAAA (USA)

I° RAPPORTO

REGIONE LAZIO

Alcol e Salute

A CURA DI

MAURO CECCANTI
MARIA LUISA ATTILIA
GEMMA BATTAGLIESE
GIUSEPPE BALDUCCI

HANNO COLLABORATO:
Attilia Fabio
Capriglione Ida
Cereatti Federica
Ciccarelli Rosaria
Codazzo Claudia
Coriale Giovanna
De Rosa Francesca
Fiore Marco
Fiorentino Daniela
Gencarelli Simona
Ledda Roberta
Mauri Benilde
Mistretta Martino
Perciballi Roberta
Pisciotta Fabiola
Rotondo Claudia
Scamporrino Maria Concetta Marcella
Solombrino Simona
Vitali Mario

Copyright ©
Proprietà letteraria riservata

Copertina:
Giuseppe Balducci

Grafica ed impaginazione:
Giuseppe Balducci, Gemma Battagliese

Edito da:
Edizioni A.L.E.
Via L.V. Bertarelli 123
00159 Roma (RM)
E-mail: agenzialibrariaeuropea@libero.it
06 43597938

per la/il:
***Società Italiana per il Trattamento dell'Alcolismo e le sue Complicanze* (SITAC)**
***Centro di Riferimento Alcologico Regione Lazio* (CRARL)**

Tutti i diritti riservati. A norma di legge sul diritto d'autore e del Codice Civile, è vietata la riproduzione di questo libro o parte di esso con qualsiasi mezzo, fotocopie o altro.

EDIZIONIA.L.E.

INDICE

PRESENTAZIONE

RINGRAZIAMENTI

1. INTRODUZIONE

2. NOTE DI EPIDEMIOLOGIA

3. IL CONSUMO DI ALCOL NELLA POPOLAZIONE GENERALE

4. IL CONSUMO DI ALCOL NEI GIOVANI

5. IL CONSUMO DI ALCOL NEI GIOVANI UNIVERSITARI ITALIANI

6. IL CONSUMO DI ALCOL IN GIOVANI DI ETÀ COMPRESA TRA 13 E 20 ANNI

7. DIPARTIMENTI DI EMERGENZA, ACCETTAZIONE (DEA) E ALCOL

8. MORTALITÀ E MORBILITÀ ALCOL-CORRELATA INTRAOSPEDALIERA IN ITALIA E NEL LAZIO

9. CONSEGUENZE DEL CONSUMO DI ALCOL IN GRAVIDANZA: LA FASD

10. CONSEGUENZE DEL CONSUMO DI ALCOL: GLI INCIDENTI STRADALI

11. CONSEGUENZE DEL CONSUMO DI ALCOL: GLI INCIDENTI SUL LAVORO

12. CONSEGUENZE DEL CONSUMO DI ALCOL: LA VIOLENZA

13. I COSTI DEL DISTURBO DA USO DI ALCOL

14. CONCLUSIONI

PRESENTAZIONE

Vi ringrazio per la proposta che mi avete fatto di leggere in anteprima e ancor più favorevolmente ho accettato l'opportunità di redigere una presentazione del "**Primo rapporto alla Regione Lazio su Alcol e salute", elaborato dal Centro di Riferimento Alcologico della Regione Lazio.**

Fin dalla lettura delle prime pagine, il rapporto mi è sembrato assai ricco di informazioni utili, ben articolato e ben corredato di illustrazioni e grafici che ne facilitano la lettura e la comprensione al punto che potrebbe essere di interesse anche per i non addetti al lavoro.

Facendo un'analisi approfondita del Rapporto vi sono alcuni aspetti che mi hanno maggiormente interessato e che vorrei di seguito elencare.

- Il dato che è emerso relativo alla ricerca sulle spese sociali e sanitarie riguardanti l'abuso/dipendenza da alcol comportano per la sanità pubblica, sia pure limitatamente ai soli ricoveri ospedalieri è in crescita, costi che potrebbero probabilmente essere ridimensionati, con azioni mirate a correggere i comportamenti a rischio dei target specifici.
  Nello stesso tempo, va migliorata l'assistenza alla persona e alla famiglia, che le politiche sociali possono dare attraverso i servizi ad essa predisposti. Una particolare attenzione va dedicata alla famiglia: che, spesso, ha la sensazione di essere abbandonata a sé stessa, preda della confusione e delle problematiche generate dal familiare e che soffre, non sapendo come gestire la situazione e subisce le conseguenze, spesso violente, del comportamento dell'alcolista.
- I dati comportamentali e l'età di esordio dei consumi a rischio (*binge drinking*) nei giovani adolescenti. Interessanti sono state anche le interviste fatte dal gruppo di Ceccanti, ai giovani universitari, sembrerebbe che la cultura non protegge dall'esposizione all'alcol, paradossalmente sembra quasi peggiorarla. Al punto che, contrariamente a quanto comunemente ritenuto in passato, l'uso incongruo di alcol coinvolge anche le giovani donne.
- Interessanti sono anche i dati che sono emersi dalla ricerca epidemiologica condotta in collaborazione tra la Regione Lazio e il *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (**USA**) in relazione alla prevalenza della **FASD** (***Sindrome Feto Alcolica***).
  Questa sindrome costituisce un altro problema socio-sanitario su cui è necessario intervenire il più velocemente possibile, in maniera adeguata prevedendo la tutela, soprattutto, della salute di bambini visto che le conseguenze dell'uso di alcol in gravidanza avranno ripercussioni per il resto della loro vita.
  È importante promuovere informazione, sensibilizzazione e fare formazione degli operatori che operano in questo settore delicato.
  In contempo è importante sostenere la ricerca al fine di individuazione precoce i bambini affetti dalla sindrome **FASD** e promuovere iniziative volte al loro recupero sociale.
- I dati relativi alle ***Schede di Dimissione Ospedaliera*** mostrano una situazione che genera viva preoccupazione in chi ha il compito istituzionale, di mettere in atto tutte quelle misure atte a tutelare la salute dei cittadini.

Questa ricerca ha fatto emergere numerosi spunti di riflessione sul settore che richiede maggiore e migliore formazione degli operatori, l'omogeneizzazione delle cure, l'individuazione dei servizi disponibili, la costituzione di una rete socio-sanitaria in grado di rispondere a tutte le problematiche che il ***Disturbo da Uso di Alcol*** comporta.

Parlo, non a caso, di riorganizzazione dei servizi: lo suggerisce la relativa esiguità del numero di alcolisti che annualmente si rivolgono alle strutture del **SSN** per intraprendere il necessario iter terapeutico, rispetto al numero *reale* di soggetti con consumo a rischio o con dipendenza da alcol accertata, che, pur necessitando di un trattamento, inopinatamente non lo ricevono per questo vanno definiti dei protocolli di interventi terapeutici omogenei e condivisi, validi in tutto il territorio regionale.

In conclusione, il rapporto è ricco di informazioni utili, soprattutto per chi si avvicina, per la prima volta, al variegato mondo dell'alcologia, venendo quasi sommerso da un numero impressionante di dati e da complesse elaborazioni.
Piano piano, però, magari con una certa attenzione e pazienza, si possono trovare, non solo analisi di dati ufficiali, la cui importanza, relativamente all'alcol, viene poco percepita nella freddezza dei numeri e nella loro abbondanza. In questo volume, questi stessi dati, messi nella dovuta luce dagli autori del Rapporto, appaiono in tutta la loro drammaticità.
È così, che gli accessi al Pronto Soccorso, in Italia e nel Lazio, assumono un nuovo significato e acquistano una nuova dimensione; allo stesso modo, l'elaborazione dei dati riportati nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (**SDO**), pèrdono la loro semplice e fredda identità di mera informazione su numeri percentuali di persone con Disturbo indotto dall'alcol e acquisiscono una rilevanza sociale, sanitaria ed economica inaspettate.
I dati, contenuti in questo documento, potranno essere utili alle Istituzioni nella programmazione degli interventi per la sanità, ma potranno indirizzare anche verso una politica socio-sanitaria in grado di affrontare questa grave problematica, cercando di attenuarne gli effetti devastanti.
Come si può desumere da questa prefazione, che certamente non riassume pienamente i numerosi dati contenuti nel volume, gli spunti per la *governance* regionale sono molti e alcuni mettono in evidenza problemi di non facile soluzione.
Cercheremo di far tesoro di queste informazioni, adoperandoci per fornire un'assistenza migliore che possa, nel tempo, far diminuire le problematiche poste dall'alcol e migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie.

Alessio D'Amato
Assessore alla Sanità e alla
IntegrazioneSocio-Sanitaria
Regione Lazio

PRESENTAZIONE

Il *Centro di Riferimento Alcologico della Regione Lazio* (**CRARL**) è entrato a far parte della ***ASL Roma 1*** dal 1 Luglio 2019, dopo essere stato per molti anni, sin dalla sua istituzione, all'interno del Policlinico Umberto I.

Questo passaggio da un'azienda universitaria ad un'azienda sanitaria locale in qualche modo sottolinea una doppia anima del **CRARL**: da un lato, come servizio aperto al territorio per tutti i disturbi alcol correlati, dall'altro come polo di ricerca e centro di alta specializzazione, in particolare per la *Sindrome Feto-Alcolica* (**FASD**), per la quale il **CRARL** è *Collaborative center* del *National Institute on Alcohol Abuse and Alcholism di Bethesda* (**USA**) e per le patologie del fegato, anche ai fini del trapianto.

Il **CRARL** ha curato il 1° Rapporto della Regione Lazio su Alcol e Salute che presenta una panoramica realmente molto ampia dei disturbi da uso di alcol, sia a livello nazionale che regionale, non solo per quanto concerne i disturbi somatici o psichici, in termini di emergenze ospedaliere, morbilità e mortalità, gravidanza, ma anche con uno sguardo analitico sull'impatto sociale del fenomeno nei giovani, negli anziani, negli immigrati, negli autori di reato, nei soggetti coinvolti in incidenti stradali e sul lavoro, nei suicidi.

Inoltre il Rapporto descrive una mappa aggiornata dei servizi alcologici della Regione Lazio e fa il punto sullo stato della ricerca e dei costi.

Il Rapporto costituisce quindi un risultato importante e dal valore molteplice. Innanzitutto è uno strumento informativo e di guida per il cittadino alla comprensione del fenomeno e all'individuazione dei servizi competenti; ma fornisce anche un'analisi dei bisogni utile ai fini di una corretta programmazione sanitaria e di una più forte integrazione con gli altri servizi per le dipendenze.

Questa integrazione nella ***ASL Roma 1*** è parte di un più ampio percorso di sviluppo del *Dipartimento di Salute Mentale*, con l'obiettivo di farsi carico in modo globale della salute psichica e fisica dei soggetti a rischio.

Angelo Tanese
Direttore Generale ASL Roma 1
Giuseppe Ducci
Direttore Dipartimento di Salute Mentale (DSM) ASL Roma 1

RINGRAZIAMENTI

I nostri più sentiti ringraziamenti vanno alla "*Direzione Generale della Programmazione sanitaria – Banca dati SDO*" del Ministero della Salute per averci messo a disposizione i record delle SDO per l'anno 2017, da noi utilizzate per l'analisi della mortalità e morbilità intraospedaliera relativa ai soggetti con diagnosi di PPAC (vere o presunte).

Vorremmo, poi, ringraziare la ***Proxima*** per l'importante supporto fornitoci che ha reso possibile la realizzazione di questo rapporto. Ci auguriamo vivamente di poter continuare questa nostra collaborazione in un futuro, speriamo, prossimo.

Vorremmo, infine, ringraziare la **SITAC** per il contributo fornito e tutti gli operatori, della **SITAC** e del ***Centro di Riferimento Alcologico della Regione Lazio***, che, con il loro lavoro appassionato e la loro indubbia professionalità, hanno permesso di portare a termine la pubblicazione di questo rapporto.

1. INTRODUZIONE

L'*American Psychiatric Association* (APA), l'*American Medical Association* (AMA) e il *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIH-NIAAA, USA) definiscono il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) una malattia cronica recidivante, caratterizzata da alterazioni comportamentali, fisiche e psichiche determinate dal consumo a rischio di alcol. Varie Agenzie internazionali che si occupano di prevenzione dei tumori, indicano nell'eccessivo consumo di alcol una delle principali cause dei tumori stessi (*American Cancer Society Guideline on Diet and Physical Activity for Cancer Prevention Recommendations* (2020), *International Agency for Research on Cancer,* 2014 & 2020 (OMS), *National Istitute of Health* (USA), *American Society of Clinical Oncology* (2019), Associazione Italiana Ricerca sul Cancro,…). Se poi prendiamo in considerazione i problemi e le patologie indotti dall'alcol (che saranno oggetto, peraltro, di gran parte di questo report), si rimane perplessi come, nonostante queste conoscenze, ancor oggi si faccia fatica a far comprendere la necessità di intervenire con decisione in un settore della salute così importante e devastante per i cittadini. Nella "**Relazione del Ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 in materia di alcol e problemi alcol correlati**" per l'anno 2018, viene riportato che circa **8.600.000 italiani hanno problemi con l'alcol**! Accorte politiche di prevenzione potrebbero almeno dimezzare questa cifra, se l'alcolismo e le dipendenze in genere, venissero considerate per quello che sono, e, cioè, malattie e come tutte le malattie venissero affrontate e curate. Una grande **responsabilità** di questa situazione è, purtroppo, **dell'Università**, e, precisamente, di coloro che predispongono i programmi d'insegnamento da svolgere nei corsi universitari. Nonostante già nella tabella XVIII, concernente l'ordinamento didattico del corso di laurea in medicina e chirurgia (GU Serie Generale n. 255 del 30.10.1996) fosse riportato: "…*La formazione deve caratterizzarsi per un approccio olistico ai problemi di salute della persona sana o malata, anche in relazione all'ambiente fisico e sociale che la circonda"*…omissis…*"Lo studente nel complessivo corso degli studi deve pertanto acquisire*…omissis…*le abilità e l'esperienza, unite alla capacità di autovalutazione, per affrontare e risolvere responsabilmente i problemi sanitari prioritari dal punto di vista preventivo, diagnostico, prognostico, terapeutico e riabilitativo*". Già allora, erano indicati tre problemi sanitari emergenti: "*...l'Oncologia, la Geriatria e le Dipendenze*", purtroppo, poco è stato fatto in tal senso: tutti gli anni il Ministro della Salute, nella sua "*Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge Quadro sull'alcol, 125 del 2001*", deve riferire che la Legge stessa rimane in gran parte inapplicata, soprattutto rispetto all'attuazione dell'art. 5, che, al comma 1, recita"… *Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni sanitarie o a quelle ad indirizzo sociale e psicologico nonché del corso di laurea in medicina e chirurgia possono essere modificati allo scopo di assicurare, quale corso di studio, l'apprendimento dell'alcologia*".

Oggi, (e allora), siamo tutti disposti a riconoscere che, tra i problemi sanitari prioritari, vi siano l'oncologia, e la Geriatria, a causa della maggiore aspettativa di vita. Quello che crea un grave turbamento negli operatori del settore delle dipendenze, è il mancato riconoscimento del grave malessere sociale e sanitario che le "dipendenze" stesse provocano nel nostro Paese. Queste, ancor oggi, non vengono considerate come malattie, *anche se*, come riportato nelle prime righe di questa prefazione, la definizione di dipendenza di **organi ufficiali** le riconosca tali; *anche se* le dipendenze sono inserite da anni nelle diverse edizioni dell'**ICD** (*Classificazione Internazionale delle Malattie*, **OMS**) e del **DSM** (*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*); *anche se* l'alcol è riconosciuto come la seconda causa di Tumori (e il tabacco è la prima!). Perché l'Università non comprende la necessità di fornire ai futuri professionisti le conoscenze per affrontare il dramma

dell'alcolismo e delle dipendenze in genere? Le droghe sono tutte sostanze psicoattive, che inducono Disturbi correlati al loro uso! Perché concentrare il dibattito principalmente sulle sequele nell'ambito medico-legale (spaccio, furti, omicidio stradale sotto l'effetto di alcol e droghe...) e non affrontare il problema che ne è alla radice? Perché non prevenire, curare la dipendenza, dando un'informazione corretta e non ambigua, investendo nella ricerca volta ad attenuare quella spinta al ricorso della sostanza che è alla base della dipendenza? Perché non intervenire, per quanto possibile, sui determinati sociali che inducono e supportano la dipendenza in genere e da alcol in particolare? Si dovrebbe sempre ricordare che "la salute è modellata, in larga misura, dalle condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano ed invecchiano, che, nell'insieme, costituiscono i determinanti sociali della salute "(Marmot, Friel, Bell, Houweling, & Taylor, 2008; Silverstein, Hsu, & Bell, 2019). E, infine, perché è tanto difficile comprendere che un sistema che affronti seriamente il problema dipendenza, consentirebbe non solo un notevole risparmio economico (si legga attentamente questo report!), ma contribuirebbe a dare una risposta concreta a un dramma sanitario, sociale di notevole entità.

Questo Report, nasce da queste considerazioni e dalla frustrazione degli operatori nel constatare, giornalmente, l'indifferenza (in buona fede, ma anche in mala fede) di tutti coloro che dovrebbero intervenire e non lo fanno. Il fine è quello di dare delle indicazioni generali sui problemi che l'alcol può generare utilizzando dati già disponibili, ma evidentemente non considerati, che ci hanno consentito di dare una valutazione (approssimativa, ma non lontana dalla realtà) del danno creato dall'alcol, dal punto di vista sanitario ed economico. Per la parte sociale, ci sono degli aspetti che, evidentemente, sono difficili da valutare: la sofferenza, la solitudine, la disgregazione la e la violenza nelle famiglie, la loro disperazione, sono difficilmente valorizzabili. Spetta a chi governa, a chi deve garantire la salute (nel suo senso più ampio) dei cittadini, l'obbligo morale di intervenire nel modo più appropriato per ridurre tutti i costi e promuovere la "salute". Per farlo, è necessario procedere alla costruzione di un sistema di rilevamento che fornisca un quadro chiaro e affidabile del fenomeno "alcol" nel territorio (questo report è solo un esempio da implementare!), progettare-programmare interventi di prevenzione (ma, soprattutto, insegnare cosa significa "fare prevenzione"), individuare un modello d'intervento che garantisca un'uniformità del trattamento e promuova la verifica di qualità dei servizi esistenti, stimolare una formazione continua degli operatori, creare un network, anche telematico, tra gli operatori del pubblico e del privato sociale e i cittadini, e, infine, recuperare e ridare entusiasmo agli operatori che, in gran parte, soffrono di "*burnout*" dovuto al senso di abbandono e alla frustrazione che giornalmente li attanaglia.

Mauro Ceccanti
Centro di Riferimento Alcologico
della Regione Lazio

Bibliografia di riferimento

American Cancer Society Guideline on Diet and Physical Activity for Cancer Prevention Recommendations (2020),
International Agency for Research on Cancer, 2014 (OMS),
National Istitute of Health (USA), *American Society of Clinical Oncology* (2019)

2. NOTE DI EPIDEMIOLOGIA

L'ALCOL È LA SECONDA CAUSA DI TUMORI

Il nesso di causalità tra consumo eccessivo di alcol e alcuni tipi di tumore è stato ampiamente dimostrato (Bernard & Christopher, 2020; WHO - World Health Organization, 2014) e le bevande alcoliche sono inserite nel Gruppo 1[1] delle sostanze cancerogene per gli uomini (Bernard & Christopher, 2020).

I Problemi e le Patologie Alcol-Correlate (PPAC) coinvolgono il **13**% della popolazione con più di 18 anni (**Ceccanti e coll.**, Indagine nel Comune di Roma, 2002) e più del **25**% dei soggetti ricoverati negli Ospedali: di questi, solo il **5**% viene "*riconosciuto*" dagli operatori sanitari (**Ceccanti e coll.,** Progetto Telealco, 1996, e 2015, dati non pubblicati).

La Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati (Legge 30 marzo 2001, n.125, G.Uff. 18.04.2001) è, per lo più, **disattesa**! Ogni anno il Ministro della Salute, presenta una "*Relazione al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 in materia di alcol e problemi alcol correlati* [2]" da cui risulta che poco o nulla è stato fatto. Quello che risulta è un dato che dovrebbe essere molto allarmante: per l'anno 2018, viene riportato che circa **8.600.000** italiani hanno problemi con l'alcol!

IL DISTURBO DA USO DI ALCOL

Nella figura sotto riportata (Figura 1) sono illustrati i principali 10 fattori di rischio che contribuiscono ai ***DALYs*** [3] in Italia espressi come modificazioni percentuali relative al confronto 2007-2017.

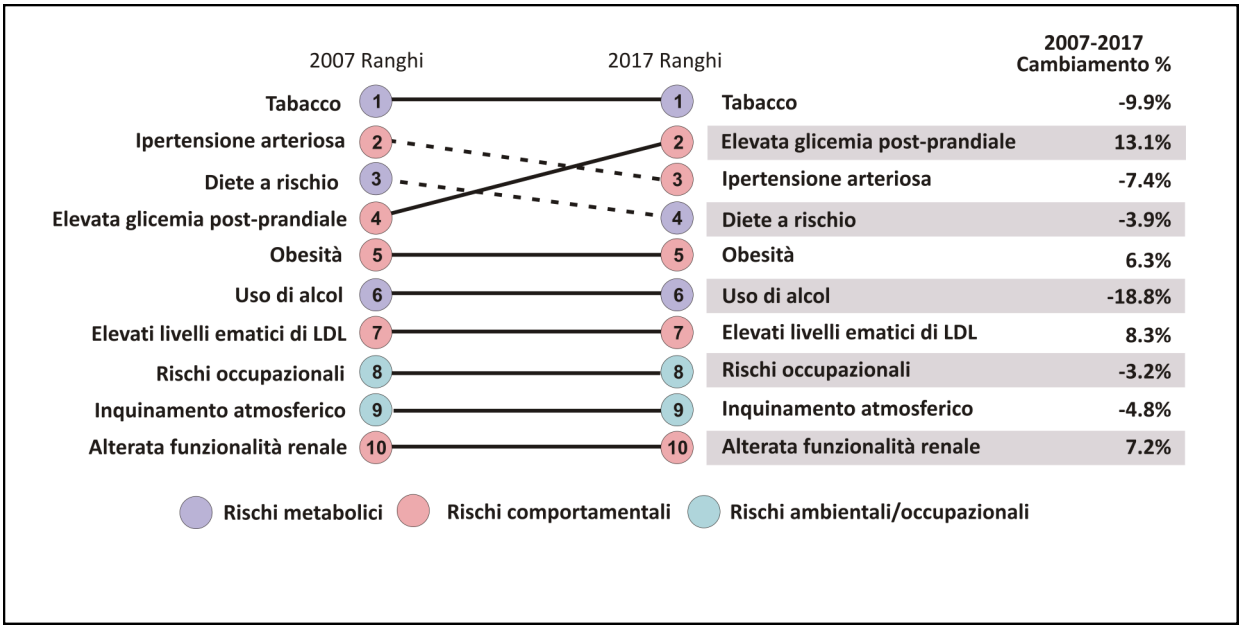

Figura 1. (***Fonte:*** http://ghdx.healthdata.org)

1. Lo **IARC** individua 5 categorie di carcinogeni. Le bevande alcoliche sono inserite nel Gruppo 1 e, cioè, "Sostanze cancerogene per l'uomo". Questa categoria comprende le sostanze per le quali vi è una sufficiente evidenza di cancerogenicità per l'uomo.
2. L'ultima Relazione è quella del 2019 (Ministero della Salute, 2018)
3. **DALY's** (**OMS**): Perdita di anni di vita dovuta a fattori di rischio nei Paesi industrializzati.

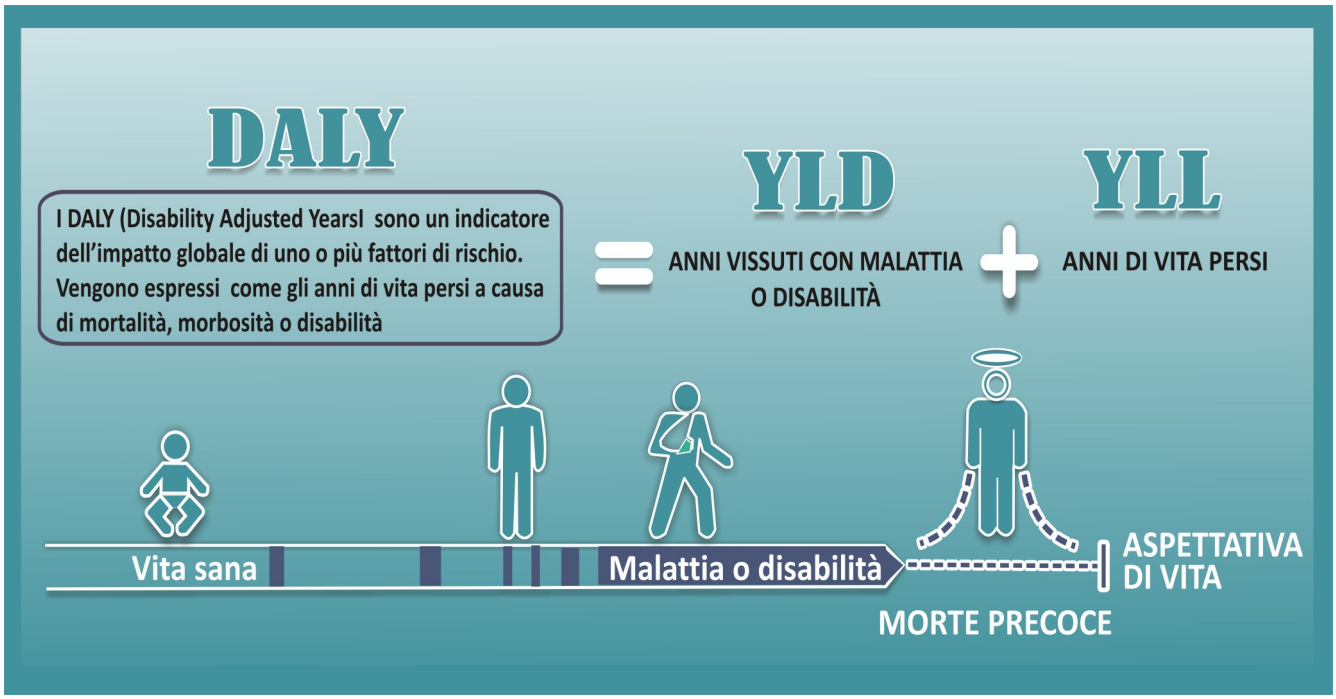

Figura 2.

Secondo l'**OMS** (**WHO** - *World Health Organization*):

- In Europa si ha **il più elevato consumo di alcol al mondo**.
- Sempre in Europa, l'alcol **è il principale fattore di rischio per la salute dei giovani** (**WHO, 2018**).
- l'uso nocivo di **alcol provoca 3 milioni di morti ogni anno** in tutto il mondo (**2,3** milioni di uomini e **700.000** donne), **ossia il 5,3% del totale dei decessi**.
- Circa **il 13,5% delle morti nei giovani di età compresa tra i 20 ei 39 anni sono attribuibili all'alcol**. Inoltre,
- **5,1% dell'onere globale delle malattie e degli incidenti è imputabile all'alcol,** misurato in DALYs (Disability Adjusted Life Years).
- **In Europa il totale dei decessi a causa dell'alcol è pari al 10,1% di tutte le morti e il 10,8% di tutti i *DALYs*** (*Global status report* **WHO 2018**).
- Come evidenziato nella figura 2 (v. sopra) i ***DALYs*** rappresentano la somma tra gli anni di malattia e/o disabilità (**YLD**) e gli anni di vita persi (**YLL**).

3. IL CONSUMO DI ALCOL NELLA POPOLAZIONE GENERALE

CONSUMI ALCOLICI NELLA POPOLAZIONE ITALIANA	%
Almeno una bevanda alcolica nell'anno	66,8
Consumo giornaliero	20,6
Consumo occasionale	46,2
Consumo fuori dai pasti	30,2
Binge drinking	7,5

Tabella 1. (***Fonte ISTAT***: Indagine multiscopo sulle famiglie *Aspetti della vita quotidiana 2019*)

Circa il **67** % degli intervistati (M= **78,9**%; F= **55,4**%) , dichiara di bere almeno una volta all'anno; le bevande preferite dagli uomini e dalle donne sono il vino e la birra. Questi dati sono ricavati da indagini che probabilmente tendono a sottostimare (**Tabella 1**).
Tuttavia, dobbiamo rilevare che **MENO DEL 10% DI COLORO CON DISTURBO DA USO DI ALCOL RICEVONO UN TRATTAMENTO E MENO DEL 4 % UNA TERAPIA FARMACOLOGICA** (Ministero della Salute, 2018)**.**

Nella tabella sottostante (**Tabella 2**), relativa all'Indagine **ISTAT** "***Aspetti della vita quotidiana—Anno 2017***" sono illustrate le percentuali di risposta delle persone di **11-24** anni per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche, sesso e classe d'età (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso e classe d'età).

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

Tabella 2. (***Fonte ISTAT***: Indagine multiscopo sulle famiglie *Aspetti della vita quotidiana 2019*)
(*) Per le persone di 11-17 anni si considera a rischio il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno.

Regione Lazio

- I dati del LAZIO non sono molto dissimili da quelli nazionali. In particolare: Bevono almeno una volta all'anno **4.049.710** (M=**2.324.561**; F=**1.725.149**) di cui tutti i giorni **819.415** (M=**655.526**; F=**163.889**);
- **Comportamenti a rischio**:
  1. ***bere fuori pasto*** che è dichiarato da **1.635.235** (M=**1.022.807**; F=**612.428)** residenti nella regione Lazio.
  2. ***binge drinking*** [4]: **13,9%** di chi beve, per un totale di **299.737** bevitori ad alto rischio di danno organico (M=**232.456**; F=**67.281**).

Di seguito (**Figura 3**), si può osservare che circa il **20**% degli uomini e il **7,6**% delle donne, tra coloro che assumono bevande alcoliche, hanno almeno un consumo a rischio.

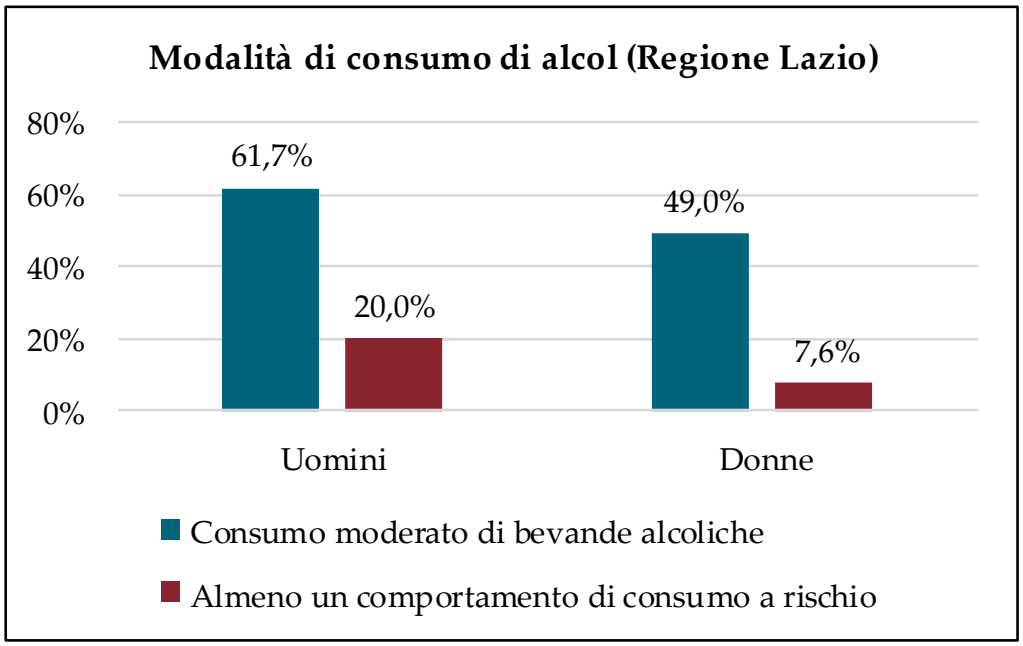

Figura 3. (***Fonte ISTAT*:** Indagine multiscopo sulle famiglie *Aspetti della vita quotidiana 2019*)

4. *Binge Drinking:* è un modello di consumo che porta i livelli di concentrazione di alcol nel sangue (**BAC**) a 0,08 g / dL. Questo si verifica in genere dopo **4** drink per le donne e **5** drink per gli uomini, in circa **2** ore

4. IL CONSUMO DI ALCOL NEI GIOVANI

ITALIA

I dati evidenziano che consumano alcolici **1.057.509** giovani tra gli **11** e i **17** anni (**584.212** ragazzi e **473.297** ragazze) e **3.249.079** giovani tra i**18** e i **24** anni (**1.788.470** ragazzi e **1.460.609** ragazze).

CONSUMI ALCOLICI NELLA POPOLAZIONE DEI GIOVANI ITALIANI (11-24 ANNI)	%
Almeno una bevanda alcolica nell'anno	48,6
Consumo giornaliero	4,2
Consumo occasionale	36,8
Consumo fuori dai pasti	53,3
Binge drinking	10,1

Tabella 3. (***Fonte ISTAT***: Indagine multiscopo sulle famiglie *Aspetti della vita quotidiana 2019*)

Aumenta però il numero di chi beve fuori dai pasti pari a **2.295.411** giovani, mentre effettua *binge drinking* il **10,1**% dei giovani, pari a **865.088**. Il dato è ancora più preoccupante se si pensa che, nella fascia di età **18-24** anni, i maschi effettuano il *binge drinking* nel **22,6**% dei casi e le ragazze nell'**11,1**% (**786.415** giovani; **539.645** ragazzi, **246.770** ragazze) mentre nella fascia **11-17** il *binge drinking* si riduce e interessa **117.062** giovani (**70.508** ragazzi, **46.554** ragazze). Si consideri che secondo l'**OMS**, è estremamente pericoloso per la salute e per lo sviluppo psicofisico dei giovani, assumere alcol in qualsiasi quantità prima dei **21** anni. Inoltre, si evince che le abitudini alcoliche nelle giovani donne, negli ultimi anni si sono profondamente modificate, avvicinandosi notevolmente ai consumi degli uomini. Ciò rappresenta un forte rischio per la salute della donna, in quanto le donne hanno un metabolismo che le rende più sensibili agli effetti dannosi dell'alcol e l'alcol costituisce un notevole fattore di rischio di nascita di bambini affetti da ***Sindrome feto-alcolica*** (**FASD**) nel caso in cui la donna assuma qualsiasi quantità di alcol durante la gravidanza.

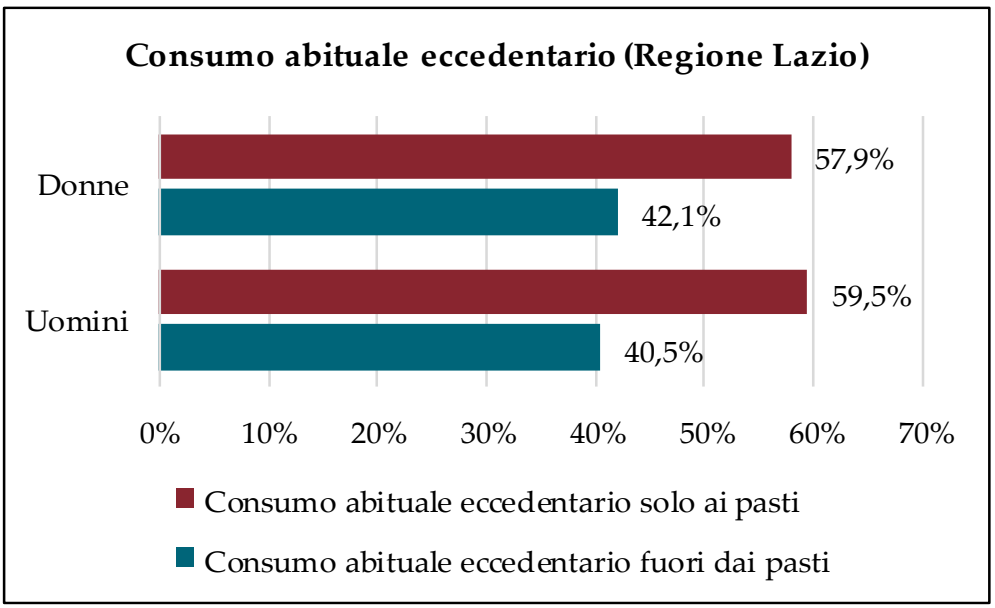

Figura 4. (***Fonte ISTAT***: Indagine multiscopo sulle famiglie *Aspetti della vita quotidiana 2019*)

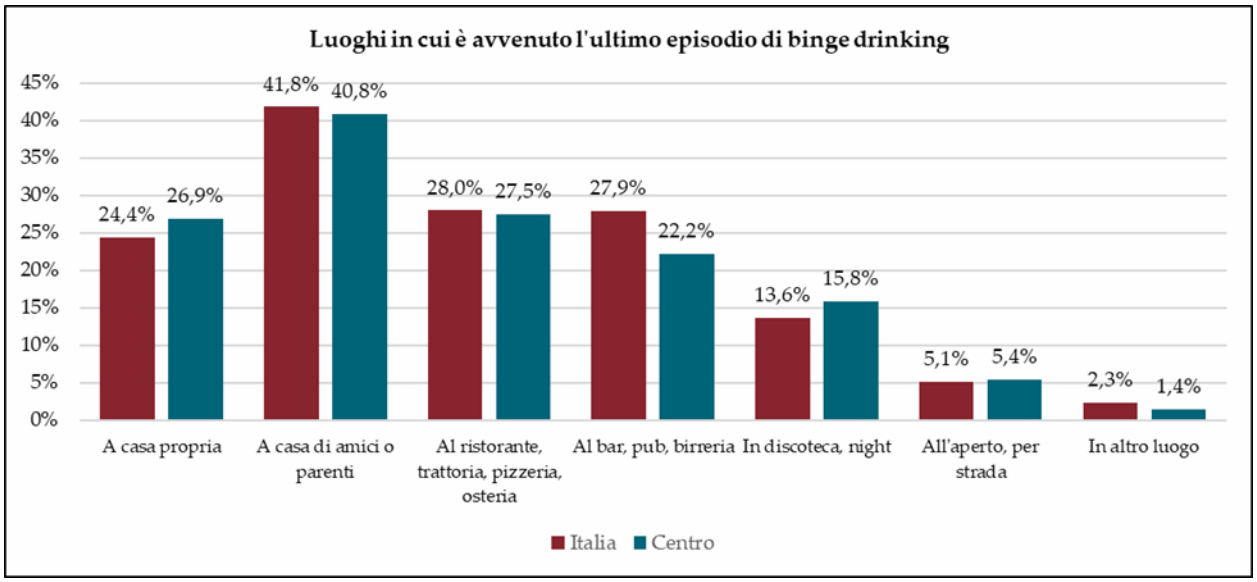

Figura 5. (***Fonte ISTAT*:** Indagine multiscopo sulle famiglie *Aspetti della vita quotidiana 2019*)

5. IL CONSUMO DI ALCOL NEI GIOVANI UNIVERSITARI ITALIANI

Studio su **2.704** studenti universitari, di tutte le Facoltà e delle Regioni e Province Autonome d'Italia.

CONSUMI ALCOLICI NELLA POPOLAZIONE DEGLI STUDENTI UNIVERSITARI ITALIANI	%
Almeno una bevanda alcolica nell'anno	91,5
Consumo di alcol a basso rischio	40,3
Consumo di alcol ad alto rischio	51,2
Binge drinking	62,8

Tabella 4. (*Fonte:* **CRARL**).

In evidenza:

- il **91.5**% dei giovani intervistati dichiarava di consumare alcol.
- **1.407** studenti, pari al **51,2**% degli intervistati (**1.158** femmine e **250** maschi) beve ad alto rischio per la salute o ha già sviluppato un *Disturbo da Uso di Alcol*.
- il **57,9**% (**1.590** giovani universitari) degli intervistati ha avuto almeno un comportamento di *binge drinking* nell'ultimo anno.
- Il **15**% riferisce di bere "*binge*", da una a più volte nel mese.

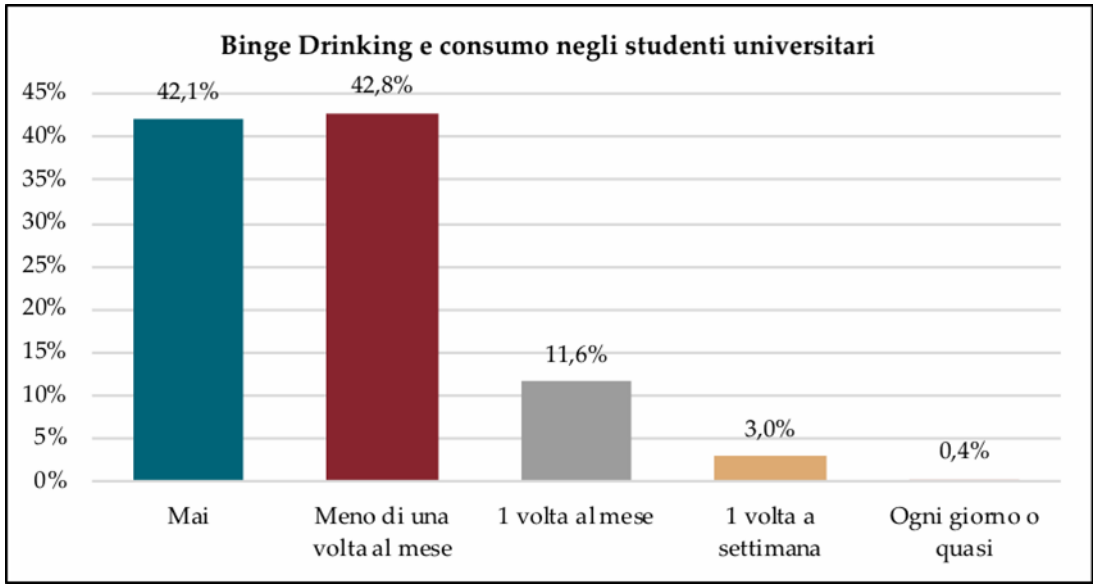

Figura 6. (**Fonte:** Aggiornamento ricerca Battagliese et al. (2017). Medicina e Chirurgia. *Journal of Italian Medical Education*, 76; 3424-3431.)

6. IL CONSUMO DI ALCOL IN GIOVANI DI ETÀ COMPRESA TRA 13 E 20 ANNI

Di seguito i risultati di uno studio pubblicato nel **2018** in cui è stato arruolato un **campione di 2704 studenti laziali,** tra i **13** e i **20** anni.

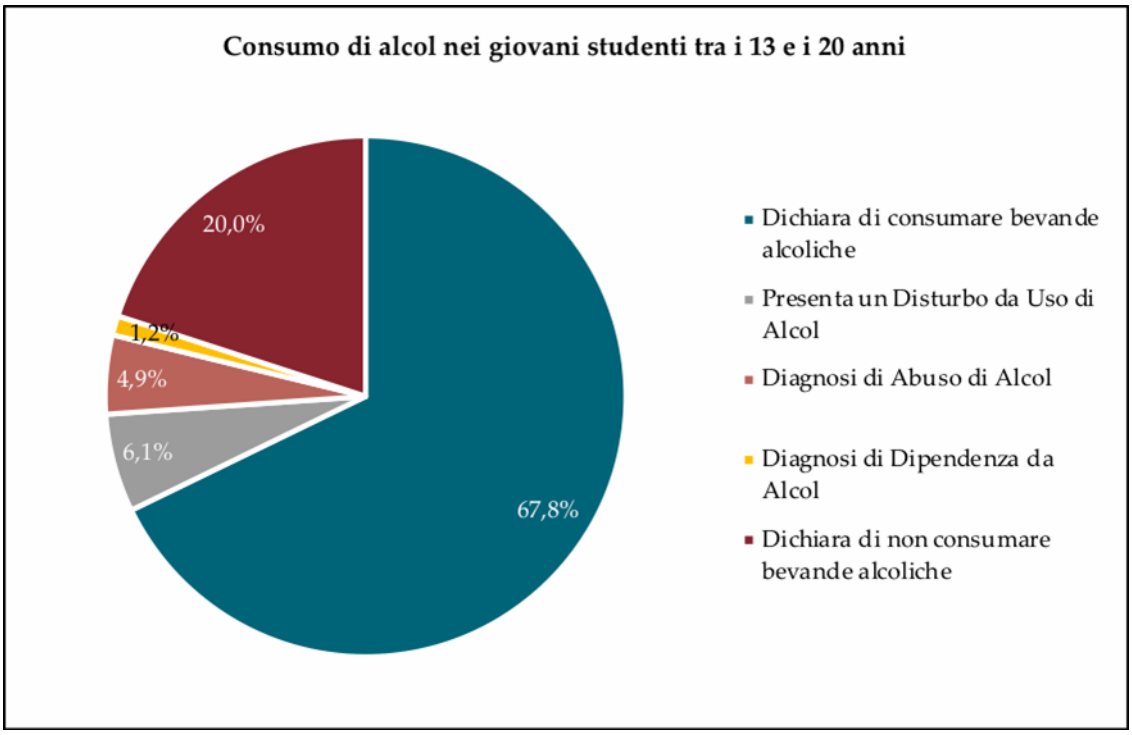

Figura 7. (***Fonte:*** **Addolorato et al.**, (2018). *Scientific Report*).

I dati di questi due studi italiani mostrano la presenza di un comportamento abituale nei giovani rispetto al consumo di alcol suggerendo la presenza di un rischio elevato di sviluppare conseguenti problematiche di dipendenza, patologie psicologiche e psichiatriche. Ciò è particolarmente grave considerando che questi stessi studenti saranno i professionisti di domani, alcuni dei quali saranno chiamati a intervenire su questi problemi per informare, promuovere stili di vita salutari e curare. Per tale motivo, i dati rilevati in questo studio, suggeriscono di incrementare e indi-rizzare in maniera più specifica il fabbisogno formativo degli studenti per renderli capaci di comprendere, individuare, intervenire correttamente nella promozione della salute propria e delle persone che a loro si affideranno alla ricerca di soluzioni ai propri problemi di salute.

7. DIPARTIMENTI DI EMERGENZA, ACCETTAZIONE (DEA) E ALCOL

ITALIA

ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO (PS) DEI GIOVANI PER CAUSE ATTRIBUIBILI ALL'ALCOL

Dai dati dei flussi **EMUR** (***EMergenzaURgenza***) del Ministero della salute - NSIS, **2017:**

- Accessi in Pronto Soccorso (**PS**) con una diagnosi attribuibile all'alcol: **39.182.**
- L'**8,3**%, pari a **3.237** ragazzi (**1791** M, **1446** F), con meno di 17 anni, sono giunti in PS per **intossicazione acuta alcolica**.
- **35** ragazzi e **29** ragazze sotto i **17** anni, ogni 100.000 abitanti, ricorrono al **PS** per problemi legati all'alcol.

LAZIO

- **Intossicazione acuta alcolica** in giovani minori di 17 anni: **173** (**153** M, **120** F).

Nella tabella sotto riportata (**Tabella 5**) sono illustrati i dati relativi agli accessi in pronto soccorso per età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol per l'anno 2017.

AREA GEOGRAFICA	MASCHI						FEMMINE						TOTALE
	<=17 aa.	18-44 aa.	45-64 aa.	65-74 aa.	75+ aa.	Totale	<=17 aa.	18-44 aa.	45-64 aa.	65-74 aa.	75+ aa.	Totale	
LAZIO	155	1.433	1.174	169	106	3.035	120	727	347	67	61	1.322	**4.357**
ITALIA	1.791	12.264	10.442	1.914	1.020	27.431	1.446	5.433	3.802	570	500	11.751	**39.182**

Tabella 5. (***Fonte:*** Ministero della Salute—NSIS. Flusso EMUR—Pronto Soccorso).

LA RICERCA: VALUTAZIONE DELLE PROBLEMATICHE ALCOL CORRELATE NEI PAZIENTI DEL DEA DEL POLICLINICO UMBERTO I

A un sottogruppo casuale di pazienti afferenti al **DEA** (n=**1.800**), è stato chiesto al triage, di compilare il questionario **AUDIT** (*Alcohol Use Disorders Identification Test*; Babor et al. 1989), consigliato dall'OMS per lo screening di popolazione per i Disturbi correlati all'Uso di alcol. Questo test, esplora, relativamente agli ultimi 12 mesi, il consumo di alcol, le modalità di consumo e i problemi alcol-correlati. I risultati vengono così interpretati:

- Punteggio inferiore a **8**, paziente senza **PPAC.**
- Punteggio, di **8 o più**, paziente con ***consumo a rischio*** o già con problemi alcol-correlati.
- Punteggio pari o maggiore a **13**, nelle donne, e di **15 o più**, negli uomini, paziente con ***problemi alcol-correlati*** e/o si tratta di un soggetto alcol-dipendente.

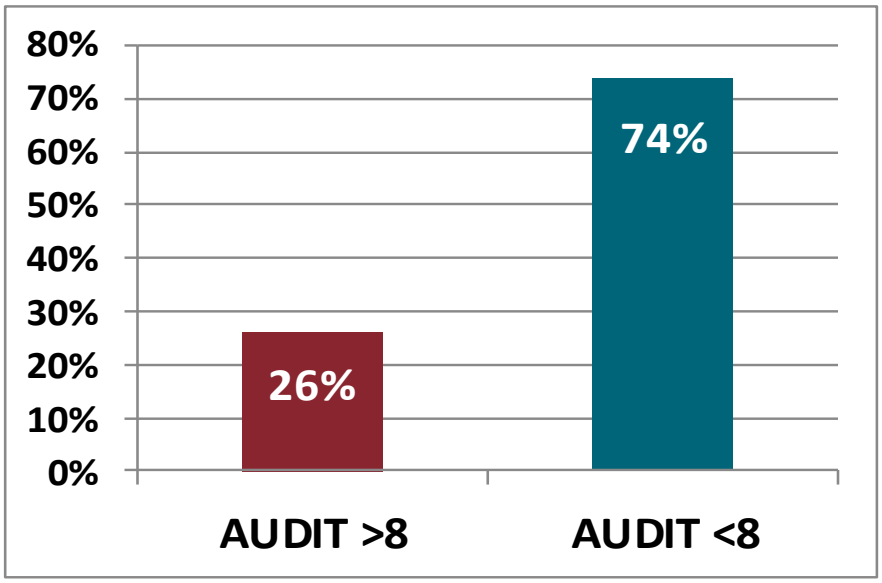

Figura 8. (*Fonte:* **CRARL—dati** raccolti presso il Pronto Soccorso del Policlinico Umberto I.).

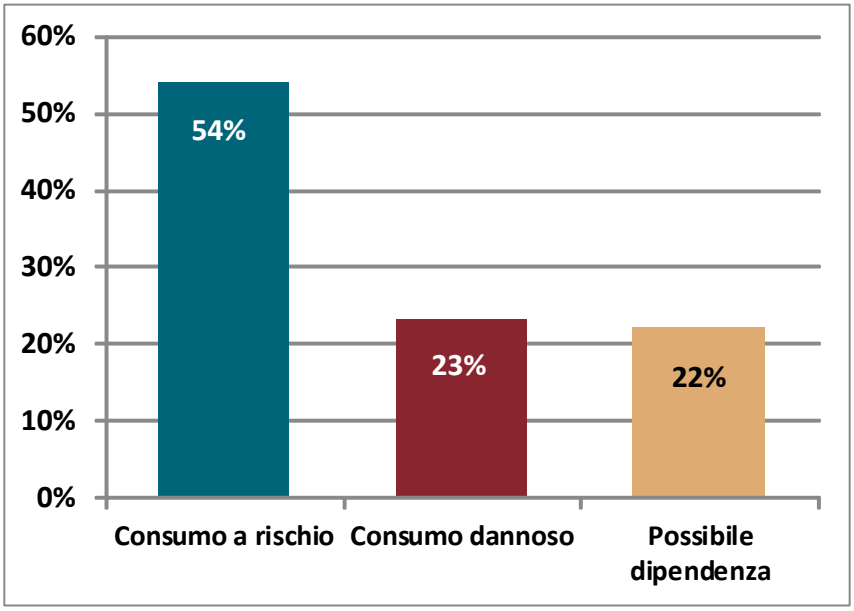

Figura 9. (*Fonte:* **CRARL—dati** raccolti presso il Pronto Soccorso del Policlinico Umberto I.).

RISULTATI (Figure 8,9).

Codice di accesso al *triage* (codice bianco/verde/giallo) dei soggetti con **AUDIT** maggiore di 8 (N= 468):

Codici bianchi: **24**% pazienti (di cui **18**% dei pazienti presentano **comportamento a rischio**, il **54**% **un consumo dannoso**, il **27**% alcol **dipendenza**);

Codici verdi: **21**% pazienti (di cui **66**% dei pazienti presentano un **comportamento a rischio**, **22**% un **consumo dannoso**, **11**% **alcol dipendenza**);

Codici gialli: **37.5**% pazienti (di cui **57**% dei pazienti presentano comportamento a rischio, **10**% **consumo dannoso**, **33**% **alcol dipendenza**) (**Figura 9**).

Per i ***Codici Rossi***, data l'urgenza dei motivi del ricovero, non è stato possibile somministrare il test.

Per i pazienti ai quali è stato assegnato un codice di accesso *bianco o verde* al *triage*, che stanno ad indicare una situazione non critica e non urgente, una buona percentuale hanno un consumo di alcol dannoso o una vera e propria dipendenza. È da tenere in considerazione che date le lunghe attese in **PS**, soprattutto per codici di gravità lieve, nei soggetti con dipendenza, il sopraggiungere dell'astinenza potrebbe indurre il paziente ad allontanarsi e a non arrivare all'osservazione degli operatori del **DEA**. Altro problema da rilevare: non vengono informati sul pericolo derivante dai loro consumi di alcol e non vengono consigliati i servizi che potrebbero prenderli in carico.
Se consideriamo gli ultimi dati disponibili del **SIES** (**2016**), gli accessi sono stati: presso il **DEA** del Policlinico Umberto I (Pronto Soccorso Centrale: **62.692**) nell'anno 2016, e quelli complessivi della Regione Lazio (**1.911.825**) sempre nello stesso periodo.
Applicando le percentuali ricavate con il test **AUDIT** ai ricoveri nel Lazio, possiamo dire che presso il Policlinico Umberto I, circa **16.300** pazienti avevano problematiche alcol correlate e **3.586** avevano una situazione di dipendenza da alcol per cui necessitavano di cure immediate. Riportando la stessa situazione alla Regione Lazio, in un anno più di **497.075** pazienti che richiedono un trattamento presso i **DEA** delle strutture territoriali hanno un consumo di alcol a rischio e **109.356** sono alcol-dipendenti. Certamente, questi dati non sono frutto di una ricerca ben condotta, non potendosi inferire ad una regione i dati relativi a un singolo ospedale.

ACCESSI IN PS	Policlinico	PS Lazio
	AUDIT >8	AUDIT >8
Pz con PAC (codici B, V,G Bevitori a rischio)	8.802	268.421
Consumo dannoso di alcol (Codici B, V, G)	3.749	114.327
Dipendenza da alcol (Codici B, V, G)	3.749	109.356
TOTALE	**16.300**	**497.075**

Tabella 6 (*Fonte:* **CRARL—dati** raccolti presso il Pronto Soccorso del Policlinico Umberto I.).

DATI SIES 2016	CODICI	BEVITORI A RISCHIO	CONSUMO DANNOSO	DIPENDENTI DA ALCOL
POLICLINICO UMBERTO I – SOLO PS CENTRALE	CODICI BIANCHI CODICI VERDI CODICI GIALLI	1.584 5.809 5.017	2.025 825 375	968 395 1.183
REGIONE LAZIO	CODICI BIANCHI CODICI VERDI CODICI GIALLI	48.315 177.157 152.999	61.737 25.152 11.433	29.526 12.029 36.088

Tabella 7. (*Fonte:* dati **SIES** Policlinico Umberto I - 2016).

Tuttavia, possiamo anche ritenerli approssimativi, ma sono certamente indicativi della presenza di un disagio diffuso e di un notevole problema socio-sanitario.
Se consideriamo, invece, il numero di nuovi accessi annui di pazienti alcoldipendenti nella Regione Lazio, come riferito da parte delle strutture che si occupano di pazienti alcolisti, in ottemperanza al disposto dalla Legge n. 125, 2001, ai fini della Relazione annuale al Parlamento da parte del Ministro della Salute, possiamo osservare come il numero di nuovi pazienti che accedono a un trattamento adeguato per l'alcol-dipendenza sia di gran lunga inferiore al numero di pazienti trattati per PPAC (**Figura 10**).

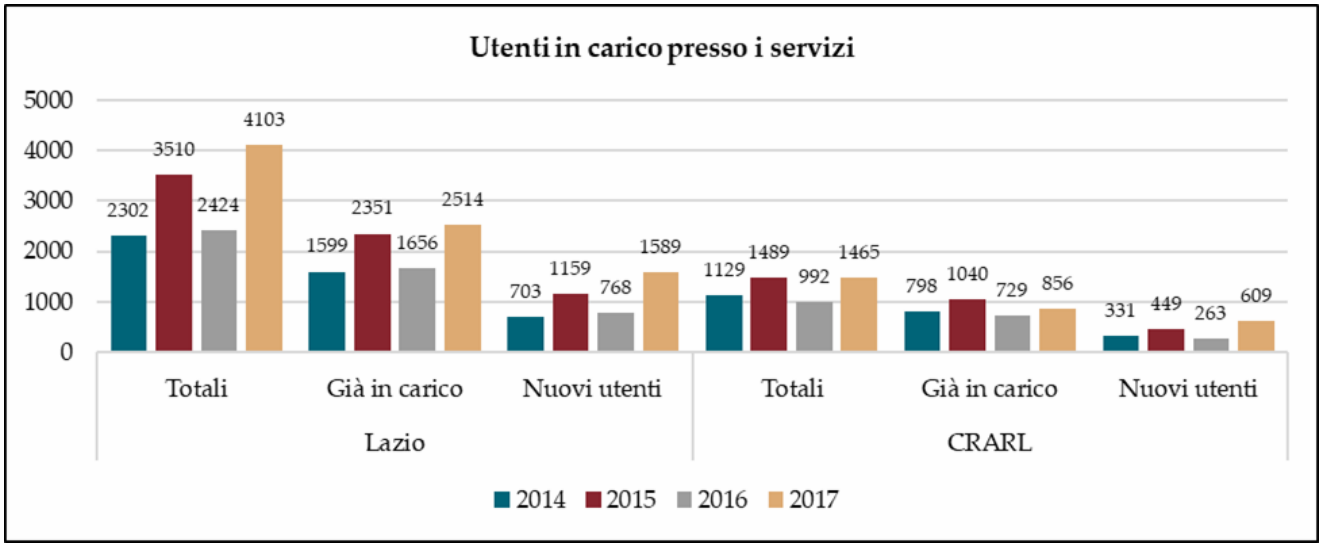

Figura 10. (*Fonte:* **CRARL—dati** elaborati per la Relazione al Parlamento—Anno 2017).

Questo non avverrebbe se fossero seguite le Linee Guida per il trattamento dell'alcol dipendenza, elaborate dal **CRARL** (www.crarl.it). Elemento essenziale è attivare un percorso di trattamento integrato ospedale – territorio, l'unico che può consentire un trattamento e un supporto adeguati (**Figura 11**). È chiaro che per far questo, è necessario attivare quanto previsto dalla Legge 125 agli art. 9, 10, 11 e affidato alla realizzazione da parte delle Regioni.

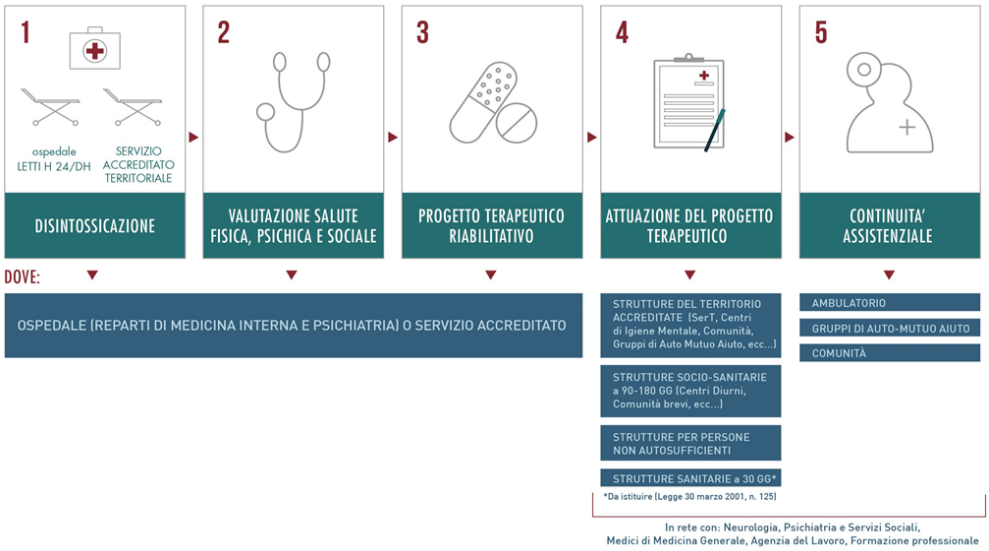

Figura 11. (*Fonte:* **CRARL**—http://www.crarl.it/sam-linee-guida/).

Una grande difficoltà alla realizzazione da quanto disposto dalla Legge 125 , 2001, è dovuta all'applicazione del D.P.C.M 12 gennaio 2017, approvato dalla Camera dei Deputati il 17 giugno 2019. Purtroppo, questo è un grave esempio in cui l'alcol non viene nemmeno preso in considerazione per quella che è la sua complessità e non viene tenuto conto di una Legge tuttora vigente. In ogni caso, la Legga consente alle Regioni di intervenire in autonomia, secondo necessità. Oggi, quello che possiamo osservare è che non vi è congiunzione tra il maggiore "*Hub*" di pazienti con problemi di alcol e il territorio, impedendo la creazione di un "*network*" completo per affrontare questa problematica [5].

5. L'uso di vocaboli in inglese al posto di centro di livello superiore in collegamento in rete con le strutture territoriali, è a voler rimarcare l'inutilità di parole roboanti, spesso utilizzate, ma che si rivelano vuote, se i problemi cui si riferiscono non vengono risolti.

8. MORTALITÀ E MORBILITÀ ALCOL-CORRELATA INTRAOSPEDALIERA IN ITALIA E NEL LAZIO

L'analisi e l'elaborazione statistica dei dati riportati nel presente rapporto, è stata realizzata sulla base di un subset di *Schede di Dimissioni Ospedaliere (***SDO***)* relative all'intero territorio nazionale, selezionate sulla base della presenza di almeno un codice **ICD-9CM** (*International Classification of Disease rev. 9th Clinical Modification*) corrispondente ad una *Patologia Alcol Correlata* (**PAC**), totalmente o parzialmente attribuibile, nell'ambito delle diagnosi **ICD-9CM** registrate nella scheda **SDO**.
I codici **ICD9-CM** da noi ritenuti indicativi di una **PAC**, suddivisi in due gruppi (totalmente o parzialmente attribuibili), che abbiamo utilizzato come criteri d'inclusione, sono riportati in Appendice (Tabelle 1a, b, c). Le schede **SDO** possono riportare fino a un massimo di sei diagnosi di malattie da cui è affetto il paziente con relativo codice **ICD-9CM**. La diagnosi principale (**DPR**) è considerata la patologia per la quale sono state consumate la maggior parte delle risorse durante il ricovero e può non coincidere con la malattia causa del ricovero stesso. Possono, inoltre, essere elencate altre patologie concomitanti da cui è affetto il paziente, fino a un massimo di **5** (**Dsec1÷Dsec5**). La compilazione della diagnosi principale e di quelle secondarie è demandata ad un operatore sanitario sotto la responsabilità del Dirigente di II livello.

IL CAMPIONE RELATIVO ALL'INTERO TERRITORIO NAZIONALE

Il database SDO per l'anno 2017, da noi utilizzato per l'analisi, è stato gentilmente fornito dalla "**Direzione Generale della Programmazione sanitaria – Banca dati SDO**" del **Ministero della Salute**, cui vanno i nostri più sentiti ringraziamenti per la sollecita disponibilità e collaborazione.
Tale subset di **SDO** è rappresentato da un totale di **2.082.621** record, relativo all'intero territorio nazionale, su un totale di **8.878.227 SDO** registrate nel Paese per l'anno **2017**, con una copertura complessiva pari al **99,1**% dei ricoveri in strutture pubbliche e private.
Il campione analizzato è, pertanto, il **23,5**% del totale delle **SDO** pervenute, rappresentando, indipendentemente dal criterio di inclusione da noi adottato, un ***campione altamente rappresentativo*** (**>10**%) del totale delle **SDO** registrate nell'intero territorio nazionale per il **2017**.
Inoltre, un'analisi più approfondita dei dati è stata condotta sulle **SDO** relative alla sola Regione Lazio. In tal caso, il *subset* preso in esame è risultato composto da **218.143 SDO**, equivalenti al **10,5**% del totale italiano ed al **23,5**% del totale dei ricoveri ospedalieri della regione Lazio (n=**929.136**).

Va rilevato tuttavia che un'analisi più approfondita del subset di **SDO** selezionate sulla base dei criteri diagnostici da noi indicati (vedi sopra) ci ha permesso di appurare la presenza di casi (n=**9.536**, pari allo **0,5**% del totale) con codici **ICD9-cm** non classificabili in nessuna categoria nosologica di Patologia totalmente o parzialmente imputabile all'alcol (per le definizioni di queste categorie, v. **vPAC** e **pPAC** in Appendice Tabelle 1a, b, c) e sono state pertanto esclusi dalla presente analisi.
Il numero di casi che pertanto abbiamo sottoposto a valutazione è stato quindi di **2.073.085** schede (pari al **23,4**% delle **SDO** totali relative all'anno **2017**). Nelle tabelle sottostanti riportiamo, in maniera sintetica, i dati relativi ad una prima analisi del campione di **SDO** da noi valutato relativamente a quanto registrato a livello nazionale

DATI SDO ITALIA 2017	N
SOLO vere PAC (vPAC)	35.564
vPAC + COMORBIDITÀ	20.401
Totale vPAC	55.965
PATOLOGIE SPESSO CORRELATE ALL'USO DI ALCOL (PsAC)	2.016.963
SOLO CAUSE E	159
CASI non PAC	9.536
TOTALE GENERALE	2.082.621
TOTALE ANALIZZATO	**2.073.087**

Tabella 8. (*Fonte:* SDO 2017).

SDO ITALIA 2017	DIAGNOSI singola	% DIAGNOSI singola
vPAC	31.727	89,2
pPAC	1.362.843	67,6

Tabella 9. (*Fonte:* SDO 2017).

Come si può osservare in tabella 8, su un totale di **2.073.087 SDO** analizzate le schede **SDO** di soggetti che sono risultati affetti da una patologia totalmente attribuibile all'alcol (di seguito denominata **vPAC**, vedi Appendice 1a) sono state **55.965** (pari al **2,7**% del campione totale analizzato). Di questi, il **63,5**% (n=**35.564**) ha evidenziato la presenza di codici **ICD9-cm** relativi a quadri nosologici di **vPAC**, mentre nei restanti **20.401** soggetti (pari al **36,5**%) le **vPAC** diagnosticate si associavano anche alla presenza di altre patologie inquadrabili nell'ambito delle forme solo parzialmente attribuibili all'alcol (di seguito denominate **PsAC**). In questo caso tali patologie sono state da noi considerate alla stregua di forme di *comorbidità* sicuramente alcol-correlate. Inoltre sul totale dei soggetti con sole diagnosi di **vPAC**, ben **31.727** soggetti (**89,2**%) presentava una singola diagnosi di **vPAC** (registrata nella variabile **DPR** o **Dsec 1** della **SDO**), mentre nei restanti **3.837** (**10,8**%) soggetti erano presenti da **2** a **5** differenti diagnosi di **vPAC**. **Due** soggetti presentavano solo una ***Causa E*** alcol-correlata (avvelenamento da alcol).

Relativamente alle forme inquadrabili come Patologie solo parzialmente attribuibili all'alcol (**pPAC**, vedi Appendice 1a,b,c) la presenza di **PsAC** è stata osservata in **2.017.122 SDO** sul totale di schede da noi analizzate (**97,3**% dei casi) di cui **159** caratterizzate dalla presenza di sole ***Cause E****. Anche relativamente ai quadri di **pPAC** analizzati, **1.363.0023** dei casi (**67,6**%) presentava una diagnosi singola (***Causa N*** o ***Causa E,*** in assenza di una ***Causa N***), mentre nei restanti **654.120** casi le diagnosi di **pPAC** sono risultate essere multiple (da **2** a **6**).

Partendo da un attento esame della tabella riportata nella pagina accanto (**Tabella 10**) ci sembra necessario fare alcune considerazioni di carattere metodologico e fornire delucidazioni adeguate al fine di garantire una corretta lettura dei dati che di seguito saranno forniti.

(*) Nelle **Cause E** sono inquadrati i quadri patologici conseguenti ad eventi traumatici e/o avvelenamenti/intossicazioni dovuti a cause esterne, pertanto non inquadrabili, nell'**ICD9cm** tra le cause nosologiche (**Cause N**).

numero di vPAC \ numero di PsAC	0	1	2	3	4	5	6	Totale
0	9.695	1.362.843	494.514	134.159	23.170	2.202	75	2.026.658
1	31.727	13.489	4.448	788	94	4	0	50.550
2	3.344	1.139	261	30	4	0	0	4.778
3	461	110	25	0	0	0	0	596
4	31	7	0	0	0	0	0	38
5	1	0	0	0	0	0	0	1
Totale	**45.259**	**1.377.588**	**499.248**	**134.977**	**23.268**	**2.206**	**75**	**2.082.621**

Tabella 10. (*Fonte:* SDO 2017).

La presenza nel subset analizzato di casi caratterizzati dalla presenza di più di una diagnosi di **vPAC** o di **pPAC** genera, come effetto *collaterale*, un *surplus* (*solo apparente*) di casi rispetto al numero reale di soggetti inquadrabili sia nell'ambito delle **vPAC** sia di quello delle **pPAC**. Ciò sarà evidente al lettore quando si appresterà alla lettura dei dati riportati nelle tabelle riassuntive delle frequenze assolute (**N**) delle patologie alcol-correlate (totalmente o parzialmente attribuibili). Infatti, sommando il numero di casi osservabili per singola patologia, in tutte e sei le variabili presenti nel database delle **SDO** (DPR, Dsec1-5), il fatto che siano presenti soggetti con più diagnosi conduce inevitabilmente ad un aumento, del tutto apparente, del numero totale dei casi registrati. Pertanto, al fine di non generare confusione nei lettori, per quanto detto poc'anzi, consigliamo quest'ultimi di tener conto, nella lettura delle tabelle riassuntive per patologia, delle sole frequenze relative (%) riportate, che non risentono dell'*apparente* aumento delle frequenze assolute, ma registrano i soli rapporti relativi tra le differenti patologie riportate nelle **SDO**. Questo sarà necessario farlo sia nell'ambito della lettura dei dati di mortalità intra-ospedaliera (**vMAC**, **pPAC**), sia di quella dei dati di morbilità alcol-correlata (**vPAC**, **pPAC**).

I DATI RELATIVI AL TERRITORIO NAZIONALE

Il *subset* di **SDO-ITALIA** analizzato è rappresentato, quindi, da un totale di **2.073.087** record (M=**53,9**%; F=**46,1**% ; M/F=**1,2:1**). L'età media (**m ± DS**) del totale dei casi selezionato è risultata di **69,2 ± 19,0** aa.. Nei maschi (n=**1.116.825**), l'età media era di **68,2 ± 17,8** aa., mentre nelle femmine (n=**956.262**), l'età media era pari a **70,4± 20,1** aa.. La percentuale di decessi registrata nel subset di SDO italiane per il 2017, da noi analizzate, è risultata pari al **5**% del totale (n=**103.741**).
La stratificazione per regione di ricovero è riportata nella tabella seguente (**Tabella 11**). Sorprende osservare che il Lazio (con una popolazione di circa **5,8** milioni di abitanti) presenti una percentuale di ricoveri assai prossima a quella della Lombardia che ha quasi il doppio della popolazione residente (intorno ai **10** milioni di abitanti).

REGIONE	N	%
LOMBARDIA	276.897	13,4
LAZIO	218.244	10,5
CAMPANIA	205.814	9,9
EMILIA ROMAGNA	184.430	8,9
PUGLIA	162.774	7,9
SICILIA	152.247	7,3
TOSCANA	144.239	7,0
VENETO	139.805	6,7
PIEMONTE	130.185	6,3
LIGURIA	64.537	3,1
MARCHE	63.297	3,1
SARDEGNA	58.770	2,8
CALABRIA	57.951	2,8
ABRUZZO	52.884	2,6
FRIULI V.G.	48.651	2,3
UMBRIA	33.675	1,6
BASILICATA	22378	1,1
P.A. TRENTO	17.476	0,8
MOLISE	17.294	0,8
P.A. BOLZANO	15.841	0,8
VAL D'AOSTA	5.698	0,3
TOTALE	**2.073.087**	**100,0**

Tabella 11. (*Fonte:* SDO 2017).

CAUSE DI RICOVERO PER GRANDI RAGGRUPPAMENTI NOSOLOGICI	%
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	41,9
MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METABOLICHE E DISTURBI IMMUNITARI	9,0
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	7,2
CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	6,5
TUMORI	5,9
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	5,8
MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO	4,8
SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	3,0
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI SENSI	2,8
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	2,7
DISTURBI PSICHICI	2,3
MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	2,2
MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	1,9
ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE E DI ORIGINE PERINATALE	1,5
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	1,3
COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	0,6
MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	0,5
MALFORMAZIONI CONGENITE	0,4
TOTALE	**100,0**

Tabella 12. (*Fonte:* SDO 2017).

Nella tabella sopra riportata (**Tabella 12**) è illustrata la distribuzione percentuale delle cause di ricovero per grandi raggruppamenti nosologici.

ABUSO/DIPENDENZA DA ALCOL

Il riscontro, in almeno uno dei sei codici **ICD-9CM** riportati nella **SDO**, di un codice di **PAC interamente attribuibile all'alcol** (vedi Appendice 1a) è stato da noi valutato come indice di un ricovero per abuso/dipendenza da alcol. In tal caso il sottogruppo è stato considerato come affetto da abuso/dipendenza da alcol e, pertanto, tutte le diagnosi presenti, in quel paziente, sono state considerate come propriamente attribuibili all'abuso/dipendenza da alcol (vedi Appendice 1b,c).
Nel caso di assenza di v**PAC** (interamente attribuibili), l'analisi delle patologie di cui è ben noto, il fattore di rischio rappresentato dall'abuso di alcol, è stata effettuata ricorrendo alle **Frazioni Attribuibili** all'alcol (**FA**) per un conteggio probabilistico del numero di soggetti con abuso/dipendenza da alcol, potenzialmente presenti nel campione studiato (**pPAC**).
[https://chronicdata.cdc.gov/Alcohol-Related-Disease-Impact/Alcohol-Attributable-Fractions-Excessive-Alcohol-U/bn42-uu4e].

Sulla base del primo tipo di selezione da noi operato (soggetti con diagnosi di abuso/dipendenza da alcol documentato), il gruppo di pazienti sicuramente affetti da tale disturbo, denominato nelle successive tabelle come **vPAC** (***vere Patologie Alcol-Correlate***), mostra la seguente distribuzione regionale (**Tabella 13**).

REGIONE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
LOMBARDIA	6.313	1.887	8.200
EMILIA ROMAGNA	4.591	1.610	6.201
VENETO	4.493	1.355	5.848
PIEMONTE	3.742	1.286	5.028
LAZIO	**3.183**	**851**	**4.034**
CAMPANIA	2.708	624	3.332
TOSCANA	2.300	936	3.236
PUGLIA	2.266	481	2.747
SARDEGNA	2.071	314	2.385
LIGURIA	1.665	626	2.291
SICILIA	1.896	343	2.239
MARCHE	1.487	512	1.999
FRIULI V.G.	1.488	440	1.928
CALABRIA	1.172	227	1.399
P.A. BOLZANO	1.018	324	1.342
ABRUZZO	997	194	1.191
P.A. TRENTO	559	140	699
UMBRIA	510	143	653
BASILICATA	489	70	559
MOLISE	277	59	336
VAL D'AOSTA	265	53	318
TOTALE	**43.488**	**12.475**	**55.965**

Tabella 13. (*Fonte:* SDO 2017).

Nella tabella successiva (**Tabella 14**) sono illustrate le distribuzioni di tutte le ***cause nosologiche*** (***Cause N***) e di tutti gli ***eventi morbosi associati*** **a** ***cause esterne*** (***Cause E***) sicuramente correlati all'abuso/dipendenza da alcol. I casi diagnosticati come **vPAC** sono rappresentati da **55.963** pazienti nell'ambito delle ***Cause N*** e ***Cause E,*** associate, nonché da **2** pazienti ricoverati per eventi traumatici/avvelenamenti inquadrabili esclusivamente tra le ***Cause E,*** totalmente attribuibili, per un totale di **55.965** pazienti con abuso/dipendenza da alcol diagnosticata. Questo dato rappresenta il **2,7%** dei casi, relativamente al subset di **SDO** analizzato (n=**2.073.087**).

Riguardo alla distribuzione delle **PAC** (***Cause N***) totalmente attribuibili che più frequentemente conducono i pazienti con **DUA** al ricovero, la causa preponderante è l'***epatopatia alcolica*** (**36,8**%), seguita dall'***abuso di alcol*** (**14,6**%), dalla ***dipendenza da alcol*** (**13,0**%) e da episodi di ***psicosi alcolica*** (**3,5**%). Relativamente alle patologie solo parzialmente attribuibili, il **5,2**% dei pazienti con **vPAC** presenta un quadro di ***ipertensione arteriosa***, seguito dalla ***rottura di varici esofagee*** (**4,8**%), dai ***tumori del fegato*** (**4,2**%), l'***ipertensione portale*** (**3,2**%) e nel **2,0**% dei casi episodi di ***ischemia cerebrale*** (*ictus*). A tutto ciò vanno aggiunti anche i ricoveri causati da eventi traumatici/avvelenamenti (***Cause E)*** in cui a predominare sono le ***cadute*** (**64,2**%), percentuale calcolata sul totale delle sole ***Cause E*** (n=**1.367**), dai ***suicidi/tentati suicidi*** (**10,3**%), dagli ***incidenti stradali*** (**10,2**%), gli ***avvelenamenti non da alcol*** (**5,3**%) e da ***omicidi/tentati omicidi*** (**4,1**%) (**Tabella 14**).

PATOLOGIE ALCOL-CORRELATE TOTALMENTE ATTRIBUIBILI	vPAC	%vPAC
EPATOPATIA ALCOLICA	32.635	36,8
ABUSO DI ALCOL	12.951	14,6
SINDROME DI DIPENDENZA DA ALCOL	11.519	13,0
PSICOSI ALCOLICA	3.089	3,5
POLINEUROPATIA ALCOLICA	800	0,9
GASTRITE ALCOLICA	360	0,4
CARDIOMIOPATIA ALCOLICA	279	0,3
SINDROME FETO-ALCOLICA	271	0,3
INTOSSICAZIONE DA ALCOL ETILICO	132	0,1
ELEVATI LIVELLI EMATICI DI ALCOL	15	0,02
% PAC TOTALMENTE ATTRIBIBILI		***69,6***
IPERTENSIONE ARTERIOSA	4.620	5,2
VARICI ESOFAGEE	4.276	4,8
CANCRO DEL FEGATO	3.702	4,2
IPERTENSIONE PORTALE	2.796	3,2
ICTUS, ISCHEMICO	1.768	2,0
ARITMIA SOPRAVENTRICOLARE CARDIACA	1.724	1,9
INFARTO DEL MIOCARDIO	1.675	1,9
EPILESSIA	1.249	1,4
CIRROSI EPATICA, ASPECIFICA	899	1,0
PANCREATITE ACUTA	897	1,0
PANCREATITE CRONICA	475	0,5
ICTUS, EMORRAGICO	409	0,5
EPATITE CRONICA	364	0,4
CANCRO ORO-FARINGEO	129	0,1
PSORIASI	121	0,1
CANCRO DELL'ESOFAGO	93	0,1
CANCRO DELLA LARINGE	48	0,1
CANCRO DELLA MAMMELLA, (NELLA DONNA)	42	0,05
EMORRAGIA GASTROESOFAGEA	33	0,04
BASSO PESO ALLA NASCITA	2	0,002
ABORTO SPONTANEO	1	0,001
% COMORBIDITÀ ALCOL-CORRELATA (Cause N)		***28,5***
CADUTE	878	1,0
SUICIDIO/TENTATO SUICIDIO	141	0,2
INCIDENTI STRADALI	139	0,2
AVVELENAMENTO (NON DA ALCOL)	72	0,1
OMICIDIO/TENTATO OMICIDIO	56	0,1
INCIDENTI DA ALTRI VEICOLI STRADALI	35	0,04
INCIDENTI CON VEICOLI A MOTORE NON DEL TRAFFICO	13	0,01
INCIDENTI DEL LAVORO E DA MACCHINARI	13	0,01
TRASPORTI AEREO-SPAZIALI	7	0,01
USTIONI	7	0,01
IPOTERMIA	3	0,003
INCIDENTI DEL TRASPORTO MARITTIMO	2	0,002
ANNEGAMENTO E/O SEMI-ANNEGAMENTO	1	0,001
MALTRATTAMENTO DI MINORI	0	0,0
% COMORBIDITÀ ALCOL-CORRELATA (Cause E)		***1,5***
% TOTALE vPAC + COMORBIDITÀ ALCOL-CORRELATA (Cause N + Cause E)		**100,0**

Tabella 14. (*Fonte:* SDO 2017).

Relativamente ai soggetti affetti da patologie non inquadrabili in forme di **PAC** totalmente attribuibili, abbiamo provveduto, come accennato in precedenza, alla valutazione probabilistica del numero di soggetti con problemi alcol-correlati coinvolti, mediante ricorso alle **FA (**già citate in precedenza)**,** denominate nelle successive tabelle come ***p**robabili **P**atologie **A**lcol-**C**orrelate* (**pPAC**), mentre le restanti quote ottenibili, sottraendo le **pPAC** dal totale dei casi relativi alla specifica patologia, sono stati denominati *Patologie **N**on attribuibili all'**ALC**ol* (**No ALC**).
I risultati ottenuti sul *subset* di **SDO** utilizzate per l'analisi sono illustrate nella tabella seguente (**Tabella 15**), relativamente alle ***Cause N*** ed alle ***Cause E*** parzialmente attribuibili all'alcol.

PATOLOGIE ALCOL-CORRELATE (PARZIALMENTE ATTRIBUIBILI)	pPAC	%pPAC	NO ALK	%NO ALK	TOT	%TOT
CIRROSI EPATICA, ASPECIFICA	31.166	26,1	46.750	1,7	77.916	2,8
INFARTO DEL MIOCARDIO	14.104	11,8	612.734	22,8	626.838	22,4
IPERTENSIONE ARTERIOSA	12.424	10,4	808.738	30,1	821.162	29,3
ICTUS, ISCHEMICO	9.579	8,0	373.078	13,9	382.657	13,7
EPILESSIA	9.352	7,8	52.995	2,0	62.347	2,2
PANCREATITE ACUTA	7.742	6,5	24.518	0,9	32.260	1,2
VARICI ESOFAGEE	4.412	3,7	6.618	0,2	11.030	0,4
ARITMIA SOPRAVENTRICOLARE CARDIACA	4.384	3,7	434.045	16,2	438.429	15,6
PANCREATITE CRONICA	3.886	3,3	740	0,03	4.626	0,2
IPERTENSIONE PORTALE	2.832	2,4	4.247	0,2	7.079	0,3
ICTUS, EMORRAGICO	2.328	1,9	52.550	2,0	54.878	2,0
BASSO PESO ALLA NASCITA	1.181	1,0	57.862	2,2	59.043	2,1
CANCRO DEL FEGATO	1.074	0,9	30.284	1,1	31.358	1,1
CANCRO DELLA MAMMELLA, (NELLA DONNA)	924	0,8	91.441	3,4	92.365	3,3
ABORTO SPONTANEO	663	0,6	15.900	0,6	16.563	0,6
CANCRO ORO-FARINGEO	630	0,5	12.792	0,5	13.422	0,5
CANCRO DELLA LARINGE	341	0,3	8.747	0,3	9.088	0,3
EMORRAGIA GASTROESOFAGEA	226	0,2	254	0,01	480	0,03
CANCRO DELL'ESOFAGO	153	0,1	6.012	0,2	6.165	0,2
EPATITE CRONICA	142	0,1	9.077	0,3	9.219	0,3
PSORIASI	40	0,03	6.394	0,2	6.434	0,2
% TOTALE pPAC (Cause N)		***90,1***		***99,0***		***98,6***
CADUTE	10.950	9,2	23.269	0,9	34.219	1,2
INCIDENTI STRADALI	384	0,3	1.622	0,1	2.006	0,1
AVVELENAMENTO (NON DA ALCOL)	185	0,2	454	0,02	639	0,02
INCIDENTI DA ALTRI VEICOLI STRADALI	107	0,1	490	0,02	597	0,02
OMICIDI	68	0,1	77	0,00	145	0,01
INCIDENTI DEL LAVORO E DA MACCHINARI	58	0,05	262	0,01	320	0,01
SUICIDI	33	0,03	109	0,004	142	0,01
USTIONI	28	0,02	127	0,005	155	0,01
INCIDENTI CON VEICOLI A MOTORE NON DEL TRAFFICO	23	0,02	107	0,004	130	0,005
TRASPORTI AEREO-SPAZIALI	11	0,01	50	0,002	61	0,002
IPOTERMIA	10	0,01	14	0,001	24	0,001
ANNEGAMENTO E/O SEMI-ANNEGAMENTO	10	0,01	18	0,001	28	0,001
INCIDENTI DEL TRASPORTO MARITTIMO	7	0,01	34	0,001	41	0,001
ASPIRAZIONE	4	0,003	17	0,001	21	0,001
MALTRATTAMENTO DI MINORI	1	0,001	4	0,0001	5	0,0002
INCIDENTI DA ARMI DA FUOCO	1	0,001	2	0,0001	3	0,0001
% TOTALE pPAC (Cause E)		***9,9***		***1,0***		***1,4***
% TOTALE pPAC (Cause N + Cause E)		**100,0**		**100,0**		**100,0**

Tabella 15. (*Fonte:* SDO 2017).

Le PAC (***Cause N***) che più frequentemente conducono al ricovero pazienti con probabile abuso e/o dipendenza da alcol (valutati percentualmente in base alle **FA**), pertanto affetti da patologie in cui l'alcol svolge un ruolo di *fattore di rischio*, sono rappresentate principalmente da: ***cirrosi epatica aspecifica*** (**26,1**%), seguita da ***infarto del miocardio*** (***11,8***%), ***ipertensione arteriosa***

(**10,4**%), ***ischemia cerebrale*** (**8,0**%), ***epilessia*** (**7,8**%), ***pancreatiti acute*** (**6,5**%). Tra i ricoveri causati da eventi traumatici/avvelenamenti (***Cause E***) predominano, di gran lunga, le ***cadute*** (**9,2**%).

MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA ALCOL-CORRELATA IN ITALIA (vera e presunta)

Nella tabella seguente (**Tabella 16**) sono illustrati i dati relativi alle modalità di dimissione dei pazienti nell'ambito del subset di **SDO 2017** da noi analizzato.

MODALITÀ DI DIMISSIONI	vMAC	pMAC	NO ALC	TOT
DECEDUTI	2.755	8.688	92.298	103.741
DIMESSI	48.463	150.297	1.597.069	1.795.829
TRASFERITI	4.747	14.521	154.249	173.517
TOTALE	**55.965**	**173.506**	**1.843.616**	**2.073.087**

Tabella 16. (***Fonte:*** SDO 2017).

È evidente come su un totale di decessi registrati pari a **103.741** soggetti, la mortalità alcol-correlata corrispondente, calcolata come totalmente attribuibile all'alcol (**vMAC**; n=**2.755**) e parzialmente attribuibile all'alcol (**pMAC**; n= **8.688**), con il ricorso alle frazioni attribuibili, è stata pari all'**11**% del totale dei decessi (n=**11.443**), un numero equivalente ad almeno **31** decessi/die.

MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILE	vMAC (N)	%vMAC
EPATOPATIA ALCOLICA	2.547	57,4
SINDROME DI DIPENDENZA DA ALCOL	149	3,4
ABUSO DI ALCOL	98	2,2
PSICOSI ALCOLICA	64	1,4
CARDIOMIOPATIA ALCOLICA	28	0,6
POLINEUROPATIA ALCOLICA	12	0,3
SINDROME FETO-ALCOLICA	7	0,2
GASTRITE ALCOLICA	6	0,1
INTOSSICAZIONE DA ALCOL ETILICO	1	0,02
ELEVATI LIVELLI EMATICI DI ALCOL	0	0,0
% TOTALE vMAC		***65,6***
CANCRO DEL FEGATO	3.32	7,5
VARICI ESOFAGEE	2.64	5,9
ARITMIA SOPRAVENTRICOLARE CARDIACA	1.46	3,3
IPERTENSIONE PORTALE	1.39	3,1
IPERTENSIONE ARTERIOSA	1.28	2,9
INFARTO DEL MIOCARDIO	127	2,9
ICTUS, ISCHEMICO	94	2,1
ICTUS, EMORRAGICO	90	2,0
EPILESSIA	44	1,0
CIRROSI EPATICA, ASPECIFICA	34	0,8
CANCRO ORO-FARINGEO	19	0,4
PANCREATITE ACUTA	15	0,3
PANCREATITE CRONICA	15	0,3
CANCRO DELL'ESOFAGO	12	0,3
EPATITE CRONICA	10	0,2
CANCRO DELLA LARINGE	6	0,1
CANCRO DELLA MAMMELLA, (NELLA DONNA)	4	0,1
PSORIASI	3	0,1
% TOTALE pMAC (Cause N)		***33,4***
CADUTE	42	0,9
USTIONI	2	0,05
INCIDENTI STRADALI	1	0,02
SUICIDI	1	0,02
% TOTALE pMAC (Cause E)		***1,0***
% TOTALE vMAC + pMAC		**100,0**

Tabella 17. (***Fonte:*** SDO 2017).

Nella **tabella 17** sono illustrati i dati relativi ai decessi osservati nel gruppo di soggetti con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (**vPAC**) e le percentuali relative delle patologie solo parzialmente attribuibili all'alcol (**pPAC**), qui considerate, comunque alla stregua di comorbidità alcol-attribuibile (pertanto correlata all'alcol al 100%).
Come si può evincere dall'analisi in dettaglio di quanto riportato in **tabella 17**, la causa principale di morte nei soggetti affetti da **DUA** è stata rappresentata dalla presenza di un'***epatopatia alcolica scompensata*** che ha coinvolto il **57,4**% dei casi di decesso. Relativamente alla comorbidità alcol -correlata, che presumibilmente ha condotto i soggetti al decesso, si può osservare la presenza di: ***cancro del fegato*** (**7,5**%), ***rottura di varici esofagee*** (**5,9**%), ***aritmie cardiache sopra-ventricolari*** (3,3%), ***ipertensione portale*** (**3,1**%), ***ipertensione arteriosa*** (**2,9**%), ***infarto del miocardio*** (**2,9**%) ***ictus ischemici*** (**2,1**%) o ***emorragici*** (**2,0**%).

MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA ALCOL-CORRELATA PARZIALMENTE ATTRIBUIBILE	pMAC	%pMAC	NO ALC	%NO ALC	TOT	%TOT
CIRROSI EPATICA, ASPECIFICA	1.804	30,4	2.706	2,1	4.510	3,3
INFARTO DEL MIOCARDIO	665	11,2	28.869	21,9	29.534	21,4
ICTUS, ISCHEMICO	563	9,5	23.464	17,8	240.27	17,4
ICTUS, EMORRAGICO	458	7,7	10.815	8,2	11.273	8,2
EPILESSIA	457	7,7	2.588	2,0	3.045	2,2
IPERTENSIONE ARTERIOSA	346	5,8	23.409	17,8	23.755	17,2
ARITMIA SOPRAVENTRICOLARE CARDIACA	306	5,1	30.281	23,0	30.587	22,2
PANCREATITE ACUTA	306	5,1	968	0,7	1.274	0,9
VARICI ESOFAGEE	188	3,2	281	0,2	469	0,3
CANCRO DEL FEGATO	85	1,4	2.420	1,8	2.505	1,8
IPERTENSIONE PORTALE	83	1,4	124	0,1	207	0,2
PANCREATITE CRONICA	52	0,9	10	0,008	62	0,04
CANCRO ORO-FARINGEO	34	0,6	678	0,5	712	0,5
CANCRO DELLA MAMMELLA, (NELLA DONNA)	21	0,4	2.067	1,6	2.088	1,5
BASSO PESO ALLA NASCITA	16	0,3	799	0,6	815	0,6
CANCRO DELL'ESOFAGO	15	0,3	571	0,4	586	0,4
CANCRO DELLA LARINGE	11	0,2	278	0,2	289	0,2
EMORRAGIA GASTROESOFAGEA	7	0,1	7	0,01	14	0,01
EPATITE CRONICA	5	0,1	305	0,2	310	0,2
ABORTO SPONTANEO	0	0,001	2	0,002	2	0,001
PSORIASI	0	0,0	40	0,03	40	0,03
% TOTALE pMAC (Cause N)		***91,2***		***99,1***		***98,8***
CADUTE	474	8,0	1.007	0,8	1.481	1,1
INCIDENTI STRADALI	18	0,3	54	0,04	72	0,1
USTIONI	9	0,2	13	0,01	22	0,002
INCIDENTI DA ALTRI VEICOLI STRADALI	8	0,1	35	0,03	43	0,003
AVVELENAMENTO (NON DA ALCOL)	6	0,1	13	0,01	19	0,01
SUICIDI/TENTATI SUICIDI	3	0,05	9	0,01	12	0,01
OMICIDI/TENTATI OMICIDI	2	0,04	3	0,002	5	0,004
IPOTERMIA	2	0,04	3	0,002	5	0,004
TRASPORTI AEREO-SPAZIALI	1	0,01	2	0,002	3	0,002
INCIDENTI DEL LAVORO E DA MACCHINARI	1	0,02	5	0,004	6	0,004
INCIDENTI CON VEICOLI A MOTORE NON DEL TRAFFICO	1	0,02	4	0,003	5	0,004
ASPIRAZIONE	1	0,01	2	0,002	3	0,002
INCIDENTI DA ARMI DA FUOCO	0	0,0	1	0,001	1	0,001
INCIDENTI DEL TRASPORTO MARITTIMO	0	0,0	1	0,001	1	0,001
% TOTALE pMAC (Cause E)		***8,8***		***0,9***		***1,2***
% TOTALE pMAC (*Cause N + Cause E*)		**100,0**		**100,0**		**100,0**

Tabella 18. (*Fonte:* SDO 2017).

Nella **tabella 18**, al contrario, sono riportati i dati relativi alla mortalità intra-ospedaliera per patologie solo parzialmente attribuibili all'alcol (probabile Mortalità Alcol-correlata - **pMAC**), calcolati con il ricorso alle **FA**, ed i soggetti non inquadrabili come **pMAC** (ossia: **NO ALC**) sia per le ***Cause N*** sia per le ***Cause E***.
Dall'analisi in dettaglio di quanto riportato in **tabella 18**, la probabile mortalità alcol-correlata (**pMAC**), calcolata con il ricorso alle **FA**, fornisce i seguenti dati: la **pMAC** che con maggiore frequenza conduce a morte i soggetti con *probabile* **DUA** è rappresentata, relativamente alle ***Cause N***, dalla ***cirrosi epatica aspecifica scompensata*** (**30,4**%), seguita dall'***infarto miocardico*** (**11,2**%), dall'***ischemia cerebrale*** (**9,5**%), dall'***ictus emorragico*** (**7,7**%), dalle complicanze dell'***ipertensione arteriosa*** (5,8%), dalle ***aritmie cardiache sopraventricolari*** (**5,1**%) e dai quadri di ***pancreatite acuta*** (**5,1**%). Tra le ***Cause E*** predominano nettamente, sulle altre, le ***cadute*** evidenziabili nell'**8**% dei casi da noi calcolati in via probabilistica.

MORBILITÀ ALCOL-CORRELATA IN ITALIA (vera e presunta)

Sul totale delle **SDO-2017** da noi analizzate, **1.969.346** schede hanno riguardato i casi di soggetti ricoverati non deceduti (dimessi, trasferiti). Di questi, **53.210** schede sono risultate essere relative a soggetti con diagnosi di **PAC** totalmente attribuibili all'alcol, mentre **1.916.136** schede sono risultate appartenere a quadri di **PAC** solo parzialmente attribuibili all'alcol, sulle quale, analogamente a quanto già fatto per la mortalità intra-ospedaliera, verranno calcolati probabilisticamente i casi di **PAC** (**pPACmorb**) da sottrarre al totale per ottenere i casi non correlabili all'uso di alcol (**NO ALCmorb**).

Nella tabella seguente (**Tabella 19**), sono riportati i dati relativi alla morbilità intra-ospedaliera di pazienti affetti da abuso/dipendenza da alcol (**vPAC**) totalmente attribuibile e delle **PAC** parzialmente attribuibili da noi considerate alla stregua di quadri di comorbidità alcol-correlata.

Come si può osservare dall'analisi della tabella 19, relativamente alla morbilità per ***Cause N***, nei casi in cui il ricovero sia avvenuto a causa di una **PAC** diagnosticata direttamente (**vPACmorb**), la ragione principale del ricovero è rappresentata dalle complicanze dell'***ipertensione arteriosa*** (**29,2**%), seguita dall'***infarto del miocardio*** (**21,8**%), dalle ***aritmie sopra-ventricolari*** (**14,9**%) e dall'***ictus ischemico*** (**13,1**%). Riguardo alla morbilità per ***Cause E***, a predominare sono sempre soprattutto le ***cadute*** (**1,2**%).

MORBILITÀ ALCOL-CORRELATA TOTALMENTE ATTRIBUIBILE	vPAC morb	%vPAC morb
EPATOPATIA ALCOLICA	30.088	1,1
ABUSO DI ALCOL	12.853	0,5
SINDROME DI DIPENDENZA DA ALCOL	11.370	0,4
PSICOSI ALCOLICA	3.025	0,1
POLINEUROPATIA ALCOLICA	788	0,03
GASTRITE ALCOLICA	354	0,01
SINDROME FETO-ALCOLICA	264	0,01
CARDIOMIOPATIA ALCOLICA	251	0,01
INTOSSICAZIONE DA ALCOL ETILICO	132	0,005
ELEVATI LIVELLI EMATICI DI ALCOL	15	0,001
% TOTALE PAC TOTALMENTE ATTRIBUIBILI (Cause N+ CauseE)		***2,2***
IPERTENSIONE ARTERIOSA	801.899	29,2
INFARTO DEL MIOCARDIO	598.840	21,8
ARITMIA SOPRAVENTRICOLARE CARDIACA	409.420	14,9
ICTUS, ISCHEMICO	360.304	13,1
CANCRO DELLA MAMMELLA, (NELLA DONNA)	90.530	3,3
CIRROSI EPATICA, ASPECIFICA	74.271	2,7
EPILESSIA	60.507	2,2
BASSO PESO ALLA NASCITA	58.230	2,1
ICTUS, EMORRAGICO	43.936	1,6
CANCRO DEL FEGATO	32.223	1,2
PANCREATITE ACUTA	31.868	1,2
ABORTO SPONTANEO	16.604	0,6
VARICI ESOFAGEE	14.573	0,5
CANCRO ORO-FARINGEO	12.820	0,5
IPERTENSIONE PORTALE	9.529	0,3
EPATITE CRONICA	9.263	0,3
CANCRO DELLA LARINGE	8.841	0,3
PSORIASI	6.512	0,2
CANCRO DELL'ESOFAGO	5.660	0,2
PANCREATITE CRONICA	5.024	0,2
EMORRAGIA GASTROESOFAGEA	499	0,02
% TOTALE PAC PARZIALMENTE ATTRIBUIBILI (Cause N)		***96,5***
CADUTE	3.3561	1,2
INCIDENTI STRADALI	2.071	0,1
AVVELENAMENTO (NON DA ALCOL)	692	0,03
INCIDENTI DA ALTRI VEICOLI STRADALI	589	0,02
INCIDENTI DEL LAVORO E DA MACCHINARI	327	0,01
SUICIDI/TENTATI SUICIDI	270	0,01
OMICIDI/TENTATI OMICIDI	193	0,01
USTIONI	138	0,01
INCIDENTI CON VEICOLI A MOTORE NON DEL TRAFFICO	138	0,01
TRASPORTI AEREO-SPAZIALI	65	0,002
INCIDENTI DEL TRASPORTO MARITTIMO	42	0,002
ANNEGAMENTO E/O SEMI-ANNEGAMENTO	29	0,001
IPOTERMIA	22	0,001
ASPIRAZIONE	18	0,001
MALTRATTAMENTO DI MINORI	8	0,0003
INCIDENTI DA ARMI DA FUOCO	2	0,0001
% TOTALE PAC PARZIALMENTE ATTRIBUIBILI (Cause E)		***1,4***
TOTALE MORBILITÀ ALCOL-CORRELATA (Cause N+ Cause E)		**100,0**

Tabella 19. (*Fonte:* SDO 2017).

Nella tabella seguente (**Tabella 20**), sono riportati i dati relativi alla morbilità intra-ospedaliera di pazienti affetti presumibilmente da abuso/dipendenza da alcol (**pPACmorb**), calcolati con il ricorso alle **FA**, ed il corrispondente numero di soggetti presumibilmente non affetti da **DUA**, calcolati per sottrazione dal totale dei casi registrati, denominati **NO ALCmorb**.

MORBILITÀ ALCOL-CORRELATA PARZIALMENTE ATTRIBUIBILE	pPAC morb	%pPAC morb	NO ALC morb	%NO ALC morb	TOT morb	%TOT morb
CIRROSI EPATICA, ASPECIFICA	29.362	25,9	44.044	1,7	73.406	2,8
INFARTO DEL MIOCARDIO	13.439	11,8	583.865	22,9	597.304	22,4
IPERTENSIONE ARTERIOSA	12.078	10,6	785.329	30,8	797.407	29,9
ICTUS, ISCHEMICO	9.017	7,9	349.613	13,7	358.630	13,5
EPILESSIA	8.895	7,8	50.407	2,0	59.302	2,2
PANCREATITE ACUTA	7.437	6,5	23.549	0,9	30.986	1,2
VARICI ESOFAGEE	4.224	3,7	6.337	0,2	10.561	0,4
ARITMIA SOPRAVENTRICOLARE CARDIACA	4.078	3,6	403.764	15,8	407.842	15,3
PANCREATITE CRONICA	3.834	3,4	730	0,03	4.564	0,2
IPERTENSIONE PORTALE	2.749	2,4	4.123	0,2	6.872	0,3
ICTUS, EMORRAGICO	1.869	1,6	41.736	1,6	43.605	1,6
BASSO PESO ALLA NASCITA	1.165	1,0	57.063	2,2	58.228	2,2
CANCRO DEL FEGATO	990	0,9	27.863	1,1	28.853	1,1
CANCRO DELLA MAMMELLA, (NELLA DONNA)	905	0,8	89.587	3,5	90.492	3,4
ABORTO SPONTANEO	662	0,6	15.899	0,6	16.561	0,6
CANCRO ORO-FARINGEO	596	0,5	12.114	0,5	12.710	0,5
CANCRO DELLA LARINGE	330	0,3	8.469	0,3	8.799	0,3
EMORRAGIA GASTROESOFAGEA	219	0,2	247	0,01	466	0,0
CANCRO DELL'ESOFAGO	139	0,1	5.440	0,2	5.579	0,2
EPATITE CRONICA	137	0,1	8.772	0,3	8.909	0,3
PSORIASI	40	0,04	6.354	0,2	6.394	0,2
% TOTALE pPACmorb (Cause N)		***90,0***		***99,0***		***98,6***
CADUTE	10.472	9,2	22.253	0,9	32.725	1,2
INCIDENTI STRADALI	371	0,3	1.562	0,1	1.933	0,1
AVVELENAMENTO (NON DA ALCOL)	180	0,2	440	0,02	620	0,02
INCIDENTI DA ALTRI VEICOLI STRADALI	100	0,1	454	0,02	554	0,02
OMICIDI/TENTATI OMICIDI	65	0,1	75	0,003	140	0,01
INCIDENTI DEL LAVORO E DA MACCHINARI	57	0,1	257	0,01	314	0,01
USTIONI	55	0,05	78	0,003	133	0,005
SUICIDI/TENTATI SUICIDI	29	0,03	101	0,004	130	0,005
INCIDENTI CON VEICOLI A MOTORE NON DEL TRAFFICO	22	0,02	103	0,004	125	0,005
TRASPORTI AEREO-SPAZIALI	10	0,01	48	0,002	58	0,002
ANNEGAMENTO E/O SEMI-ANNEGAMENTO	10	0,01	18	0,001	28	0,001
IPOTERMIA	8	0,01	11	0,0004	19	0,001
INCIDENTI DEL TRASPORTO MARITTIMO	7	0,01	33	0,001	40	0,002
ASPIRAZIONE	3	0,003	15	0,001	18	0,001
MALTRATTAMENTO DI MINORI	1	0,001	5	0,0002	6	0,0002
INCIDENTI DA ARMI DA FUOCO	0	0,0	2	0,0001	2	0,0001
% TOTALE pPACmorb (Cause E)		***10,0***		***1,0***		***1,4***
TOTALE (Cause N+Cause E)		**100,0**		**100,0**		**100,0**

Tabella 20. (*Fonte:* SDO 2017).

A predominare tra le forme patologiche solo parzialmente alcol-attribuibili, relativamente alle ***Cause N***, che portano al ricovero i soggetti affetti da **DUA** probabile (**pPACmorb**) ci sono: la ***cirrosi epatica aspecifica scompensata*** (**25,9**%), l'***infarto del miocardio*** (**11,8**%), le complicanze dell'***ipertensione arteriosa*** (**10,6**%), l'***ischemia cerebrale*** (**7,9**%) e i quadri di ***pancreatite acuta*** (**6,5**%). Relativamente alle ***Cause E***, a predominare sono essenzialmente le ***cadute*** (**9,2**%).

MORTALITÀ INTRA-OSPEDALIERA E MORBILITÀ ALCOL-CORRELATA
REGIONE LAZIO—ANNO 2017

Nel 2017, nella Regione Lazio, le SDO fornite dal Ministero della Salute sono state_**218.243**, (M= **52,1**%, F= **47,9**%) equivalenti al **23,5**% del totale dei ricoveri ospedalieri della regione Lazio (n=**929.136**) per il 2017.
L'età media (**m ± DS**) del totale dei pazienti ricoverati negli ospedali della regione Lazio è risultata essere di 67,7 ± 20,8 aa. (M= . 66,7 ± 20,0; F= 68,9 ± 21,5). Il **5,2**% (n=**11.418**) dei pazienti è deceduto nel corso del ricovero.

Nella tabella sotto riportata (**Tabella 21**) sono riportate le cause di ricovero, relative al *subset* di **SDO LAZIO** da noi analizzate, espresse per grandi raggruppamenti nosologici.

CAUSE DI RICOVERO PER GRANDI RAGGRUPPAMENTI NOSOLOGICI	%
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	41,5
MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METABOLICHE E DISTURBI IMMUNITARI	9,1
CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	6,6
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	6,6
TUMORI	6,1
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	5,0
MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO	4,0
TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	3,8
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI SENSI	3,4
SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	3,0
MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2,5
MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	1,9
DISTURBI PSICHICI	1,8
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	1,5
ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE E DI ORIGINE PERINATALE	1,4
MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	0,6
COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO	0,6
MALFORMAZIONI CONGENITE	0,5
TOTALE	**100,0**

Tabella 21. (*Fonte:* SDO 2017).

Anche nel Lazio, come nel resto d'Italia, la principale causa morbosa che ha condotto al decesso è rappresentata dalle ***malattie del sistema cardio-circolatorio*** (**41,1**%), seguite a distanza dalle ***malattie endocrine*** (**9,1**%), dalle ***malattie dell'apparato respiratorio*** (**6,6**%), dai ***tumori*** (**6,1**%) e dalle ***malattie dell'apparato digerente*** (**5,0**%). Le altre cause hanno mostrato una distribuzione al di sotto di una soglia del **5**%, da noi scelta come punto di *cut-off*.

LE PATOLOGIE ALCOL-CORRELATE NELLA REGIONE LAZIO - 2017

LA MORTALITÀ ALCOL-CORRELATA NEL LAZIO

Nel corso del 2017, nella Regione Lazio, sono morte, per tutte le cause considerate nel loro complesso, **59.951** individui [M=**28.663** (**47,8**%); F=**31.288** (**52,2**%)], di cui **11.418** (**19,1**%) nel corso del ricovero ospedaliero.
Nell'analisi sia dei dati di mortalità per il Lazio, come peraltro per i dati di morbilità, abbiamo selezionato tutti i casi caratterizzati dalla presenza di almeno un codice **ICD9-cm** di **PAC** totalmente attribuibili all'alcol, stimando, nel contempo, probabilisticamente, il numero di soggetti con abuso/dipendenza da alcol mediante l'utilizzo delle *Frazioni alcol-attribuibili* (**FA**) relative a quelle patologie di cui è noto il fattore di rischio svolto dall'alcol nella loro genesi.

Anche nel Lazio, come del resto per l'Italia, si consiglia di non tener conto, nella lettura delle tabelle che seguiranno, delle *frequenze assolute* (**N**) ma solo delle *frequenze relative* (**%**), perché molti dei casi selezionati presentano più di una diagnosi **ICD9-cm**, fattore che genera come già detto in precedenza un *apparente* aumento del numero di casi rispetto al totale dei casi realmente registrati.

Nel Lazio, il numero totale di decessi registrati (**Tabella 22**), nel corso del ricovero ospedaliero, come **vMAC** sono stati **221**, e **690** come **pMAC**. La somma complessiva è di **911** morti, pari all'**8**% dei decessi registrati nel totale del *subset* di SDO da noi analizzato (n=**11.418**).

MODALITÀ DI DIMISSIONI	vMAC	pMAC	NO ALC	TOT
DECEDUTI	221	690	10.507	11.418
DIMESSI	3.593	10.941	171.415	185.949
TRASFERITI	219	1.239	19.418	20.876
TOTALE	**4.033**	**12.870**	**201.340**	**218.243**

Tabella 22. (***Fonte:*** SDO 2017).

Nella tabella seguente (**Tabella 23**) sono riportate le patologie responsabili dei decessi nel gruppo di soggetti affetti da **DUA**, con le relative forme di comorbidità alcol-correlate associate.

A predominare tra i quadri direttamente correlabili all'alcol (**vMAC**) osserviamo le ***epatopatie alcoliche*** (**52,8**%), seguite dai quadri ***psicosi alcolica*** (**3,2**%). Relativamente alle forme di comorbidità associate, in quest'ambito da noi considerate certamente alcol-correlate osserviamo: la ***rottura di varici esofagee*** (**6,5**%), i ***tumori del fegato*** (**5,7**%), l'***infarto del miocardio*** (**4,0**%)

MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA ALCOL-CORRELATA TOTALMENTE ATTRIBUIBILE	vMAC (N)	%vMAC
EPATOPATIA ALCOLICA	196	52,8
PSICOSI ALCOLICA	12	3,2
SINDROME DI DIPENDENZA DA ALCOL	12	3,2
ABUSO DI ALCOL	5	1,3
CARDIOMIOPATIA ALCOLICA	4	1,1
GASTRITE ALCOLICA	2	0,5
POLINEUROPATIA ALCOLICA	1	0,3
%TOT vMAC		*62,5*
VARICI ESOFAGEE	24	6,5
CANCRO DEL FEGATO	21	5,7
INFARTO DEL MIOCARDIO	15	4,0
IPERTENSIONE ARTERIOSA	13	3,5
IPERTENSIONE PORTALE	12	3,2
ICTUS, ISCHEMICO	11	3,0
ARITMIA SOPRAVENTRICOLARE CARDIACA	10	2,7
ICTUS, EMORRAGICO	7	1,9
EPILESSIA	7	1,9
PANCREATITE CRONICA	5	1,3
CIRROSI EPATICA, ASPECIFICA	4	1,1
CANCRO DELL'ESOFAGO	1	0,3
PSORIASI	1	0,3
EPATITE CRONICA	1	0,3
%TOT COMORB (Cause N)		*35,6*
CADUTE	7	1,9
%TOT COMORBIDITÀ (Cause E)		*1,9*
%TOTALE (Cause N+ E)		**100,0**

Tabella 23. (*Fonte:* SDO 2017).

Nella tabella seguente (**Tabella 24**) sono riportate le patologie solo parzialmente attribuibili all'alcol responsabili del decesso. Anche in tal caso la quota di casi attribuibile all'alcol è stata calcolata con il ricorso alle **FA (pMAC)**. Analogamente a quanto già effettuato per i dati nazionali, il calcolo della quota dei **NO ALC** è stato ottenuto sottraendo la quota **pMAC** dal totale dei casi solo parzialmente attribuibili all'alcol.

MORTALITÀ INTRAOSPEDALIERA ALCOL-CORRELATA PARZIALMENTE ATTRIBUIBILE	pMAC	%pMAC	NO ALC	%NO ALC	TOT	%TOT
CIRROSI EPATICA, ASPECIFICA	169	24,5	253	1,7	422	2,7
INFARTO DEL MIOCARDIO	73	10,6	3170	21,2	3243	20,8
ICTUS, ISCHEMICO	61	8,8	2603	17,4	2664	17,1
ICTUS, EMORRAGICO	49	7,1	1146	7,7	1195	7,7
IPERTENSIONE ARTERIOSA	42	6,1	2834	19,0	2876	18,4
PANCREATITE ACUTA	40	5,8	125	0,8	165	1,1
EPILESSIA	39	5,7	222	1,5	261	1,7
ARITMIA SOPRA-VENTRICOLARE CARDIACA	35	5,1	3471	23,3	3506	22,4
VARICI ESOFAGEE	22	3,2	34	0,2	56	0,4
PANCREATITE CRONICA	10	1,4	2	0,01	12	0,1
CANCRO ORO-FARINGEO	8	1,2	169	1,1	177	1,1
CANCRO DEL FEGATO	7	1,0	210	1,4	217	1,4
IPERTENSIONE PORTALE	7	1,0	10	0,1	17	0,1
BASSO PESO ALLA NASCITA	2	0,3	121	0,8	123	0,8
CANCRO DELLA MAMMELLA, (NELLA DONNA)	2	0,3	181	1,2	183	1,2
CANCRO DELL'ESOFAGO	1	0,1	40	0,3	41	0,3
CANCRO DELLA LARINGE	1	0,1	24	0,2	25	0,2
EPATITE CRONICA	1	0,1	34	0,2	35	0,2
PSORIASI	0	0,0	5	0,03	5	0,0
%TOTALE pMAC (Cause N)		***82,6***		***98,2***		***97,5***
CADUTE	112	16,2	235	1,6	347	2,2
USTIONI	3	0,4	3	0,02	6	0,04
INCIDENTI STRADALI	2	0,3	17	0,1	19	0,1
INCIDENTI DA ALTRI VEICOLI STRADALI	2	0,3	8	0,1	10	0,1
IPOTERMIA	1	0,1	2	0,01	3	0,02
AVVELENAMENTO (NON DA ALCOL)	1	0,1	3	0,02	4	0,03
INCIDENTI CON VEICOLI A MOTORE NON DEL TRAFFICO	0	0,0	2	0,01	2	0,01
INCIDENTI DEL LAVORO E DA MACCHINARI	0	0,0	2	0,01	2	0,01
SUICIDI/TENTATI SUICIDI	0	0,0	1	0,01	1	0,01
ASPIRAZIONE	0	0,0	1	0,01	1	0,01
%TOTALE pMAC (Cause E)		***17,5***		***1,8***		***2,5***
%TOTALE (Cause N + Cause E)		**100,0**		**100,0**		**100,0**

Tabella 24. (*Fonte:* SDO 2017).

È chiaro, dall'analisi della tabella sopra riportata come la causa prevalente di morte nei soggetti con **DUA**, calcolata probabilisticamente (**pMAC**) ricorrendo alle **FA** alcol-correlate, è rappresentata, relativamente alle ***Cause N***, dalla ***cirrosi epatica aspecifica scompensata*** (**24,5**%), seguita dall'***infarto del miocardio*** (**10,6**%), dall'***ischemia cerebrale*** (**8,8**%), dall'***emorragia cerebrale*** (**7,1**%), dalle complicanze dell'***ipertensione arteriosa*** (**6,1**%), dai quadri di ***pancreatite acuta*** (**5,8**%) e dalle aritmie sopra-ventricolari cardiache (**5,1**%). Relativamente ai decessi da ***Causa E***, l'evento traumatico predominante è rappresentata dagli esiti di caduta, presente nel **16,2**% dei decessi.

MORBILITÀ ALCOL-CORRELATA NELLA REGIONE LAZIO

Sulla base dei dati relativi al subset di SDO da noi analizzate, i soggetti ricoverati nel 2017 nella regione Lazio, dimessi o trasferiti, ma non deceduti, sono stati **206.825** (M=**107.962**, **52,2**%; F=**98.863**, **47,8**%). Suddividendo i pazienti nei due gruppi, relativamente alla presenza o meno di una diagnosi accertata di abuso/dipendenza da alcol, le principali **PAC** da noi esaminate sono

riassunte nelle tabelle seguenti (**Tabella 25, Tabella 26**), relativamente ai casi diagnosticati come **DUA** (**vPAC**) ed i casi di **DUA** probabili calcolati con il ricorso alle **FA** alcol-correlate.

Relativamente alle patologie totalmente attribuibili all'alcol le cause più frequenti di ricovero di pazienti con DUA sono state l'***epatopatia alcolica*** (**38,4**%) e a seguire la ***sindrome di dipendenza da alcol*** (**12,8**%), l'***abuso di alcol*** (**9,9**%) e i quadri di ***psicosi alcolica*** (**5,3**%).

Relativamente alle forme patologiche (***Cause N***) parzialmente alcol-attribuibili la forma più frequente è rappresentata dalla ***rottura delle varici esofagee*** (**6,0**%) e le conseguenze dell'***ipertensione arteriosa*** (**5,0**%). Riguardo alle Cause E, la causa principale è rappresentata dalle ***cadute***, sia pure con percentuali abbastanza contenute (**1,2**%).

MORBILITÀ TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILE	vPAC	%vPAC
EPATOPATIA ALCOLICA	2.517	38,4
SINDROME DI DIPENDENZA DA ALCOL	843	12,8
ABUSO DI ALCOL	650	9,9
PSICOSI ALCOLICA	348	5,3
POLINEUROPATIA ALCOLICA	75	1,1
CARDIOMIOPATIA ALCOLICA	29	0,4
GASTRITE ALCOLICA	26	0,4
INTOSSICAZIONE DA ALCOL ETILICO	13	0,2
SINDROME FETO-ALCOLICA	10	0,2
ELEVATI LIVELLI EMATICI DI ALCOL	7	0,1
%TOTALE VPAC (Cause N + Cause E)		***68,8***
VARICI ESOFAGEE	393	6,0
IPERTENSIONE ARTERIOSA	330	5,0
CANCRO DEL FEGATO	228	3,5
CIRROSI EPATICA, ASPECIFICA	145	2,2
INFARTO DEL MIOCARDIO	125	1,9
ICTUS, ISCHEMICO	119	1,8
PANCREATITE ACUTA	96	1,5
CANCRO DELL'ESOFAGO	96	1,5
IPERTENSIONE PORTALE	95	1,4
EPILESSIA	93	1,4
ARITMIA SOPRAVENTRICOLARE CARDIACA	76	1,2
PANCREATITE CRONICA	55	0,8
ICTUS, EMORRAGICO	29	0,4
EPATITE CRONICA	27	0,4
PSORIASI	12	0,2
CANCRO ORO-FARINGEO	11	0,2
BASSO PESO ALLA NASCITA	2	0,0
CANCRO DELLA MAMMELLA, (NELLA DONNA)	1	0,0
%TOTALE pPAC (Cause N)		***29,5***
CADUTE	80	1,2
INCIDENTI STRADALI	8	0,1
OMICIDI/TENTATI OMICIDI	6	0,1
AVVELENAMENTO (NON DA ALCOL)	5	0,1
IPOTERMIA	3	0,05
INCIDENTI DA ALTRI VEICOLI STRADALI	3	0,05
INCIDENTI DEL LAVORO E DA MACCHINARI	2	0,03
SUICIDI/TENTATI SUICIDI	2	0,03
USTIONI	1	0,02
INCIDENTI CON VEICOLI A MOTORE NON DEL TRAFFICO	1	0,02
INCIDENTI DEL TRASPORTO MARITTIMO	1	0,02
%TOTALE pPAC (Cause E)		***1,7***
%TOTALE vPAC + Comorbidità (*Cause N+Cause E*)		**100,0**

Tabella 25. (*Fonte:* SDO 2017).

Nella tabella sotto riportata (**Tabella 26**) sono illustrate le principali patologie parzialmente attribuibili all'alcol ripartite, mediante il ricorso alle FA, nei due gruppi da noi considerati: soggetti con probabile **DUA** (**pPACmorb**) e soggetti non affetti da **DUA** (**NO ALCmorb**).
Come si osserva nella tabella soprastante, le patologie parzialmente attribuibili all'alcol che hanno condotto più frequentemente i soggetti con probabile DUA, relativamente alle ***Cause N***, sono state la ***cirrosi epatica aspecifica scompensata*** (24,5%), l'***infarto del miocardio*** (**10,6**%), l'***ischemia cerebrale*** (**8,9**%), l'***emorragia cerebrale*** (**7,1**%), le complicanze dell'***ipertensione arteriosa*** (**6,0**%), i quadri di ***pancreatite acuta*** (**5,7**%) e le ***aritmie sopra-ventricolari cardiache*** (**5,1**%).

MORBILITÀ ALCOL-CORRELATA PARZIALMENTE ATTRIBUIBILE	pPAC morb	%pPAC morb	NO ALC morb	%NO ALC morb	TOT morb	%TOT morb
CIRROSI EPATICA, ASPECIFICA	169	24,5	253	1,7	422	2,7
INFARTO DEL MIOCARDIO	73	10,6	3170	21,2	3243	20,8
ICTUS, ISCHEMICO	61	8,9	2603	17,4	2664	17,1
ICTUS, EMORRAGICO	49	7,1	1146	7,7	1195	7,7
IPERTENSIONE ARTERIOSA	42	6,0	2834	19,0	2876	18,4
PANCREATITE ACUTA	40	5,7	125	0,8	165	1,1
EPILESSIA	39	5,7	222	1,5	261	1,7
ARITMIA SOPRAVENTRICOLARE CARDIACA	35	5,1	3471	23,3	3506	22,5
VARICI ESOFAGEE	22	3,3	34	0,2	56	0,4
PANCREATITE CRONICA	10	1,5	2	0,01	12	0,1
CANCRO ORO-FARINGEO	8	1,2	169	1,1	177	1,1
CANCRO DEL FEGATO	7	1,1	210	1,4	217	1,4
IPERTENSIONE PORTALE	7	1,0	10	0,1	17	0,1
BASSO PESO ALLA NASCITA	2	0,4	121	0,8	123	0,8
CANCRO DELLA MAMMELLA, (NELLA DONNA)	2	0,3	181	1,2	183	1,2
CANCRO DELL'ESOFAGO	1	0,2	40	0,3	41	0,3
CANCRO DELLA LARINGE	1	0,1	24	0,2	25	0,2
EPATITE CRONICA	0	0,1	35	0,2	35	0,2
PSORIASI	0	0,0	5	0,03	5	0,03
% TOTALE pPACmorb (Cause N)		***82,5***		***98,2***		***97,5***
CADUTE	110	16,0	232	1,6	342	2,2
USTIONI	3	0,4	3	0,0	6	0,04
INCIDENTI STRADALI	3	0,4	15	0,1	18	0,1
INCIDENTI DA ALTRI VEICOLI STRADALI	2	0,3	8	0,1	10	0,1
IPOTERMIA	1	0,2	2	0,01	3	0,02
AVVELENAMENTO (NON DA ALCOL)	1	0,1	3	0,02	4	0,03
INCIDENTI CON VEICOLI A MOTORE NON DEL TRAFFICO	0	0,0	2	0,01	2	0,01
INCIDENTI DEL LAVORO E DA MACCHINARI	0	0,0	2	0,01	2	0,01
SUICIDI/TENTATI SUICIDI	0	0,0	1	0,01	1	0,01
ASPIRAZIONE	0	0,0	1	0,01	1	0,01
% TOTALE pPACmorb (Cause E)		***17,5***		***1,8***		***2,5***
%TOTALE pPACmorb (Cause N + Cause E)		**100,0**		**100,0**		**100,0**

Tabella 26. (*Fonte:* SDO 2017).

9. CONSEGUENZE DEL CONSUMO DI ALCOL IN GRAVIDANZA: LA FASD

La ***Sindrome Feto-Alcolica*** è una condizione malformativa complessa del neonato e del bambino, dovuta all'effetto teratogeno dell'alcol assunto dalla madre, anche in piccole quantità, durante la gravidanza e dal padre al momento del concepimento. Si manifesta con:

- Microcefalia;
- Ritardo di crescita;
- Anomalie facciali;
- Alterazioni neurologiche (e disturbi quali: iperattività, disturbi dell'attenzione, problemi di apprendimento, alterazioni delle abilità cognitive complesse).

É la più comune causa conosciuta di ritardo mentale congenito, totalmente prevenibile mediante l'astensione completa della gestante dal consumo di alcol. Gli effetti dell'alcol sul feto variano dall'assenza di danni fino all'aborto, comprendendo uno spettro di manifestazioni cliniche definito, secondo la classificazione dell'*Institute of Medicine* (**IOM**), FASD (*Foetal Alcohol Spectrum Disorders*) che include una forma completa (**FAS**: *Foetal Alcohol Syndrome*,), una forma parziale (**pFAS**, *partial FAS*), i Difetti Congeniti Neonatali associati all'Alcol (**ARBD**: *Alcohol Related Birth Defects*) ed i Disturbi dello Sviluppo Neurologico associati all'Alcol (**ARND**: *Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders*). L'ultima edizione del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (**DSM–5**)(*American Psychological Association* - **APA**, 2013) include la diagnosi di Disturbo Neuro-comportamentale Associato con l'Esposizione Prenatale all'Alcol (**ND-PAE**). Persone che ottemperano ai criteri per la diagnosi di **FASD**, secondo i criteri dell'**IOM**, possono anche possedere i criteri per il **ND-PAE**. Evidenze fornite dagli studi sugli animali e sugli esseri umani sottolineano una notevole variabilità con cui si esprime l'effetto teratogeno dell'uso dell'alcool durante la gravidanza. La variabilità dipende da numerosi fattori: la quantità di alcool consumata durante la gravidanza, la modalità di assunzione (uso continuo *vs binge*), l'epoca gestazionale in cui si è verificato l'abuso (**I, II o II trimestre di gravidanza**), l'età della madre, l'indice della massa corporea, la genetica della madre, variabili post natali come la qualità della nutrizione del neonato, condizioni socio-culturali del nucleo familiare e la ricchezza di stimolazioni dell'ambiente (Jacobson, 2006; Fiore, 2009; Ceccanti, 2010).

DATA QUESTA ENORME VARIABILITÀ, IL CONSIGLIO CHE VIENE DATO ALLE DONNE IN GRAVIDANZA È DI NON BERE.

In uno studio condotto nel 2017, la Popova fornisce una stima della prevalenza di **FAS** nella popolazione globale. L'Italia si configura come uno dei Paesi con una prevalenza di bambini con **FAS** superiore al **50/10.000**.

LA FASD NEL LAZIO

Il **CRARL** ha effettuato il primo studio di prevalenza europeo sulla sindrome e disturbi correlati, nella Regione Lazio, attraverso una metodologia di accertamento attivo. Sono stati esaminati i bambini frequentanti la prima elementare negli anni scolastici **2003-2004/2004-2005** in due zone selezionate all'interno delle **ASL RMH** e **RMG**. Su un totale di **976** bambini **46** sono risultati affetti da un disturbo correlato all'esposizione all'alcol in utero, pari ad una percentuale del **4,7**%

del campione analizzato. Ciò significa che ogni anno, in Italia, nascono circa **20.000** bambini con FASD, mentre nel Lazio, ne nascono circa **2.000**.
La scarsa attenzione in Italia relativamente alla **FASD**, oltre a comprendere le stesse cause già descritte per i problemi correlati all'uso di alcol, è provocata anche dalla difficoltà di individuare le donne con un consumo a rischio di **FASD**. Ciò è principalmente legato allo stigma del consumo di alcol, ancora più accentuato nelle donne rispetto agli uomini. Oltre a ciò, si unisce anche la preoccupazione di aver potuto causare un problema al proprio bambino e di essere giudicata responsabile di eventuali anomalie congenite. Pertanto, alla richiesta del consumo di alcol in gravidanza, la risposta è difficilmente sincera e addirittura reticente. Nella nostra esperienza, i questionari suggeriti dalle varie organizzazioni internazionali per lo screening del consumo di alcol in gravidanza, in Italia non risultano attendibili. Di qui la necessità di basarsi su marker biologici di consumo alcolico. In un lavoro effettuato presso il **CRARL**, (*Ferraguti G. et al.*, 2017), in **96** donne in gravidanza è stata misurato la concentrazione di ***etilglucuronide*** (**EtG**) (metabolita della degradazione dell'alcol). La presenza dell'**EtG** nelle urine permette di accertare il consumo di alcol etilico anche a distanza di **3-4** giorni, cioè quando l'alcol non è più rilevabile sangue. Pertanto, l'**EtG** ***urinario*** (**uEtG**) si caratterizza per una finestra di rilevabilità temporale ben più ampia dell'alcolemia. In aggiunta, sono stati somministrati i questionari **AUDIT-C**, **T-ACE** e **TWEAK, *maggiormente utilizzati*** per misurare i consumi alcolici, e un diario alimentare. I risultati hanno rilevato che il **34,28**% delle donne avevano un livello di **EtG** nelle urine indicativo di consumo di alcol nei giorni immediatamente precedenti, nonostante ai questionari avessero dichiarato un consumo nettamente inferiore o assente.
Nella tabella sottostante (**Tabella 27**) sono riassunti i dati (espressi in tasso x 1.000 bambini nati vivi/anno) degli studi più importanti di epidemiologia condotti in tutto il mondo utilizzando una metodologia attiva di individuazione di casi clinici nella popolazione generale.

SEDI DEGLI STUDIO EPIDEMIOLOGICI	FAS Tasso x 1.000	FASD Tasso x 1.000
Sud Africa	50,0	72,3
Washington, USA	3,1	
USA	4,3	
Italia, Europa	4,0-8,2	23,1-47,1
USA Citta 1	1,4-2,5	9,5-17,4
USA Citta 2	6,4-11,3	14,1-24,8
Scuole elementari delle Pianure (USA)	10,2	20,3
Croazia, Europa	6,4	40,7
Taiwan	1,83	5,76
Corea, Scuole generali, Istituti per Disabilità Intellettive	2,8	14,9
Croazia, Europa rurale	16,9	66,7
Montagne Rocciose (USA)	2,9-5,5	10,9-20,3

Tabella 27

10. CONSEGUENZE DEL CONSUMO DI ALCOL: GLI INCIDENTI STRADALI

Secondo il sistema di sorveglianza **Passi**, tra il **2015** e il **2018**, **7** conducenti di auto-vetture su **100** hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol nei **30** giorni precedenti l'intervista, avendo assunto due o più unità alcoliche, un'ora prima di essersi messi alla guida; altre **5** persone su **100** dichiarano di essere state trasportate da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol. Secondo il **XVII** rapporto **ACI-Censis**, nei giovani di **18-29** anni, la guida sotto l'influsso di alcol e droghe rappresenta il più grande problema (**61,6**%), seguito dall'eccesso di velocità (**57**%). Preoccupante risulta la percentuale di giovani (**3,4**% rispetto allo **0,7**% di chi ha più di **30** anni) che pur sapendo di doversi mettere alla guida sceglie di non limitare il consumo di alcol.
L'abuso di alcol è la principale causa di morte tra i giovani negli incidenti stradali:

- Il **37**% (N= 1.003) delle vittime della strada del 2018, aveva tra i **20** e i **39** anni.
- Gli indici di mortalità più elevati vengono raggiunti nelle notti del fine settimana:
  a. **3,8** morti per **100** incidenti la domenica tra le **22** e le **6** del mattino.
  b. **3,6** il venerdì e **3,5** il sabato notte negli stessi orari.
  c. Il picco (**6** vittime ogni **100** incidenti) si verifica alle **5** del mattino.

L'**ISTAT** ha pubblicato un'*infografica* contenente i dati sulle vittime per tipologia di utente della strada e sulle circostanze di incidente. Nel **2017** sono stati **174.933** gli incidenti stradali con lesioni a persone in Italia, in leggero calo rispetto al **2016**, con **3.378 vittime (morti entro 30 giorni dall'evento) e 246.750 feriti. Circa il 30% degli incidenti, morti e feriti, sono alcol-correlati.**
Nella tabella sottostante (**Tabella 28**) sono riassunti i dati relativi al confronto Italia/Lazio, relativamente agli incidenti stradali espressi come incidenti stradali totali e incidenti stradali conseguenti alla guida in stato di ebbrezza alcolica, calcolati come frazione alcol-attribuibile.

INCIDENTI STRADALI 2017	ITALIA		LAZIO	
	INCIDENTI TOTALI	INCIDENTI ALCOL-CORRELATI	INCIDENTI TOTALI	INCIDENTI ALCOL-CORRELATI
INCIDENTI	174.933	52.480	27.422	8.227
MORTI	3.378	1.013	356	107
FERITI	246.750	74.025	27.066	8.120

Tabella 28. (Fonte: ACI-ISTAT; 2017).

Nella Regione Lazio, nel **2017**, ci sono stati **27.422** incidenti, che hanno coinvolto **17.232** maschi e **10.190** femmine, di questi incidenti ci sono stati **356** morti e **27.066** feriti. Considerando che circa il **30**% degli incidenti stradali sono alcol-correlati, possiamo affermare che nel Lazio ci sono stati nel **2017**, circa **8227** incidenti dovuti all'assunzione di alcol, **8.120** feriti e **107** morti. Gli incidenti sono accaduti maggiormente sulle strade urbane (**15.490** vs **4.449**) nel **weekend**. Roma detiene il numero maggiore di incidenti (**13.241**).

I costi sociali dovuti agli incidenti stradali in Italia ammontano a **17.388.758.421** e a **286,00** euro pro-capite, nel Lazio invece ammontano a **1.913.102.700** e a **324,6** euro pro-capite (dati **ISTAT** 2018).
Per quanto riguarda invece gli incidenti rilevati dall'arma dei Carabinieri, nel **2016**, sono stati **2.579** gli incidenti stradali con lesioni a persone, per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, pari all'**8,1**% del totale degli incidenti con lesioni verbalizzati sempre dall'Arma dei Carabinieri.
Le vittime coinvolte in incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza, nel **2016**, sono state **58** (**4,6**% sul totale) e i feriti **4.257** (**8,6**% sul totale). Gli incidenti stradali alcol correlati con soli danni alle cose ammontano, invece, nel **2016** a **1.179**. Le proporzioni calcolate approssimano, comunque, per difetto, la reale portata del fenomeno; occorre infatti considerare che i Carabinieri intervengono per circa il **32**% degli incidenti su strade extraurbane (escluse le autostrade) e solo in circa il **14**% per quelli in ambito urbano.

11. CONSEGUENZE DEL CONSUMO DI ALCOL: GLI INCIDENTI SUL LAVORO

I problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro provocano:

- un aumento di assenze dal lavoro superiore di 3-4 volte la media;
- il 40% dei cambiamenti del posto di lavoro, con aumentata possibilità di licenziamento;
- riduzione progressiva della capacità lavorativa (dopo 7 anni di abuso/dipendenza c'è una perdita del 15%, dopo 11 anni perdita del 50%, dopo 14 anni perdita del 75%);
- costi sociali ed economici rilevanti compresi tra il 2% e il 5% del PIL di ogni Paese;
- aumento del rischio di infortuni sul lavoro.

Nel nostro Paese, nel corso del **2017**, sono state presentate all'**INAIL** poco più di **641**mila denunce di infortunio sul lavoro. Gli infortuni effettivamente riconosciuti come tali sono risultati poco meno di **417**mila, di cui circa il **19**% "*in itinere*".
Nel **2017**, sono state presentate **1.112** denunce di infortunio sul lavoro con esito mortale, di cui, realmente accertate, sono state **617** (**360**, pari al **58**%, "*in itinere*").
Gli infortuni sul lavoro hanno causato circa **11** milioni di giornate di inabilità (in media **85** giorni per infortuni che hanno determinato menomazione e circa **21** giorni in assenza di menomazione) [**Fonte:** *Relazione annuale sui dati relativi all'andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali in Italia nel 2017* - INAIL].

Considerando che la frazione alcol-attribuibile relativa agli incidenti sul lavoro risulta essere del **17,5**% (**Figura 12**), possiamo stimare che almeno **72.975** incidenti conseguano ad uso di alcol (su un dato reale accertato di **417mila**), di cui **108** (su un dato reale accertato di **617**) ad esito mortale.

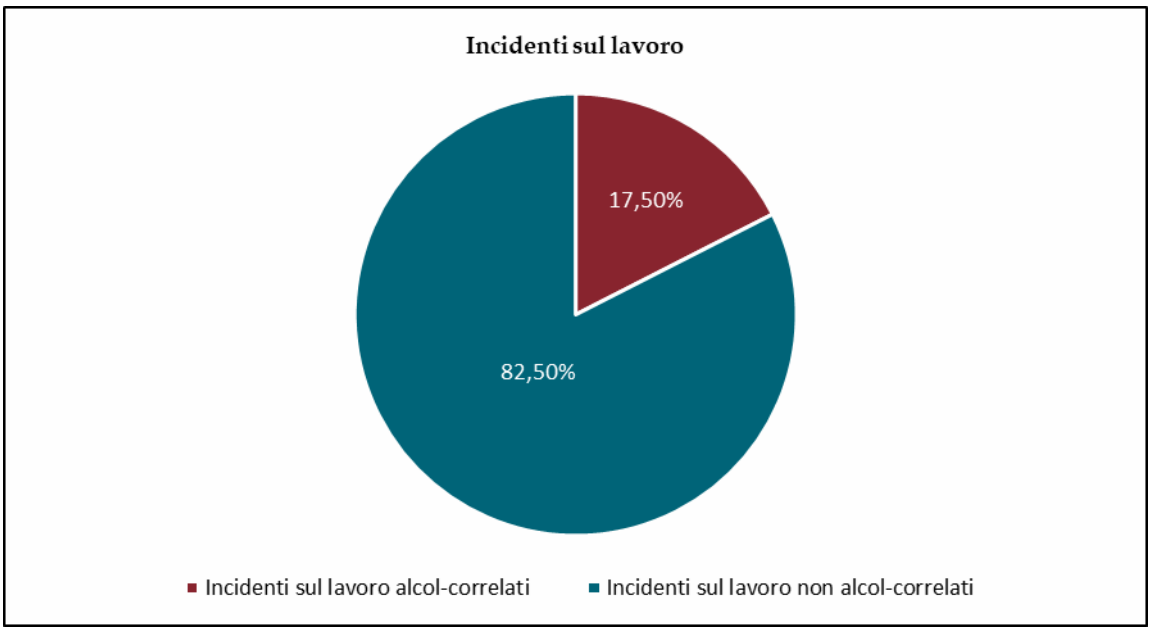

Figura 12. (Fonte: *Organizzazione Internazionale del Lavoro*, **ILO**, **OMS**, Rand *Corporation Center For Health And Safety in Workplace*—U.S.A. 2014)).

12. CONSEGUENZE DEL CONSUMO DI ALCOL: LA VIOLENZA

Violenza domestica, Omicidi, Aggressioni, Suicidi

Nel **2017** sono stati **1.609** i reati di maltrattamento contro familiari denunciati nel Lazio, oltre **4** al giorno.
I casi hanno riguardato **1.316** donne, ovvero il **10,4**% del totale nazionale (**12.685**), con un indice pari a **4,3** denunce ogni **10mila** donne residenti, un dato più alto di quello italiano (**4,1**). Questo tipo di reato, infatti, è fortemente femminilizzato visto che, in Italia, le donne maltrattate in famiglia rappresentano l'**80**% del totale delle vittime.

MALTRATTAMENTI IN FAMIGLIA NELLA REGIONE LAZIO	N
ROMA	1.176
LATINA	132
FROSINONE	113
VITERBO	67
RIETI	22

Tabella 29. (Fonte: Regione Lazio 2017).

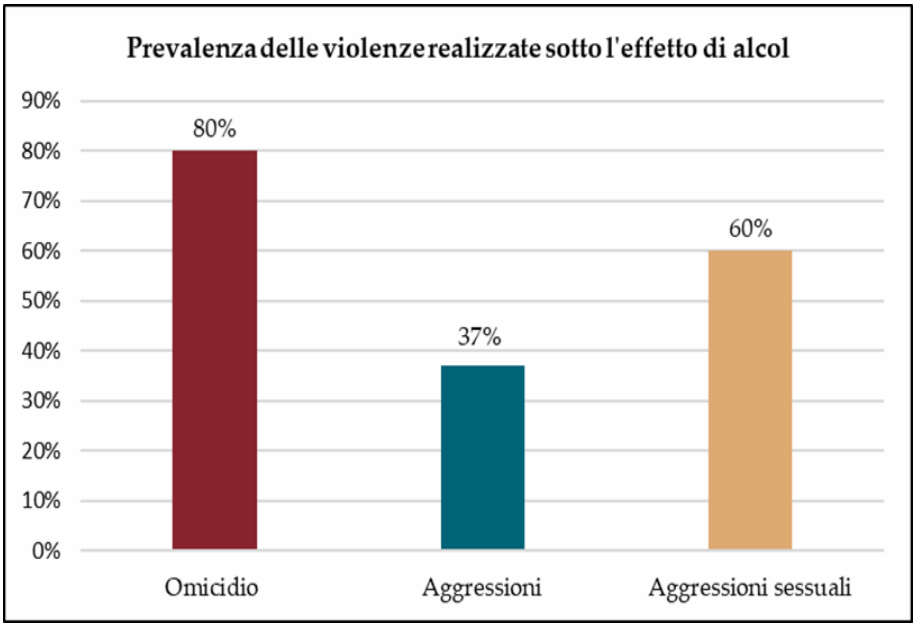

Figura 13. (Fonte: Dati internazionali USA 2017).

13. I COSTI DEL DISTURBO DA USO DI ALCOL

COSTI SANITARI DELL'ALCOL IN ITALIA

I costi qui calcolati (**Tabella 31, 32**) sono rappresentati dalle spese per il trattamento sanitario, limitatamente ai ricoveri ospedalieri. Questi sono stati ricavati dalle **SDO** prese in considerazione (vedi cap. 8) e fornite dal Ministero della Salute, per mortalità e patologie attribuibili all'alcol (totalmente o parzialmente). I costi sono stati calcolati sulla base dei valori dei singoli **DRG** indicati nella tabella di riferimento del Ministero della Salute. I **DRG** sono stati corretti per tipo di ricovero (Ricovero ordinario entro soglia/Ricovero ordinario oltre soglia/Ricovero Ordinario 0-1gg per Trasferiti o Deceduti/Ricovero Diurno, *GU del 28.01.2013, Serie Generale n. 23, Suppl. Ord. N. 8*).

Con la metodica sopra descritta si ottengono i seguenti risultati elaborati sui **DRG** dei morti interamente (**v**) e parzialmente (**p**) attribuibili all'alcol (**vMAC** e **pMAC**) e dei ricoveri ospedalieri interamente (**vPAC**) e parzialmente dovuti all'alcol (**pPAC**).

È evidente che i costi, qui illustrati nelle tabelle seguenti, rappresentano solo una parte del totale dei *reali* costi sanitari e/o sociali dell'alcolismo. Infatti, questa nostra valutazione, effettuata esclusivamente a partire dai dati delle **SDO,** non può necessariamente tener conto né della quota relata alla mortalità intra-ospedaliera né tantomeno della spesa sanitaria per il SSN correlabile all'alcolismo, che notoriamente (come ampiamente documentato a livello internazionale) favorisce la

ITALIA	vMAC pMAC	vPAC	pPAC	COSTI TOTALI (MAC+PAC)
Costi SANITARI	211.886.479	3.521.319.929	3.521.313.947	7.254.520.355
Costi SOCIALI	17.187.672.075	2.141.929.707	6.634.622.984	25.964.224.766
TOTALE	17.399.558.554	5.663.249.636	10.155.936.931	33.218.745.121

Tabella 30. (Fonte: elaborazione personale su dati SDO 2017).

LAZIO	vMAC pMAC	vPAC	pPAC	COSTI TOTALI (MAC+PAC)
Costi SANITARI	22.094.164	336.287.689	336.289.800	694.671.653
Costi SOCIALI	1.368.344.775	153.449.277	490.294.898	2.012.088.950
TOTALE	1.390.438.939	489.736.966	826.584.698	2.706.760.603

Tabella 31. (Fonte: elaborazione personale su dati SDO 2017).

comparsa di un gran numero patologie che si sviluppano (e conseguono) proprio a causa dell'elevato consumo individuale di alcol.

COSTI SOCIALI [6]

I Costi Sociali (intesi come **Costo della vita umana**: *mancata produttività, danni non patrimoniali morali e biologici*) sono stati calcolati (**Tabella 31, 32**) basandoci sui dati e tabelle di stima del danno economico di cui la società è chiamata a rispondere attraverso la quantificazione economica di oneri diretti ed indiretti riportati dal Ministero dei Trasporti (v. "*Studio di valutazione dei costi sociali dell'incidentalità stradale, 2010*").

Quindi, per la valutazione dei costi sociali del **DUA,** è stato utilizzato il modello del Ministero dei Trasporti per la valutazione dei costi sociali (*Human Capital Approach*).
Tale metodo utilizza, come voci per la valutazione:

1. **Costi umani,** intesi come somma di mancata produttività, danni non patrimoniali e costi medi sanitari;
2. **Costi Generali**, dati dalla somma dei danni patrimoniali (danni a veicoli, edifici, strade) e costi amministrativi.

6. Le valutazioni riportate, sono state ricavate relativamente ai dati a nostra disposizione, illustrati nei capitoli precedenti, e applicando le tariffe medie nazionali del Ministero dei Trasporti. Non possono certo valutare economicamente, la sofferenza e il disagio sociale che si accompagnano alle famiglie di soggetti con DUA.

Nella nostra analisi abbiamo utilizzato la valutazione, modificata *ad hoc*, della sola componente sociale associata mediamente a un decesso o ai danni biologici inerenti al **DUA** (Costi umani).

SPESA FARMACEUTICA

Nel 2017 la spesa farmaceutica in regime di assistenza non convenzionata per i farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica e stato di circa **7,9 milioni** di euro, con un andamento crescente nel corso degli anni (**Tabella 33**). Il valore più elevato di spesa, rispetto al totale della categoria stessa, e rappresentato dal ***sodio oxibato*** (83%), seguito dall'***acamprosato*** (11%).

Rispetto all'anno precedente, la spesa farmaceutica in assistenza non convenzionata ha registrato un valore in crescita, pari a circa **+632 mila** euro (+8,7%). Tale incremento e attribuito, come per i consumi, agli acquisti del *sodio oxibato* che sono cresciuti di quasi **584 mila** euro (+9,8%), dell'*acamprosato* con un aumento di circa **57 mila** euro (+7%) e della *metadoxina* con un aumento di **55 mila** euro (>100%); si riduce la spesa per il *disulfiram* (-30,7%).
Se si considera la distribuzione regionale del totale della spesa in regime di assistenza non convenzionata, la regione che fa registrare il valore più alto di spesa nell'anno 2017 per questa categoria terapeutica è la **Campania** con più di **1,44 milioni** di euro (il 18% della spesa nazionale), seguita dalla **Puglia** con circa 1**,21 milioni** euro (15% della spesa nazionale), dal **Friuli Venezia Giulia** con quasi **923 mila** euro (12% della spesa nazionale) e dalle **Marche** con circa **729 mila** euro (9%); queste quattro regioni sono responsabili di più della metà della spesa nazionale non convenzionata per questa categoria di farmaci e in tutti i casi è attribuibile per la maggior parte all'acquisto del *sodio oxibato* (**Tabella 34**).

SPESA IN REGIME DI ASSISTENZA NON CONVENZIONATA

PRINCIPIO ATTIVO	2014		2015		2016		2017		Δ 16-17	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sodio oxibato	5.723.493	81,22	5.950.089	82,77	5.967.854	82,52	6.551.838	83,32	583.984	9,8
Acamprosato	849,096	12,05	735,095	10,23	819,241	11,33	876,682	11,15	57,441	7,0
Disulfiram	323.890	4,60	36.596	4,68	27.340	3,56	178.349	2.27	-78.991	-30,7
Naltrexone	70.214	1,00	71.387	0,99	82.222	1,14	90.313	1,15	8.090	9,8
Metadoxina	21.783	0,31	8.948	0,12	32.869	0,45	88.411	1,12	55.541	>100
Nalmefene	58.158	0,83	86.315	1,20	72.192	1,00	78.219	0,99	6.027	8,3
TOTALE	7.046.635	100,0	7.188.429	100,0	7.231.719	100,0	7.863.812	100,0	62.092	8,7

Tabella 33. (Fonte: Relazione al Parlamento 125**—2019).**

REGIONE	Acamprosato	Disulfiram	Metadoxina	Nalmefene	Naltrexone	Sodio oxibato	TOTALE	
	N	N	N	N	N	N	N	%
Campania	36.254	-	20.448	61.781	4.335	1.317.737	1.440.554	18,32
Puglia	151.440	28.356	4.074	-	14.844	1.009.480	1.208.195	15,36
Friuli V.G.	98.777	45.009	9.398	-	15.099	754.532	922.814	11,73
Marche	40.941	270.863	3.745	4.614	4.161	648.495	729.040	9,27
Sardegna	38.188	1.363	19.840	-	1.335	524.750	585.476	7,45
Toscana	180.940	3.821	1.280	-	6.264	274.901	467.206	5,94
Liguria	440	97	1.445	-	1.934	439.031	442.947	5,63
Umbria	47.483	15.227	65	-	10.954	310.466	384.194	4,89
Veneto	53.814	26.790	5.829	-	8.996	195.793	291.223	3,70
Sicilia	80.602	222	3.088	-	10.659	177.270	271.840	3,46
Calabria	17.896	1.870	5.432	11.824	699	179.319	217.041	2,76
Molise	1.375	1.968	1.560	-	1.831	202.457	209.190	2,66
Abruzzo	24.201	556	3.798	-	766	145.189	174.509	2,22
Basilicata	10.196	242	1.155	-	-	134.169	145.762	1,85
Lombardia	56.997	5.809	6.567	-	3.283	45.060	117.716	1,50
Valle D'Aosta	8.406	4.538	-	-	3.675	60.763	77.382	0,98
P.A. Bolzano	4.747	-	258	-	-	62.175	67.181	0,85
E. Romagna	8.076	1.183	6	-	-	52.994	62.260	0,79
Lazio	15.675	10.943	414	-	1.278	4.027	32.336	0,41
P.A. Trento	-	3.149	-	-	182	13.231	16.561	0,21
Piemonte	235	122	11	-	19	-	387	=0
ITALIA	876.682	178.349	88.411	78.219	90.313	6.551.838	7.863.812	100,00

Tabella 34. (Fonte: Relazione al Parlamento 125**—2019).**

14. CONCLUSIONI

Il quadro che emerge da questo report è, nel suo insieme, terribile e sconcertante. Terribile, perché il costo, non solo economico ma anche sociale, fatto di sofferenza, violenza, abusi morali è altissimo. Sconcertante, perché a fronte dei numeri sconvolgenti di ricoveri nei **DEA**, dei morti, dei ricoverati per problemi di alcol, non viene intrapresa nessuna attività che, in qualche modo, possa contrastare questa tragedia che colpisce, circa **8.600.000** italiani (v. rapporto al Parlamento del Ministro della Salute sull'attuazione della legge 125 del 2001, anno 2019).
Dalla lettura, anche superficiale di questi dati, si è indotti a pensare che il *Disturbo da Uso di Alcol* non sia considerato dal nostro Sistema Sanitario; eppure, come abbiamo visto, i costi per il Sistema stesso sono enormi. È evidente che l'organizzazione attuale dei servizi non è in grado di garantire una risposta efficace e adeguata alle nuove conoscenze sempre più approfondite della fisiopatologia delle dipendenze.
Qualcuno potrebbe obiettare che una rete territoriale adibita ad intervenire nelle dipendenze (tra cui l'alcol) esiste. In realtà, il dato del rapporto al Parlamento (**64.000** in cura presso i servizi delle Dipendenze, di cui circa **20.000** in trattamento farmacologico) è in stridente contrasto con i **39.182** ricoveri in Italia per Intossicazione Acuta da alcol e i **600.000** accessi in ospedali del Lazio nel **2016**. È evidente che si deve intervenire sulla organizzazione assistenziale per garantire il diritto alla salute anche dei cittadini con *Disturbi indotti dall'alcol*.

CRITICITÀ

Il numero di soggetti con *Disturbi indotti dall'alcol* che si presentano al **DEA** non vengono presi in carico (non vanno, né vengono inviati) dai/ai servizi territoriali, per cui non hanno nessuna informazione sui rischi che corrono nel continuare a consumare alcol. Si perpetua il danno d'organo e, quindi il costo sanitario che dipende molto dalla cattiva informazione e in parte dalla dipendenza. Questa è un'occasione persa! Basterebbe inserire, nel Triage, 1-3 domande (**Test M SASQ**, **Audit-C**) per individuare molti dei pazienti a rischio. Dopo l'individuazione, i pazienti dovrebbero essere avviati al percorso per cui è stato richiesto il ricovero e, contemporaneamente, inseriti in un programma dedicato ai Disturbi indotti da alcol. Un'Unità Operativa all'interno dell'ospedale dovrebbe garantire almeno un "*Intervento Breve*", una valutazione psichiatrica, medica e psicologica in modo da dare al reparto in cui la persona è ricoverata, le giuste indicazioni per collegare l'intervento interno all'ospedale a quello dei servizi territoriali.

OSTACOLI DA RIMUOVERE

- La mancanza di formazione sulle dipendenze degli operatori sanitari;
- La mancanza di formazione da parte dell'Università.
- Mancanza di un coordinamento che garantisca l'omogeneità di trattamento tra i vari servizi.
- Creare informazioni basate sulle evidenze scientifiche per il trattamento farmacologico e non.

PROPOSTE

1. Istituire un Centro che coordini:

   a. la Formazione/Aggiornamento,
   b. assicuri la Verifica di Qualità dei servizi offerti nel territorio, per assicurare l'omogeneità della cura;
   c. coordini e indirizzi le attività di prevenzione;
   d. costruisca e coordini le attività dei servizi pubblici e del privato-sociale negli ospedali e nel territori.

2. Inserire negli ospedali delle unità operative dedicate all'individuazione, valutazione, dare informazioni e indicazioni su come coordinarsi con il territorio,

3. Concordi con il reparto di degenza il trattamento per il DUA e ne verifichi l'appropriatezza.

4. Rendere obbligatorio il rilevamento dei problemi da alcol e configurare un percorso di trattamento dedicato (**PDTA**),

5. Garantire, nei servizi, la presenza di figure professionali al trattamento e al sostegno di persone con Disturbi Indotti dall'alcol,

6. Rivedere le autorizzazioni alla spesa farmaceutica in base alle evidenze scientifiche più recenti e alle disposizioni degli Enti preposti alla sorveglianza farmacologica (EMA, AIFA).

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

American Psychological Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Depressive Disorders*. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,*. American Psychiatric Publishing, Inc. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm04

Bernard, W. S., & Christopher, P. W. (2020). *World cancer report 2020*. *World Health Organization*. Retrieved from http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, *372*(9650), 1661–1669. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6

Ministero della Salute. (2018). 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." *Sezione Sicurezza Alimentare-Cnsa*, 1–2. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, *5*(3), e290–e299. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30021-9

Silverstein, M., Hsu, H. E., & Bell, A. (2019, December 24). Addressing Social Determinants to Improve Population Health: The Balance between Clinical Care and Public Health. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association. https://doi.org/10.1001/jama.2019.18055

WHO - World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*.

PROXIMA

Building the future... together