Ministero della Salute

IL MINISTRO

Ministero della Salute
LEG
0005429-P-14/11/2025
C.1.b/2011/191
754827330

Le trasmetto, ai sensi dell'art.8 della Legge n.125 del 30.03.2001, recante "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati", la relazione concernente gli interventi realizzati nell'anno 2024, che ho contestualmente inviato all'On. le Presidente del Senato della Repubblica.

La relazione di cui sopra è trasmessa in formato elettronico, come da indicazioni del Dipartimento per i Rapporti con il Parlamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Cordiali saluti

Orazio Schillaci

Onorevole Lorenzo Fontana

Presidente della Camera dei Deputati

ROMA

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DEI CORRETTI STILI DI VITA E DEI RAPPORTI CON L'ECOSISTEMA
UFFICIO 2 Promozione dei corretti stili di vita nella popolazione

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

ANNO 2024

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

PREFAZIONE

L'art. 8 della legge 30.3.2001 n. 125 dispone che il Ministro della Salute trasmetta al Parlamento una relazione annuale sugli interventi realizzati ai sensi dell'art. 9 comma 2 della legge medesima.
La presente Relazione illustra il quadro epidemiologico che descrive il fenomeno correlato al consumo di bevande alcoliche nel nostro Paese, aggiornato al 2023. Inoltre descrive i modelli di trattamento per l'alcoldipendenza e la capacità di assistenza dei Servizi alcologici con le eventuali criticità emerse, nonché la spesa farmaceutica per la terapia farmacologica delle alcoldipendenze.
La Relazione riporta gli interventi e le iniziative intraprese dal Ministero della Salute nell'anno 2024 e, presenta i progetti finanziati con i fondi previsti dalle Legge 125/2001 (art. 3, comma 4), assegnati alle Regioni individuate dalla Commissione Salute.

La Relazione al Parlamento è stata curata dall'Ufficio 2 della Direzione Generale dei Corretti Stili di Vita e dei Rapporti con l'Ecosistema (Direttore Generale Dott. Alessio Nardini, Direttore Ufficio 2 Dott.ssa Maria Assunta Giannini, Referente sanitario dott.ssa Maria Migliore, Referente amministrativo dott.ssa Stefania Milazzo), avvalendosi anche di informazioni fornite da diversi uffici delle altre Direzioni Generali del Ministero della Salute. Pertanto, si ringraziano: la Dott.ssa Simona Carbone, la Dott.ssa Carla Ceccolini, il Dott. Sergio Iavicoli, il Dott. Alfredo D'Ari, il Dott. Tommaso Bertani, la Dott.ssa Serena Battilomo, la Dott.ssa Elisabetta Santori, la Dott.ssa Natalia Magliocchetti.
Per l'elaborazione della presente Relazione al Parlamento, il Ministero della Salute, inoltre, si è avvalso della collaborazione di diversi ***partners*** che hanno apportato contributi di notevole interesse scientifico e conoscitivo del fenomeno correlato al consumo di alcol.

Si ringraziano:

- Dott. Emanuele Scafato, dott.ssa Silvia Ghirini, dott.ssa Claudia Gandin, dott.ssa Alice Matone - Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping. Osservatorio Nazionale Alcol e *WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems*.
- Dott.ssa Monica Vichi – Istituto Superiore di Sanità - *Servizio Tecnico Scientifico di Statistica*.
- Dott.ssa Emanuela Bologna - ISTAT - *Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Censimento della Popolazione, Servizio Registro della popolazione, statistiche demografiche e condizioni di vita.*
- Dott.ssa Giordana Baldassarre e Dott.ssa Silvia Bruzzone – ISTAT - *Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Censimento della Popolazione, Servizio Sistema Integrato Salute, Assistenza, Previdenza e Giustizia.*
- Dott. Francesco Trotta, Dott.ssa Filomena Fortinguerra, Dott. Andrea Pierantozzi – Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) - *Ufficio Monitoraggio della Spesa Farmaceutica e Rapporti con le Regioni*
- Le Regioni che hanno svolto le attività previste dai progetti finanziati secondo la previsione della Legge 125/2001: Regione Veneto (responsabili scientifici: Dott.ssa Amalia Manzan e dott. Giovanni Greco) e Regione Valle D'Aosta (responsabile scientifico dott.ssa Monica Seganfreddo).

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

PRESENTAZIONE

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

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

Dai dati dell'anno 2023, prodotti dalle maggiori fonti istituzionali, emerge che il consumo rischioso e dannoso di alcol resta tutt'oggi una criticità in ambito europeo e nazionale, tanto da indurre molti Paesi ad adottare iniziative di prevenzione non solo universale ma soprattutto dirette alle fasce di popolazione più vulnerabili agli effetti dell'alcol: giovani, in particolare soprattutto nell'età minorile, donne e anziani.

In aggiunta alle iniziative di prevenzione promosse dai dicasteri con atti di intesa interistituzionali che coinvolgono diversi setting sensibili, occorre ulteriormente rafforzare il personale dedicato nei servizi per la prevenzione e presa in carico delle persone che manifestano problematiche alcol correlate.

Il percorso già intrapreso da questo Ministero con il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025, anche durante l'anno 2024 è proseguito con il monitoraggio delle attività delle Regioni. Nel corso dell'anno 2024, infatti, i referenti del Ministero della Salute hanno provveduto a valutare i risultati raggiunti nell'anno 2023 relativamente agli obiettivi del Piano Predefinito n.4 "Dipendenze", ricompreso nei Piani Regionali di Prevenzione.

Inoltre, sono proseguiti i lavori del "Tavolo tecnico per la realizzazione del Piano Nazionale di Prevenzione in materia di Dipendenze", istituito con D.D. del 21/04/2021 per ottemperare alla Linea di supporto centrale n.11. Per l'elaborazione della prima bozza del documento concernente "*l'individuazione precoce dei comportamenti problematici correlati all'uso di sostanze psicotrope, al gioco d'azzardo e alle new technologies, predittive di addiction, al fine di assicurare una presa in carico precoce sulla base della valutazione dei bisogni di salute della persona",* si è proceduto alla definizione e alla condivisione dell'elenco di Esperti qualificati nel settore delle dipendenze, delle Società Scientifiche e delle Associazioni di categoria, per la programmazione di audizioni utili ad apportare ulteriori contributi significativi all'elaborazione della stesura finale delle Linee di Indirizzo. La stesura finale del documento sarà successivamente presentata in Conferenza Unificata.

Il Ministro della Salute
Orazio Schillaci

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

SINTESI INTRODUTTIVA

Di seguito verrà illustrata una sintesi del quadro epidemiologico**,** di cui si compone la Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" - anno 2024.

I dati rappresentati nella Prima Parte della Relazione fanno riferimento all'anno 2023 e sono forniti da diverse Fonti statistiche istituzionali, al fine di descrivere il fenomeno correlato al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione italiana.

I dati **ISTAT** riferiti all'**anno 2023** mostrano un consumo di alcol nell'anno complessivamente stabile rispetto all'anno precedente, si riduce lievemente il consumo giornaliero mentre risulta in lieve aumento il consumo fuori pasto e il consumo occasionale. Pertanto il 67,3% della popolazione italiana di 11 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica (pari a 35 milioni e 939 mila persone), con una prevalenza maggiore tra i maschi (77,5%) che tra le femmine (57,6%). Si continua a registrare la tendenza negli ultimi dieci anni del progressivo e significativo incremento della quota di donne consumatrici di bevande alcoliche che, per il consumo occasionale, passano dal 39,5% al 47,3% e per il consumo fuori pasto passano dal 15,8% al 23,9%.

I dati sul consumo di bevande alcoliche tra i giovani mostrano che nel 2023 il 46,5% dei ragazzi e il 41,9% delle ragazze di età compresa tra 11 e 24 anni hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; rispetto al 2013 si rileva una diminuzione della prevalenza tra i ragazzi (-4,5 punti percentuali) e, viceversa, un aumento tra le ragazze (+2,7 punti percentuali). Nella fascia di età 11-24 anni è soprattutto diffusa la consuetudine di bere alcolici fuori dai pasti (più di 1 ragazzo su 4 ha questa abitudine), anche con una frequenza di almeno una volta a settimana, ciò indica un comportamento nel consumo di alcol adottato in modo abituale e potenzialmente a rischio. Pertanto, possiamo considerare il consumo di alcol tra i giovani, a tutt'oggi, una criticità che suggerisce di mantenere alta l'attenzione su questa fascia di popolazione. I comportamenti a rischio sul consumo di alcol nella popolazione giovanile sono particolarmente diffusi nella fascia di età compresa **tra i 18 e i 24 anni**. Il fenomeno è differenziato per genere, con valori più elevati tra i ragazzi, sebbene nel tempo stia aumentando in modo significativo il numero di ragazze in questa fascia di età con comportamenti di consumo a rischio. Tra i comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche tra i giovani il *binge drinking* rappresenta l'abitudine più diffusa e consolidata. Nel 2022 il fenomeno del *binge drinking* riguardava il 15% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 18,9% erano maschi e il 10,8% erano femmine. Nel 2023 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il 14,5% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 18,7% maschi e il 10,1% femmine.

Nell'anno 2023 sono stati 2.541.000 le persone di **65 anni e più** che hanno adottato almeno un comportamento di consumo a rischio per la loro salute di cui 1.877.000 uomini e 664.000 donne, pari al 30,2% e 8,5% rispettivamente. Il comportamento a rischio più diffuso tra gli anziani è il consumo abituale eccedentario, verosimilmente in virtù della mancata conoscenza da parte delle persone dei limiti da non superare per non incorrere in problemi con la salute. La prevalenza dei consumatori ultra 64enni nel 2023 è stata più elevata per il vino (M: 74,7%; F:

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

44,0%), mentre è inferiore per la birra (M: 53,8%; F: 24,8%) e, ancora più bassa per amari (M: 34,8%; F: 11,5%), aperitivi alcolici (M: 28,4%; F: 11,6%) e superalcolici (M: 26,7%; F: 7,6%). Si conferma anche per l'anno 2023 il maggior consumo di alcol al Centro-Nord.

L'Istituto Superiore di Sanità attraverso l'Osservatorio Nazionale Alcol ha rafforzato il sistema di monitoraggio alcol attraverso la sorveglianza SISMA (DPCM 3/3/2017) e costruito un indicatore di sintesi per monitorare, oramai da un decennio, **il consumo a rischio** nella popolazione italiana. Secondo il criterio ISS sono da considerarsi consumatori a rischio tutti i minori di 18 anni di entrambi i sessi che hanno consumato anche solo una bevanda alcolica, i maggiorenni di sesso maschile che hanno consumato più di 2 UA al giorno, gli anziani (sopra i 65 anni) e le donne che ne hanno consumata più di 1 UA, e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e dall'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno. Nel 2023 la prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi appena descritto, è stata del 21,2% per gli uomini e del 9,2% per le donne (sopra gli 11 anni), per un totale di 8 milioni di persone (M=5.500.000, F=2.500.000) che non si sono attenute alle indicazioni di salute pubblica. L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio è quella dei 16-17enni per entrambi i sessi (M=39,2%; F=30,7%) seguita dagli anziani ultra 65enni per i maschi (65-74 anni=31,2; 75+ anni= 29,1%) e dalle 18-24enni per le femmine (11,2%). Nei minorenni non vi è una differenza statisticamente significativa fra maschi e femmine nella prevalenza dei consumatori a rischio, sia per gli 11-15enni che per i 16-17enni, mentre per tutte le altre fasce d'età il consumo a rischio è sempre più alto nei maschi.

Il **consumo dannoso** corrisponde a una modalità di consumo che causa danno alla salute a livello fisico e mentale e nel sistema di monitoraggio italiano viene rilevata attraverso il consumo giornaliero di oltre 40 g di alcol per le donne adulte (che corrispondono a circa 4 UA) e di oltre 60 g di alcol per gli uomini adulti (che corrispondono a circa 6 UA). La definizione di Disturbo da Uso di Alcol (DUA) riportata nel manuale DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*) è una patologia caratterizzata da una ridotta capacità di interrompere o controllare il consumo di alcol nonostante le conseguenze negative a livello sociale, professionale e sanitario. Nel 2023, in Italia, la prevalenza dei consumatori dannosi di alcol nella popolazione dai 15 anni in su, è stata del 1,91% tra i maschi e dell'1,16% tra le femmine, pari a circa 780.000 persone dai 15 anni di età (M=470.000; F=310.000). L'analisi per classi d'età mostra che la prevalenza è più bassa per entrambi i sessi nelle classi di età più giovani (15-17 e 18-44 anni); per tutte le classi di età considerate, il valore nei maschi è superiore a quello delle femmine. I consumatori dannosi sono a tutti gli effetti "*in need for treatment*" ai sensi del DSM-5 e assimilati clinicamente all'alcoldipendente, da prendere quindi in carico presso i servizi territoriali.

L'A**lcoldipendenza** è un ambito che necessita di grande attenzione per le implicazioni sanitarie e sociali che ne derivano. Nel 2023 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati (n=442) 64.856 soggetti. Il 28,5% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. Il rapporto M/F è pari a 3,1 per il totale degli utenti. A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

carico o rientrati). L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 50-59 anni (30,2% dei soggetti) per l'utenza totale e per gli utenti già in carico (32,0% dei soggetti) e 40-49 anni (27,5% dei soggetti) per i nuovi utenti. Il 72,7% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,5% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 19,8%. Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2023 si osserva che il 12,0% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i già in carico questa percentuale è pari al 5,7%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 41,5% per i nuovi utenti e il 53,4% per quelli già in carico. Analizzando distintamente i due sessi si nota che l'utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 23,3% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 21,4% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 49,3% nei maschi e al 52,2% nelle femmine. La bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (42,2%), seguito dalla birra (30,5%), dai superalcolici (11,1%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,9%). La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: il vino è utilizzato in genere più frequentemente al nord mentre la birra e i superalcolici al sud. Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2023 il 31,1% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,5% al "*counseling*" rivolto all'utente o alla famiglia, il 3,2% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 16,8% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 3,2% degli alcoldipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 13,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 3,9% del totale degli utenti rilevati (2,1% in istituti pubblici, 1,8% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol.

Dai dati elaborati e rappresentati dall'**Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA),** nel 2023 si registra un lieve aumento dei consumi dei farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica (+1,9%) rispetto all'anno precedente, che per il 66,9% risultano a carico dell'SSN, quota che si è fortemente ridotta rispetto al 76,2% del 2022 (-10,3%). Quasi la metà dei consumi (47,3%) si concentra nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, con una riduzione del 12,7% rispetto all'anno precedente; a livello territoriale le dosi erogate in regime di assistenza convenzionata si riducono di circa il 4%, raggiungendo il 19,7% del totale, mentre le dosi in acquisto privato aumentano marcatamente (+40,6%) raggiungendo un terzo (33,1%) dei consumi complessivi. La spesa corrispondente, in riduzione del 5,9% a livello complessivo, si concentra principalmente nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche (60,4%), indicando che l'erogazione di questa categoria di farmaci avviene ancora principalmente attraverso i Servizi per le Dipendenze (SerD). In generale, sulla base dei dati derivanti dalle serie storiche è possibile osservare una progressiva riduzione del consumo e della spesa dei farmaci per il trattamento della dipendenza da alcol a partire dal 2020. Nel 2023 si osserva inoltre una marcata riduzione delle dosi erogate a carico del SSN e il contemporaneo marcato incremento dell'acquisto privato di questa categoria di farmaci. Questi dati mostrano una progressiva

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

riduzione degli interventi di tipo farmacologico da parte dei servizi sanitari pubblici, che potrebbero far ipotizzare da un lato una ridotta presa in carico dei pazienti affetti da alcoldipendenza, dall'altra un possibile aumento dell'integrazione di interventi psicologici nella pratica clinica, che potrebbero aver determinato una riduzione del ricorso a terapie farmacologiche. Il sodio oxibato è il farmaco più utilizzato nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, mentre il disulfiram e l'acamprosato sono quelli più utilizzati nell'ambito dell'assistenza convenzionata. I farmaci a base di disulfiram sono acquistati in parte anche privatamente dal cittadino. Le regioni del Nord consumano un numero maggiore di dosi di farmaco rispetto alle regioni del Centro e del Sud, sebbene la spesa si attesti su livelli simili; la Valle d'Aosta è la regione con i consumi e la spesa più elevati a livello nazionale. I farmaci più frequentemente co-prescritti sono quelli del sistema nervoso, in particolare gli antidepressivi, come raccomandato dalle principali linee guida relative al trattamento della dipendenza alcolica. Questo dato inoltre è in linea con quanto è già noto, ovvero che la dipendenza alcolica si associa frequentemente a disturbi neuropsichiatrici, come depressione, disturbi d'ansia e disturbo bipolare. Appare quindi evidente che l'utilizzo di farmaci per i disturbi alcol-correlati è indice di altre condizioni patologiche del sistema nervoso centrale, che verosimilmente potrebbero essere alla base dello sviluppo della dipendenza alcolica. Pertanto, dalla presente analisi appare evidente la necessità di una maggiore e più completa presa in carico di tali pazienti.

Nel corso del 2023 si sono verificati complessivamente 40.277 **accessi in Pronto Soccorso** caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 69% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 31% ad accessi di femmine. Preoccupa il dato in continua crescita rispetto agli anni precedenti, infatti nel corso del 2022 gli accessi al P.S. per diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol sono stati 39.590, nel 2021 sono stati 35.307 e nel 2020 sono stati 29.362. La distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per triage medico mostra che nel 2023 al 49% degli accessi viene attribuito il codice verde, al 41% il codice giallo, al 7% il codice bianco e al 3% il codice rosso. Si rileva che il 73% degli accessi in pronto soccorso con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol esita a domicilio, mentre il 10% degli accessi viene ricoverato. Si rileva che al 19% degli accessi in pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcol, non specificato, al 13% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcol, episodico, mentre al 13 % una diagnosi di effetti tossici dell'alcol etilico. Si rileva che il 64% degli accessi arriva in Pronto Soccorso con il 118, mentre il 29% arriva al pronto soccorso con mezzi propri.

I dati ricavati dalle **Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)** nel 2023 rilevano complessivamente 47.766 dimissioni ospedaliere, un incremento del 3,4% rispetto all'anno 2022, caratterizzate dall'avere indicata almeno una patologia attribuibile all'alcol, o in diagnosi principale di dimissione, o in una delle diagnosi secondarie, che coesistono al momento del ricovero e che influenzano il trattamento terapeutico somministrato. La distribuzione per categorie diagnostiche delle diagnosi rilevate mostra la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (57,1% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriacatezza acuta in corso di alcolismo) e alcolismo cronico e dipsomania (19,4%). I ricoveri per abuso di alcol, effetti postumi

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

all'eccessiva assunzione più o meno occasionale di alcol, *hangover*, ebbrezza ed ubriachezza, si collocano al terzo posto (17,6%). La distribuzione delle dimissioni per genere evidenzia una netta prevalenza dei ricoveri di maschi (78,2%) rispetto alle femmine (22,8%). I valori più elevati del tasso di ricovero sono in regione Valle d'Aosta (212,2 vs 181,6 nel 2022), nella P.A. di Bolzano (183,0 vs 185,6 nel 2022) e Trento (158,4 vs 124,7 nel 2022), mentre in Campania (42,0 vs 41,2 nel 2022) e Sicilia (45,8 vs 42,3 nel 2022) si rilevano i valori più bassi della distribuzione.

Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere. Nell'anno 2021, ultimo anno di rilevazione, il numero di decessi tra i residenti in Italia di 15 anni e più per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.348, di cui il 79,5% uomini e 276 20,5%) donne, che corrispondono a circa 41 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e circa 9 decessi per milione tra le donne. Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le "epatopatie alcoliche" e le "sindromi psicotiche indotte da alcol" che, sommate, causano il 95,5% dei decessi alcol-attribuibili tra gli uomini e il 94,6% tra le donne.

Di grande rilievo per completare la panoramica inerente alla morbosità e alla mortalità alcol correlata rientra anche l'analisi del fenomeno riguardante **l'incidentalità stradale**. Il tema degli incidenti stradali alcol correlati rappresenta un argomento di estrema rilevanza per la sicurezza stradale, per il quale sono ancora presenti lacune informative soprattutto a causa della mancanza di un'unica Banca Dati alla quale possano afferire tutte le informazioni raccolte dalle diverse fonti ufficiali attualmente esistenti. L'informazione sugli incidenti stradali correlati ad alcol e droga, non sempre esaustiva dai dati della rilevazione corrente, è stata dedotta da altre fonti informative, quali il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e il Servizio della Polizia Stradale del Ministero dell'interno (i quali rilevano complessivamente circa un terzo degli incidenti stradali con lesioni) che hanno fornito i dati sulle sanzioni elevate in occasione di incidente stradale. Da tali fonti risulta che su un totale di 56.077 incidenti con lesioni osservati dai due Organi di rilevazione, in 4.787 casi almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era in stato di ebbrezza mentre in 1.813 casi era sotto l'effetto di stupefacenti. L'8,5% e il 3,2% degli incidenti rilevati da **Carabinieri** e **Polizia Stradale** nel complesso è correlato quindi ad alcol o droga, proporzioni in lieve diminuzione rispetto al 2022 per lo stato di ebbrezza alla guida e per l'uso di stupefacenti, quando erano pari a 9,2 e 3,3. Tuttavia nell'anno 2019 pre-Covid, le percentuali erano pari a 8,7 e 3,4. Per la guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, secondo i controlli effettuati dalle **Polizie Municipali**, indipendentemente dall'occorrenza di un incidente stradale, la percentuale di conducenti con stato alterato a causa di uso di droghe è risultata del 16,5% (9,2 nel 2022 e 6,9% nel 2019), mentre i positivi all'etilometro sono risultati il 9,3% (10,8% nel 2022 e 7,4% nel 2019).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

INDICE

PARTE PRIMA

I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo **1**
1.1 Il consumo di bevande alcoliche in Europa **1**
1.2 Il consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana – ISTAT **12**
1.3 Consumatori a rischio - le analisi dell'ISS **16**
1.4 Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni **37**

La morbilità e la mortalità alcol correlate **47**
1.5 Accessi in Pronto Soccorso con diagnosi di patologie totalmente alcol attribuibili **47**
1.6 Dimissioni ospedaliere con diagnosi di patologie totalmente attribuibili all'alcol **54**
1.7 La Mortalità alcol correlata **66**
1.8 Gli incidenti stradali e le violazioni del Codice della Strada **72**
1.9 Alcoldipendenza **81**
1.10 Le Associazioni di Auto Mutuo Aiuto **84**
1.11 La spesa farmaceutica per l'alcoldipendenza **91**

PARTE SECONDA

Gli interventi del Ministero della Salute in attuazione della Legge 30.3.2001 n. 125
2.1 Gli interventi di indirizzo **118**
2.2 La partecipazione alle politiche internazionali **126**
2.3 Gli interventi in materia di informazione e comunicazione **129**
2.4 L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001 **130**

PARTE TERZA

Progettualità' delle Regioni e PPAA ai sensi della L. 125/2001
3.1 Contrasto al Binge Drinking: interventi a favore dei giovani vulnerabili **131**

APPENDICE – Tabelle e Grafici (Paragrafo 1.9 *"Alcoldipendenza: i servizi alcologici e l'utenza"*)

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

PARTE PRIMA

IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

I CONSUMI DI BEVANDE ALCOLICHE E I MODELLI DI CONSUMO

1.1 *IL MONITORAGGIO DEI CONSUMI IN EUROPA E NEL MONDO*

L'alcol rappresenta il quinto principale fattore di rischio per il carico globale di malattie e, nel 2019, il consumo di alcol è stato responsabile di 2,6 milioni di morti nel mondo, pari al 4,7% di tutti i decessi in quell'anno. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization*, WHO) stima che 400 milioni di persone, pari al 7% della popolazione mondiale dai 15 anni in su, soffrano di disturbi legati al consumo di alcol, mentre circa 209 milioni di persone, ovvero il 3,7% della popolazione adulta mondiale, vivano con una dipendenza da alcol. L'impatto del consumo di alcol mostra notevoli differenze tra le diverse regioni della WHO: il peso della mortalità e della morbilità alcol-correlate è più alto nei paesi a basso reddito, seguito da quelli a medio-basso reddito, e più basso nei paesi ad alto reddito. Tuttavia, nei paesi ad alto reddito il numero di anni di vita in salute persi a causa di malattie o disabilità legate all'alcol è elevato, in parte per la maggiore diffusione dei disturbi da uso di alcol e in parte per l'elevata incidenza di malattie e disabilità dovute a infortuni accidentali alcol-correlati. Le regioni dell'Africa e dell'Europa della WHO presentano i livelli più alti di decessi attribuibili all'alcol per 100.000 persone.
Nei 30 paesi dell'UE, nel 2016, l'alcol ha contribuito al 5,5% di tutte le morti registrate, corrispondenti a 291.100 decessi. Le cause principali includono il cancro (29% dei decessi legati all'alcol), la cirrosi epatica (20%), le malattie cardiovascolari (19%), gli incidenti stradali, gli atti di autolesionismo e la violenza interpersonale (28%). Questo fenomeno colpisce severamente soprattutto i giovani adulti, con una percentuale significativamente alta di decessi attribuibili all'alcol in questa fascia di età. Si stima che in Europa circa 800 persone perdano la vita ogni giorno a causa di problemi legati al consumo di alcol. L'impatto tra i giovani è particolarmente drammatico: un quarto dei decessi tra i 20 e i 24 anni è causato dall'alcol. Dal punto di vista della salute pubblica, la definizione di "uso dannoso dell'alcol", utilizzata nella strategia globale della WHO, comprende qualsiasi comportamento che comporti conseguenze negative per la salute individuale, sociale e collettiva. L'uso dannoso di alcol, inoltre, genera costi economici significativi, che includono spese nel sistema giudiziario, perdita di produttività e sofferenze personali e sociali.
Secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie (*International Classification of Diseases,* ICD-10) della WHO, almeno 40 patologie sono totalmente attribuibili all'alcol, mentre oltre 200 condizioni ne sono influenzate in parte. Il carico di malattie legato al consumo di alcol si suddivide principalmente in malattie croniche non trasmissibili (come numerosi tipi di cancro, malattie cardiovascolari e cirrosi epatica) e lesioni accidentali e intenzionali, tra cui autolesionismo, suicidi, omicidi e incidenti stradali.
L'alcol un fattore di rischio centrale per la salute globale, con implicazioni dirette su diversi Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals*, SDG) da raggiungere entro il 2030. Tra gli indicatori correlati al target 3.5, che punta a migliorare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, vi è il consumo *pro-capite* di alcol, misurato in litri di alcol puro per anno.
L'alcol è classificato come sostanza cancerogena e in grado di creare dipendenza. Qualsiasi livello di consumo è associato a numerose patologie prevenibili, tra cui le malattie cardiovascolari, diversi tipi di cancro, i disturbi da uso di alcol, le patologie epatiche, i traumi e gli incidenti, nonché comportamenti violenti o alterazioni psicotiche.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Nonostante alcune evidenze indichino possibili effetti protettivi in caso di consumo occasionale per patologie come l'ictus ischemico, il diabete e le malattie coronariche, la WHO sottolinea che gli effetti nocivi complessivi del consumo di alcol prevalgono sui presunti benefici.
L'uso dannoso di alcol incide anche sulle famiglie e sulla comunità, causando difficoltà nei rapporti personali e lavorativi, atti criminali come violenza e vandalismo, riduzione della produttività e alti costi per il sistema sanitario. Nel 2019, il 62,4% degli adulti nella regione europea della WHO ha consumato alcol almeno una volta, e si stima che circa un milione di decessi annuali siano attribuibili al consumo di alcol. Questo equivale a circa 2500 morti al giorno, con una quota significativa tra i giovani coinvolti in incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza, una delle principali cause di morte prematura tra i maschi di età compresa tra 14 e 28 anni.
I dati sul consumo di alcol e sulle malattie attribuibili all'alcol inclusi in questo capitolo contribuiscono, come ogni anno, alla Relazione al Parlamento sugli interventi effettuati per l'attuazione della legge quadro nazionale sull'alcol del 30.3.2001 n. 125.

Consumo di alcol pro-capite registrato in Europa

Le evidenze epidemiologiche, basate su studi sia nazionali sia internazionali, dimostrano una correlazione diretta tra l'elevato consumo di alcol nella popolazione e un aumento del rischio di malattie e mortalità legate a specifiche cause di morte. In generale, l'aumento della quantità di alcol consumata è associato a un rischio crescente di morbilità. Episodi di intossicazione acuta, caratterizzati da un consumo elevato e in un breve arco temporale di alcol, incrementano il rischio di incidenti stradali e malattie cardiovascolari, come infarto e patologie coronariche.
La WHO prende in considerazioni diversi indicatori per monitorare ilo consumo pro-capite in funzione della finalità che tali indicatori si propongono e della disponibilità dei dati di base. Tra gli indicatori di base utilizzati per monitorare il consumo di alcol nella popolazione adulta (15 anni e oltre), il consumo *pro-capite* di alcol puro (*recorded Alcohol Per-capita Consumption*, rAPC) rappresenta l'indicatore principale, definito dalla WHO e dalle Nazioni Unite, come l'unità di misura della quantità di alcol puro consumata annualmente *pro-capite* in una determinata nazione, espressa in litri, includendo, a differenza dell'indicatore del consumo totale di alcol introdotto più recentemente, solo ed esclusivamente i consumi registrati e calcolati attraverso dati di produzione, importazione, esportazione e vendita, spesso dedotti dalla tassazione.
Il consumo di alcol *pro-capite* (rAPC) non include il consumo di alcol non registrato (*unrecorded alcohol consumption*), ovvero la quantità di alcol non tassato, quindi prodotto, distribuito o venduto al di fuori dei canali formali e dal controllo governativo, come quello prodotto illegalmente o privatamente (ad esempio tramite distillazione non dichiarata).
La quota di consumo *unrecorded*, non registrato, che sfuggirebbe alla valutazione puntuale del consumo effettivo di alcol, è stimata e inclusa come componente ulteriore da sommare alla quota di consumo *pro-capite* generando la stima del consumo totale di alcol espressa dall'indicatore *total Alcohol Per-capita Consumption*, (tAPC), utilizzato nel sistema di monitoraggio dei Sustainable Development Goals della Nazioni Unite (Agenda 2030) per la valutazione dell'andamento dell'obiettivo SDG 3.5 che mira alla riduzione del consumo pro-capite, del consumo dannoso (*harmful)*, della mortalità alcolattribuibile, come descritto nel dettaglio nel prossimo paragrafo. Per questo motivo, i valori di rAPC, sono complessivamente più bassi dell'indicatore tAPC che la WHO usa in via preferenziale per seguire l'andamento dei consumi di alcolici.
In questo paragrafo vengono riportati i valori del consumo di alcol pro-capite (rAPC).
I valori di consumo totale di alcol (tAPC) sono riportati separatamente nel prossimo paragrafo "Obiettivo di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite 3.5: riduzione del consumo dannoso di alcol".
Nella regione europea, la WHO ha introdotto un sistema di monitoraggio congiunto per i programmi "*Health 2020*", gli SDG, e gli indicatori relativi alle malattie non trasmissibili.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Questo sistema, in supporto agli Stati membri per misurare i progressi in modo coerente e tempestivo, include l'indicatore "Consumo totale di alcol *pro-capite* in soggetti con 15 anni e oltre in un anno solare". Tale indicatore si integra nei sistemi di monitoraggio delle strategie globali di prevenzione delle malattie non trasmissibili, che si propongono di ottenere, entro il 2025, una riduzione relativa di almeno il 10% nell'uso dannoso di alcol. Questo obiettivo è valutato attraverso vari parametri: la diminuzione del consumo, la prevalenza del consumo episodico eccessivo standardizzata per età e la riduzione di morbilità e mortalità legate all'alcol tra adolescenti e adulti.
Il **Grafico 1** riporta la serie storica del consumo pro-capite registrata (rAPC), così come riportata nel database ufficiale dell'OMS. I dati sono qui riferiti sino al 2019 per poter riportare separatamente le tendenze registrate nel periodo della Strategia degli SDGs che parte dal 2016 sino al 2030.

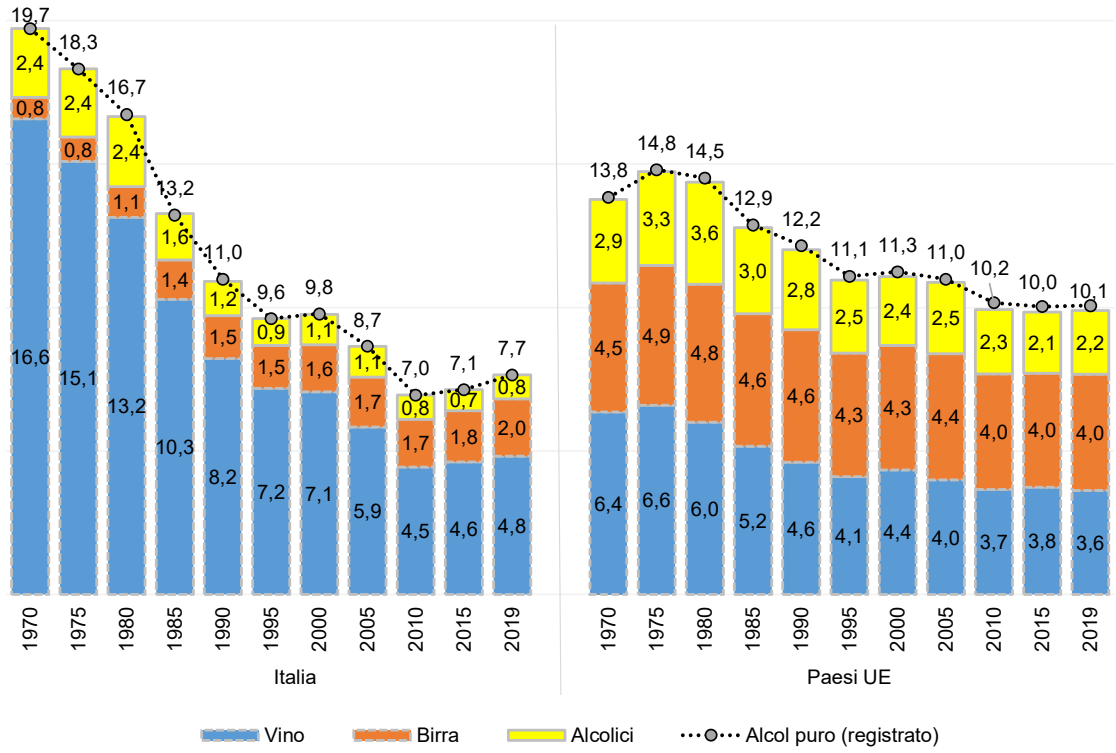
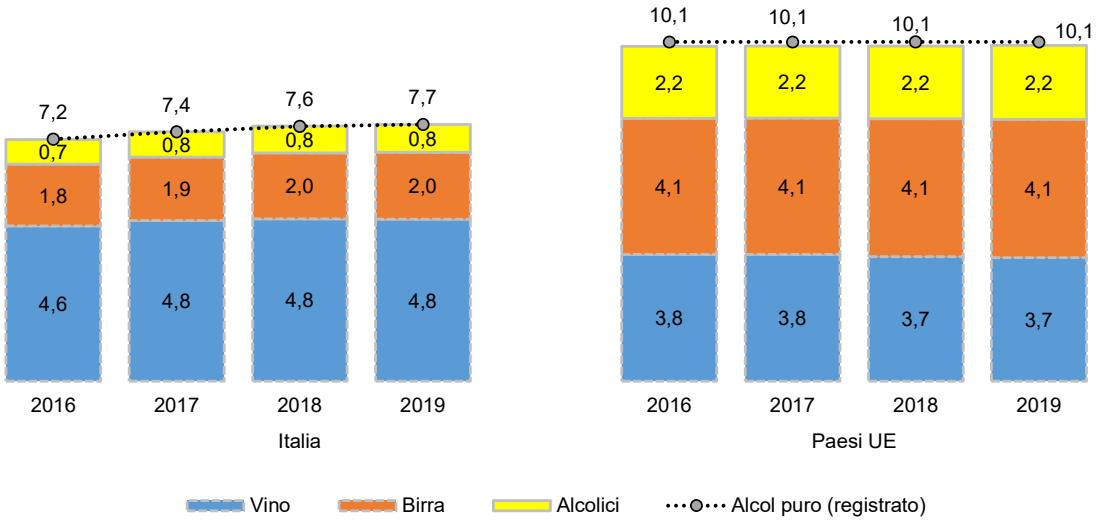


Grafico 1. Consumo di alcol puro in litri pro-capite annuali (rAPC) negli adulti di età superiore a 15 anni per tipologia di bevanda in Italia e nei Paesi europei (anni 1970,1975,1980,1985,1990,1995,2000,2005,2010,2015,2019).
Fonte: Elaborazione SISMA, ONA-ISS su dati Global Health Observatory – WHO

I grafici evidenziano differenze significative nel consumo di alcol puro pro-capite (rAPC) per tipologia di bevanda tra l'Italia e la media dei Paesi dell'UE. Il modello di consumo italiano si distingue non solo per il predominio del vino come principale bevanda alcolica, ma anche per una tendenza di riduzione più marcata rispetto alla media europea, un fenomeno tipico dei Paesi mediterranei.
Nei Paesi dell'Unione Europea (UE), il consumo *pro-capite* di alcol è aumentato fino agli anni '70, per poi diminuire progressivamente fino alla fine degli anni '90. Nonostante una riduzione del 10% del rAPC sembri un obiettivo realistico nel medio termine, i dati indicano che anche nazioni con consumi *pro-capite* inizialmente bassi, come l'Italia, hanno incontrato difficoltà nel mantenere un calo costante negli ultimi decenni.
In Italia, nel 1970, il consumo di alcol *pro-capite* era significativamente più elevato rispetto alla media europea (19,7 litri contro 13,8 litri). L'Italia è stata, tuttavia, la prima nazione dell'area europea della WHO a raggiungere l'obiettivo di riduzione del 25% stabilito dalle precedenti

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

strategie europee dell'European Alcohol Action Plan. Nei decenni seguenti si è verificata una riduzione marcata tra il 2000 e il 2010, e un successivo aumento con valori che nel 2019 sono tornati simili a quelli del 2005 (7,7 litri *pro-capite* nel 2019 rispetto ai 7,9 litri del 2005), annullando i progressi registrati nel decennio precedente.
In Italia, il calo del consumo complessivo di alcol puro *pro-capite* tra il 1970 e il 2019 è attribuibile soprattutto alla drastica riduzione del consumo di vino, che è passato da 16,58 litri nel 1970 a 4,83 litri nel 2019. Al contrario, il consumo di birra ha mostrato una crescita costante nello stesso periodo, passando da 0,8 litri nel 1970 a 2 litri nel 2019, segnalando un progressivo avvicinamento ai modelli di consumo di altri Paesi europei. Il consumo di superalcolici, invece, ha registrato un andamento più altalenante: è diminuito fino al 1995, raggiungendo un minimo di 0,9 litri, per poi oscillare leggermente, attestandosi a 0,8 litri nel 2019. Il 2020, l'anno della pandemia COVID-19 e non rappresentato nei grafici, è stata una parentesi complessa in tutto il mondo relativamente al consumo di alcolici e il lockdown, anche in Italia, ha influito sul calo temporaneo, ad esempio del consumo di vino, sebbene, come già accennato, non rappresentativo di un trend consolidato, e soprattutto in presenza di una verificata redistribuzione dei consumi pro-capite come dimostrato dai risultati della survey europea elaborati e pubblicati dall'Osservatorio Nazionale Alcol sugli Annali dell'ISS, che hanno verificato l'incremento del consumo tra i consumatori già a rischio e una riduzione tra i moderati. Nel 2020, così come per il consumo di vino, anche per la birra e i superalcolici si è registrata una lieve riduzione di consumo.
Nei Paesi dell'UE, l'andamento del rAPC ha seguito una traiettoria diversa: il consumo complessivo di alcol puro *pro-capite* è aumentato nei primi decenni del periodo analizzato per poi diminuire gradualmente, raggiungendo 10,1 litri nel 2019. La ripartizione tra le diverse tipologie di bevande alcoliche mostra una maggiore variabilità rispetto all'Italia. In particolare, il consumo di vino è diminuito significativamente tra il 1980 e il 1995, stabilizzandosi successivamente, mentre il consumo di birra e superalcolici ha subito oscillazioni, attestandosi rispettivamente 4 litri e 2 litri nel 2019.
Volendo valutare per l'Italia le tendenze registrate nel periodo più recente della Strategia degli SDGs che parte dal 2016 e arriva sino al 2030, focalizzando sull'andamento complessivo del consumo medio pro-capite di alcol puro registrato nel periodo che parte dal 2016 sino ai dati sinora validati e resi disponibili, una visione d'insieme è mostrato nella figura seguente (**Grafico 2**).



Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

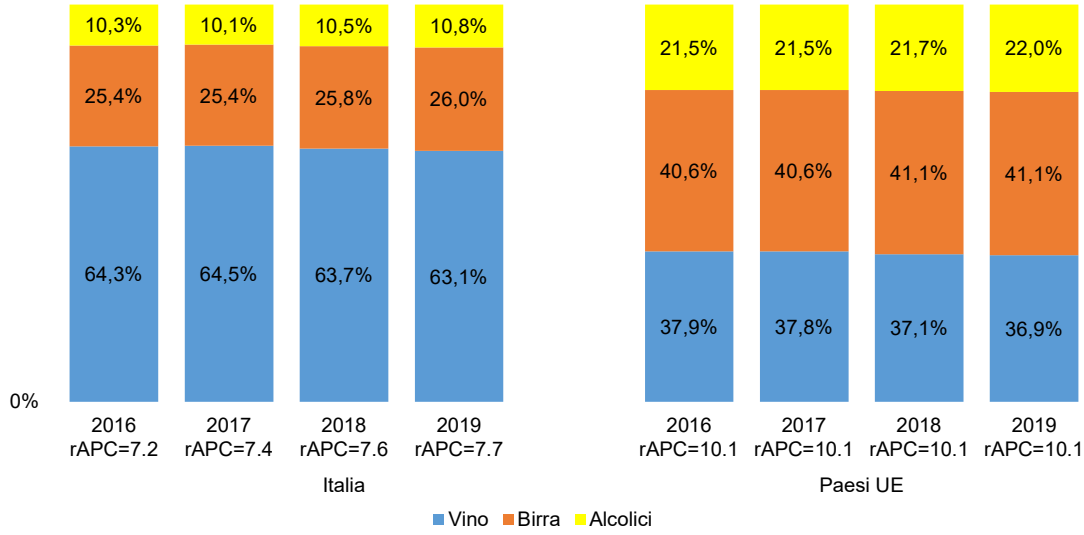


Grafico 2. Consumo di alcol puro in litri pro-capite annuali (rAPC) e apporto (%) delle singole bevande alcoliche consumate negli adulti di età superiore a 15 anni in Italia e nei Paesi europei (anni 2016,2017,2018,2019).
Fonte: Elaborazione SISMA, ONA-ISS su dati Global Health Observatory – WHO

La tendenza di periodo appare inserita per l'Italia in un canale di progressiva e continua crescita e di sostanziale stabilità per i Paesi UE a testimoniare il disimpegno nell'adozione di politiche di prevenzione di salute pubblica o l'inefficacia delle strategie, dei piani, delle misure adottate.
La stima più recente, non inserita nel grafico ma anticipata dall'OMS nel corso di riunioni tecniche governative e prossime alla pubblicazione, è di circa 7,5 litri pro-capite di alcol puro stimato nel 2020 con un incremento del 4,2 % circa che ha aumentato di 0,3 litri/anno/pro-capite il valore di 7,2 lt/pro-capite del 2016. Tale stima del consumo pro-capite *recorded*, registrato, verrà analizzato nel paragrafo successivo anche attraverso l'ulteriore indicatore del consumo totale pro-capite che include la quota *unrecorded*, non registrata, e che ovviamente aumenta ulteriormente il consumo individuale di alcol puro. E' in corso di ricostruzione da parte della OMS la serie puntuale degli anni intercorrenti dal 2016 ad oggi di cui la Global Survey lanciata nel 2024 ha raccolto i dati ora in corso di validazione da parte dell'Osservatorio Nazionale Alcol e di cui a giugno 2025 è prevista la pubblicazione nel database delle Nazioni Unite degli indicatori SDG, l'inclusione nelle WHO World Health Statistics 2025 e resi accessibili sul WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) e sul SISMA online (**https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/trend2**)
La possibilità di confrontare i modelli di consumo alcolico, in Italia come nei vari Paesi UE, è cruciale per stimolare l'adozione di politiche coordinate che favoriscano il raggiungimento degli SDG in Europa. È però necessario tenere conto delle differenze culturali nei comportamenti di consumo e nella preferenza per specifiche tipologie di bevande alcoliche, che riflettono le peculiarità delle tradizioni nazionali.
Questi dati sottolineano l'evoluzione distinta dei modelli di consumo di alcol tra Italia e Paesi dell'UE, riflettendo non solo differenze culturali e gastronomiche, ma anche l'impatto delle politiche di salute pubblica e delle trasformazioni sociali.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

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

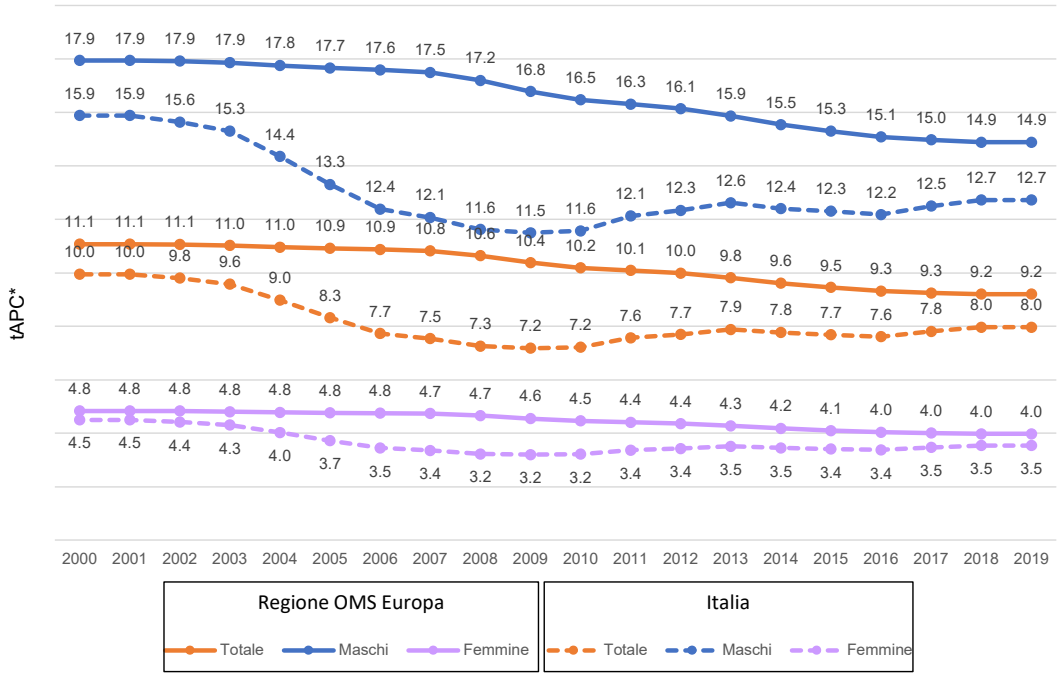
Il consumo di alcol mina l'impegno delle Nazioni Unite al raggiungimento di molti SDG sostenibili, influenzando una serie d'indicatori riguardanti la salute. Può infatti avere ripercussioni sulla diffusione di malattie infettive, sull'incidenza degli infortuni stradali, sulla salute dei bambini nonché un'ampia gamma di indicatori relativi allo sviluppo economico e sociale, all'ambiente e all'uguaglianza.
Secondo la WHO, gli attuali consumi di alcol nella Regione Europea e nel mondo hanno un impatto negativo su 13 di 17 SDG e su un totale di 52 obiettivi presenti in tutte e tre le dimensioni dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite (economica, sociale e ambientale). Influenzano una serie di indicatori relativi alla salute, come la salute dei bambini, le malattie infettive (in particolare HIV, epatiti virali e tubercolosi), le principali malattie non trasmissibili, la salute mentale, l'incidentalità stradale, nonché un'ampia gamma di indicatori relativi allo sviluppo economico e sociale, all'ambiente e all'uguaglianza (per eventuali ulteriori approfondimenti sugli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite).
Il solo fatto che tra i SDG sia incluso un target specifico sul consumo dannoso di alcol (3.5: rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e l'uso dannoso di alcol) dimostra il ruolo chiave dell'alcol nell'agenda di sviluppo globale e la necessità di supportare azioni di contrasto al consumo.
In particolare, il Target 3.5 si concentra specificamente sulla riduzione dell'uso dannoso di alcol, che è identificato come uno dei fattori chiave di rischio per la salute globale.
L'impatto negativo del consumo di alcol si manifesta attraverso l'aumento della morbilità e mortalità dovuta a malattie non trasmissibili, come le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie epatiche e i disturbi neuropsichiatrici, nonché attraverso l'incremento degli incidenti stradali, della violenza e delle lesioni autoinflitte.
In tutto il mondo, 2,6 milioni di decessi sono stati attribuibili al consumo di alcol nel 2019, rappresentando il 4,7% di tutti i decessi di quell'anno. Il carico di malattie attribuibili all'alcol è più pesante tra i maschi: 2 milioni di decessi attribuibili all'alcol e il 6,9% di tutti gli anni di vita persi per invalidità (*Daily Adjusted Life Years*, DALY) tra i maschi e 0,6 milioni di decessi e il 2,0% di tutti i DALY tra le femmine nel 2019. A livello globale, si stima che 400 milioni di persone, ovvero il 7% della popolazione mondiale di età pari o superiore a 15 anni, vivano con disturbi da uso di alcol e si stima che 209 milioni (il 3,7% della popolazione mondiale adulta) vivano con dipendenza da alcol, con differenze sostanziali nel numero di persone colpite nelle diverse regioni della WHO. I giovani sono colpiti in modo sproporzionato dal consumo di alcol, con la più alta percentuale (13,0%) di decessi attribuibili all'alcol, tra tutti i decessi nel 2019, tra le persone di età compresa tra 20 e 39 anni.
Numerosi sono i documenti strategici internazionali per sostenere gli Stati membri nel contrasto al consumo dannoso di alcol, tra questi, la "Strategia dell'UE per sostenere gli Stati membri nella riduzione dei danni correlati all'alcol" e il "Piano d'azione europeo della WHO per ridurre l'uso dannoso di alcol 2012-2020", supportate dalla "Strategia globale per ridurre l'uso dannoso dell'alcol".
In Italia, tali documenti hanno sollecitato lo sviluppo di sistemi locali di monitoraggio per valutare l'impatto sociale e sanitario del consumo di alcol e adattare le misure adottate alle esigenze emergenti.
In questo contesto, l'indicatore 3.5.2, il "*Total Alcohol Per Capita Consumption*" (tAPC), fa parte dell'obiettivo 3 dei SDG, e rappresenta uno strumento fondamentale per monitorare i progressi verso il raggiungimento del Target 3.5. Il tAPC, definito dalla WHO, misura il consumo annuale di alcol puro *pro-capite* tra le persone di età pari o superiore ai 15 anni ed è fortemente correlato all'uso dannoso di alcol. Questo indicatore tiene conto dei consumi registrati attraverso dati relativi a produzione, importazione, esportazione e vendita, includendo anche il consumo non registrato,

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

che può essere rilevante in alcuni contesti nazionali, soprattutto nei Paesi con economie emergenti o con una cultura del consumo di alcol prodotto artigianalmente.
Il tAPC si ottiene sommando la media triennale *pro-capite* (15+) del consumo di alcol registrato e una stima del consumo di alcol non registrato *pro-capite* (15+) per un anno solare, corretta per il consumo turistico che tiene conto dei turisti che visitano il paese e degli abitanti che visitano altri paesi. Il consumo di alcol registrato e non registrato differisce in quanto quest'ultimo riflette la quantità di alcol non tassato che viene prodotto, distribuito o venduto al di fuori dei canali formali e quindi fuori dal controllo governativo. L'alcol non registrato può essere prodotto, venduto e acquistato legalmente o illegalmente: nei paesi dell'UE+ si tratta un grande gruppo eterogeneo di prodotti che variano tra e all'interno dei Paesi.
Si possono distinguere quattro ampie categorie di alcol non registrato:
1 - bevande alcoliche fatte in casa (legali e illegali);
2- alcol prodotto illegalmente, prodotti alcolici contraffatti, o alcol prodotto informalmente che non è stato dichiarato alle autorità statali per evitare la tassazione;
3- prodotti alcolici non destinati o non ufficialmente destinati al consumo umano, ma consumati come alcol surrogato (come alcolici medicinali o cosmetici);
4- alcol che viene portato oltre il confine (contrabbandato o portato legalmente, ma registrato in un'altra giurisdizione).

L'importanza del tAPC come indicatore nei SDG risiede nella sua capacità di fornire dati affidabili e comparabili tra le nazioni, evidenziando le tendenze del consumo di alcol nel tempo.
Questo permette di valutare l'efficacia delle politiche pubbliche, come le strategie di tassazione, le regolamentazioni pubblicitarie e le campagne di sensibilizzazione.
L'obiettivo stabilito dalla Strategia Globale per la riduzione dell'uso dannoso di alcol della WHO prevede una riduzione relativa del 10% nel consumo *pro-capite* entro il 2025, in linea con il Piano d'Azione Globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 e con i SDG.
Nel 2019, la WHO ha stimato che il tAPC nella Regione Europea della WHO fosse di 9,2 litri (M=14,9, F=4,0), mentre in Italia il tAPC era di 8,0 litri (M=12,7; F=3,5) (**Grafico 3**).
È importante precisare che, in questa elaborazione, sono stati riportati i dati della più vasta Regione Europea della WHO anziché quelli dell'Unione Europea, come invece fatto per l'APC registrato. Questo perché il tAPC non è disponibile per l'UE nel suo complesso, ma solo per i singoli Paesi (i cui dati sono riportati successivamente).
Poiché la Regione Europea dell'OMS include 53 Stati, tra cui alcuni con un consumo di alcol molto basso, come Tagikistan, Azerbaigian, Turkmenistan, Kirghizistan, Uzbekistan, Turchia e Israele; l'indicatore risulta inferiore rispetto a quello dell'UE.
Come mostrato dalla figura, l'andamento dell'indicatore in Italia e nella Regione Europea della WHO è molto diverso: mentre il tAPC in Europa è diminuito lentamente tra il 2000 e il 2019, sia per gli uomini che per le donne, in Italia c'è stata una rapida diminuzione tra il 2000 e il 2010, arrivando a 7,2 litri, seguita da un aumento che ha riportato l'indicatore al valore di 8 litri.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN



* il dato è calcolato sulla media dei tre anni precedenti (vedi informazioni su *Global Health Observatory* – WHO).

Grafico 3. Consumo di alcol totale pro-capite (tAPC) in litri di alcol puro negli adulti di età pari o superiore a 15 anni in Italia e nei Paesi europei dal 2000 al 2019*.
Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati Global Health Observatory – WHO

A seguito dell'elaborazione da parte dell'OMS delle nuove stime della quota del consumo non registrato (unrecorded) per il periodo soggetto a monitoraggio dell'indicatore SDG 3.5.2, e al fine di valutare la riduzione del 10% rispetto alla linea di base del 2016 prevista dallo SDG 3.5.2, è stata analizzata la serie temporale del consumo totale pro capite derivante dalla somma del consumo recorded (rAPC) e di quello unrecorded per il periodo 2016-2019.
Nel confronto tra il 2016 e il 2019 la variazione percentuale del consumo totale pro.capite/anno risulta pari al 4,7%, valore sicuramente in controtendenza rispetto ad una attesa riduzione che dovrebbe portare a -10% nel 2025. Dai dati dell'ONA, pertanto, dal confronto reso plausibile dalle variazioni percentuali calcolate tra il 2016 e il 2019, risulta che l'Italia non abbia raggiunto l'obiettivo intermedio del 2025 SDG 3.2.5.
L'aumento del 4,7 % del consumo totale di alcol *pro-capite* rispetto al 2016 risulta ancora più preoccupante se confrontato con gli altri paesi dell'Unione Europea: solo un terzo degli Stati membri (10 su 27) ha registrato un aumento dei consumi, e tra questi l'Italia è seconda solo alla Lettonia, collocandosi nell'area delle Nazioni dell'Europa dell'Est, una regione storicamente caratterizzata da gravi problemi legati all'alcol e da modelli di consumo ben diversi da quelli di tutti i paesi dell'area mediterranea che non a caso, hanno ridotto il consumo anche a fronte di politiche attuate che in Italia non hanno visto definizione e implementazione. Ad esempio, la Grecia e la Francia hanno riportato una diminuzione rispettivamente del 3,0% e del 2,6%, il Portogallo dell'1% circa, la Slovenia del 2,9 % (**Grafico 4**).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

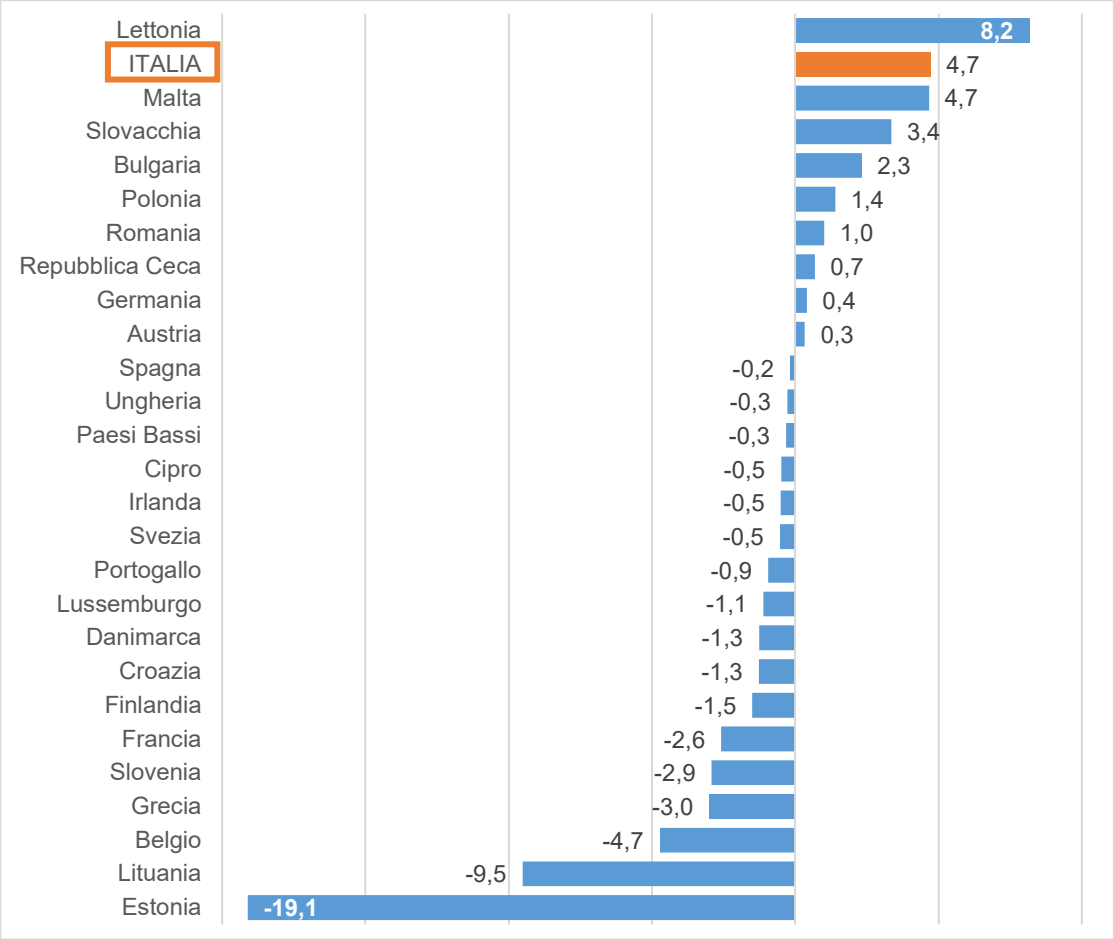


Grafico 4. Variazione (%) del consumo totale di alcol *pro-capite* (tAPC) in litri di alcol puro (S.D.G 3.5.2) negli adulti di età maggiore o uguale a 15 anni in Italia e nei Paesi UE tra il 2016 e il 2019.
Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* - WHO

Volendo valutare per l'Italia le ulteriori tendenze registrate nel periodo più recente della Strategia delle Nazioni Unite degli SDGs, focalizzando sull'andamento complessivo del consumo medio totale pro-capite di alcol puro, comprensivo della quota recorded e unrecorded, la stima più recente, anticipata dall'OMS nel corso di riunioni tecniche governative e prossime alla pubblicazione, è, come abbiamo visto, di circa 7,5 litri (arrotondato al primo decimale) pro-capite di alcol puro stimato nel 2020 per la quota recorded a cui si aggiunge la stima di 0,5 litri (arrotondato al primo decimale) di alcol puro pro-capite per la quota unrecorded. La stima del consumo medio pro-capite totale ha superato nel 2020 la quota di 8 litri/anno/pro-capite di alcol puro con un incremento del 6,6 % del consumo che ha aumentato, quindi, di 0,5 litri/anno/pro-capite il valore di 7,6 lt/anno/pro-capite del 2016, in oggettiva ulteriore controtendenza rispetto all'attesa riduzione del 10 % da registrare entro il 2025. E' in corso di ricostruzione da parte dell'OMS la serie puntuale degli anni intercorrenti dal 2016 ad oggi di cui la Global Survey lanciata nel 2024 ha raccolto i dati ora in corso di validazione da parte dell'Osservatorio Nazionale Alcol e di cui a giugno 2025 è prevista la pubblicazione nel database delle Nazioni Unite degli indicatori SDG, l'inclusione nelle WHO World Health Statistics 2025 e resi accessibili sul WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) e sul SISMA online (**https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/trend2**).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Una considerazione finale è relativa alla revisione tecnica dei dati di consumo da parte della OMS, anticipata informalmente agli Stati Membri e validata per l'Italia dall'ONA, che verrà pubblicata a maggio dalla WHO a livello internazionale. Sulla base dei dati preliminari della WHO si osserva un ulteriore incremento del consumo *pro-capite* tra il 2020 e il 2022, che porterebbe a un aumento totale rispetto al 2016 del 9,46%, dato oggettivamente opposto e in forte controtendenza rispetto al calo atteso del 10% dell'indicatore SDG 3.5.2
Secondo il recente rapporto delle Nazioni Unite sui SDG del 2024, per quanto riguarda il raggiungimento dell'obiettivo 3.5, nonostante sia stato riscontrato un moderato processo d'implementazione, è necessario accelerare nell'implementazione efficace delle misure di contrasto ai danni alcol-correlati. Lo stesso rapporto focalizza inoltre l'attenzione sul fatto che i dati sull'accesso alle cure per le persone con disturbi legati al consumo di alcol indicano una situazione molto grave, in quanto il trattamento raggiunge solo quote marginali di persone con disturbi legati all'alcol, con una copertura che va dallo 0,3% a un massimo del 14% nei diversi paesi che hanno fornito i dati. Considerando che circa 283 milioni di persone, ovvero il 5% della popolazione adulta, convive con disturbi dovuti al consumo di alcol, centinaia di milioni di persone restano senza le cure necessarie.

Consumo fra i soli bevitori

Sebbene il tAPC sia un ottimo indicatore del livello di consumo di alcol in un paese, esso costituisce una media per l'intera popolazione, indipendentemente dal fatto che le persone consumino alcol o meno. Il calcolo dell'APC totale tra i soli bevitori (*drinkers only*) fornisce un quadro più accurato del consumo di alcol e rappresenta la quantità media di alcol puro consumata da chi beve alcolici in una popolazione, escludendo chi non consuma alcol e per questo il *Global Health Observatory*, GHO della WHO ha introdotto questo indicatore nel monitoraggio del gruppo di indicatori relativi ai livelli di consumo. Di seguito sono riportati i dati relativi unicamente all'Italia in quanto nel sistema GHO non è presente un'analisi sul dato europeo aggregato (interrogazione solo per singoli paesi).Il consumo *drinkers only per capita* è definito come la quantità totale (registrata e non registrata) di alcol consumata da ogni bevitore adulto (15+ anni) in un anno solare, in litri di alcol puro, e viene calcolato dividendo il consumo totale *pro-capite* (tAPC) per la proporzione della popolazione che consuma alcol. Questo indicatore fornisce una misura più precisa dell'intensità del consumo tra i bevitori attivi. Per esempio, un paese con un basso tAPC e con una piccola percentuale di bevitori, potrebbe comunque mostrare un elevato consumo *pro-capite* tra i *drinkers only*. Questo dato è essenziale per valutare comportamenti di rischio all'interno di specifici gruppi e per progettare interventi mirati. I dati di consumo di alcol totale *pro-capite* in Italia fra i soli bevitori (**Grafico 5**) mostrano tra il 2000 e il 2019, un andamento analogo a quello evidenziato in tutta la popolazione, (bevitori e non) ovvero un periodo in cui si è registrato un calo dei consumi con un minimo tra il 2009 e il 2010, e una successiva risalita fino al 2019. Come per gli altri indicatori, stime più aggiornate sono in corso di validazione e saranno in gran parte rese pubbliche nel corso dell'Assemblea Mondiale di Sanità di maggio.
È da segnalare che per tutti le stime sono in corso valutazioni supplementari per garantire la qualità dei dati nel corso della pandemia, in particolare per l'anno 2020 la cui intuitiva deflessione nella serie storica potrebbe influire nella tendenza complessiva del trend. A titolo di esempio, stime informali preliminari e non validate, mostrano che nel 2020 il consumo totale di alcol *pro-capite* fra i soli bevitori è stato di 9,52 litri di alcol puro, 13,6 per i maschi e 4,7 per le femmine, mostrando, come atteso, numeri sensibilmente più alti rispetto al tAPC calcolato nell'intera popolazione, tendenza, come già specificato da verificare.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

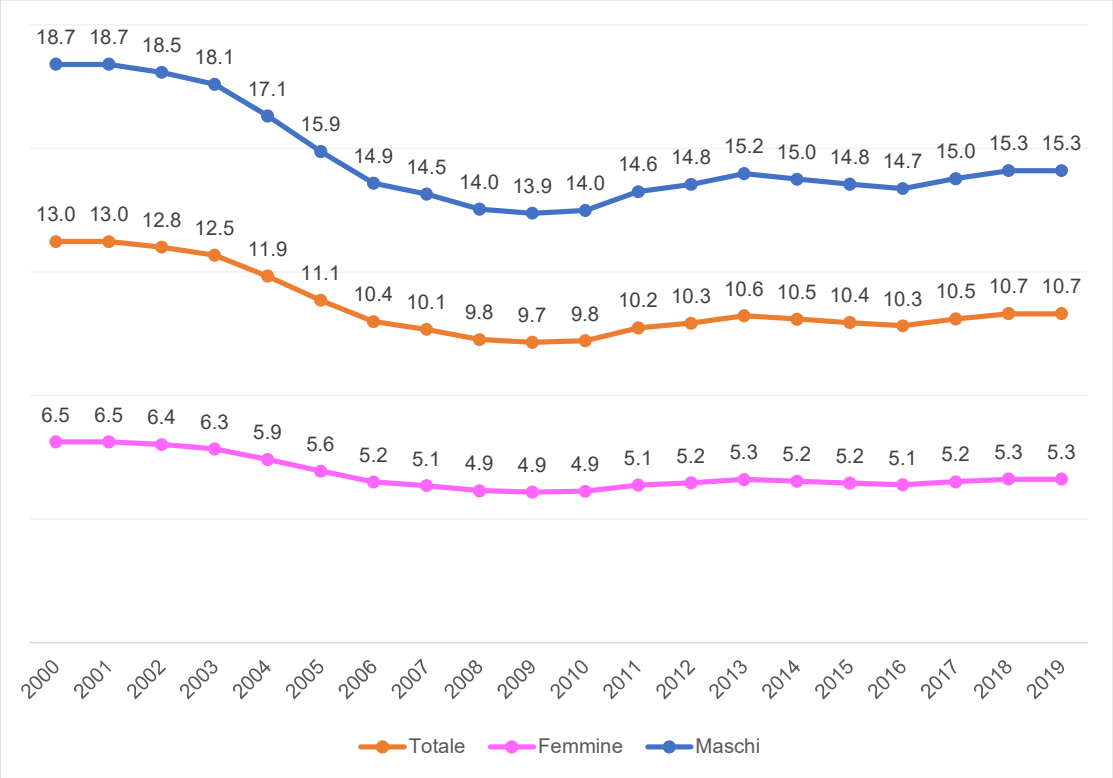


Grafico 5. Consumo di alcol totale *pro-capite* (tAPC*) fra i soli bevitori negli adulti di età pari o superiore a 15 anni in Italia dal 2000 al 2020*.
Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* - WHO
*il dato è calcolato sulla media dei tre anni precedenti, vedi informazioni su *Global Health Observatory* - WHO.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

1.2 *IL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NELLA POPOLAZIONE ITALIANA*

La valutazione dell'esposizione al rischio alcol correlato si basa sull'uso di un sistema d'indicatori validati a livello nazionale ed europeo a cui contribuiscono l'ISTAT, con le statistiche desumibili dall'indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", e l'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il Ministero della Salute.
Secondo i dati ISTAT nel corso del 2023 il 67,3% della popolazione italiana di 11 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica (pari a 35 milioni e 939 mila persone), con una prevalenza maggiore tra i maschi (77,5%) che tra le femmine (57,6%).
Il 18,4% dei consumatori (9 milioni 812 mila persone) beve quotidianamente (26,9% tra i maschi e 10,3% tra le femmine).
Nel 2023 è stabile, rispetto all'anno precedente, il consumo di alcol nell'anno (67,1% nel 2022 e 67,3% nel 2023) e si riduce lievemente il consumo giornaliero (19,3% nel 2022 e 18,4% nel 2023), mentre in lieve aumento il consumo fuori pasto (31,7% nel 2022 e 32,4% nel 2023) e il consumo occasionale (47,9% nel 2022 e 48,9% nel 2023).
Nell'arco degli ultimi dieci anni, dal 2013 al 2023 (**tab.1**), l'ISTAT ha rilevato:
- un aumento dei consumatori nell'anno (dal 64,6% al 67,3%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 23,6% al 18,4%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 41,0% al 48,9%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 26,0% al 32,4%).

Tabella 1. Persone 11 anni e più per consumo di bevande alcoliche nell'anno, tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto, sesso e classe d'età. Anni 2013 e 2023 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso e classe d'età)

CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE	11-17		18-24		25-44		45-64		65 e più		Totale	
	2013	2023	2013	2023	2013	2023	2013	2023	2013	2023	2013	2023
MASCHI												
Nell'anno	23,7	17,8	77,0	75,4	83,1	84,1	84,6	84,6	79,0	81,2	77,5	77,5
Tutti i giorni	*0,8*	*1,1*	*13,9*	*8,4*	*27,6*	*18,4*	*42,9*	*31,4*	*52,6*	*44,3*	*34,4*	*26,9*
Occasionalmente	*22,9*	*16,7*	*63,2*	*67,0*	*55,5*	*65,6*	*41,7*	*53,1*	*26,4*	*36,9*	*43,1*	*50,7*
Fuori pasto	10,9	6,8	50,6	50,0	48,4	56,8	35,8	44,0	23,4	29,3	36,4	41,3
FEMMINE												
Nell'anno	17,1	13,3	58,7	67,9	58,8	68,9	55,5	62,5	44,0	50,2	51,2	57,6
Tutti i giorni	*0,4*	*0,5*	*3,6*	*2,9*	*7,2*	*6,5*	*14,7*	*11,0*	*18,7*	*16,9*	*11,8*	*10,3*
Occasionalmente	*16,7*	*12,8*	*55,1*	*65,0*	*51,6*	*62,4*	*40,8*	*51,5*	*25,2*	*33,3*	*39,5*	*47,3*
Fuori pasto	7,2	5,6	37,4	42,5	23,9	40,8	13,2	23,4	5,6	9,9	15,8	23,9
MASCHI E FEMMINE												
Nell'anno	20,6	15,7	68,0	71,7	71,0	76,6	69,7	73,4	59,1	63,9	63,9	67,3
Tutti i giorni	*0,6*	*0,8*	*8,8*	*5,7*	*17,4*	*12,5*	*28,5*	*21,1*	*33,3*	*29,0*	*22,7*	*18,4*
Occasionalmente	*20,0*	*14,9*	*59,2*	*66,0*	*53,6*	*64,1*	*41,2*	*52,3*	*25,7*	*34,9*	*41,2*	*48,9*
Fuori pasto	9,1	6,2	44,1	46,3	36,1	48,9	24,2	33,5	13,3	18,5	25,8	32,4

Fonte: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2013 e 2023

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

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

nel decennio gli incrementi nella quota di donne consumatrici che, per il consumo occasionale passano dal 39,5% al 47,3% e che passano dal 15,8% al 23,9% per il consumo fuori pasto.

Bevande alcoliche consumate dagli italiani nel 2023

Nel 2023, beve **vino** il 55,1% della popolazione di 11 anni e più, di cui 65,5% maschi e 45,2% femmine. Nella stessa popolazione considerata, beve **birra** il 51,1%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile pari al 64,2% rispetto al 38,7% di quella femminile. Gli **aperitivi alcolici, amari e superalcolici** sono consumati, nel 2023, dal 48,4% della popolazione di 11 anni e più (58,5% degli uomini e il 38,8% delle donne).
Nel 2023 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche che hanno bevuto vino sono stati il 16,0% (23,0% maschi e 9,3% femmine), mentre quelli che hanno bevuto **birra** il 5,0% (8,2% maschi e 1,9% femmine) ed infine hanno bevuto **aperitivi, amari, superalcolici** lo 0,8% (1,3% maschi e 0,3% femmine) (**Tab.2**).
Nel tempo si assiste anche a sensibili cambiamenti, in tutte le classi di età, nel tipo di bevande consumate. Il consumo esclusivo di vino e birra diminuisce in quasi tutte le fasce di età, mentre aumenta l'abitudine a consumare altri alcolici insieme al vino e alla birra.

Tabella 2. Persone di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno e consumo giornaliero per tipo di bevanda alcolica (vino, birra, aperitivi, amari e superalcolici) e sesso. Anno 2023 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso)

TIPO DI BEVANDA ALCOLICA	Consumo di bevande alcoliche					
	Maschi		Femmine		Maschi e femmine	
	Nell'anno	*di cui tutti i giorni*	Nell'anno	*di cui tutti i giorni*	Nell'anno	*di cui tutti i giorni*
Vino	65,5	23,0	45,2	9,3	55,1	16,0
Birra	64,2	8,2	38,7	1,9	51,1	5,0
Aperitivi, amari, superalcolici	58,5	1,3	38,8	0,3	48,4	0,8
Totale	**77,5**	**26,9**	**57,6**	**10,3**	**67,3**	**18,4**

Fonte: Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2023

Si consuma più alcol nelle regioni del Nord

Il consumo di alcol nell'anno è più forte nelle regioni del Nord (il 69,1%), specialmente tra i maschi (78,3%). Anche la quota più elevata di consumatori giornalieri si concentra in questa area del Paese (quasi il 20%).
Considerando l'ampiezza demografica dei Comuni, la quota di consumatori nell'anno è più elevata nei Comuni centro dell'area metropolitana e quella dei consumatori giornalieri è più alta nei Comuni fino a diecimila abitanti.

Il consumo di alcol aumenta al crescere del titolo di studio

Tra le persone di 25 anni e più, la quota di consumatori di bevande alcoliche aumenta al crescere del titolo di studio conseguito. Ciò avviene soprattutto per le donne: tra quelle con licenza elementare consuma alcol almeno una volta all'anno il 41,3%, quota che sale al 75,4% fra le laureate. Le differenze di genere, pur permanendo, diminuiscono all'aumentare del titolo di studio, anche a parità di età. Andamento inverso ha, invece, il consumo quotidiano, che risulta crescente al diminuire del titolo di studio, per entrambi i sessi ma soprattutto per gli uomini.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

I MODELLI DI CONSUMO DEI GIOVANI

Nel 2023, il 46,5% dei ragazzi e il 41,9% delle ragazze di età compresa tra 11 e 24 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; rispetto al 2013 si rileva una diminuzione della prevalenza tra i ragazzi (-4,5 punti percentuali) e, viceversa, un aumento tra le ragazze (+2,7 punti percentuali). Nella fascia di età 11-24 anni è soprattutto diffusa la consuetudine di bere alcolici fuori dai pasti (più di 1 ragazzo su 4 ha questa abitudine), anche con una frequenza di almeno una volta a settimana, ciò indica un comportamento nel consumo di alcol adottato in modo abituale e potenzialmente a rischio. Pertanto, possiamo considerare il consumo di alcol tra i giovani, a tutt'oggi, una criticità che suggerisce di mantenere alta l'attenzione su questa fascia di popolazione. I comportamenti a rischio sul consumo di alcol nella popolazione giovanile sono particolarmente diffusi nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni. Il fenomeno è differenziato per genere, con valori più elevati tra i ragazzi, sebbene nel tempo stia aumentando in modo significativo il numero di ragazze in questa fascia di età con comportamenti di consumo a rischio.
Nel 2022 il consumo abituale eccedentario nella stessa classe di età era l'1,6%, di cui il 2% maschi e l'1,1% femmine. Nel 2023 il consumo abituale eccedentario, nella classe di età 18-24 anni è stato il 2,1%, di cui il 2,7% maschi e l'1,5% femmine. Tra i comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche tra i giovani il ***binge drinking*** rappresenta l'abitudine più diffusa e consolidata. Nel 2022 il fenomeno del *binge drinking* riguardava il 15% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 18,9% erano maschi e il 10,8% erano femmine. Nel 2023 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il 14,5% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 18,7% maschi e il 10,1% femmine.

Tabella 3. Persone di 11-24 anni per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche, sesso e classe d'età. Anno 2023 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso e classe d'età)

Classe di età	Almeno un comportamento di consumo a rischio			Tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche					
				Consumo abituale eccedentario			Binge drinking		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11-15	9,1	6,6	7,9	9,1	6,6	7,9	0,9	1,5	1,2
16-17	39,2	30,7	35,3	39,2	30,7	35,3	3,7	3,5	3,6
11-17(*)	17,8	13,3	15,7	17,8	13,3	15,7	1,7	2,1	1,9
18-19	17,6	9,6	13,5	1,9	1,8	1,9	16,4	8,3	12,3
20-24	21,1	11,8	16,6	2,9	1,4	2,2	19,6	10,9	15,4
18-24	20,1	11,2	15,7	2,7	1,5	2,1	18,7	10,1	14,5

(*) per le persone di 11-17 anni si considera a rischio il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno.
Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2023

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni, in Italia con la Legge 8.11.2012 n.189 vige il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, da ciò si deduce che i giovani di età inferiore ai 18 anni che consumano anche una sola bevanda alcolica durante l'anno presentano un comportamento a rischio nel consumo di alcol. È assolutamente rilevante, quindi, il fatto che nella fascia di età 11-17 anni il 15,7% abbia consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno, valore che dovrebbe invece tendere allo zero. In questa fascia d'età, il 2,8% ha le abitudini più rischiose perché si caratterizza per un consumo giornaliero di bevande alcoliche e/o per l'abitudine al *binge drinking* e/o per il consumo fuori pasto almeno settimanale, mentre il 12,9% ha un consumo più occasionale (beve almeno una bevanda alcolica nell'anno o ha un consumo fuori pasto occasionale). C'è da osservare come in questa fascia di età si osservino differenze di genere meno marcate e i comportamenti di consumo delle ragazze sono quasi sovrapponibili a quelli dei ragazzi.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

I MODELLI DI CONSUMO DEGLI ANZIANI

Nella fascia di popolazione anziana è ormai consolidata l'abitudine a consumare bevande alcoliche soprattutto durante i pasti, questo fenomeno è da sempre parte della tradizione italiana.
Con l'avanzare dell'età, tuttavia, troppo spesso non si tiene in considerazione che il fisico risponde diversamente rispetto alla tossicità dell'alcol e che i cambiamenti sopraggiunti nell'organismo a partire dai 65 anni rendono le persone ancora più vulnerabili perché si riduce la capacità di metabolizzare (digerire) l'alcol, si riduce la quantità di acqua presente nell'organismo e di conseguenza si ha una minore capacità di diluire l'alcol e tollerarne gli effetti, inoltre spesso si assumono farmaci. Per ridurre il rischio per la salute degli ultra 64enni, è importante rispettare ciò che suggeriscono i LARN, le linee guida nutrizionali, il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, la Società Italiana di Alcologia e cioè di non superare il limite giornaliero di consumo pari a 1 UA (12 grammi di alcol) senza distinzioni tra uomini e donne in stato di buona salute.
Nel 2023 il 63,9% delle persone di 65 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 81,2%; F: 50,2%). La prevalenza dei consumatori ultra 64enni nel 2023 è stata più elevata per il vino (M: 74,7%; F: 44,0%) e decisamente più alta rispetto alla prevalenza dei consumatori di birra (M: 53,8%; F: 24,8%) per entrambi i sessi; valori molto più bassi sono stati calcolati per il 2023 per le prevalenze dei consumatori di amari (M: 34,8%; F: 11,5%), di aperitivi alcolici (M: 28,4%; F: 11,6%) e di superalcolici (M: 26,7%; F: 7,6%) (**Tab.5**).
Nel corso degli ultimi anni, sia tra gli uomini che tra le donne ultra sessantaquattrenni si sono registrate delle oscillazioni dei valori di prevalenza dei consumatori delle bevande alcoliche che tuttavia non hanno mai evidenziato particolari variazioni significative degli andamenti nel tempo, sebbene si vada comunque segnalando anche in questa fascia di età una tendenza all'aumento delle prevalenze di consumo tra le donne come registrato nelle altre classi di età. Il comportamento a rischio più diffuso tra gli anziani è il consumo abituale eccedentario, verosimilmente in virtù della mancata conoscenza da parte delle persone dei limiti da non superare per non incorrere in problemi con la salute.
In totale si stima che nell'anno 2023 siano stati 2.541.000 le persone di 65 anni e più che hanno adottato almeno un comportamento di consumo a rischio per la loro salute di cui 1.877.000 uomini e 664.000 donne, pari al 30,2% e 8,5% rispettivamente. La prevalenza dei consumatori abituali eccedentari nel 2023 è stata pari al 28,3% degli uomini e il 7,4% delle donne. Hanno inoltre dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti il 29,3% degli uomini e il 9,9% delle donne.

Tabella 4. Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2023)

	65-74		75-84		≥85		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	83,5	54,3	81,1	48,3	71,4	43,2	81,2	50,2
Consumatori di vino	75,1	46,4	76,2	42,6	68,3	40,6	74,7	44
Consumatori di birra	61,2	32,3	49,7	21	33,2	12,6	53,8	24,8
Consumatori di amari	39,1	14,5	32,4	9,9	22,3	7,1	34,8	11,5
Consumatori di aperitivi alcolici	34,8	16,1	24,1	9,1	12	5	28,4	11,6
Consumatori di super alcolici	31,4	9,6	24,5	6,2	13,5	5,1	26,8	7,6
Consumatori di alcolici fuori pasto	33,3	11,6	26,5	8,3	19,8	8,9	29,3	9,9
Almeno un comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche (Consumo abituale eccedentario/Binge drinking)	31,2	8,5	30,6	8,8	25,1	7,8	30,2	8,5
Consumatori abituali eccedentari	28,6	7,6	29,2	7,5	24,4	6,9	28,3	7,4

Fonte: ISTAT - Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2023

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

1.3 COMPORTAMENTI A RISCHIO
Le analisi dell'Istituto Superiore di Sanità

CONSUMI NELLA POPOLAZIONE ITALIANA GENERALE

L'ONA-ISS, come previsto dalle attività del sistema di monitoraggio alcol SISMA previste dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 3 marzo 2017 (36) e dal Piano di attuazione per l'anno 2024 del Programma statistico nazionale 2023-2025 (37) e dall'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute "SIStema di Monitoraggio Alcol tra i Giovani e le Donne (SISMA GD)", ha analizzato i dati relativi all'anno 2023 dell'"Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana" condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). L'ONA-ISS si è avvalso delle competenze e delle metodologie riconosciute a livello europeo e internazionale, e ha fornito, anche per l'anno 2023, il quadro di monitoraggio completo fondamentale per la definizione delle attività da intraprendere a livello nazionale e regionale in una prospettiva di sanità pubblica.
Le analisi condotte dall'ONA-ISS integrano le statistiche sul consumo di alcol in Italia prodotte dall'ISTAT nel rapporto BES (Benessere Equo e Sostenibile) (38) relative all'anno 2023, al fine di creare un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato, in collaborazione con il Ministero della Salute, finalizzato a fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione e alla salvaguardia della salute dei cittadini, oltre che alla stesura della relazione al parlamento (21) prevista ai sensi della Legge 125 del 30 marzo 2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati" (22).
I dati sono raccolti annualmente dall'ISTAT attraverso l'"Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana". L'indagine, effettuata per la prima volta nel 1993, raccoglie le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui, tra cui le abitudini alimentari e i consumi delle bevande alcoliche. L'Indagine è realizzata a cadenza annuale, ed è condotta su un campione di circa 20.000 famiglie e 50.000 individui. Dal 2018 l'indagine si svolge con tecnica mista di rilevazione CAWI/PAPI sequenziale *(Computer Assisted Web Interview/PAper and Pencil Interview).* L'indagine rientra tra quelle del Programma Statistico Nazionale, che raccoglie l'insieme delle rilevazioni statistiche necessarie al Paese.

Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi

L'indicatore relativo alla prevalenza di astemi nella popolazione è da anni inserito tra gli indicatori del GISAH della WHO (39); esso è un indicatore fondamentale per la WHO per valutare e monitorare la situazione sanitaria e gli andamenti relativi al consumo di alcol, ai danni correlati all'alcol e alle risposte politiche nei diversi Stati. In Italia, attraverso i dati raccolti con l'Indagine multiscopo delle famiglie - Aspetti della vita quotidiana dell'ISTAT è possibile stimare ogni anno sia la prevalenza degli astemi, ossia coloro che non hanno mai consumato bevande alcoliche nel corso della loro vita, sia quella degli astinenti, ossia coloro che nel corso degli ultimi dodici mesi non hanno consumato bevande alcoliche, pur avendone consumate prima.
La prevalenza degli astemi nel corso dell'anno 2023 è stata pari al 18,7% tra gli uomini e 36,8% tra le donne e non si registrano variazioni significative rispetto al 2022 (**Grafico 6**).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

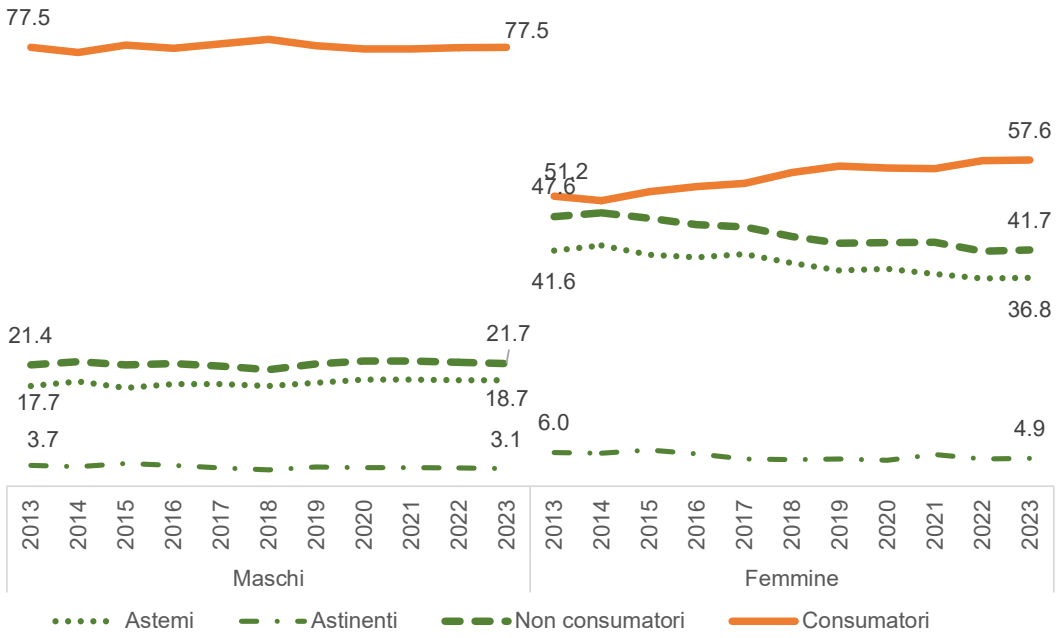


Grafico 6. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori e consumatori di bevande alcoliche per sesso (2013-2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi dell'andamento dell'indicatore nel corso degli ultimi 10 anni mostra una tendenza in crescita del 9,3% tra i maschi minorenni e del 6,8% tra le femmine minorenni; per queste ultime si osserva tuttavia un calo della prevalenza di astemie sia tra le adulte che tra le anziane (**Grafico 7**). L'analisi per classi di età mostra inoltre, per entrambi i generi, valori più elevati tra i giovani (M=76,1%; F=81,2%), seguiti dagli anziani (M=14,0%; F=42,6%) e dagli adulti 18-64enni (M=13,5%; F=29,7%). In tutte le classi di età considerate la prevalenza delle donne astemie è più elevata rispetto a quella degli uomini (**Grafico 7**).
La prevalenza degli astinenti, ossia di coloro che nel corso dell'anno precedente all'intervista non avevano consumato bevande alcoliche, nel 2023 è stata del 3,1% tra gli uomini e del 4,9% tra le donne, e per entrambe i sessi, non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Nonostante l'indicatore abbia subito delle oscillazioni nel corso degli ultimi anni, l'analisi evidenzia che rispetto al 2013 la prevalenza degli astinenti di sesso maschile è diminuita (**Grafico 6**).
L'analisi per classi di età mostra che nel 2023 la prevalenza è stata più elevata tra le femmine nella classe di età anziana (6,4%), mentre viceversa tra i maschi, i valori più bassi si osservano nella classe di età adulta (18-64 anni). Ad eccezione della classe di età dei minorenni, la prevalenza delle femmine astinenti è più elevata rispetto a quella dei maschi coetanei. (**Grafico 7**).
Nel 2023 si stima che le persone che non hanno consumato bevande alcoliche (astemi + astinenti) sono state il 21,7% dei maschi e il 41,7% delle femmine (**Grafico 6**), pari ad oltre 17 milioni di persone. La prevalenza delle donne non consumatrici è rimasta pressoché costante rispetto al 2022 sebbene tra le minorenni si sia osservato un incremento statisticamente significativo del 5%. L'andamento degli ultimi 10 anni, mostra un trend in continua diminuzione per il sesso femminile, con una variazione statisticamente significativa del -12,4% rispetto al 2013; la diminuzione si mantiene significativa anche per la classe di età adulta e anziana, mentre tra le minorenni si osserva un andamento in controtendenza, in crescita (+6,2%) rispetto ai dieci anni precedenti, aumento che risulta significativo anche per i coetanei di sesso maschile (+8,5%).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

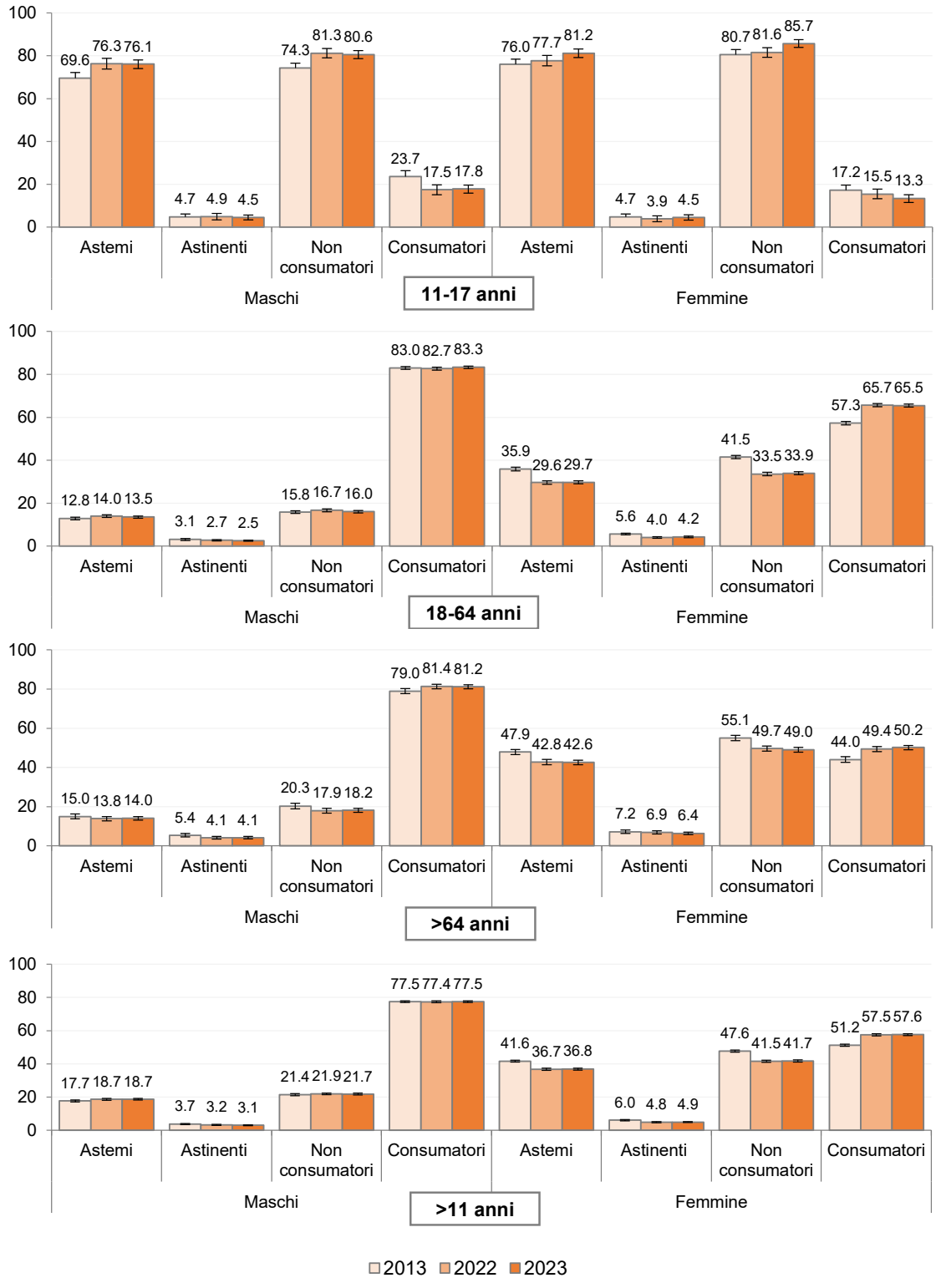


Grafico 7. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori, e consumatori di bevande alcoliche per sesso e classe d'età (2013-2021-2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Infine, nel corso del 2023, i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 67,3% degli italiani sopra gli 11 anni, ovvero circa 36 milioni di persone. La prevalenza maggiore si registra, come sempre, tra gli uomini, di cui è consumatore il 77,5% rispetto al 57,6% delle donne. Rispetto ai dieci anni precedenti, le prevalenze sono rimaste pressoché invariate per i maschi, mentre per le femmine si conferma, come lo scorso anno, il valore più alto rispetto al 2013 (+12,5%), aumento che risulta significativo sia per le femmine adulte che per le anziane (**Grafico 7**). Per ogni classe di età, la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata più elevata tra i maschi rispetto alle femmine e per entrambi i generi le percentuali di consumatori più elevate sono nella classe di età 18-64 anni, mentre i valori più bassi si rilevano per i minorenni. Per questi ultimi la differenza tra maschi e femmine è inferiore rispetto alle altre classi d'età, sebbene nel 2023 si conferma la diminuzione, già rilevata in precedenza, della prevalenza di consumatrici in questa fascia d'età (**Grafico 7**).

Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici

Nel 2023 il 65,5% degli uomini e il 45,2% delle donne ha consumato vino, che corrispondono a quasi 29 milioni e mezzo di persone. Rispetto alla rilevazione precedente non si osservano variazioni significative né in relazione al sesso né rispetto alla classe di età (**Grafico 8**). Analizzando l'andamento nel corso degli ultimi dieci anni non si osservano variazioni significative per i maschi, mentre per le femmine si registra un incremento delle consumatrici di vino rispetto al 2013, che risulta significativo nella classe di età 18-64 anni (**Grafico 9**). La prevalenza dei consumatori di vino fra i maschi è superiore a quella delle consumatrici in tutte le classi di età.

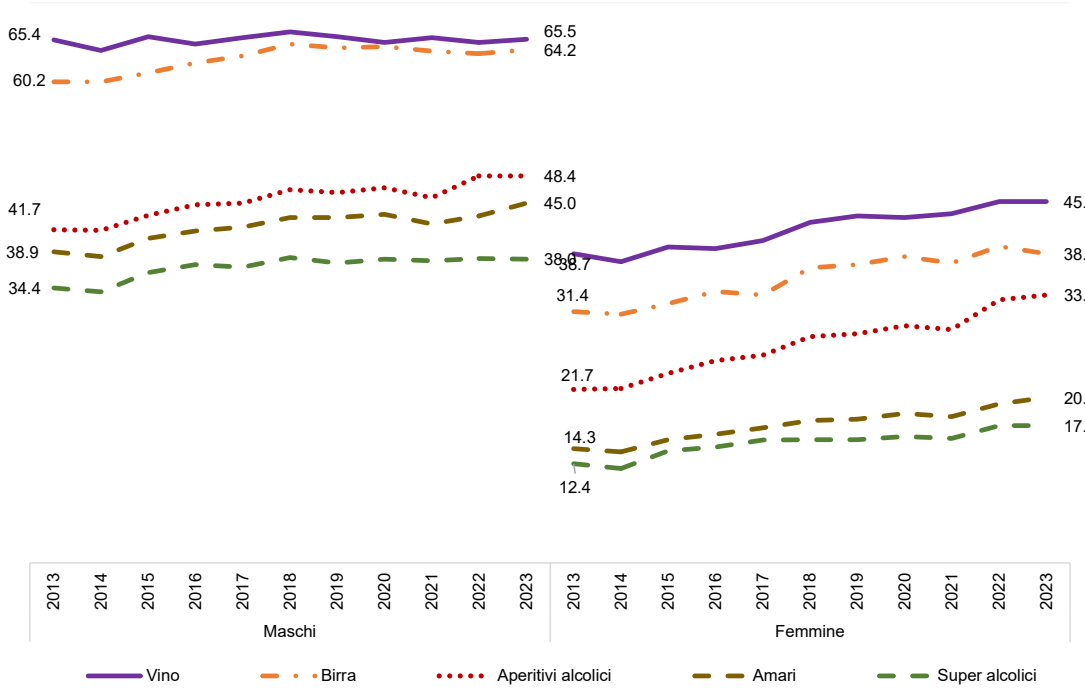


Grafico 8. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per sesso (2013-2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

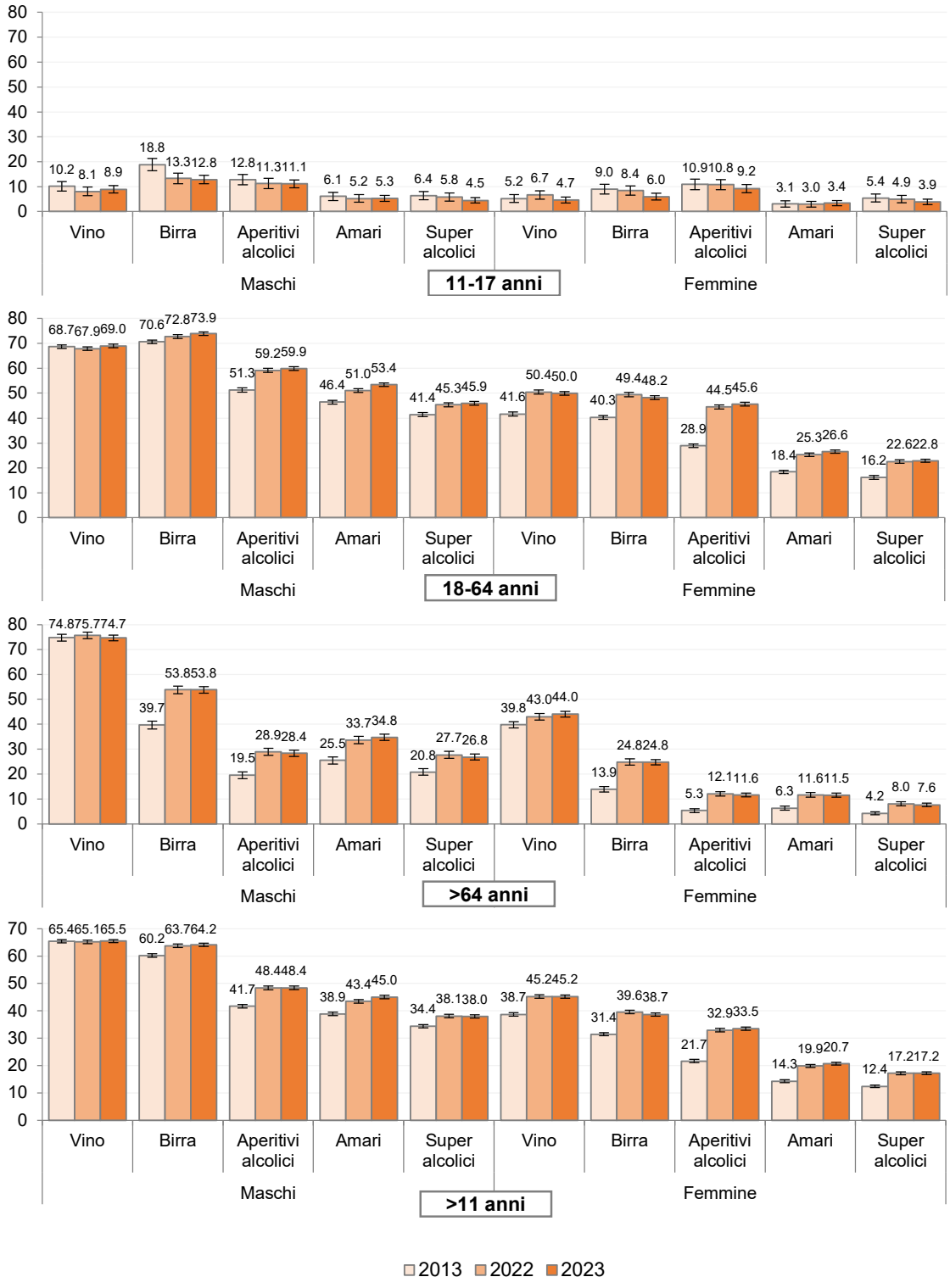


Grafico 9. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per sesso e classe d'età (2013-2022-2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Oltre ventisette milioni di persone di età superiore a 11 anni hanno riferito di aver consumato birra nel corso del 2023, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile molto superiore a quella femminile (64,2% e 38,7% rispettivamente). Si conferma anche per il 2023 un trend in crescita delle consumatrici di birra che sono aumentate del 23,2% rispetto al 2013 e che risulta significativo anche nella classe di età adulta e anziana; anche per gli uomini la prevalenza è aumentata sia nella popolazione di età superiore a 11 anni (+6,6%) sia nelle fasce di età adulte e anziane. Rispetto al 2013 si osserva una diminuzione tra i giovani (**Grafici 8 e 9**).
Gli aperitivi alcolici sono stati consumati, nel 2023, da quasi 21 milioni e ottocentomila persone di età superiore a 11 anni e la prevalenza tra gli uomini (48,4%) è superiore a quella tra le donne (33,5%). Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni statisticamente significative né per sesso né per classe di età. (**Grafico 8**). Si conferma tuttavia un trend che mostra un aumento significativo rispetto al 2013 del consumo di aperitivi alcolici sia fra i maschi (+16,1%) che fra le femmine (+54,4%) confermato anche per la classe di età 18-64 e 65+. Nella classe d'età più giovane, il trend negli ultimi 10 anni nel consumo di aperitivi è in diminuzione in entrambe i sessi, sebbene non significativo (**Grafico 9**).
Gli amari sono stati consumati, nel 2023, da oltre 17 milioni di persone di età superiore a 11 anni, e la prevalenza dei consumatori tra gli uomini risulta essere oltre il doppio di quella delle donne (M: 45,0%; F: 20,7%) (**Grafico 9**). Tra gli uomini si osserva un aumento statisticamente significativo dei consumatori sia rispetto alla precedente rilevazione (+3,7%) sia rispetto ai precedenti dieci anni (+15,7%), che risulta significativa anche nella fascia di età 18-64 anni (**Grafico 9**). La prevalenza delle consumatrici di amari invece è rimasta pressoché stabile rispetto al 2022 ma risulta aumentata del 44,8% rispetto al 2013. L'analisi dell'andamento degli ultimi dieci anni mostra che gli incrementi sono stati significativi per entrambe i sessi sia nella fascia di popolazione adulta che in quella anziana.
I liquori e i superalcolici sono stati consumati nel 2023 da più di 14 milioni e seicentomila persone di età superiore a 11 anni, pari al 38,0% degli uomini e al 17,2% delle donne e i dati di prevalenza sono rimasti pressoché stabili rispetto all'anno precedente (**Grafico 9**). Anche per questa bevanda si registra un incremento dei consumatori di entrambi i sessi rispetto al 2013 (M=+10,5%; F= +38,7%) che risulta significativo anche nelle classi di età adulta e anziana (**Grafico 9**).

COMPORTAMENTI A RISCHIO

Il consumo di alcol, un fattore di rischio completamente prevenibile (3), di cui la Regione europea della WHO registra i livelli di consumo più elevati al mondo, è responsabile di molte e severe conseguenze, tra cui morte prematura e oltre 200 patologie e condizioni. Queste includono sette tipi di cancro, disturbi neuropsichiatrici, patologie cardiovascolari, cirrosi epatica e malattie infettive (40-49). Almeno 40 sono le malattie e condizioni identificate dalla WHO, e descritte nel manuale ICD-10, totalmente attribuibili all'alcol (5), oltre 200 le patologie e condizioni parzialmente attribuibili al consumo di alcol, per le quali la correlazione significativa tra l'assunzione di alcol e lo sviluppo della malattia è stata dimostrata da solide evidenze scientifiche (40-49). Tra gli effetti del consumo di alcol si annoverano le malattie croniche non trasmissibili (*Non Communicable Diseases*, NCD), come i tumori, le malattie cardiovascolari, la cirrosi epatica e le disfunzioni metaboliche, oltre a episodi di violenza, sia autoindotta che diretta a terzi, tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali (3, 8, 40, 43).
L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (*International Agency for Research on Cancer*, IARC) classifica l'alcol come un cancerogeno di Gruppo 1, evidenziando la sua capacità di indurre lo sviluppo del cancro negli esseri umani. I tumori più frequentemente associati al consumo di alcol includono quelli della cavità orale, della faringe, della laringe, dell'esofago, del fegato, del pancreas, del colon-retto e della mammella (44-49).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Le ripercussioni dell'alcol si estendono anche alla sfera familiare: può danneggiare le relazioni sociali e affettive, generare difficoltà economiche, portare alla perdita del lavoro (50) e compromettere la salute e il benessere della famiglia (51). Nel tempo, i familiari possono sviluppare sintomi di co-dipendenza, mentre i figli di genitori alcoldipendenti presentano un rischio maggiore di sviluppare problemi emotivi e una probabilità quattro volte superiore rispetto ad altri bambini di manifestare dipendenze da alcol in età adulta. Inoltre, molti figli di alcoldipendenti hanno subito abbandono o abusi in ambito domestico nel corso della vita (51).
I danni legati all'alcol possono manifestarsi fin dalle prime fasi della vita a causa dell'esposizione prenatale. Bere alcol durante la gravidanza è associato a gravi complicazioni gestazionali, tra cui aborti spontanei, nati morti, parto prematuro, ritardo della crescita intrauterina e basso peso alla nascita (52), nonché a condizioni permanenti note come disturbi dello spettro alcolico fetale (*Foetal Alcohol Spectrum Disorders*, FASD) (53-55). Tra questi, la sindrome alcolica fetale (*Foetal Alcohol Syndrome*, FAS) è la forma più grave e riconoscibile, caratterizzata da danni cerebrali permanenti, malformazioni congenite e deficit cognitivi, emotivi e comportamentali. Prevenire tali esiti è cruciale, e proprio su questo tema si è concentrato il recente impegno dell'ONA-ISS attraverso il progetto europeo FAR SEAS (*Foetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after SEAS*) (56-58).
Negli anni, molti Paesi europei hanno adottato strategie sanitarie e alimentari per tutelare la salute pubblica, sviluppando linee guida standardizzate per un consumo di alcol a basso rischio. Queste raccomandazioni sono state raccolte nel rapporto "*Good practice principles for low risk drinking guidelines*" nell'ambito della Joint Action della Commissione Europea RARHA (*Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm*) (59-62). Il monitoraggio dei comportamenti legati al consumo di alcol è un elemento chiave per definire e attuare efficaci politiche sanitarie, contribuendo alla prevenzione dei danni correlati.
Le abitudini di consumo vengono analizzate da istituzioni internazionali come l'Eurostat, la WHO e l'OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development* - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), valutando sia il volume e la frequenza dell'assunzione di alcol, sia il consumo episodico eccessivo. In Italia, il Ministero della Salute ha affidato all'ISS la supervisione di tali dati, che vengono aggiornati annualmente attraverso il sistema SIStema di Monitoraggio Alcol - SISMA, in conformità con il DPCM del 3 marzo 2017 sulle sorveglianze (36).
All'interno del SISMA è presente una sezione dedicata al monitoraggio dei consumi e dei comportamenti a rischio per la popolazione. Gli indicatori sono stati costruiti basandosi sulle linee guida per il consumo a basso rischio, inserite nel dossier scientifico delle linee guida per una sana alimentazione (63); il dossier è stato curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA), nel quale si sottolinea che non esistono livelli di consumo di alcolici considerati sicuri e che l'astinenza rappresenta la scelta migliore per la prevenzione del cancro. Inoltre, il dossier esclude qualsiasi beneficio attribuibile a vino o birra, poiché i loro componenti bioattivi (flavonoidi, resveratrolo, xantumolo) sono presenti in quantità insufficienti per avere effetti apprezzabili, a meno di un consumo incompatibile con la sopravvivenza.
I comportamenti a rischio monitorati attraverso il SISMA sono il consumo abituale eccedentario e i comportamenti occasionali ad alto impatto sulla salute, come il consumo lontano dai pasti e il *binge drinking*, ovvero l'assunzione concentrata di grandi quantità di alcol in un'unica occasione (23,24).
La raccolta dei dati avviene attraverso l'"Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana", condotta ogni anno dall'ISTAT per analizzare le abitudini degli italiani. Questa indagine include un modulo specifico dedicato al consumo di alcol e costituisce una risorsa fondamentale per seguire le tendenze nel tempo. Il monitoraggio rientra nelle disposizioni del DPCM del 3 marzo 2017 e nel Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma Statistico Nazionale (PSN) 2023-2025. I dati raccolti vengono poi elaborati e pubblicati dall'ISTAT nelle tavole "Il consumo di alcol in Italia" (36-38), offrendo un quadro dettagliato della situazione nel Paese.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Consumatori fuori pasto

Bere alcolici lontano dai pasti, indipendentemente dal livello di consumo, è associato a un rischio maggiore di sviluppare il cancro del tratto aero-digestivo superiore rispetto a chi beve solo durante i pasti, come dimostra uno studio condotto in Italia e in Svizzera (64). Sebbene l'Italia sia un paese in cui è tradizionalmente abitudine il consumo di bevande alcoliche durante i pasti, soprattutto del vino, da molti anni ormai è avvenuto un graduale cambiamento delle abitudini di consumo alcolico che ha portato alla diffusione di comportamenti a rischio come il bere a stomaco vuoto.
Nel 2023 i consumatori di vino o alcolici fuori pasto in Italia sono stati il 41,3% degli uomini e il 23,9% delle donne, pari a diciassette milioni e 300 mila persone di età superiore a 11 anni di cui 10 milioni e 700 uomini e 6 milioni e 600 mila donne. L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni (M=3,5%; F=1,5%) fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 25-44 anni, con oltre la metà degli uomini che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (M=56,8%) e tra le donne nella fascia di età 18-24 anni, con il 42,5%; oltre tali fasce d'età, per entrambi i sessi, le percentuali diminuiscono nuovamente arrivando tra gli ultra 75enni al 24,8% degli anziani e all'8,5% delle anziane. La prevalenza dei bevitori fuori pasto di sesso maschile è sempre superiore rispetto alle femmine tranne per i giovani di 16-17 anni in cui non si osservano differenze significative fra i sessi anche se è numericamente maggiore la prevalenza fra le femmine (**Grafico 10).**

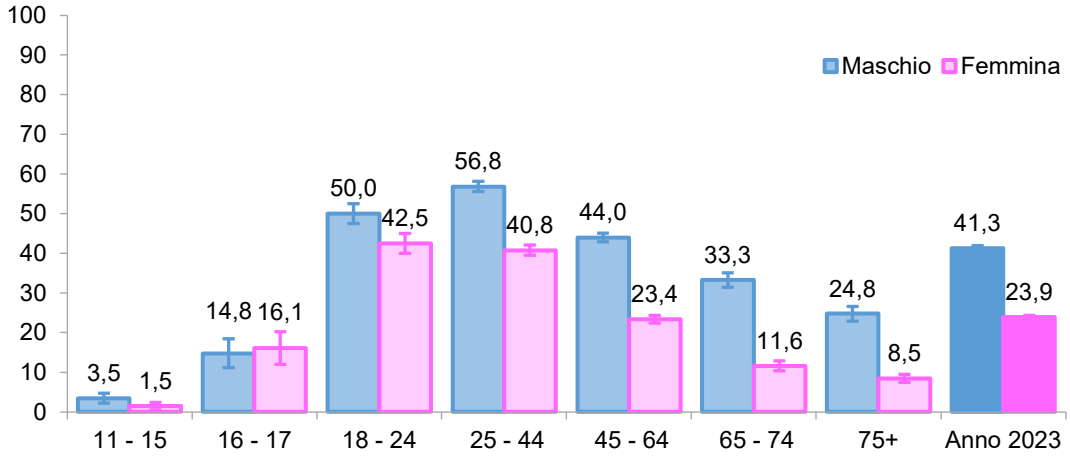


Grafico 10. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per sesso e classe d'età (2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Il trend del consumo fuori pasto negli ultimi 10 anni si conferma, come per l'anno precedente, in costante aumento per entrambi i sessi, anche se le variazioni non sono statisticamente significative se considerate annualmente (**Grafico 11**).

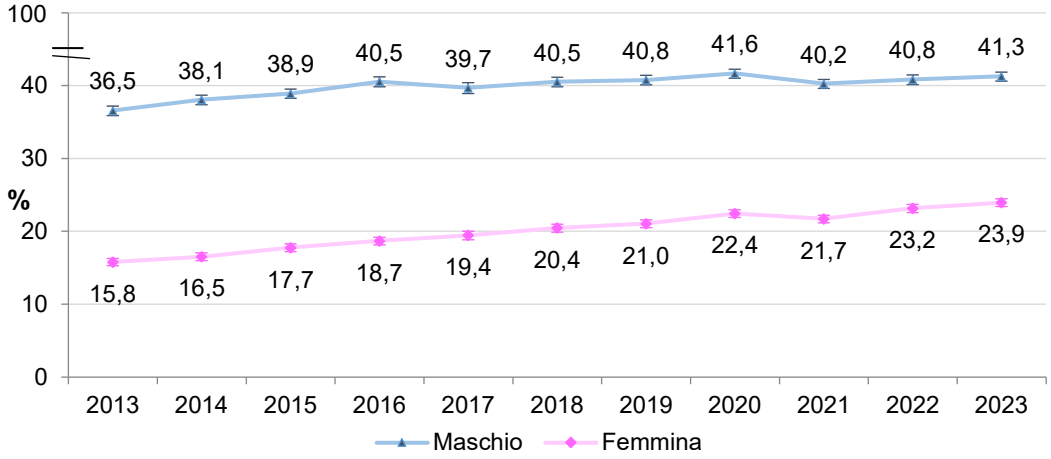


Grafico 11. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per sesso (2013-2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori abituali eccedentari

Il "consumo abituale eccedentario" si riferisce a un'assunzione di bevande alcoliche che supera, sia in termini di frequenza che di quantità, i limiti di consumo stabiliti oltre i quali si può incorrere in rischi per la salute, tenendo conto del sesso e dell'età dell'individuo. Tali limiti sono delineati nel dossier scientifico delle linee guida per una sana alimentazione, curato dal CREA (63), e da anni sono adottati dal Ministero della Salute, dall'ISTAT e dall'ISS per il monitoraggio delle abitudini di consumo della popolazione (21, 23-24, 67).
Le raccomandazioni presenti nei sistemi di sorveglianza istituzionali indicano che il consumo di alcol dovrebbe essere del tutto evitato al di sotto dei 18 anni. Per le donne adulte e gli anziani oltre i 65 anni, la quantità giornaliera non dovrebbe eccedere una Unità Alcolica (UA), mentre per gli uomini adulti il limite è fissato a due UA al giorno, indipendentemente dalla tipologia di bevanda assunta (63). Le linee guida nutrizionali sottolineano, inoltre, che i minori devono astenersi completamente dal consumo di alcol, anche occasionale, poiché il loro sistema enzimatico non è ancora in grado di metabolizzarlo correttamente. Alla luce di queste evidenze scientifiche, la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica a questa fascia di popolazione è vietata dalla legge.
Nel 2023 il 12,2% degli uomini e il 5,5% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 4.700.000 persone di cui 3.200.000 uomini, 1.500.000 donne. Tra gli adolescenti di 16-17 anni si osserva la percentuale più elevata di consumatori abituali eccedentari (M=39,2%; F=30,7%) seguita dagli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa si registra invece nella fascia di età 18-24 anni (M=2,7%; F=1,5%). Si conferma anche per l'anno 2023 una differenza di genere significativa nella popolazione adulta, ovvero dai 25 anni in poi (**Grafico 12**).
Negli ultimi 10 anni l'andamento dei consumatori abituali eccedentari nelle persone di età superiore a 11 anni mostra un trend in diminuzione, già evidenziato lo scorso anno.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

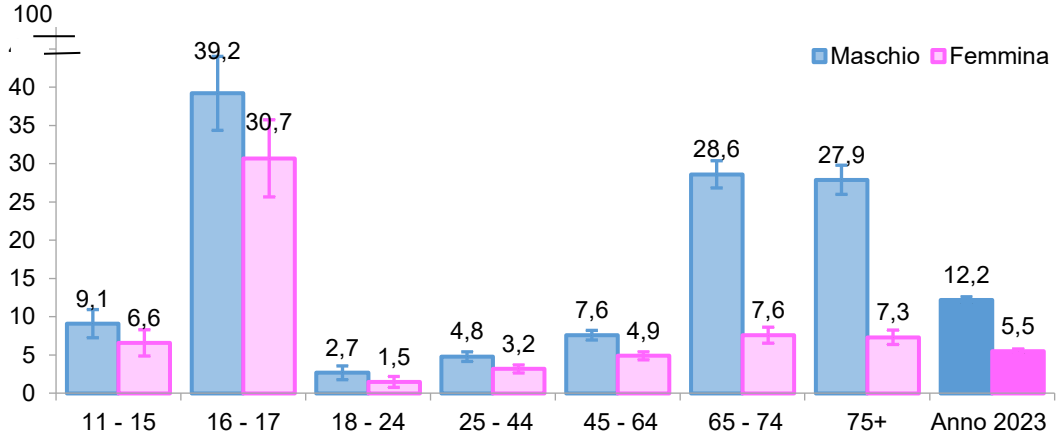


Grafico 12. Prevalenza (%) di consumatori abituali eccedentari per sesso e classe d'età (2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Nel 2023, il 12,2% dei maschi e il 5,5% delle femmine hanno consumato in modalità eccedentaria abituale; rispetto alla precedente rilevazione, quella del 2022, i valori sono diminuiti, ma non in maniera statisticamente significativa (**Grafico 13**).

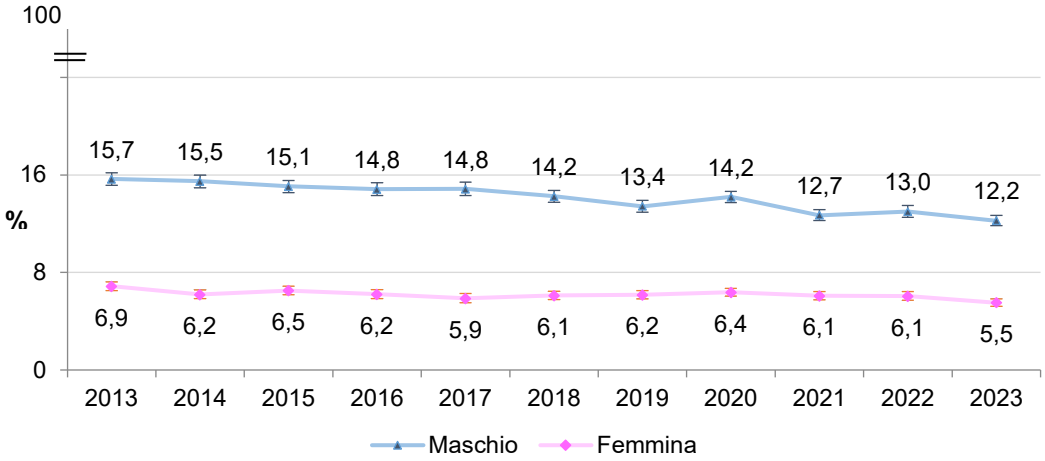


Grafico 13. Prevalenza (%) di consumatori abituali eccedentari per sesso e classe d'età (2013-2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori giornalieri

Una recente metanalisi condotta su oltre 107 pubblicazioni ha mostrato che non esiste alcuna associazione protettiva relativa a comportamenti di consumo di alcol occasionali o di bere in quantità limitate, sulla mortalità per tutte le cause, mentre aumenta il rischio di mortalità per tutte le cause nei consumatori giornalieri (65).
La prevalenza dei consumatori di età superiore a 18 anni che hanno bevuto almeno una bevanda alcolica al giorno, indipendentemente dal tipo, è stata nel 2023 pari al 29,1% nei maschi, in calo significativo rispetto al 2022 del 5,21%, e dell'11,0% nelle femmine, pressoché invariate, per un totale di circa 9 milioni e ottocentomila persone (M=7.000.000, F=2.800.000) che hanno consumato giornalmente almeno una bevanda alcolica (**Grafico 14**).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

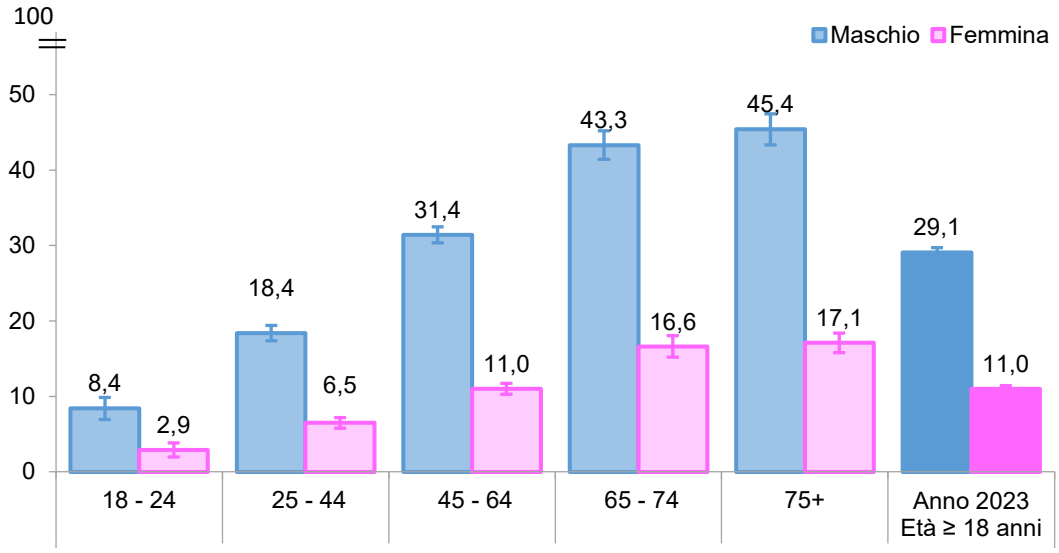


Grafico 14. Prevalenza (%) di consumatori giornalieri (età ≥18 anni) per sesso e classe d'età (2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi per classi di età mostra che per entrambi i sessi la prevalenza è minima nella classe più giovane (M=8,4%; F=2,9%) e aumenta con l'età, con i valori più elevati negli anziani dove quasi 1 uomo su 2 e 1 donna su 6 adottano questa tipologia di consumo. La prevalenza di consumatori giornalieri di sesso maschile è significativamente superiore a quella delle coetanee per ogni classe di età.
L'analisi del trend conferma l'andamento in calo dell'indicatore degli ultimi 10 anni, già evidenziato l'anno scorso, con la prevalenza dei consumatori giornalieri che è diminuita del 22,0% per i maschi e del 12,0% per le femmine rispetto al 2013 (**Grafico 15**).

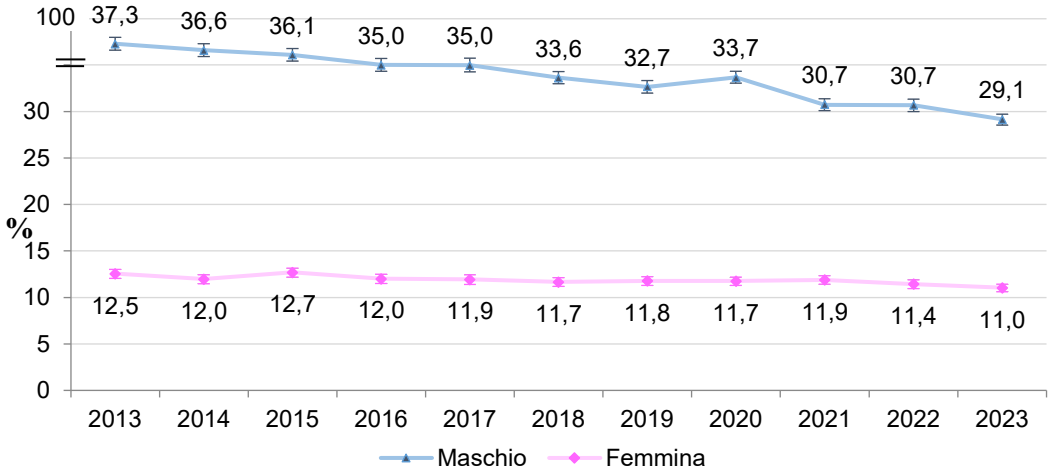


Grafico 15. Prevalenza (%) di consumatori giornalieri (età ≥18 anni) per sesso (2013-2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Consumatori a rischio (criterio ISS)

Numerose ricerche hanno evidenziato che il rischio per la salute aumenta proporzionalmente all'aumentare della quantità di alcol consumata ma che non esiste un livello di alcol sicuro per la salute (18, 66)
Anche piccole quantità di alcol aumentano la possibilità di sviluppo di tumori (8, 9, 40, 44-49), di provocare danni al cervello (68) e favorire lo sviluppo di diverse altre patologie (40). Oltre alla quantità totale di alcol ingerita nel corso della vita, diversi elementi influenzano i rischi associati al consumo, tra cui la frequenza, le dosi assunte in singoli episodi e il contesto in cui l'alcol viene consumato, ad esempio, a digiuno o in concomitanza con farmaci e altre sostanze. Infine, anche fattori individuali come il sesso e l'età incidono sulla vulnerabilità agli effetti nocivi dell'alcol.
In Italia, l'identificazione dei consumatori a rischio si basa su un indicatore sintetico elaborato seguendo le raccomandazioni della WHO, della Società Italiana di Alcologia (SIA), dei nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia (LARN), e dell'ONA-ISS. Questo strumento consente di rappresentare in modo efficace i due principali comportamenti a rischio legati al consumo di alcol: il consumo abituale eccedentario e il *binge drinking*, ossia il consumo episodico eccessivo (69). La validazione dell'indicatore è stata condotta da esperti in statistica, epidemiologia e clinica, che ne hanno riconosciuto la solidità metodologica e lo hanno adottato formalmente nei sistemi di monitoraggio nazionale (23, 36, 38, 67).
Secondo il criterio ISS sono da considerarsi consumatori a rischio tutti i minori di 18 anni di entrambi i sessi che hanno consumato anche solo una bevanda alcolica, i maggiorenni di sesso maschile che hanno consumato più di 2 UA al giorno, gli anziani (sopra i 65 anni) e le donne che ne hanno consumata più di una, e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e dall'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.
Nel 2023 la prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi appena descritto, è stata del 21,2% per gli uomini e del 9,2% per le donne (sopra gli 11 anni), per un totale di 8 milioni di persone (M=5.500.000, F=2.500.000) che non si sono attenute alle indicazioni di salute pubblica. L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio è quella dei 16-17enni per entrambi i sessi (M=39,2%; F=30,7%) seguita dagli anziani ultra 65enni per i maschi (65-74 anni=31,2; 75+ anni= 29,1%) e dalle 18-24enni per le femmine (11,2%). Nei minorenni non vi è una differenza statisticamente significativa fra maschi e femmine nella prevalenza dei consumatori a rischio, sia per gli 11-15enni che per i 16-17enni, mentre per tutte le altre fasce d'età il consumo a rischio è sempre più alto nei maschi (**Grafico 16**).

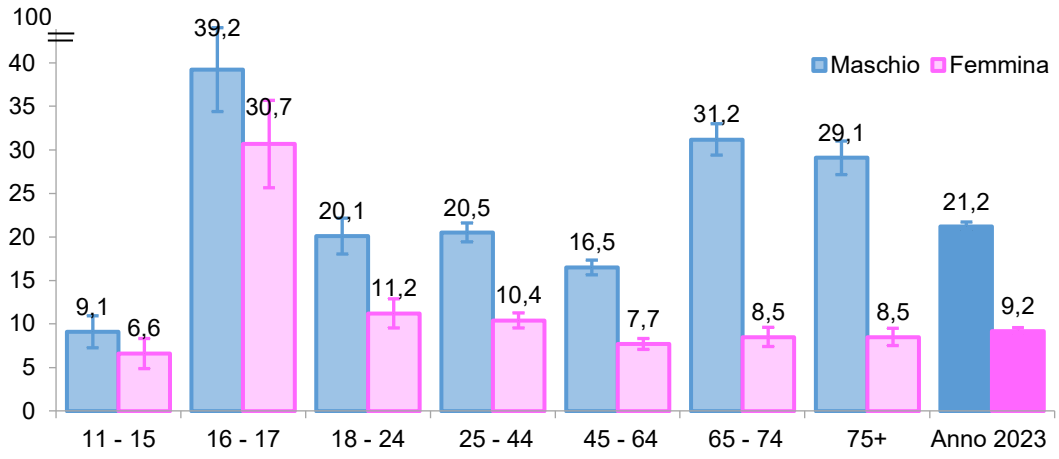


Grafico 16. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per sesso e classe d'età (2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi 10 anni la prevalenza dei consumatori a rischio di sesso maschile è diminuita del 10,4% (2023 rispetto al 2013) mentre, per le femmine, i valori sono pressoché stabili e oscillano tra l'8,2% e il 9,2% (**Grafico 17**).

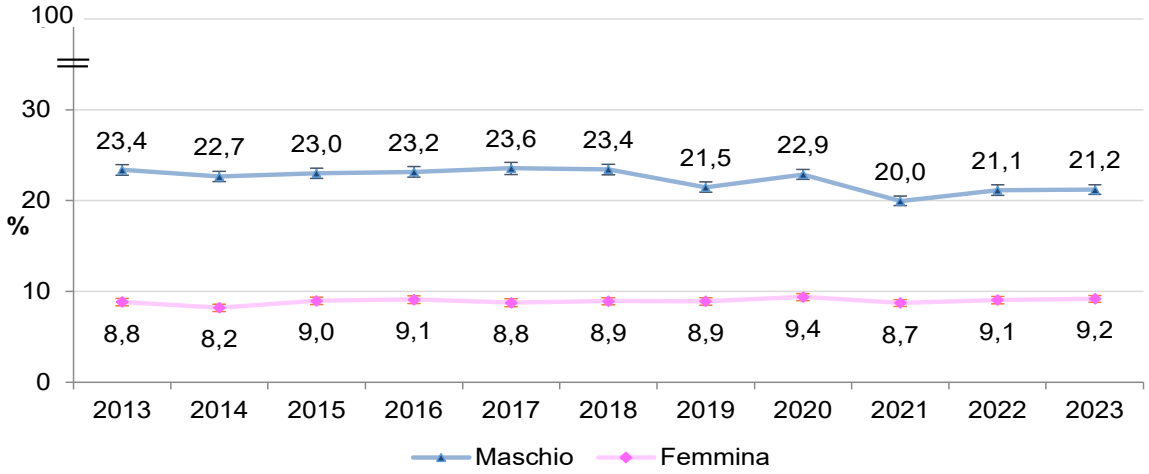


Grafico 17. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per sesso (2013-2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori *binge drinking*

L'intossicazione acuta da alcol è una condizione intercorrente, potenzialmente transitoria, causata dal consumo di una notevole quantità di alcol che influisce negativamente su una serie di funzioni cognitive, tra cui la memoria, la pianificazione e il controllo motorio complesso e questa perdita può portare a comportamenti inaspettati e lesioni.
Uno studio sull'intossicazione da alcol nei pazienti traumatizzati ricoverati al pronto soccorso mostra che l'intossicazione alcolica è in gran parte responsabile di incidenti stradali, lesioni ai pedoni, atti di violenza tra cui la violenza domestica, tentativi di suicidio, lesioni alla testa dovute a cadute e incidenti e questi eventi sono associati a grave disabilità post-traumatica e mortalità (70).
A livello europeo non esiste un indicatore standardizzato per il monitoraggio delle intossicazioni acute da alcol la cui definizione varia in termini di quantità di alcol consumato e in riferimento al periodo di osservazione. In Italia, al fine di monitorare le intossicazioni da alcol viene rilevata annualmente la prevalenza di consumatori *binge drinking*. Il *binge drinking* è un modello di consumo di alcol che porta la concentrazione di etanolo nel sangue a salire molto rapidamente con gravi conseguenze per la salute. In Italia il *binge drinking* è definito come il consumo di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche (un bicchiere corrisponde ad 1 UA contenente 12 g di alcol puro) in un'unica occasione (23, 63, 67, 71), e la sua definizione prende in considerazione la terza domanda dell'AUDIT-C (72, 73). Il dato viene annualmente rilevato dall'ISTAT tramite l'"Indagine multiscopo sulle famiglie". Questa tipologia di consumo a rischio per la salute si è sviluppata inizialmente nel Nord Europa (74), ed è particolarmente diffusa nelle fasce di popolazione giovanile, proprio quella popolazione per la quale lo sviluppo del cervello entra in una fase molto importante e delicata: è infatti tra gli adolescenti che ripetuti episodi di *binge drinking* possono alterare lo sviluppo cerebrale e causare disturbi persistenti nelle funzioni sociali, di attenzione, nella memoria e delle altre funzioni cognitive (75).
Già nel 2010 era stata approvata dalla WHO la prima strategia globale per la riduzione del consumo dannoso di alcol (4) che prevedeva tra le 10 aree prioritarie d'intervento, la riduzione delle conseguenze negative del bere e delle intossicazioni alcoliche. Successivamente, a causa della diffusione della pratica del *binge drinking* tra i giovani dei Paesi europei dell'area mediterranea, i

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

rappresentanti degli Stati membri dell'UE, rappresentati dal *Committee on National Alcohol Policy and Action* (CNAPA) hanno approvato la strategia comunitaria *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2016*) (76-77) con l'obiettivo di sostenere gli Stati membri nella riduzione dei danni alcol-correlati in questa fascia vulnerabile di popolazione. Tale piano d'azione è stato successivamente prorogato al 2020 e le attività sostenute nel periodo 2014-2016 sono state descritte in un rapporto (78).
La prevalenza dei consumatori che hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi, nel 2023 è stata pari all'11,3% tra gli uomini e al 4,5% tra le donne di età superiore a 11 anni, pari a 4 milioni e 150 mila *binge drinker* (M=2.900.000; F=1.250.000) (**Grafico 18**).

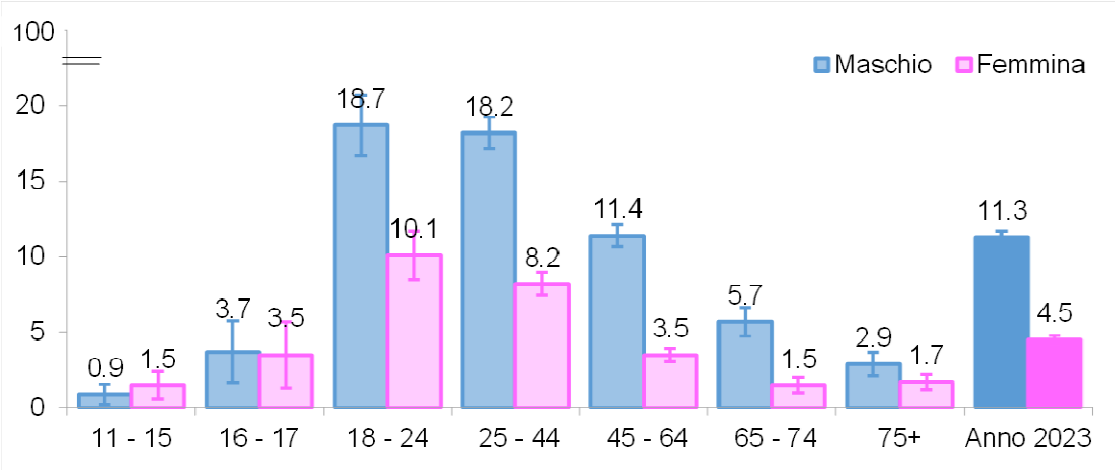


Figura 18. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per sesso e classe d'età (2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=18,7%; F=10,1%) per poi diminuire nuovamente con l'avanzare dell'età, raggiungendo tra gli ultra 75enni il valore di 2,9% tra gli uomini e 1,7% tra le donne. La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione dei giovani di età inferiore a 18 anni, età in cui peraltro il consumo dovrebbe essere pari a zero, come indicato dalla normativa sul divieto di vendita e somministrazione di alcolici ai minorenni.
L'andamento delle prevalenze dei consumatori *binge drinker* negli ultimi 10 anni mostra un lento ma costante aumento nelle femmine, che in 10 anni sono aumentate dell'80% passando dal 2,5% nel 2013 al 4,5% nel 2023. L'andamento nei maschi ha subito più oscillazioni e, dopo un picco negativo del 9,5% registrato nel 2021 il trend è da allora in risalita (**Grafico 19**).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

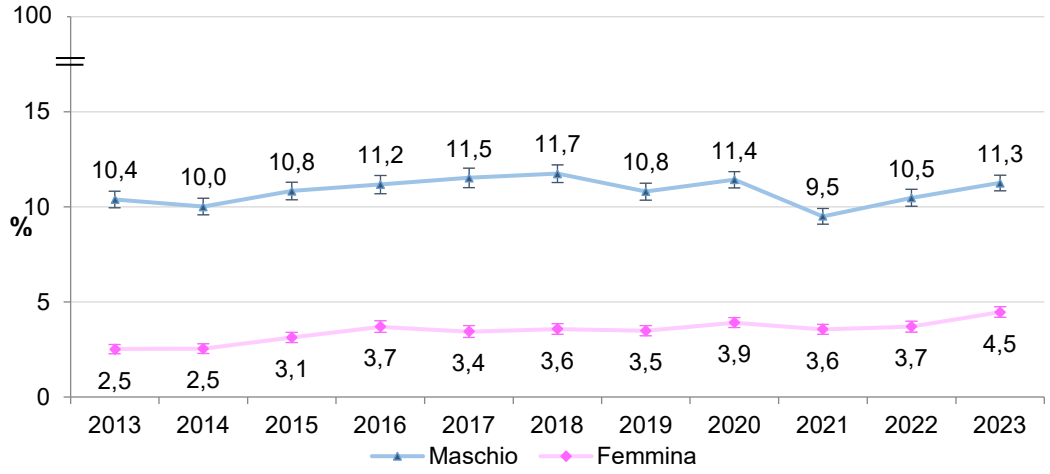


Grafico 19. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per sesso (2013-2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori dannosi e disturbo da uso di alcol

Il consumo dannoso corrisponde a una modalità di consumo che causa danno alla salute a livello fisico e mentale e nel sistema di monitoraggio italiano viene rilevata attraverso il consumo giornaliero di oltre 40 g di alcol per le donne adulte (che corrispondono a circa 4 UA) e di oltre 60 g di alcol per gli uomini adulti (che corrispondono a circa 6 UA) (23, 63).
La definizione di Disturbo da Uso di Alcol (DUA) riportata nel manuale DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*) (79) è una patologia caratterizzata da una ridotta capacità di interrompere o controllare il consumo di alcol nonostante le conseguenze negative a livello sociale, professionale o sanitario (63, 80). Il rischio che una persona sviluppi un disturbo da uso di alcol può essere identificato sia utilizzando uno strumento di screening appositamente progettato a tale scopo, sia misurando il consumo stesso.
Esistono numerosi test per valutare se un soggetto è affetto da DUA: quello attualmente più utilizzato è l'*Alcohol Use Disorders Identification Test,* AUDIT (81). A livello nazionale non esistono studi ad hoc che utilizzano questo strumento per rilevare e monitorare la prevalenza di DUA nella popolazione; è stato tuttavia sviluppato un indicatore in grado di stimarne la prevalenza attraverso la rielaborazione delle quantità di alcol rilevate attraverso l'indagine multiscopo sulle famiglie condotta annualmente dall'ISTAT.
Nel 2023, in Italia, la prevalenza dei consumatori dannosi di alcol nella popolazione dai 15 anni in su, è stata del 1,91% tra i maschi e dell'1,16% tra le femmine, pari a circa 780.000 persone dai 15 anni di età (M=470.000; F=310.000). L'analisi per classi d'età mostra che la prevalenza è più bassa per entrambi i sessi nelle classi di età più giovani (15-17 e 18-44 anni); per tutte le classi di età considerate, il valore nei maschi è superiore a quello delle femmine (**Grafico 20**). I consumatori dannosi sono a tutti gli effetti "*in need for treatment*" ai sensi del DSM-5 (79) e assimilati clinicamente all'alcoldipendente, da prendere quindi in carico presso i servizi territoriali insieme ai 64.856 alcoldipendenti in carico ai servizi (ultimo dato disponibile a cura del Ministero della Salute per il 2023).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

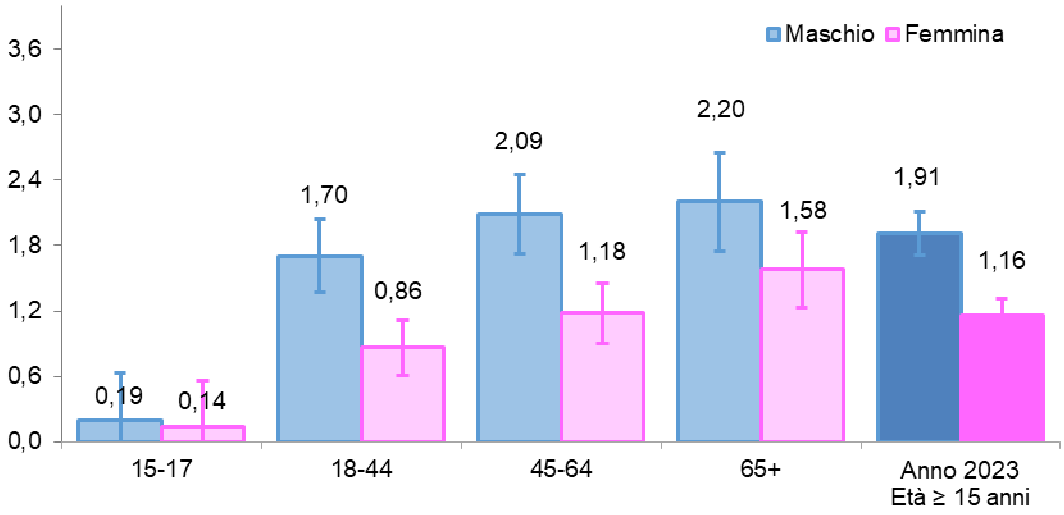


Grafico 20. Prevalenza (%) di consumatori dannosi per sesso e classe d'età (2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Analizzando l'andamento dei consumatori dannosi negli ultimi 10 anni, per i maschi l'indicatore ha avuto un picco negativo nel 2018 (1,43%) e uno massimo nel 2020 (2,21%), rinforzando l'evidenza che durante la pandemia sono stati colpiti più duramente i consumatori già problematici (27), per poi ritornare ai livelli precedenti il 2018. Il picco negativo del 2018 si è registrato anche tra le femmine, ma in misura minore (0,78%), ed è poi, lentamente ma costantemente, risalito fino a oggi (**Grafico 21).**

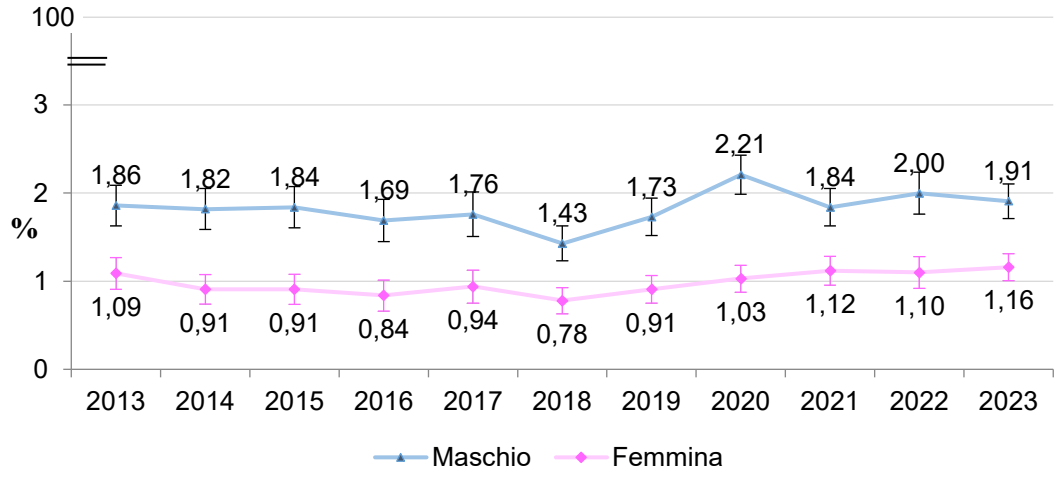


Grafico 21. Prevalenza (%) di consumatori dannosi per sesso (2013-2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders.* Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745; ultima consultazione 30.01.2025.
2. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Fact Sheet on Alcohol Consumption, Alcohol-Attributable Harm and Alcohol Policy Responses in European Union Member States, Norway and Switzerland (2018).* Copenhagen: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/europe/publications/m/item/fact-sheet-on-alcohol-consumption--alcohol-attributable-harm-and-alcohol-policy-responses-in-european-union-member-states--norway-and-switzerland-(2018); ultima consultazione 30.01.2025.
3. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Copenhagen: WHO; 2019.
4. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: WHO, 2010.* Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931. Edizione italiana a cura dell'Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS. *Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol.* Roma: ISS; 2013. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.
5. World Health Organization. *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione*. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità. Roma: Ministero della Sanità; 2001. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1929_allegato.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.
6. Rehm J, Imtiaz S. A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2016;11:37.
7. Rehm J, Gmel GE Sr, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, Probst C, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Shield KD, Shuper PA. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction* 2017;112(6);968-1001.
8. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, Altieri A, Cogliano V; WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol.* 2007;8(4):292-293.
9. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW ed. *World Cancer Report 2020*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 (pp. 68-76).
10. Global Burden of Disease 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017;390(10100):1345-1422.
11. United Nation. Department of Economic and Social Affairs. *The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development.* New York: United Nations; 2015. Disponibile all'indirizzo: https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981; ultima consultazione 30.01.2025.
12. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development (2020).* Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340806/WHO-EURO-2020-2370-42125-58041-eng.pdf?sequence=1; ultima consultazione 30.01.2025.
13. United Nations. *The Sustainable Development Goals Report 2024*. New York (USA); 2024. ISBN: 978-92-1-003135-6. Disponibile all'indirizzo: https://unstats.un.org/sdgs/report/2024/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2024.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.
14. Istituto Nazionale di Statistica. *Rapporto SDGs 2024. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia.* Roma: ISTAT, 2024. Disponbile all'indirizzo: https://www.istat.it/storage/rapporti-tematici/sdgs/2024/Rapporto-SDGs2024-Ebook.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.
15. World Health Organization. *The Global Health Observatory. Indicators. Alcohol, total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) (SDG Indicator 3.5.2).* Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-(recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15-)-consumption; ultima consultazione 30.01.2025.
16. World Health Organization. *European Health Information Gateway. Pure alcohol consumption, litres per capita, age 15+.* Disponibile all'indirizzo: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_426-3050-pure-alcohol-consumption-litres-per-capita-age-15plus/visualizations/#id=19443&tab=notes; ultima consultazione 30.01.2025.
17. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer S, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386(10010):2287-22323.
18. World Health Organization. *No level of alcohol consumption is safe for our health.* WHO, 2023. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health; ultima consultazione 30.01.2025.

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

19. Anderson P. *Alcohol and the workplace.* In: Anderson P, Møller L, Galea G (Ed.). Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO, 2012; pp. 69-82

20. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Sassi, F. (ed.) (2015), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*. OECD Publishing, Paris, Disponibile all'indirizzo: https://doi.org/10.1787/9789264181069-en; ultima consultazione 30.01.2025.

21. Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6. *Relazione del Ministro della Salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati".* Roma: Ministero della Salute; 2024. Disponibile all'indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/Relazione%20al%20parlamento%20alcol%20luglio%202024.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.

22. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 125, 30 marzo 2001.

23. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2023*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/3)

24. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Piano Nazionale Prevenzione. Rapporto 2024*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISTISAN 24/3)

25. World Health Organization. *The Global Health Observatory. Indicators. Alcohol, recorded per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol).* Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-recorded-per-capita-(15-)-consumption-(in-litres-of-pure-alcohol); ultima consultazione 30.01.2025.

26. World Health Organization. Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020.* Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe; 2012. Disponibile all'indirizzo: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107307/9789289002868-eng.pdf?sequence=1. Edizione italiana a cura dell'Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS. Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020. Roma: ISS; 2013. http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.

27. Matone A, Ghirini S, Gandin C and Scafato E. Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. *Ann Ist Super Sanità* 2022; 58(1): 6-15

28. World Health Organization. *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH).* Geneva:WHO. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health; ultima consultazione 30.01.2025.

29. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. *Le politiche sull'alcol basate sulle evidenze possono contribuire al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite in Europa*. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping – ISS, 26 Novembre 2020 https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2020-materiali-infografica-alcol-sviluppo-sostenibile; ultima consultazaione 30.01.2025.

30. European Commission. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. *An EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm. Brussels, Commission of the EC, 2006.* Disponibile all'indirizzo: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52006DC0625; ultima consultazione 30.01.2025.

31. World Health Organization. 2008-2013 *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases.* Geneva: WHO; 2008. Disponibile all'indirizzo: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44009/9789241597418_eng.pdf;jsessionid=0AEB340C72E5C21CB4C18A5773BA230D?sequence=1; ultima consultazione 30.01.2025.

32. World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020.* Geneva: WHO; 2013. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236; ultima consultazione 30.01.2025.

33. World Health Organization. *Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of Non Communicable Diseases of the WHO*. Geneva: WHO; 2017. Disponibile all'indirizzo: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y; ultima consultazione 30.01.2025.

34. World Health Organization. *The SAFER initiative. A world free from alcohol related harm.* Geneva: WHO; 2017. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/initiatives/SAFER; ultima consultazione 30.01.2025.

35. World Health Organization. *The Global Health Observatory. Indicators. Alcohol, drinkers only per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol), three-year average.* Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/464; ultima consultazione 30.01.2025.

36. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 109, 12 maggio 2017.

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

37. Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. *Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2023-2025*. Roma: ISTAT; 2024. Disponibile all'indirizzo: https://www.sistan.it/index.php?id=688; ultima consultazione 30.01.2025.

38. Tinto A (Ed.). *BES 2023. Il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2023. Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/04/Bes-2023-Ebook.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.

39. World Health Organization. *Alcohol, abstainers lifetime (%).* Geneva: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-abstainers-lifetime-(-); ultima consultazione 30.01.2025.

40. Rumgay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I, Islami F, Lemmens VEPP, Rehm J, Soerjomataram I. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: A population-based study. *Lancet Oncol.* 2021;22:1071-80.

41. Shield KD, Gmel G, Gmel G, Mäkelä P, Probst C, Room R, Rehm J. Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines. *Addiction*. 2017 Sep;112(9):1535-1544. doi: 10.1111/add.13827.

42. Shield K, Manthey J, Rylett M, et al. National, Regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *Lancet Public Health* 2020;5:e51–61.

43. Ronksley PE Brien SE Turner BJ Mukamal KJ Ghali WA. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2011;342:d671.

44. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization - Regional Office for Europe. *Alcohol and cancer in the WHO European Region.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336595/WHO-EURO-2020-1435-41185-56004-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y; ultima consultazione 30.01.2025.

45. Benjamin O Anderson, Berdzuli N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge H.P, Krech R, Mikkelsen B, Neufeld M, Poznyak V, Rekve D, Slama S, Tello J, Ferreira-Borges C. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet* 2023;8(1):E6-E7.

46. Scafato E, Gandin C. *Aumentare la consapevolezza del legame tra alcol e cancro: la dichiarazione congiunta OMS Europa/IARC al Parlamento europeo*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. Disponibile all'indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/alcol/dichiarazione-congiunta-oms-iarc-2023; ultima consultazione 30.01.2025.

47. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. *Infografica OMS: 5 cose da sapere su alcol e cancro*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/8%20SCAFATO%20FINALE%20FACSHEET%20CANCRO%20E%20ALCOL%20TRADUZIONE%20PER%20OMS.pdf; ultima consultazione 20.03.2024.

48. Testino G, Ghiselli A, Balbinot P, Gandin C, Patussi V, Scafato E, Caputo F. Alcol e rischio oncologico. *Alcologia* 2024; 54:79-85

49. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Alcol e tassazione, necessità e urgenza delle più efficaci ma contrastate misure delle politiche di prevenzione per ridurre la mortalità per cancro e i rischi per la salute causati dall'alcol in Europa e in Italia. *Alcologia* 2021; 46:12-16

50. Borrelli I, Santoro PE, Gualano MR, Perrotta A, Daniele A, Amantea C, Moscato U. Alcohol Consumption in the Workplace: A Comparison between European Union Countries' Policies. Int J *Environ Res Public Health* 2022;19(24):16964. doi: 10.3390/ijerph192416964.

51. McCabe SE, Hughes TL, Fish JN, Hoak S, Kcomt L, Evans-Polce RJ, Engstrom C, Leary K, Veliz P, West BT, McCabe VV, Boyd CJ. Is it all in the family? Sexual identity differences in DSM-5 alcohol and other drug use disorders and associations with alcohol and other drug misuse history among parents, offspring, and other relatives. *Subst Abus.* 2022;43(1):1277-85. doi: 10.1080/08897077.2022.2095080.

52. Henriksen TB, Hjollund NH, Jensen TK, Bonde JP, Andersson AM, Kolstad H. Alcohol consumption at the time of conception and spontaneous abortion. *Am J Epidemiol*. 2004;160:661-7.

53. Chudley A, Conry J, Cook JL, Loock C, Rosales T, LeBlanc N, et al. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *CMAJ.* 2005;172(5) Suppl:S1–S21.

54. Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J, Burd L, Popova S. Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2017;171:948-56.

55. Popova S, Charness ME, Burd L, Crawford A, Hoyme HE, Mukherjee RAS, Riley EP, Elliott EJ. Fetal alcohol spectrum disorders. *Nat Rev Dis Primers.* 2023;9(1):11. doi: 10.1038/s41572-023-00420-x.

56. Bruguera C, Segura L, Okulicz-Kozaryn K, Gandin C, Matrai S, Braddick F, Zin-Sędek M, Slodownik L, Scafato E, Colom J. Prevention of alcohol exposed pregnancies in Europe: The FAR SEAS Guidelines. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2024;24(246):1-5. DOI: 10.1186/s12884-024-06452-9.

57. Okulicz-Kozaryn K, Segura-García L, Bruguera C, Braddick F, Zin-Sędek M, Gandin C, Słodownik-Przybyłek L, Scafato E, Ghirini S, Colom J, Matrai S. Reducing the risk of prenatal alcohol exposure and FASD through social services: promising results from the FAR SEAS pilot project. *Front Psychiatry* 2023;14:1243904. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1243904.

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

58. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. I danni legati al consumo di alcol in gravidanza: il progetto europeo FAR SEAS e il contributo dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS per la prevenzione della sindrome fetoalcolica. *Alcologia* 2022; 48:18-24.

59. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). *Good practice principles for low risk drinking guidelines. Joint Action RARHA.* Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2016. Disponibile all'indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5%20Good%20practice%20low%20risk%20guidelines.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.

60. Scafato E, Silvia G, Lucia G, Claudia G. The implementation in Europe (EU) of the low risk drinking guidelines: results from the RARHA survey. *Addict Sci Clin Pract.* 2015;10(Suppl 2):P17. doi: 10.1186/1940-0640-10-S2-P17.

61. Montonen M. RARHA *Delphi survey: "Low risk" drinking guidelines as a public health measure*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131323/RARHA%20lowrisk%20guidelines%20Delphi%20report.pdf?sequence=1; ultima consultazione 30.01.2025.

62. Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Scipione R e Scafato E per il gruppo di lavoro RARHA WP5. *Principi di buone pratiche per le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio: le attività della Joint Action europea RARHA (Reducing Alcohol Related Harm).* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017. (Rapporti ISTISAN 17/2)

63. Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Peparaio M, Poli A, Ranaldi G, Roselli M, Scafato E, Ticca M. *Capitolo 9: Bevande alcoliche*. In: Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018. Roma: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione CREA; 2020. p. 1015-122.

64. Dal Maso L, La Vecchia C, Polesel J, Talamini R, Levi F, Conti E, Zambon P, Negri E, Franceschi S. Alcohol drinking outside meals and cancers of the upper aero-digestive tract. *Int J Cancer.* 2002 Dec 1;102(4):435-7. doi: 10.1002/ijc.10723.

65. Zhao J, Stockwell T, Naimi T, Churchill S, Clay J, Sherk A. Association between daily alcohol intake and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analyses. *JAMA Netw Open.* 2023;6(3):e236185. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.6185

66. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *Lancet.* 2018;392(10152):987-88.

67. Ghirini, A. Matone, C. Gandin, M. Vichi, E. Scafato. Consumo di alcol. In: Rapporto Osservasalute 2023. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2023. p. 26-31 Disponibile all'indirizzo https://osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2023; ultima consultazione 30.01.2025.

68. Topiwala A, Ebmeier KP, Maullin-Sapey T, Nichols TE. No safe level of alcohol consumption for brain health: observational cohort study of 25,378 UK Biobank participants. MedRxiv 2021. doi:https://doi.org/10.1101/2021.05.10.21256931

69. Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6. *Relazione del Ministro della Salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati".* Roma: Ministero della Salute; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3059_allegato.pdf; ultima consultazione 30.01.2025

70. Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Rehm J, Poznyak V, Macdonald S, et al. Emergency room collaborative alcohol analysis project (ERCAAP) and the WHO collaborative study on alcohol and injuries. Multi-level analysis of alcohol-related injury among emergency department patients: a cross-national study. *Addiction* 2005;100(12):1840-50.

71. Istituto Nazionale di Statistica. *Glossario*. In: Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà. Anno 2021. Roma: ISTAT; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/it/files//2022/05/Glossario_fattori_rischio_salute_2021.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.

72. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007 Jul;31(7):1208-17. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x.

73. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol.* 2002;37(6):591-6. doi: 10.1093/alcalc/37.6.591. PMID: 12414553.

74. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Understanding binge drinking.* Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2021. https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA_Binge_Drinking_3.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.

75. Jones SA, Lueras JM, Nagel BJ. Effects of binge drinking on the developing brain. *Alcohol Res.* 2018;39(1):87-96.

76. Committee on National Alcohol Policy and Action. *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2020*).* CNAPA; 2014. Disponibile all'indirizzo: https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-03/alcohol_key-doc_cnapa_ap_2014_0.pdf;ultima consultazione 30.01.2025.

77. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS. *Piano d'Azione sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (binge drinking) (2014-2016).* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. Disponibile all'indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20(binge%20drinking)%202014-16.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.

78. World Health Organization - Regional Office for Europe. *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014–2016) endorsed by CNAPA: progress evaluation report.* Copenhagen: WHO - Regional Office for

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

Europe; 2019. Disponibile all'indirizzo: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346532/WHO-EURO-2019-3574-43333-60793-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y; ultima consultazione 30.01.2025.

79. DSM-5 Task Force. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5.* Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013

80. Scafato E, Gandin C, Patussi V e il gruppo di lavoro IPIB (Ed.). *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve.* Roma: Istituto Superiore di Sanità – WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol; 2010. Disponibile all'indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.

81. Babor T, et al. *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care.* 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

1.4 CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

La relazione sui dati di monitoraggio dalle Regioni e dalle provincie autonome di Trento e Bolzano è un documento redatto annualmente dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) per il monitoraggio dei consumi e delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche, come stabilito dalla Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati 125/2001 (1). L'attività di monitoraggio è da anni inserita nel Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e nel Piano Sanitario Nazionale per valutare sia le azioni di contrasto, che l'implementazione del PNAS e dei Piani Regionali di Prevenzione (1, 2, 3). Al fine di agevolare le Regioni e le Provincie Autonome nella predisposizione dei Piani Regionali e nella programmazione regionale delle attività di prevenzione (4), il Ministero della Salute ha incaricato l'ONA-ISS di sviluppare un sistema standardizzato di monitoraggio (denominato SISTIMAL) e di pubblicare ogni anno l'aggiornamento dei principali indicatori del sistema di monitoraggio alcol-correlato SISMA.
Il sistema SISMA online è stato ristrutturato e reso disponibile (www.epicentro.iss.it/alcol): esso rappresenta lo strumento di riferimento del Ministero della Salute per monitorare l'andamento temporale delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche e delle quantità di alcol consumate dalla popolazione in tutte le Regioni e le provincie autonome, che sono di seguito riportati raggruppate per macro area (https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/index).
In Italia il 77,5% dei maschi e il 57,6% delle femmine di età superiore a 11 anni, pari a circa 36 milioni di abitanti, hanno consumato una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2023, senza variazioni significative rispetto al 2022. Anche i consumi delle diverse bevande alcoliche, a livello nazionale, sono pressoché invariati per entrambi i sessi, a eccezione del consumo di amari nei maschi che è aumentato del 3,7% rispetto al 2022. Si registra inoltre un aumento significativo delle femmine che bevono alcolici in modalità *binge drinking* che sono passate dal 3,7% del 2022 al 4,5% nel 2023, con un incremento del 20,5% (**Tabelle 5 e 6**).

ITALIA NORD-OCCIDENTALE

Nel 2023 i consumatori di bevande alcoliche in Italia nord-occidentale sono stati il 78,1% dei maschi e il 58,3% delle femmine, senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Le femmine mantengono un valore al di sopra della media nazionale, al contrario dei maschi che hanno invece un valore in linea con la media. La prevalenza dei consumatori delle singole bevande vede in aumento rispetto al 2022 i consumatori di amari (+8,4%), che restano comunque in linea con la media nazionale. Sono invece al di sopra della media i consumatori di entrambi i sessi di aperitivi alcolici (M=52,0%; F=36,5%) e di superalcolici (M=40,6%; F=18,6%) e di vino per le sole femmine (47,0%). Le prevalenze delle abitudini di consumo in Italia nord-occidentale nel 2023 si mantengono in gran parte sopra la media nazionale, a eccezione dei consumatori abituali eccedentari maschi (13,1%) e le *binge drinker* femmine (5,2%) che sono invece in linea con la media nazionale. I consumatori fuori pasto sono il 46,1% dei maschi, in aumento del 6% rispetto al 2023, e il 26,6% delle femmine, i *binge drinker* maschi sono il 12,8%, e le femmine che consumano in modalità abituale eccedentaria il 6,4%. I consumatori a rischio secondo il criterio ISS, sempre sopra la media nazionale, sono il 23,5% dei maschi e il 10,5% delle femmine (**Tabelle 5 e 6**).

Piemonte

Nel 2023 in Piemonte il 78,7% degli uomini e il 60,0% delle donne hanno consumato almeno una bevanda alcolica, senza variazioni significative rispetto al 2022 e in linea con la media nazionale. Per entrambi i sessi, i consumatori di birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici sono in linea con la media nazionale e senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Il 27,9% degli uomini e l'11,0% delle donne non si sono attenuti alle indicazioni di sanità pubblica e hanno consumato bevande con modalità rischiose per la loro salute (criterio ISS), dato al di sopra della media italiana per entrambi i sessi. Per quanto riguarda gli altri comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale anche le prevalenze dei maschi *binge drinker* (14,8%), mentre le

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

femmine *binge drinker* (4,8%) sono in linea con la media nazionale, i consumatori fuori pasto maschi (44,4%), anche in questo caso le femmine sono nella media (23,6%), e i consumatori abituali eccedentari di entrambi i sessi (M=16,7%; F=7,2%).

Valle d'Aosta

Nel 2023 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari all'80,8% dei maschi e al 65,7% delle femmine, ed entrambi i valori sono superiore alla media nazionale, anche se invariati rispetto al 2022. Nei consumi registrati delle diverse bevande alcoliche non emergono variazioni significative rispetto al 2022. Sono il 69,0% dei maschi e il 52,3% delle femmine a consumare il vino (queste ultime sopra la media nazionale), il 67,1% dei maschi e il 45,2% delle femmine a consumare la birra (anche in questo caso le femmine sono sopra la media), il 54,5% dei maschi e il 44,6% delle femmine a consumare aperitivi alcolici (entrambi sopra la media), il 39,8% dei maschi (sotto la media) e il 19,9% delle femmine a consumare amari e, infine, il 41,6% dei maschi e il 22,3% delle femmine (sopra la media) a consumatore superalcolici. Per le modalità di consumo il 33,2% dei maschi e il 14,5% delle femmine in Valle d'Aosta hanno consumato alcolici con modalità rischiose per la salute secondo il criterio ISS, dati sopra la media nazionale. Risultano sopra la media anche tutti comportamenti registrati ovvero i consumatori abituali eccedentari (M=18,9%; F=9,3%), i consumatori di alcolici lontano dai pasti (M=55,7%; F=38,6%), e i *binge drinker* (M=20,9%; F=7,0%).

Lombardia

I consumatori di bevande alcoliche in Lombardia nel 2023 sono stati il 78,3% dei maschi e il 56,8% delle femmine, dati in linea con la media nazionale e invariati rispetto al 2022. Per quanto riguarda i tipi di bevanda alcolica, sono sopra la media nazionale i consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=54,0%; F=36,8%) e i consumatori maschi di superalcolici (42,2%), mentre sono sotto la media le consumatrici di birra (36,4%). Sono invece in linea con le rilevazioni nazionali i consumatori di vino (M=66,9%; F=45,7%), i maschi consumatori di birra (64,6%), i consumatori di amari (M=47,3%; F=20,8%), e le consumatrici femmine di superalcolici (18,6%). La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2023 pari al 22,1% tra gli uomini e al 10,4% tra le donne, entrambi i valori sono in linea con la media italiana. Come l'anno scorso, i comportamenti a rischio rilevati sono tutti in linea con la media italiana ad eccezione dei consumatori fuori pasto che invece rimangono superiori al dato medio per entrambi i sessi (M=47,4%; F=27,7%).

Liguria

Il'75,1% dei maschi e il 62,1% delle femmine liguri ha consumato almeno una bevanda alcolica nel 2023, e per le femmine il dato è sopra la media nazionale. Sono statisticamente invariate rispetto al 2022 le prevalenze di consumatori per le diverse bevande alcoliche e rimangono sopra la media nazionale le consumatrici di vino (51,2%) e sotto la media i maschi consumatori di amari (36,9%). Sono sopra la media nazionale anche le consumatrici di aperitivi alcolici (36,6%). Sono invece in linea con la media nazionale i consumatori di vino maschi (65,6%), i consumatori di birra di entrambi i sessi (M=62,1%; F=41,6%), i consumatori di aperitivi alcolici maschi (47,4%), le consumatrici di amari femmine (19,6%) e i consumatori di superalcolici di entrambi i sessi (M=37,8%; F=19,3%).

Gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio sono tutti in linea con la media italiana, ad eccezione della prevalenza delle femmine che hanno bevuto lontano dai pasti, e non sono cambiati rispetto al 2022. Nel 2023 hanno bevuto in modalità abituale eccedentaria l'11,6% dei maschi e il 6,7% delle femmine, fuori pasto il 41,8% maschi e il 27,0% delle femmine, e hanno effettuato il *binge drinking* il 9,3% dei maschi e il 4,3% delle femmine. Il 19,2% dei maschi e il 9,9% delle femmine in Liguria hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

ITALIA NORD-ORIENTALE

L'Italia nord-orientale è la zona con la percentuale di consumatrici più alta, ovvero il 63,1% delle femmine che consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno, i maschi sono invece, a differenza degli anni passati, in linea con la media nazionale e sono il 78,6%. Per le femmine si registrano i livelli più alti in Italia anche per le consumatrici di vino (52,0%), quelle di aperitivi alcolici (39,2%) e di superalcolici (21,7%). Sono poi sopra le media italiana i maschi consumatori di vino (67,9%), le consumatrici di birra (41,7%), mentre i maschi sono in linea con la media nazionale (64,9%) e i consumatori maschi di aperitivi alcolici (52,7%) e di superalcolici (41,4%). Per quanto riguarda il consumo di amari sono invece in linea con la media le femmine (20,3%) e al di sotto della media i maschi (41,9%). Non si registrano variazioni di rilievo rispetto al 2022.
Rimangono, come negli anni precedenti, le più elevate delle ripartizioni territoriali considerate le prevalenze dei consumatori fuori pasto per entrambi i sessi (M=50,3%; F=32,5%) e dei *binge drinker* maschi (15,4%). Sono sopra la media nazionale anche le *binge drinker* femmine, il 6,2%, in significativo aumento rispetto al 2022 (+29,2%). Sono invece in linea con la media italiana i consumatori abituali eccedentari (M 13,2%; F 6,0%). I consumatori a rischio in Italia nord-orientale nel 2023 sono stati il 25,9% dei maschi (confermandosi il dato più alto nazionale) e l'11,2% delle femmine, sopra la media nazionale (**Tabelle 5 e 6**).

Provincia Autonoma di Bolzano

Nel 2023 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 79,2% dei maschi e il 64,1% delle femmine e, per queste ultime, il dato è superiore alla media nazionale; entrambi i valori sono pressoché invariati rispetto alla precedente rilevazione.
Hanno bevuto vino il 65,5% dei maschi e il 50,3% delle femmine (sopra la media), birra il 70,2% dei maschi (sopra la media) e il 39,6% delle femmine, aperitivi alcolici il 53,3% dei maschi e il 45,8% delle femmine (entrambi sopra la media), amari il 42,8% dei maschi e il 27,2% delle femmine, e superalcolici il 42,4% dei maschi e il 22,6% delle femmine (entrambi sopra le media).
Il 29,9% dei maschi e il 13,0% delle femmine nella provincia autonoma di Bolzano sono consumatori a rischio per la salute secondo il criterio ISS, entrambe le prevalenze sono sopra la media nazionale. Sono sopra la media anche le percentuali di consumatori *binge drinker* (M=24,2%; F=9,2%) e fuori pasto (M=61,2%; F=40,6%). Si confermano sotto la media i consumatori maschi abituali eccedentari (9,2%) mentre le femmine sono in linea con la media (4,9%).

Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2023 è stata del 74,5% tra i maschi e del 60,7% tra le femmine, entrambi in linea con la media italiana, e senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Rimangono come nel 2022 sopra la media italiana le consumatrici di aperitivi alcolici (38,4%) e al di sotto della media i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=37,5%; F=16,6%). Tutti gli altri dati sulle tipologie di bevande alcoliche sono in linea con la media nazionale e non mostrano variazioni significative rispetto al 2022. Sulle modalità di consumo a rischio si confermano per entrambi i sessi valori superiori alla media italiana delle prevalenze di consumatori fuori pasto (M=56,8%; F=32,1%), mentre sono in linea nazionale i *binge drinker* (M=13,3%; F=6,2%) e i consumatori che bevono in modalità abituale eccedentaria (M=11,0%; F=4,0%). Le persone che nel 2023 bevendo alcolici hanno messo a rischio la propria salute, secondo il criterio ISS, sono stati il 22,4% dei maschi e il 9,4% delle femmine.

Veneto

In Veneto nel 2023 il 77,7% dei maschi e 63,6% delle femmine hanno consumato almeno una bevanda alcolica, solo le femmine sono sopra la media nazionale. Il vino è stato consumato dal 67,3% dei maschi e dal 52,6% delle femmine (sopra la media), la birra dal 62,9% dei maschi e dal 42,2% delle femmine (sopra la media), gli aperitivi alcolici dal 56,0% dei maschi e dal 39,9% delle

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

femmine (entrambi sopra la media), gli amari dal 42,6% dei maschi e dal 21,8% delle femmine, e i superalcolici dal 42,1% dei maschi e dal 22,0% delle femmine (entrambi sopra la media). Per quanto riguarda i comportamenti tutte le modalità di consumo a rischio sono sopra la media nazionale tranne i consumatori in modalità abituale eccedentaria che sono stati il 13,6% dei maschi e il 5,5% delle femmina. Sono stati il 50,7% maschi e il 34,3% delle femmine a bere lontano dai pasti, il 15,8% dei maschi e il 6,6% delle femmine a fare il *binge drinking*, e il 27,0% dei maschi e l'11,0% delle femmine risulta essere un consumatore a rischio secondo i criteri ISS.

Friuli Venezia Giulia

Nel 2023 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile, pari all'80,2% tra gli uomini e al 62,0% tra le donne, entrambi sopra la media nazionale. Sono al di sopra della media italiana anche le prevalenze delle femmine consumatrici di vino (49,0%), di aperitivi alcolici (37,2%) e di superalcolici (21,3%). I consumatori di vino maschi (67,4%), di birra di entrambi i sessi (M=66,8%, F=41,0%), di aperitivi alcolici maschi (50,2%), di amari di entrambi i sessi (M=43,7%, F=21,4%) e di superalcolici maschi (40,0%) sono in linea con la media nazionale.

L'analisi dei comportamenti a rischio conferma, per entrambi i sessi, valori superiori alla media dei consumatori fuori pasto (M=59,3%; F=33,9%), e dei *binge drinker* (M=17,9%; F=6,3%). Sono in linea con la media i consumatori abituali eccedentari (M=14,1%, F=5,5%). Hanno consumato alcolici in modalità a rischio per la salute secondo il criterio ISS il 28,7% dei maschi (sopra la media) e il 10,5% delle femmine.

Emilia-Romagna

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica in Emilia-Romagna nel 2023 è stata dell'79,7% dei maschi e del 63,0% per le femmine, per le quali il valore è superiore alla media nazionale. Per quanto riguarda i consumi delle diverse bevande alcoliche sono sopra la media nazionale i consumatori di vino di entrambi i sessi (M=69,7%; F=53,3%), le femmine consumatrici di aperitivi alcolici (38,1%), le femmine consumatrici di birra (41,8%), e i consumatori di superalcolici di entrambi i sessi (M=41,2%; F=21,7%). Sono invece inferiori rispetto alla media nazionale le prevalenze dei consumatori di amari di entrambi i sessi (M=41,0%; F=18,1%).

Rispetto ai comportamenti a rischio, si evidenziano valori superiori alla media nazionale dei consumatori fuori pasto (M=45,4%; F=29,3%), le femmine che bevono in modalità abituale eccedentaria (7,1%) e i *binge drinker* maschi (13,4%). Gli altri valori sono in linea con la media nazionale (maschi abituali eccedentari 13,2%, femmine *binge drinker* 5,4%). Complessivamente il 24,0% dei maschi e l'11,5% delle femmine hanno consumato alcolici in modalità a rischio per la salute secondo il criterio ISS.

ITALIA CENTRALE

I consumatori di bevande alcoliche nell'Italia centrale sono stati nel 2023 il 76,9% dei maschi e il 59,5% delle femmine; la prevalenza è rimasta pressoché stabile rispetto al 2022 e per le femmine il dato risulta superiore a quello medio. Nel 2023, per entrambi i sessi, le prevalenze dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici sono approssimabili al dato medio nazionale, mentre risulta inferiore alla media italiana la prevalenza dei consumatori di amari (M=43,0%; F=18,5%); per tutte le bevande non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

L'analisi delle abitudini di consumo a rischio evidenzia una diminuzione dei consumatori abituali eccedentari che nel 2023 risultano quindi in linea con la media italiana. Le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei consumatori in modalità *binge drinking* e di quelli a rischio per il criterio ISS nel 2023 risultano inferiori al dato medio nazionale e non si osservano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (**Tabelle 5 e 6**).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Toscana
La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2023 è stata del 78,0% per i maschi e il 61,4% per le femmine, e per queste il valore è per il quarto anno consecutivo superiore a quello medio nazionale. Nel 2023 tutte le prevalenze di consumatori e consumatrici delle bevande alcoliche considerate sono in linea con il dato medio nazionale a eccezione degli amari per i quali si osserva un valore inferiore per entrambi i sessi. Per tutte le bevande considerate non si osservano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione.
L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia, come per il 2022, valori superiori alla media per le donne che consumano in modalità abituale eccedentaria (8,5%) e a rischio per la loro salute secondo il criterio ISS (11,8%) sebbene non si osservino variazioni rispetto al 2022.

Umbria
La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2023 è pari a 80,4% tra i maschi e al 58,2% tra le femmine e, per i primi, il dato è superiore alla media nazionale; per entrambi i sessi non si registrano variazioni rispetto al 2022. La prevalenza dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici è in linea con la media italiana sia per i maschi che per le femmine, mentre il valore relativo alla prevalenza dei consumatori di amari è inferiore per i maschi. Per tutte le bevande non si osservano variazioni significative rispetto al 2022.
Tutti i comportamenti a rischio sono in linea con la media nazionale, a eccezione della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari maschi che risulta superiore alla media italiana e a quella dei consumatori *binge drinker* maschi che è invece inferiore.

Marche
I consumatori di almeno una bevanda alcolica sono rimasti pressoché stabili nel 2023 e pari al 75,4% dei maschi e al 59,2% delle femmine, in linea con il dato medio nazionale. Per entrambi i sessi la prevalenza dei consumatori di vino e birra, a cui si aggiungono gli aperitivi alcolici per le sole femmine, è approssimabile al dato nazionale, mentre risultano inferiori alla media la prevalenza dei consumatori di amari (M=35,8%; F=14,8%) e superalcolici per entrambi i sessi (M=34,4%; F=13,1%) e di aperitivi alcolici per i soli maschi (43,8%).
La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2023 pari a 19,4% tra i maschi e 8,1% tra le femmine. Tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo sono rimasti pressoché stabili rispetto al 2022 e in linea con il dato medio nazionale, a eccezione della prevalenza dei maschi che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti, il cui valore è inferiore a quello medio italiano.

Lazio
La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata nel 2023 del 76,0% tra i maschi e del 58,6% tra le femmine e per entrambi i sessi il valore è rimasto stabile rispetto al 2022 e in linea con la media nazionale. Per tutte le bevande considerate non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione e le prevalenze dei consumatori di entrambi i sessi delle bevande alcoliche considerate sono state nel 2023 approssimabili al dato medio nazionale, a eccezione della prevalenza delle consumatrici di vino che invece è risultata superiore alla media.
La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2023 pari a 17,7% tra i maschi e 9,5% tra le femmine. Per i maschi gli indicatori relativi alle abitudini di consumo a rischio sono tutti al di sotto del valore medio italiano, mentre per le femmine il dato risulta approssimabile a quello medio. Per tutti gli indicatori considerati non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

ITALIA MERIDIONALE
La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nell'Italia meridionale è stata nel 2023 del 77,7% per i maschi e del 53,3% per le femmine e, per queste ultime, il valore è sotto la

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

media nazionale. I valori di prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici (M=45,4%; F=28,0%) e di superalcolici (M=35,2%; F=14,6%) sono inferiori al dato medio nazionale per entrambi i sessi, come la prevalenza delle consumatrici di sesso femminile di vino (38,7%). Le prevalenze dei consumatori di amari, in controtendenza rispetto alle altre bevande, si confermano le più alte di tutte le ripartizioni territoriali analizzate (M=50,2%; F=23,7%).
L'analisi dei comportamenti a rischio mostra, per entrambi i sessi, valori inferiori al dato medio nazionale di tutti gli indicatori, ad eccezione dei consumatori abituali eccedentari maschi che sono invece in linea con la media. Le persone che hanno messo a rischio la propria salute secondo i criteri ISS nel 2023 sono state il 18,4% dei maschi e il 6,9% delle femmine (**Tabelle 5 e 6**).

Abruzzo
Nel 2023 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati l'82,4% dei maschi (dato superiore alla media nazionale) e il 57,4% delle femmine. L'analisi della tipologia di bevande consumate mostra che sono in linea con la media nazionale la maggior parte dei consumatori, a eccezione dei consumatori maschi di vino (71,5%), di birra (72,6%) e di amari (49,9%), che sono sopra la media nazionale.
L'analisi dei comportamenti a rischio non evidenzia variazioni significative rispetto al 2022; per il sesso maschile sono superiori alla media la prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* (14,4%). I consumatori a rischio (criterio ISS) sono stati il 22,5% dei maschi e il 9,4% delle femmine.

Molise
I consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2023 sono l'82,8% dei maschi, sopra la media italiana, e il 57,7% delle femmine, e non si registrano variazioni significative rispetto al 2022. La prevalenza dei consumatori di sesso maschile di amari (53,4%) si mantiene per l'ottavo anno consecutivo superiore alla media, così come per il terzo anno consecutivo la prevalenza dei consumatori di birra (71,9%). Sono sopra la media nazionale anche i consumatori maschi di vino (69,6%) e di aperitivi alcolici (55,2%). Sono invece inferiori alla media nazionale le prevalenze delle consumatrici di vino (40,1%) e di superalcolici (11,7%).
Per i maschi i valori della prevalenza dei consumatori *binge drinker* (18,3%), dei consumatori fuori pasto (45,1%) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (28,1%) sono sopra la media italiana, mentre sono sotto la media le consumatrici femmine fuori pasto (19,4%).

Campania
I consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 77,3% dei maschi e il 52,4% delle femmine, queste ultime sempre inferiori alla media nazionale. L'analisi delle singole bevande mostra il consumo di aperitivi alcolici e di superalcolici sotto la media nazionale per entrambi i sessi (Aperitivi alcolici M=45,3%; F=27,8%; Superalcolici M=32,1%; F=12,9%) e del vino per le sole femmine (37,9%). È invece superiore alla media italiana la prevalenza dei consumatori di amari maschi (50,0%).
Per entrambi i sessi, tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media, a eccezione dei consumatori di alcol in modalità abituale eccedentaria, che sono invece in linea con il dato medio. I consumatori a rischio secondo il criterio ISS sono stati nel 2023 il 16,7% dei maschi e il 6,4% delle femmine.

Puglia
La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2023 è stata del 74,6% tra i maschi e del 53,4% tra le femmine, entrambi i valori sono inferiori alla media italiana. Come lo scorso anno, per entrambi i sessi, le prevalenze dei consumatori di vino e aperitivi alcolici sono inferiori alla media (Vino M=59,8%; F=37,8%; Aperitivi alcolici M=42,2%; F=28,1%). Sono sopra

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

la media nazionale i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=49,7%, F=26,5%), mentre sono in linea con la media i consumatori di birra e di superalcolici di entrambi i sessi.
Tutti i comportamenti a rischio sono inferiori alla media nazionale sia per i maschi che per le femmine, tranne i consumatori abituali eccedentari che sono in linea con la media per entrambi i sessi. I consumatori che nel 2023 in Puglia hanno messo a rischio la propria salute secondo il criterio ISS sono stati il 17,2% deli maschi e il 6,7% delle femmine.

Basilicata
Nel 2023 il 75,8% dei maschi e il 48,3% delle femmine ha consumato almeno una bevanda alcolica; per queste ultime il valore è inferiore alla media così come la prevalenza di tutte le bevande considerate (Vino 36,1%; Birra 31,1%; Aperitivi alcolici 26,2%; Superalcolici 13,5%) a eccezione delle consumatrici di amari per le quali il dato è in linea con la media nazionale. Il consumo delle bevande fra i maschi vede sotto la media italiana i consumatori di vino (59,1%) e di aperitivi alcolici (42,2%).
L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia valori inferiori alla media della prevalenza dei consumatori fuori pasto di entrambi i sessi (M=35,1%, F=17,1%) e delle *binge drinker* femmine (3,0%). I consumatori a rischio in Basilicata secondo il criterio ISS sono stati nel 2023 il 20,8% dei maschi e il 7,8% delle femmine, in linea con la media italiana.

Calabria
La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2023 è pari all'82,2% dei maschi, dato superiore alla media nazionale, e al 53,9% delle femmine, che sono invece sotto la media, così come le consumatrici di vino (37,9%). Sono invece sopra la media italiana i consumatori di entrambi i sessi di birra (M=70,2%, F=42,0%) e di amari (M=52,5%, F=26,7%).
L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che la prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=37,8%; F=13,7%) è inferiore alla media per entrambi i sessi. Si mantiene inferiore alla media la prevalenza delle femmine consumatrici in modalità *binge drinking* (3,1%), delle abituali eccedentarie (3,8%) e la prevalenza delle consumatrici a rischio (criterio ISS) (6,4%).

ITALIA INSULARE
Nel 2023 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche nell'Italia insulare è sotto la media italiana per entrambi i sessi ed è del 74,9% tra i maschi e del 51,6% tra le femmine, per le quali il valore è aumentato del 7,7% rispetto alla precedente rilevazione. Come lo scorso anno le prevalenze dei consumatori di vino (M = 59,0%; F = 35,2%) e dei consumatori di superalcolici (M = 30,7%; F = 12,3%) sono, per entrambi i sessi, le più basse registrati rispetto alle altre ripartizioni territoriali italiane, così come la prevalenza delle consumatrici di birra (34,8%).
L'analisi delle abitudini di consumo a rischio mostra che, come lo scorso anno, i valori rilevati di tutti gli indicatori sono inferiori alla media nazionale per entrambi i sessi. Inoltre, la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari è la più bassa d'Italia sia per i maschi che per le femmine (M = 9,1%; F = 3,4%). Infine, sono il 16,2% dei maschi (dato più basso in Italia) e il 5,8% delle femmine ad aver avuto un comportamento nel consumo di alcol a rischio secondo il criterio ISS (**Tabelle 5 e 6**).

Sicilia
La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2023 è stata pari al 75,2% dei maschi e al 51,5% delle femmine e per queste ultime il valore è sotto la media nazionale. I valori di prevalenza dei consumatori di vino (M = 58,2%; F = 34,8%), aperitivi alcolici (M = 39,6%; F = 25,6%) e di superalcolici (M = 29,9%; F = 11,3%) sono inferiori alla media italiana per entrambi i sessi, oltre alla prevalenza delle consumatrici di birra (34,3%) per le sole femmine. Per tutte le bevande non si rilevano variazioni significative rispetto all'anno precedente.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

L’analisi delle abitudini di consumo evidenzia che tutti gli indicatori di rischio sono inferiori alla media nazionale per entrambi i sessi. Nel 2023 sono stati il 13,5% dei maschi (valore più basso in Italia) e il 4,7% delle femmine in Sicilia a non attenersi alle indicazioni si salute per quanto riguardo il consumo di alcol (a rischio secondo il criterio ISS).

Sardegna

Nel 2023 in Sardegna la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 74,0% dei maschi e al 52,0% delle femmine, entrambi sotto la media nazionale. L’analisi della tipologia di bevanda alcolica consumate mostra che, per entrambi i sessi, le prevalenze dei consumatori di vino (M = 61,5%; F = 36,2%) e di aperitivi alcolici (M = 41,6%; F = 30,4%) sono inferiori alla media italiana, oltre alla prevalenza dei consumatori di amari (38,9%) e di superalcolici (33,2%) e per i soli maschi.

L’analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che, per gli uomini, come nelle rilevazioni precedenti, si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei consumatori fuori pasto (47,4%) e dei *binge drinker* (15,6%), mentre sono in linea con la media italiana le prevalenze di questi comportamenti per le femmine e degli abituali eccedentari per entrambi i sessi. In Sardegna nel 2023 i consumatori a rischio secondo il criterio ISS sono stati il 24,4% dei maschi, dato superiore alla media italiana, e l’8,9% delle femmine.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

82. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 125, 30 marzo 2001.
83. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie-CCM. *Piano Nazionale Alcol e Salute-PNAS 2007-2010.* Roma: Ministero della Salute; 2007. Disponibile all’indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf
84. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale Prevenzione-PNP. 2020-2025.* Roma: Ministero della Salute; 2022. Disponibile all’indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf
85. Ministero della Salute. *I Piani Regionali della Prevenzione 2020-2025.* Roma: Ministero della Salute; 2021. Disponibile all’indirizzo: https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it/Default.aspx?ReturnUrl=%2f

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Tabella 5. Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e sesso (2023)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	vino		*birra*		*aperitivi alcolici*		*amari*		*superalcolici*	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	66,7	47,0	63,8	37,6	52,0	36,5	45,2↗	20,6	40,6	18,6
Piemonte	66,8	48,6	62,3	38,8	49,0	35,3	43,6	20,7	37,8	18,2
Valle d'Aosta	69,0	52,3	67,1	45,2	54,5	44,6	39,8	19,9	41,6	22,3
Lombardia	66,9	45,7	64,6	36,4	54,0	36,8	47,3	20,8	42,2	18,6
Liguria	65,6	51,2	62,1	41,6	47,4	36,6	36,9	19,6	37,8	19,3
Italia nord-orientale	67,9	**52,0**	64,9	41,7	52,7	**39,2**	41,9	20,3	41,4	**21,7**
PA Bolzano	65,5	50,3	70,2	39,6	53,3	45,8	42,8	27,2	42,4	22,6
PA Trento	61,2	45,7	65,1	39,8	48,9	38,4	37,5	16,6	39,2	19,9
Veneto	67,3	52,6	62,9	42,2	56,0	39,9	42,6	21,8	42,1	22,0
Friuli-Venezia Giulia	67,4	49,0	66,8	41,0	50,2	37,2	43,7	21,4	40,0	21,3
Emilia-Romagna	69,7	53,3	65,9	41,8	50,1	38,1	41,0	18,1	41,2	21,7
Italia centrale	66,3	49,0	63,1	40,2	47,2	33,9	43,0	18,5	38,2	16,6
Toscana	69,7	51,7	64,8	40,3	47,6	35,5	41,5	17,9	40,6	18,1
Umbria	68,2	46,4	62,5	38,6	46,1	33,8	40,9	18,5	36,1	17,1
Marche	65,8	46,9	61,5	40,3	43,8	31,4	35,8	14,8	34,4	13,1
Lazio	64,0	48,3	62,6	40,3	48,0	33,4	46,2	19,8	38,0	16,4
Italia meridionale	64,3	38,7	65,2	38,0	45,4	28,0	**50,2**	**23,7**	35,2	14,6
Abruzzo	71,5	47,4	72,6	41,2	51,8	32,5	49,9	21,5	41,0	17,9
Molise	69,6	40,1	71,9	39,7	55,2	30,2	53,4	20,6	40,7	11,7
Campania	65,2	37,9	62,9	36,4	45,3	27,8	50,0	21,7	32,1	12,9
Puglia	59,8	37,8	63,8	38,2	42,2	28,1	49,7	26,5	36,8	16,1
Basilicata	59,1	36,1	60,8	31,3	42,2	26,2	46,3	19,5	36,0	13,5
Calabria	66,6	37,9	70,2	42,0	47,6	25,1	52,5	26,7	36,0	15,3
Italia insulare	**59,0**	**35,2**	63,6	**34,8**	40,1	26,8	43,4	19,5	**30,7**	**12,3**
Sicilia	58,2	34,8	63,5	34,3	39,6	25,6	44,9	19,9	29,9	11,3
Sardegna	61,5	36,2	64,0	36,2	41,6	30,4	38,9	18,3	33,2	15,4
Italia	**65,5**	**45,2**	**64,2**	**38,7**	**48,4**	**33,5**	**45,0↗**	**20,7**	**38,0**	**17,2**

↘ diminuito rispetto al 2022
↗ aumentato rispetto al 2022

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

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

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Tabella 6. Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e sesso (2023)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	tutte le bevande alcoliche		abituali eccedentari		fuori pasto		*binge drinker*		a rischio (criterio ISS*)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	78,1	58,3	13,1	6,4	46,1↗	26,6	12,8	5,2	23,5	10,5
Piemonte	78,7	60,0	16,7	7,2	44,4	23,6	14,8	4,8	27,9	11,0
Valle d'Aosta	80,8	65,7	18,9	9,3	55,7	38,6	20,9	7,0	33,2	14,5
Lombardia	78,3	56,8	11,8	6,0	47,4	27,7	12,3	5,5	22,1	10,4
Liguria	75,1	62,1	11,6	6,7	41,8	27,0	9,3	4,3	19,2	9,9
Italia nord-orientale	78,6	**63,1**	13,2	6,0	**50,3**	**32,5**	**15,4**	6,2↗	**25,9**	11,2
PA Bolzano	79,2	64,1	9,2	4,9	61,2	40,6	24,2	*9,2*	29,9	13,0
PA Trento	74,5	60,7	11,0	4,0	56,8	32,1	13,3	6,2	22,4	9,4
Veneto	77,7	63,6	13,6	5,5	50,7	34,3	15,8	6,6	27,0	11,1
Friuli-Venezia Giulia	80,2	62,0	14,1	5,5	59,3	33,9	17,9	6,3	28,7	10,5
Emilia-Romagna	79,7	63,0	13,2	7,1	45,4	29,3	13,4	5,4	24,0	11,5
Italia centrale	76,9	59,5	11,7↘	6,1	37,0	24,1	9,5	4,6	19,4	10,0
Toscana	78,0	61,4	13,5	8,5	40,5	25,8	9,8	4,2	21,4	11,8
Umbria	80,4	58,2	15,5	4,4	38,4	24,9	8,5	5,4	22,2	8,9
Marche	75,4	59,2	11,5	4,6	35,8	22,3	9,6	4,2	19,4	8,1
Lazio	76,0	58,6	9,9	5,2	34,8	23,4	9,3	4,8	17,7	9,5
Italia meridionale	77,7	53,3	12,4	4,5	34,7	16,2↗	8,5	2,8	18,4	6,9
Abruzzo	82,4	57,4	12,0	4,9	43,6	23,9	14,4	5,0	22,5	9,4
Molise	82,8	57,7	14,5	4,5	45,1	19,4	18,3	3,9	28,1	8,1
Campania	77,3	52,4	13,1	4,7	31,7	14,3	6,2	2,2	16,7	6,4
Puglia	74,6	53,4	11,5	4,4	33,9	17,1	7,3	2,8	17,2	6,7
Basilicata	75,8	48,3	13,2	6,2	35,1	17,1	11,4	3,0	20,8	7,8
Calabria	82,2	53,9	11,7	3,8	37,8	13,7	12,0	3,1	20,6	6,4
Italia insulare	74,9	51,6↗	**9,1**	**3,4**	34,2	17,7	9,0	2,7	**16,2**	5,8
Sicilia	75,2	51,5	8,0	2,8	29,7	16,5	6,8	2,2	**13,5**	4,7
Sardegna	74,0	52,0	12,2	5,2	47,4	21,3	15,6	4,3	24,4	8,9
Italia	77,5	57,6	12,2	5,5	41,3	23,9	11,3	4,5↗	21,2	9,2

↘ diminuito rispetto al 2022
↗ aumentato rispetto al 2022

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

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

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

LA MORBILITA' E LA MORTALITA' ALCOL CORRELATE

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

Per la rilevazione ed il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza-urgenza da parte sia del Sistema 118 sia dei presidi ospedalieri con riferimento alle attività di Pronto Soccorso, è stato istituito, con decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 e s.m., il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (Sistema EMUR). La rilevazione attraverso il Sistema EMUR, secondo quanto previsto dal predetto decreto è a regime dal 1gennaio 2012.
I dati EMUR PS che vengono presentati nella relazione sono riferiti all'anno 2023, disponibili nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute.
Relativamente alle attività del Pronto Soccorso, i principali contenuti informativi rilevati e trasmessi al NSIS sono i seguenti: struttura erogatrice, dati relativi all'accesso ed alla dimissione dell'assistito, codice anonimo dell'assistito, diagnosi principale e diagnosi secondarie nonché le prestazioni erogate.
Le predette informazioni rilevate al completamento dell'intervento di Emergenza-Urgenza vengono trasmesse al NSIS con cadenza mensile, entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi. La rilevazione attraverso il Sistema EMUR, secondo quanto previsto dal predetto decreto, è stata avviata nell'anno 2010.
Al fine di individuare gli accessi in Pronto Soccorso per patologie causate dall'uso di alcol, sono stati considerati tutti gli accessi in Pronto Soccorso con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Diagnosi totalmente attribuibili all'alcol

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

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

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

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

Cardiomiopatie	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
425.5	Cardiomiopatia alcoolica

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

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

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

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

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

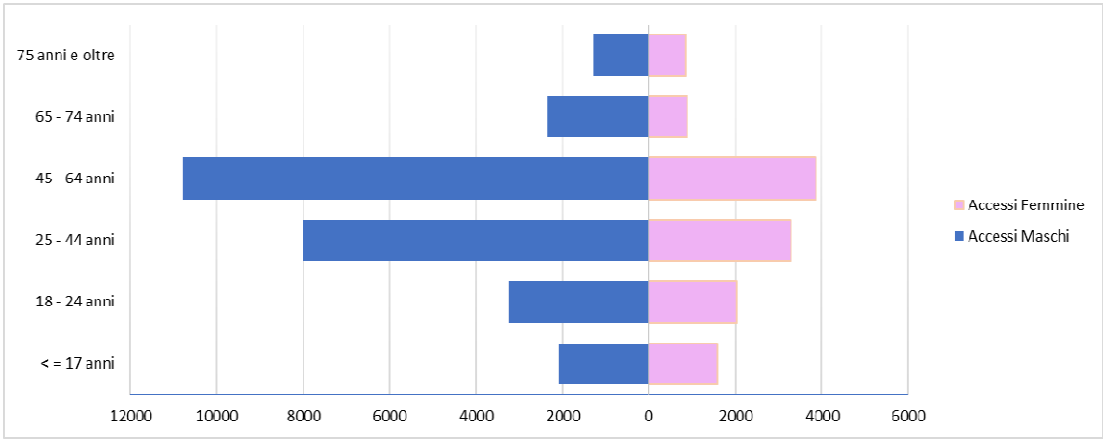
Nel corso del 2023 si sono verificati complessivamente 40.277 accessi in Pronto Soccorso caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 69% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 31% ad accessi di femmine (**TAB.7**).

TAB.7 - Accessi in pronto soccorso per età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2023

REGIONE	Maschi							Femmine							Totale
	<= 17 anni	18 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale	<= 17 anni	18 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale	
Piemonte	149	359	1.114	1.578	253	102	**3.555**	96	222	401	511	79	34	**1.343**	**4.898**
Valle d'Aosta	1	2	12	18	7	5	**45**	3	1	4	5	1	1	**15**	**60**
Lombardia	261	512	1.304	1.736	300	121	**4.234**	261	345	480	599	92	52	**1.829**	**6.063**
P.A. Bolzano	39	106	276	279	79	47	**826**	56	36	87	76	15	16	**286**	**1.112**
P.A. Trento	8	13	39	43	7		**110**	9	5	10	16	4	3	**47**	**157**
Veneto	52	131	287	510	141	78	**1.199**	39	64	131	156	49	33	**472**	**1.671**
Friuli V.G.	410	265	716	1.033	371	444	**3.239**	282	164	418	529	238	401	**2.032**	**5.271**
Liguria	66	114	295	431	81	35	**1.022**	84	66	114	132	28	20	**444**	**1.466**
Emilia Romagn	192	386	930	1.066	156	68	**2.798**	129	205	400	416	65	44	**1.259**	**4.057**
Toscana	120	344	610	684	130	46	**1.934**	151	188	282	309	50	23	**1.003**	**2.937**
Umbria	29	63	111	122	42	18	**385**	16	27	65	53	6	9	**176**	**561**
Marche	32	97	252	260	60	27	**728**	50	53	115	100	14	25	**357**	**1.085**
Lazio	370	346	1.031	1.318	204	63	**3.332**	180	277	386	499	65	34	**1.441**	**4.773**
Abruzzo	45	57	107	189	78	37	**513**	23	39	56	47	22	4	**191**	**704**
Molise	6	19	28	81	13	5	**152**	8	8	14	14		1	**45**	**197**
Campania	89	98	219	417	115	94	**1.032**	57	75	71	162	103	102	**570**	**1.602**
Puglia	57	87	146	221	57	17	**585**	37	75	41	57	9	1	**220**	**805**
Basilicata	9	15	32	70	13	9	**148**	5	3	16	18	2		**44**	**192**
Calabria	15	19	45	65	28	4	**176**	17	18	17	23	3	2	**80**	**256**
Sicilia	112	184	332	382	101	29	**1.140**	59	120	132	104	16	21	**452**	**1.592**
Sardegna	41	46	125	282	97	29	**620**	37	33	47	50	20	11	**198**	**818**
ITALIA	**2.103**	**3.263**	**8.011**	**10.785**	**2.333**	**1.278**	**27.773**	**1.599**	**2.024**	**3.287**	**3.876**	**881**	**837**	**12.504**	**40.277**

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2023) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

GRAF.22 – Piramide per classi di età e per genere degli accessi in PS - ANNO 2023



La rappresentazione grafica a forma di piramide del **GRAF. 22**, fornisce una immediata indicazione sulla prevalenza degli accessi dei maschi affetti da patologie attribuibili all' alcol rispetto alle femmine.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

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

TAB.8- Accessi in pronto soccorso per cittadinanza con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2023

Cittadinanza	Percentuale accessi
ITALIA	77,96%
ROMANIA	3,84%
(vuoto)	2,43%
MAROCCO	1,83%
UCRAINA	1,31%
INDIA	1,05%
ALBANIA	0,95%
POLONIA	0,75%
TUNISIA	0,65%

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2023) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III

La **TAB. 9** che segue riporta la distribuzione dei tassi specifici per regione, genere e classe d'età.
La distribuzione dei tassi di accesso, calcolati sulla popolazione residente, mostra una elevata variabilità tra regioni all'interno di ciascuna classe d'età considerata.
Con riferimento ai maschi della classe 65-74 anni, si evidenzia un tasso di accessi molto elevato nella P.A. di Bolzano e in Friuli Venezia Giulia rispetto al valore medio nazionale.
Nelle classi 18-24 e 25-44 si evidenziano tassi di accesso elevati nella P.A. di Bolzano e nelle regioni Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche e Lazio.

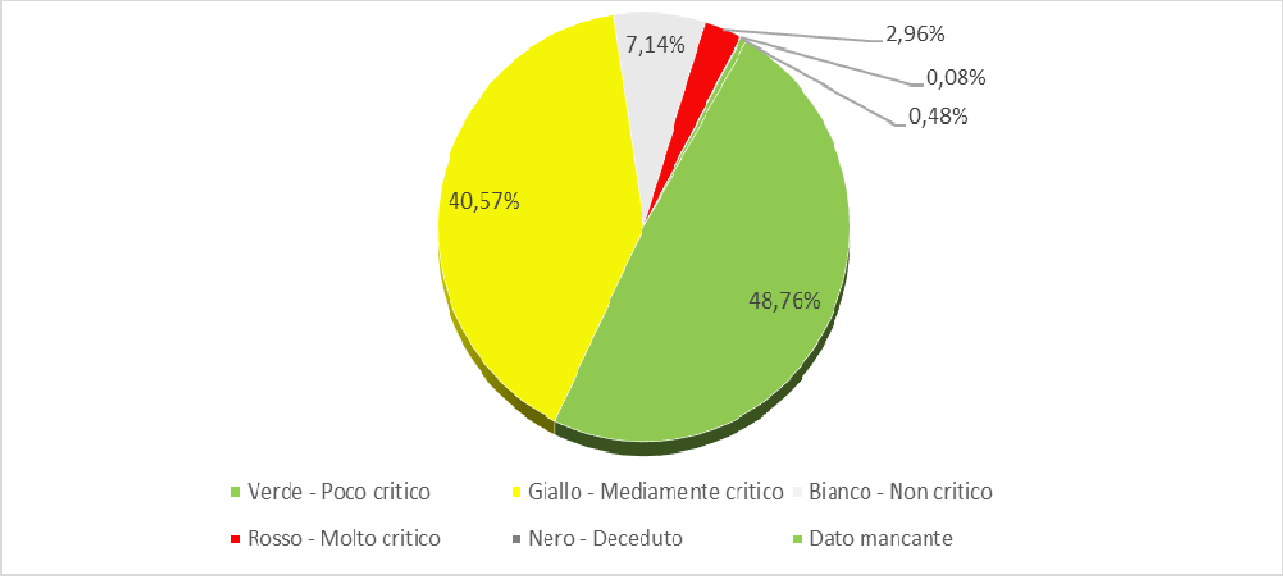
TABELLA 9 – Tassi di accesso in Pronto Soccorso (x 100.000 residenti) specifici per classi di età e genere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - ANNO 2022

REGIONE	Maschi						Femmine					
	<= 17 anni	18 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	<= 17 anni	18 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre
Piemonte	47,73	244,41	237,54	242,14	101,12	41,22	32,65	165,73	90,40	76,24	28,59	9,52
Valle d'Aosta	10,56	45,44	91,36	92,41	96,57	75,00	34,14	24,38	31,73	25,10	12,84	10,62
Lombardia	32,52	140,75	111,09	111,37	56,88	23,99	34,67	103,85	42,88	38,45	15,68	7,02
P.A. Bolzano	76,66	483,58	424,78	352,37	313,87	194,24	117,03	178,35	140,48	95,69	54,79	47,26
P.A. Trento	17,46	61,40	61,76	52,90	22,90	0,00	20,99	25,81	16,59	19,37	12,45	7,75
Veneto	13,87	74,41	53,14	66,34	52,01	30,47	11,04	39,43	25,30	20,20	16,65	9,04
Friuli V.G.	480,71	646,96	554,04	550,26	536,58	616,00	350,11	442,50	347,00	278,20	305,80	380,78
Liguria	64,85	227,49	188,17	185,71	89,28	36,00	87,77	145,05	77,38	54,43	27,43	13,60
Emilia Romagn	55,77	247,63	182,21	154,71	65,31	27,73	39,96	145,07	81,86	59,07	24,14	12,74
Toscana	44,94	272,76	152,52	121,46	62,80	21,09	60,17	164,06	72,80	52,56	21,49	7,42
Umbria	46,50	214,69	119,39	95,72	84,38	34,66	27,07	100,72	71,93	39,09	10,80	12,31
Marche	28,97	184,28	151,57	115,18	69,43	31,64	48,25	111,42	73,17	43,02	14,66	20,62
Lazio	82,76	174,58	156,00	149,27	67,40	22,46	42,62	150,74	60,33	52,87	18,67	8,29
Abruzzo	47,64	129,10	73,40	97,84	103,26	53,56	25,94	97,01	40,40	23,49	26,32	4,14
Molise	30,13	182,01	81,24	183,82	70,72	30,92	43,45	87,62	45,20	31,29	0,00	4,37
Campania	18,41	41,99	32,05	51,37	39,33	41,35	12,49	34,39	10,53	18,83	31,63	31,47
Puglia	18,92	57,79	32,45	38,29	25,96	8,54	13,08	53,41	9,37	9,37	3,63	0,36
Basilicata	23,45	73,52	50,38	86,53	39,61	32,38	14,14	16,49	27,52	21,53	5,62	0,00
Calabria	10,15	27,26	20,46	24,64	25,74	4,40	12,18	28,00	8,01	8,17	2,56	1,63
Sicilia	28,12	97,23	58,60	55,24	37,86	12,83	15,69	69,07	23,85	14,21	5,30	6,60
Sardegna	39,80	90,87	72,17	110,03	96,28	33,40	38,57	70,62	28,74	19,26	18,09	8,96
ITALIA	**45,71**	**151,35**	**118,20**	**120,02**	**71,32**	**41,77**	**36,95**	**102,25**	**50,45**	**41,73**	**24,15**	**19,11**

Fonte: Ministero della salute - NSIS Flusso per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso, DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2023) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

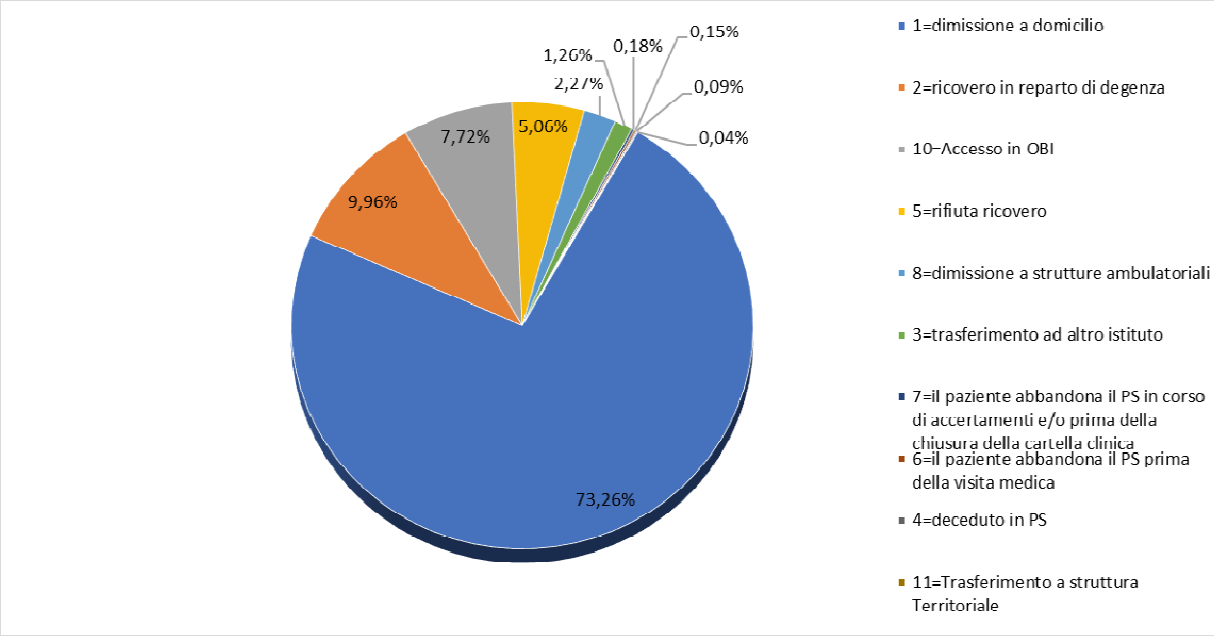
Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

Il **GRAF.23** mostra la **distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per triage medico nel 2023**. Al 49% degli accessi viene attribuito il codice verde, al 41% il codice giallo, al 7% il codice bianco e al 3% il codice rosso.



Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2023) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Il **Grafico 24** che segue mostra la **distribuzione nazionale degli accessi in Pronto Soccorso per esito trattamento – Anno 2023.**



Fonte: Ministero della salute - NSIS Flusso per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso, DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2023) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Si rileva che il 73% degli accessi in pronto soccorso con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol esita a domicilio, mentre il 10% degli accessi viene ricoverato.

La **Tabella 10** che segue mostra **le diagnosi principali più frequenti attribuite in Pronto Soccorso – ANNO 2023.**

Codigne Diagnosi principale	Descrizione diagnosi principale	Percentuale di accessi
305.00	ABUSO DI ALCOOL,NON SPECIFICATO	19,27%
305.02	ABUSO DI ALCOOL,EPISODICO	12,95%
980.0	EFFETTI TOSSICI DELL'ALCOOL ETILICO	12,57%
303.00	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL,NON SPECIFICATA	11,41%
571.2	CIRROSI EPATICA ALCOLICA	9,37%
305.01	ABUSO DI ALCOOL,CONTINUO	8,67%
303.02	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL,EPISODICA	4,42%
291.4	INTOSSICAZIONE ALCOLICA IDIOSINCRASICA	3,25%
980.9	EFFETTI TOSSICI DI ALCOOL NON SPECIFICATO	3,08%
291.81	SINDROME DA ASTINENZA DA ALCOOL	2,58%
303.01	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL	1,66%
291.89	ALTRI DISTURBI PSICHICI SPECIFICATI INDOTTI DA ALCOL	1,58%
303.0	ALTRI DISTURBI PSICHICI SPECIFICATI INDOTTI DA ALCOL	1,50%
571.0	STEATOSI EPATICA ALCOLICA	1,19%
291.0	DELIRIUM DA ASTINENZA DA ALCOOL	0,75%
535.30	GASTRITE ALCOOLICA SENZA MENZIONE DI EMORRAGIA	0,72%
571.1	EPATITE ACUTA ALCOLICA	0,62%
303.90	DIPENDENZA DA ALCOOL,ALTRA E NON SPECIFICATA,NON SPECIFICATA	0,60%
303.03	INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOOL,IN REMISSIONE	0,60%
571.3	DANNO SPECIFICO DA ALCOL, NON SPECIFICATO	0,59%
305.03	ABUSO DI ALCOOL,IN REMISSIONE	0,58%
291.9	DISTURBI PSICHICI NON SPECIFICATI INDOTTI DALL'ALCOOL	0,38%
357.5	POLINEUROPATIA ALCOOLICA	0,30%
303.91	ALTRA E NON SPECIFICATA DIPENDENZA DA ALCOOL, CONTINUA	0,29%
	Altre diagnosi	1,07%

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2023) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che al 19% degli accessi in pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcool, non specificato, al 13% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcool, episodico, mentre al 13 % una diagnosi di effetti tossici dell'alcool etilico.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

La **Tabella 11** che segue mostra la **distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per modalità di arrivo – ANNO 2023.**

Modalità di arrivo in Pronto soccorso	Percentuale di accessi
Ambulanza 118	64,25%
Autonomo (arrivato con mezzi propri)	29,43%
Altra Ambulanza	4,19%
Non rilevato	1,14%
Altro (in caso ambulanze di Esercito, Vigili del Fuoco, Polizia, ecc.)	0,80%
Elicottero 118	0,14%
Altro Elicottero	0,02%
Mezzo di soccorso 118 di altre regioni	0,02%

Fonte: Ministero della salute - NSIS Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza (flusso EMUR-Pronto Soccorso) DM 17 dicembre 2008 e s.m. (Anno 2023) - Elaborazione a cura dell'Ufficio III della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

Si rileva che il 64% degli accessi arriva in Pronto Soccorso con il 118, mentre il 29% arriva al pronto soccorso con mezzi propri.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

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

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

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

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

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

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

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

Cardiomiopatie	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
425.5	Cardiomiopatia alcolica

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

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

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

Avvelenamento da altri e non specificati farmaci e medicamenti	
Codici ICD-9-CM	**Descrizione**
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Nel 2023 si rilevano complessivamente 47.766 dimissioni ospedaliere, un incremento del 3,4% rispetto all'anno 2022, caratterizzate dall'avere indicata almeno una patologia attribuibile all'alcol, o in diagnosi principale di dimissione, o in una delle diagnosi secondarie, che coesistono al momento del ricovero e che influenzano il trattamento terapeutico somministrato.

La distribuzione per categorie diagnostiche delle diagnosi rilevate (**TAB.12)** mostra la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (57,1% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriacatezza acuta in corso di alcolismo) e alcolismo cronico e dipsomania (19,4%).
I ricoveri per abuso di alcol, effetti postumi all'eccessiva assunzione più o meno occasionale di alcol, *hangover*, ebbrezza ed ubriachezza, si collocano al terzo posto (17,6%).

TAB.12 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2023

Diagnosi alla dimissione	Codici ICD-9-CM	Maschi		Femmine		Totale	
		Numero	%	Numero	%	Numero	%
Disturbi mentali indotti da alcol	291	1.496	*4,0*	383	*3,7*	1.879	*3,9*
Sindrome da dipendenza da alcol	303	6.582	*17,6*	2.666	*25,6*	9.248	*19,4*
Abuso di alcol	305.0	5.897	*15,8*	2.519	*24,2*	8.416	*17,6*
Polineuropatia alcolica	357.5	314	*0,8*	76	*0,7*	390	*0,8*
Cardiomiopatia alcolica	425.5	134	*0,4*	4	*0,0*	138	*0,3*
Gastrite alcolica	535.30 535.31	88	*0,2*	29	*0,3*	117	*0,2*
Malattia epatica cronica e cirrosi	571.0-571.3	22.628	*60,6*	4.660	*44,8*	27.288	*57,1*
Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	977.3	1	*0,0*	-	*0,0*	1	*0,0*
Effetti tossici dell'alcol	980	208	*0,6*	75	*0,7*	283	*0,6*
Totale		**37.348**	***100***	**10.412**	***100***	**47.760**	***100***

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

La distribuzione delle dimissioni per genere evidenzia una netta prevalenza dei ricoveri di maschi (78,2%) rispetto alle femmine (22,8%).

Le patologie epatiche croniche sono quelle prevalenti per questi pazienti (57,1%), anche in termini di distribuzione per genere: 60,6% nei maschi *vs* 44,8% nelle femmine. Seguono le diagnosi riconducibili alla sindrome da dipendenza da alcol e all'abuso di alcol, rispettivamente 19,4% e 17,6% rispetto alla totalità dei pazienti, con percentuali superiori nelle femmine rispetto ai maschi: per la sindrome da dipendenza 17,6% nei maschi *vs* 25,6% nelle femmine e per l'abuso di alcol 15,8% *vs* 24,2%.
Il tasso standardizzato di ricovero ospedaliero, caratterizzato da diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, è di 74,0 ricoveri per 100.000 residenti (**TAB.13)**, in aumento rispetto al 2022 (71,5 per

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

100.000). Considerando la modalità di ricovero, si distinguono i ricoveri effettuati in regime ordinario (93,7%), con complessive 583.362 giornate di degenza, dai ricoveri diurni (6,3%), con 20.282 accessi giornalieri per accertamenti diagnostici e terapie.

TAB.13 - Distribuzione delle dimissioni ospedaliere, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) per regime e regione di ricovero - ANNO 2023

REGIONE	Dimissioni					
	Totale (ordinario + diurno)		Regime ordinario		Regime diurno	
	Numero	Tasso STD x 100.000 ab.	Numero	*Degenza media*	Numero	*Numero medio accessi*
Piemonte	4.422	95,5	4.002	*17,7*	420	*5,4*
Valle d'Aosta	287	212,2	231	*11,4*	56	*7,3*
Lombardia	6.436	60,0	6.358	*14,1*	78	*2,9*
P.A. Bolzano	985	183,0	965	*10,8*	20	*4,8*
P.A. Trento	900	158,4	883	*14,5*	17	*4,8*
Veneto	4.811	89,8	4.672	*14,5*	139	*6,8*
Friuli V.G.	1.586	109,6	1.344	*12,1*	242	*10,1*
Liguria	1.857	112,2	1.640	*10,7*	217	*8,6*
Emilia Romagna	5.676	121,1	5.531	*12,2*	145	*9,7*
Toscana	2.692	67,3	2.542	*11,2*	150	*6,6*
Umbria	575	62,8	569	*10,2*	6	*2,2*
Marche	1.891	121,8	1.837	*17,4*	54	*2,9*
Lazio	3.890	61,0	3.365	*12,5*	525	*7,6*
Abruzzo	957	66,8	868	*12,5*	89	*9,2*
Molise	234	68,0	229	*10,0*	5	*5,4*
Campania	2.568	42,0	2.258	*11,1*	310	*5,4*
Puglia	2.235	51,5	2.216	*10,7*	19	*1,9*
Basilicata	374	59,7	353	*10,2*	21	*5,6*
Calabria	1.187	57,3	1.031	*11,2*	156	*5,0*
Sicilia	2.373	45,8	2.194	*10,9*	179	*4,4*
Sardegna	1.830	95,5	1.687	*10,9*	143	*8,0*
ITALIA	**47.766**	**74,0**	**44.775**	*13,0*	**2.991**	*6,8*

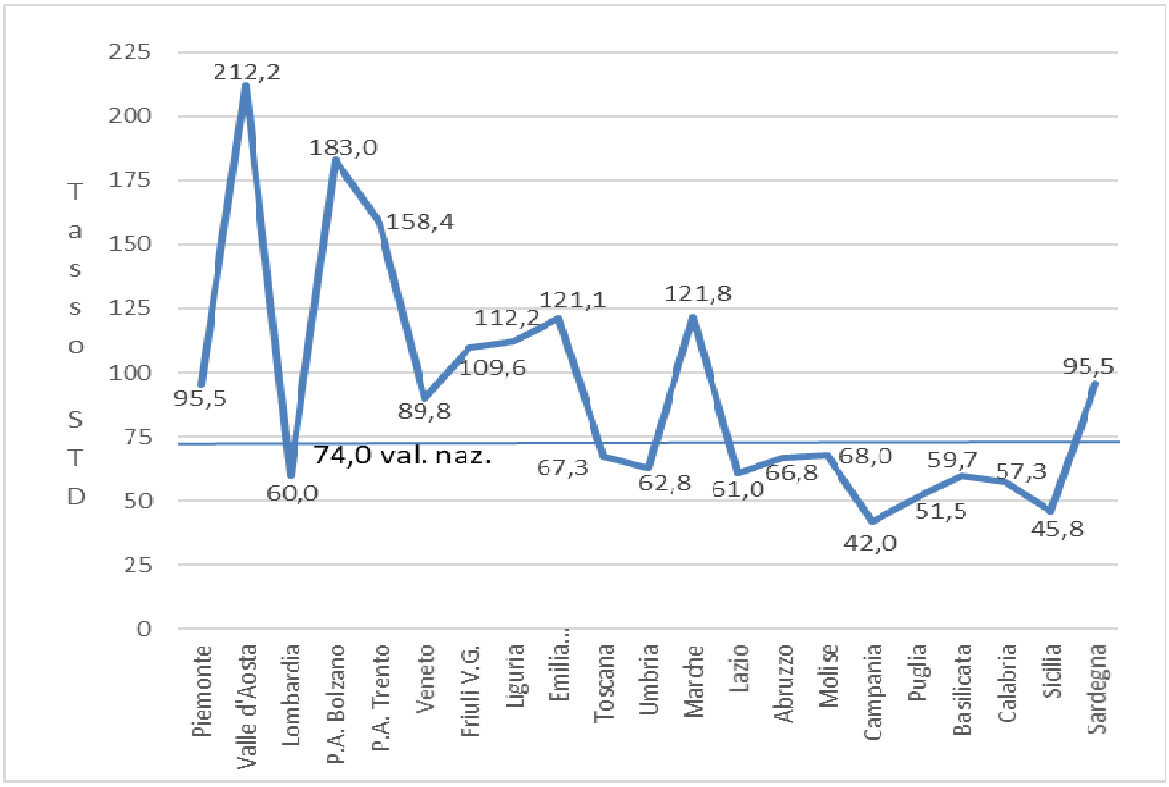
(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

La **Tabella 13** riporta anche la distribuzione per regione della degenza media dei ricoveri in regime ordinario, che a livello nazionale è di 13,0 giorni (valore invariato rispetto al 2022) ed il numero medio di accessi per i ricoveri diurni, che a livello nazionale è di 6,8 vs 6,9 nel 2022.
Analizzando la differente modalità di ricorso al ricovero per cure ospedaliere, si rileva che il 70,7% dei ricoveri con degenza ordinaria avvengono in urgenza/emergenza e di questi, 0,8% è costituito dai ricoveri per trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Il restante 29,3% è costituito da ricoveri ordinari, intesi come ricoveri programmati non urgenti, di cui il 5,4% è costituito da ricoveri programmati con pre-ospedalizzazione.

Il tasso di ricovero complessivo (regime ordinario e diurno), standardizzato per età, è rappresentato graficamente nel seguente grafico (**GRAF.25)**. I valori regionali del tasso di ricovero presentano ampie oscillazioni attorno al valore nazionale di 74,0 per 100.000 residenti (vs 71,5 nel 2022).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

GRAF.25 – Tasso di ricovero (*) standardizzato per età (x 100.000 ab.) - ANNO 2023



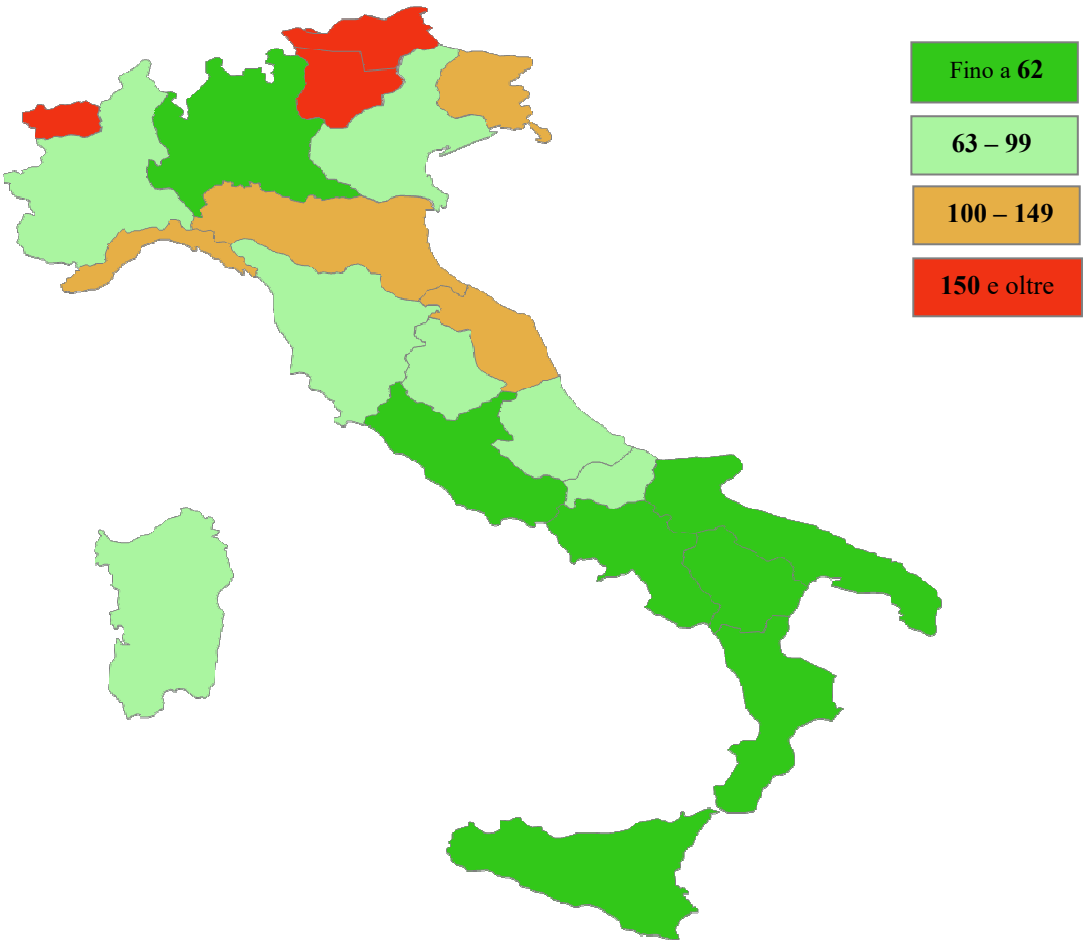
(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

I valori più elevati del tasso di ricovero sono in regione Valle d'Aosta (212,2 vs 181,6 nel 2022), nella P.A. di Bolzano (183,0 vs 185,6 nel 2022) e Trento (158,4 vs 124,7 nel 2022), mentre in Campania (42,0 vs 41,2 nel 2022) e Sicilia (45,8 vs 42,3 nel 2022) si rilevano i valori più bassi della distribuzione.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Il **Grafico.26** rappresenta con differente colorazione le regioni, in base al valore assunto dal relativo tasso di ricovero standardizzato per età. Nella rappresentazione grafica sono stati definiti 4 cluster dei tassi di ricovero. La colorazione delle regioni varia, passando dal verde brillante per le regioni con valori più bassi del tasso di ricovero, al rosso per le regioni il cui tasso di ricovero assume i valori più elevati.

GRAFICO.26 - Dimissioni ospedaliere con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol per regione di ricovero. Tassi di ricovero standardizzati per età (per 100.000 residenti) - ANNO 2023



Delle 47.766 dimissioni ospedaliere con almeno una diagnosi attribuibile all'alcol, il 40,9% presenta tale diagnosi come principale motivo del ricovero, mentre per il restante 59,1% tale diagnosi è indicata come una diagnosi secondaria. Si precisa a tal riguardo che la fonte informativa relativa alla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) rileva fino a cinque diagnosi secondarie.
Si ritiene pertanto opportuno evidenziare il raggruppamento diagnostico in cui si colloca la diagnosi principale, nei casi in cui la diagnosi attribuibile all'alcol è stata indicata come diagnosi secondaria.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Dalla **TAB.14** si può rilevare come, in presenza di patologie secondarie attribuibili all'alcol, la diagnosi principale dei ricoveri effettuati è prevalentemente riconducibile a disturbi mentali (complessivamente, senza distinzione di genere, essi rappresentano il 26%), seguono le malattie dell'apparato digerente (15%), tumori (10%), malattie del sistema circolatorio (9%) e malattie dell'apparato respiratorio (9%).

TAB.14 - Distribuzione delle dimissioni per raggruppamenti diagnostici della diagnosi principale, in presenza di diagnosi secondaria totalmente attribuibile all'alcol (*) - ANNO 2023

RAGGRUPPAMENTI DIAGNOSTICI (DIAGNOSI PRINCIPALE)	2023			
	Maschi		Femmine	
	Numero	%	Numero	%
1 - Malattie infettive e parassitarie (001-139)	871	3,9	186	3,1
2 - Tumori (140-239)	2.627	11,8	305	5,1
3 - Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, disturbi immunitari (240-279)	407	1,8	122	2,0
4 - Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)	405	1,8	114	1,9
5 - Disturbi mentali (290-319)	4.721	21,3	2.497	41,5
6 - Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)	974	4,4	266	4,4
7 - Malattie del sistema circolatorio (390-459)	2.271	10,2	381	6,3
8 - Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	2.109	9,5	413	6,9
9 - Malattie dell'apparato digerente (520-579)	3.475	15,7	722	12,0
10 - Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)	527	2,4	119	2,0
11 - Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)	3	0,0	5	0,1
12 - Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)	113	0,5	14	0,2
13 - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	233	1,0	56	0,9
14 - Malformazioni congenite (740-759)	24	0,1	8	0,1
15 - Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)	1	0,0	-	-
16 - Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti (780-799)	1.178	5,3	207	3,4
17 - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)	1.565	7,0	400	6,6
Classificazione supplementare dei fattori che influenzano stato di salute e ricorso ai servizi san. (codici V)	639	2,9	195	3,2
Diagnosi principale non indicata	61	0,3	9	0,1
ITALIA	**22.204**	**100**	**6.019**	**100**

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

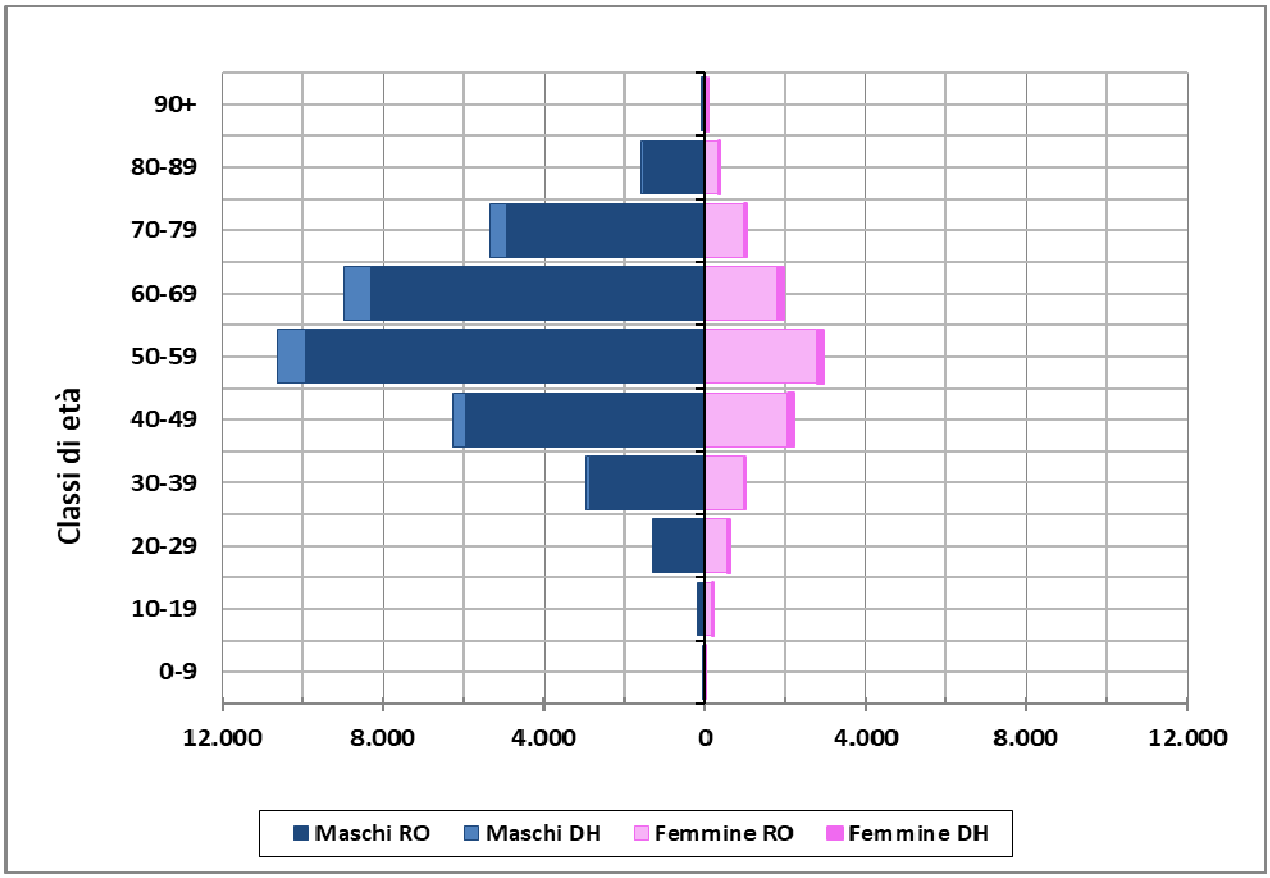
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Con riferimento alla distribuzione per genere riportata in tabella, si rileva come la percentuale dei disturbi mentali e dei tumori varia notevolmente tra maschi e femmine: i disturbi mentali, nettamente prevalenti per entrambi i generi è di 21,3% nei maschi e 41,5% nelle femmine; al secondo posto per entrambi i generi vi sono le malattie dell'apparato digerente (15,7% vs 12,0%); i tumori compaiono al terzo posto per i maschi (11,8%) mentre sono al sesto posto per le femmine (5,1%); per le femmine al terzo posto vi sono le malattie respiratorie (6,9%).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

La rappresentazione grafica a forma di piramide (**GRAF.27)**, fornisce una visione immediata sulla prevalenza di ricoveri dei maschi rispetto alle femmine per ciascuna classe di età considerata.
Il grafico rappresenta infatti la distribuzione del numero complessivo, a livello nazionale, delle dimissioni con diagnosi attribuibili all'alcol per genere e classi di età decennali.
Nella rappresentazione viene anche visivamente evidenziata la composizione delle dimissioni ospedaliere secondo il regime di ricovero, ordinario (RO) e diurno (DH).
Inoltre il grafico evidenzia come la numerosità dei ricoveri, caratterizzati da patologie attribuibili all'alcol, cresce all'aumentare dell'età, con valore massimo nella classe di età 50-59 anni, sia per i maschi che per le femmine, per poi decrescere gradualmente.

GRAF.27 – Piramide per classi di età decennali e per genere delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNO 2023



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

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

La **TAB.15** fornisce indicazioni sul volume complessivo dei ricoveri per diagnosi attribuibili all'alcol, distinti per regione di ricovero, genere e per classi di età di differente ampiezza.
Il numero di ricoveri più elevato è in Lombardia, Emilia Romagna e Veneto.
Per entrambi i generi la classe di età 45-64 anni è quella in cui si rileva la percentuale più elevata di ricoveri: 51,8% per i maschi *vs* 51,6% per le femmine.

TAB.15 - Distribuzione delle dimissioni, con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*), per regione, genere e fasce d'età - ANNO 2023

REGIONE	Maschi						Femmine					
	< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale	< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	75 anni e oltre	totale
Piemonte	8	651	1.784	560	275	3.278	6	282	621	164	71	1.144
Valle d'Aosta	-	46	85	63	32	226	-	15	25	11	10	61
Lombardia	22	1.025	2.520	920	525	5.012	24	405	723	150	122	1.424
P.A. Bolzano	6	171	307	161	91	736	3	60	124	29	29	245
P.A. Trento	-	171	317	135	63	686	-	47	111	38	18	214
Veneto	6	622	1.691	802	571	3.692	10	279	544	178	108	1.119
Friuli V.G.	1	122	508	368	290	1.289	3	29	124	72	69	297
Liguria	4	262	729	275	141	1.411	8	115	219	57	47	446
Emilia Romagna	5	1.018	2.166	619	363	4.171	1	472	773	162	97	1.505
Toscana	2	392	995	359	210	1.958	11	184	401	81	57	734
Umbria	-	98	231	87	44	460	3	34	55	15	8	115
Marche	1	332	814	196	82	1.425	3	175	224	53	11	466
Lazio	11	545	1.806	531	232	3.125	8	177	412	101	65	763
Abruzzo	5	131	373	197	87	793	2	34	88	35	5	164
Molise	-	16	111	50	25	202	-	9	16	4	3	32
Campania	2	286	1.286	363	179	2.116	1	80	266	66	39	452
Puglia	5	293	1.040	315	185	1.838	6	75	226	50	40	397
Basilicata	-	34	160	78	53	325	-	7	30	11	1	49
Calabria	5	130	465	259	150	1.009	2	35	89	23	29	178
Sicilia	8	384	1.134	368	109	2.003	2	114	196	42	16	370
Sardegna	1	167	832	423	170	1.593	5	43	109	64	16	237
ITALIA	**92**	**6.896**	**19.354**	**7.129**	**3.877**	**37.348**	**98**	**2.671**	**5.376**	**1.406**	**861**	**10.412**

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

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

La distribuzione dei tassi di dimissione ospedaliera standardizzati per sesso ed età (**TAB.16)**, mostra una elevata variabilità tra regioni e per entrambi i sessi.
Relativamente ai maschi, valori della distribuzione superiori a 200 per 100.000 residenti si rilevano a partire dalla P.A. di Trento (241,1), Bolzano (273,0) e regione Valle d'Aosta (328,8). I valori minimi della distribuzione si rilevano in Sicilia (78,6) e Campania (70,2).
Analogamente la distribuzione del tasso di ricovero per le femmine presenta valori più elevati, superiori a 70 per 100.000 residenti, a partire dalla P.A. di Trento (74,7), Bolzano (89,0) e regione Valle d'Aosta (91,7). Valori inferiori della distribuzione si rilevano, come per i maschi in Campania (14,6) e Sicilia (14,5).

TAB.16 - Tasso di ricovero (*) standardizzato per sesso ed età (x 100.000 residenti) - ANNO 2023

REGIONE	Maschi	Femmine
	Tasso STD x 100.000 ab.	Tasso STD x 100.000 ab.
Piemonte	141,4	50,0
Valle d'Aosta	328,8	91,7
Lombardia	92,8	27,0
P.A. Bolzano	273,0	89,0
P.A. Trento	241,1	74,7
Veneto	135,6	42,7
Friuli V.G.	176,1	41,2
Liguria	170,0	55,6
Emilia Romagna	178,1	64,8
Toscana	98,3	36,9
Umbria	100,8	26,3
Marche	181,4	63,3
Lazio	99,8	24,0
Abruzzo	110,3	23,3
Molise	114,3	20,7
Campania	70,2	14,6
Puglia	85,9	18,1
Basilicata	102,3	16,1
Calabria	96,9	17,3
Sicilia	78,6	14,5
Sardegna	164,3	25,8
ITALIA	**115,8**	**32,7**

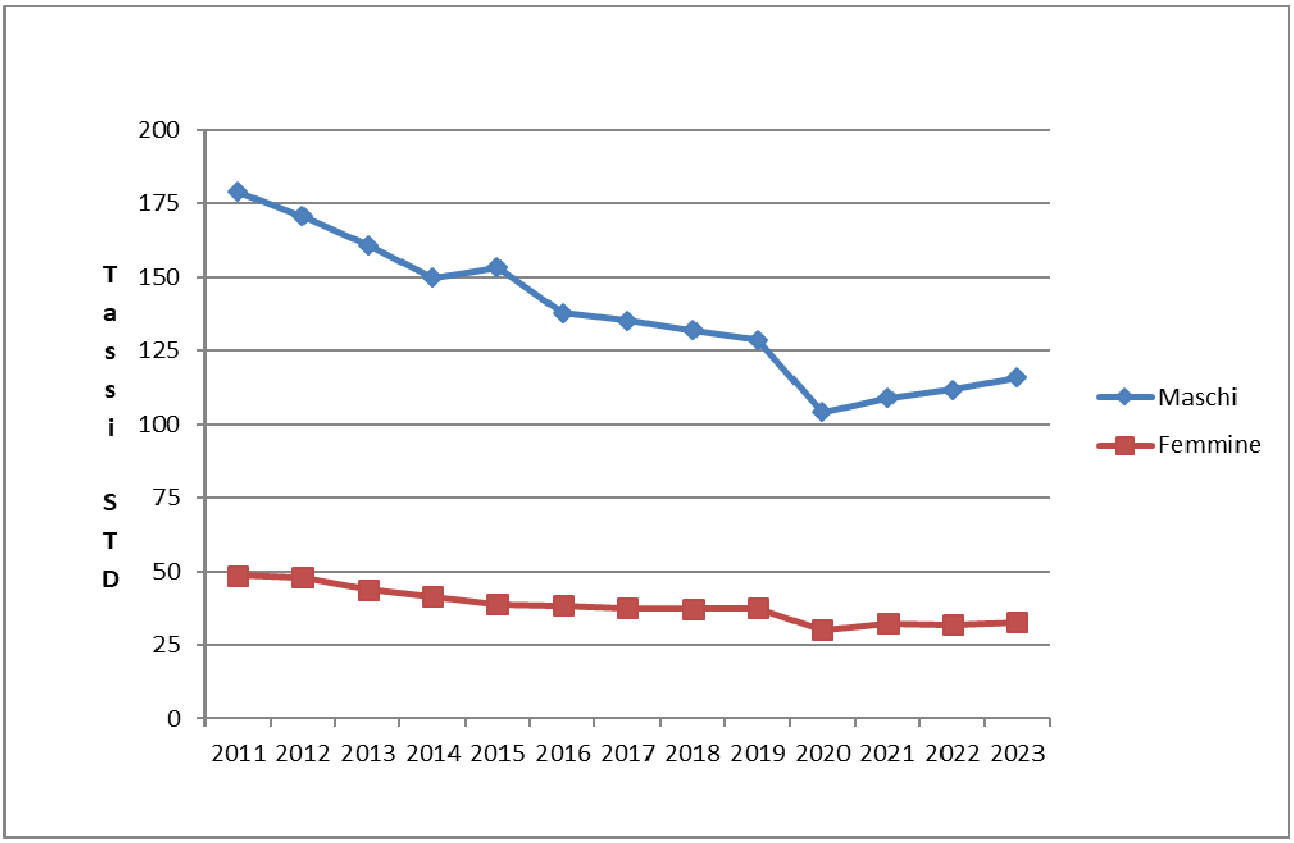
(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
La standardizzazione è effettuata, per genere ed età, rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001.
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

A partire dal 2011 si osserva una progressiva riduzione dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera per entrambi i sessi, seppure con differente intensità (**GRAF.28)**.

Nel 2020 a causa della pandemia da COVID-19, si è avuta in generale una drastica riduzione del numero complessivo dei ricoveri ospedalieri, di circa il 20% rispetto all'anno precedente. I tassi standardizzati di dimissione per alcol, già dal 2011 in continua riduzione, presentano una accentua contrazione nel 2020 per entrambi i sessi. A partire dal 2021, per effetto di un incremento in generale delle ospedalizzazioni, seguito al periodo pandemico, anche i tassi di dimissione per alcol presentano un incremento, che si presenta più accentuato per i maschi.

GRAF.28 – Trend tassi standardizzati di dimissione (x100.000 residenti) con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) - ANNI 2011-2023



(*) Sono state considerate tutte le dimissioni con almeno una diagnosi principale o secondaria totalmente attribuibile all'alcol
La standardizzazione è effettuata, per genere ed età, rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001.
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Il tasso di dimissione per diagnosi attribuibili all'alcol passa per i maschi da 178,9 per 100.000 residenti nel 2011 a 104,1 nel 2020; si incrementa nel 2021 fino a 108,9 e nel 2023 raggiunge il valore di 115,8, con un incremento del 3,7% rispetto al 2022.
Per le femmine il tasso di dimissione ospedaliera è più contenuto in tutto il periodo osservato; anche in questo caso si evidenzia una progressiva riduzione, passando da 48,6 nel 2011 a 30,2 nel 2020, per risalire nel 2021 a 32,2 e nel 2023 raggiunge il valore di 32,7 per 100.000 residenti, con un incremento del 2,5% rispetto al 2022.
L'identificazione seppure anonima di ciascun paziente ricoverato, consente di tracciare la successione dei ricoveri a cui il paziente è stato sottoposto nel tempo.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Limitatamente ai ricoveri in regime ordinario effettuati nel corso del 2023, si rileva che il 93,4% delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol presenta un codice identificativo del paziente valido ai fini del tracciamento dei ricoveri ripetuti.

In particolare la **Tabella 17** presenta il numero delle riammissioni ospedaliere urgenti effettuate nel corso del 2023, ossia riammissioni a breve termine, non programmate, dei pazienti già ricoverati e dimessi nel corso dello stesso anno. Le riammissioni ospedaliere sono distinte tra quelle effettuate entro 30 giorni, da quelle effettuate entro 7 giorni dalla data di dimissione del precedente ricovero.

TAB.17 - Distribuzione delle dimissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) e delle riammissioni non programmate entro 30 e 7 giorni dalla precedente dimissione - ANNO 2023

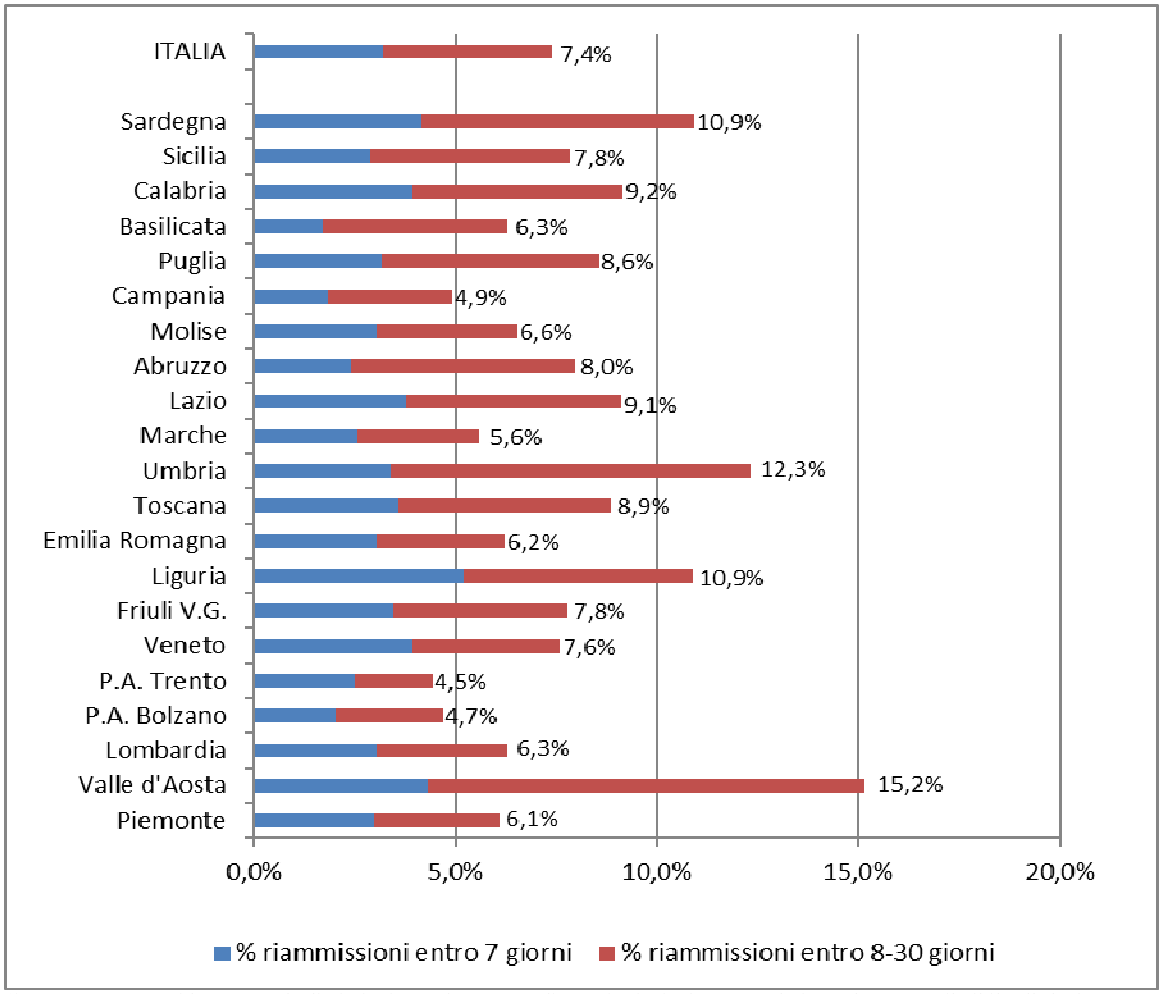
REGIONE	2023				
	Regime ordinario				
	Dimissioni con codici identificativi del paziente validi	Riammissioni entro 30 giorni	*% riammissioni entro 30 giorni*	Riammissioni entro 7 giorni	*% riammissioni entro 7 giorni*
Piemonte	3.949	240	*6,1%*	118	*3,0%*
Valle d'Aosta	231	35	*15,2%*	10	*4,3%*
Lombardia	6.165	389	*6,3%*	189	*3,1%*
P.A. Bolzano	933	44	*4,7%*	19	*2,0%*
P.A. Trento	875	39	*4,5%*	22	*2,5%*
Veneto	3.378	257	*7,6%*	133	*3,9%*
Friuli V.G.	1.326	103	*7,8%*	46	*3,5%*
Liguria	1.612	176	*10,9%*	84	*5,2%*
Emilia Romagna	4.775	297	*6,2%*	146	*3,1%*
Toscana	2.506	222	*8,9%*	90	*3,6%*
Umbria	470	58	*12,3%*	16	*3,4%*
Marche	1.787	100	*5,6%*	46	*2,6%*
Lazio	3.195	292	*9,1%*	121	*3,8%*
Abruzzo	864	69	*8,0%*	21	*2,4%*
Molise	229	15	*6,6%*	7	*3,1%*
Campania	2.110	104	*4,9%*	39	*1,8%*
Puglia	2.185	188	*8,6%*	70	*3,2%*
Basilicata	349	22	*6,3%*	6	*1,7%*
Calabria	1.015	93	*9,2%*	40	*3,9%*
Sicilia	2.170	170	*7,8%*	63	*2,9%*
Sardegna	1.682	184	*10,9%*	70	*4,2%*
ITALIA	**41.806**	**3.097**	***7,4%***	**1.356**	***3,2%***

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

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Il **Grafico 29** rappresenta graficamente la distribuzione delle percentuali di riammissioni ospedaliere non programmate entro 30 giorni dal precedente episodio di ricovero (lunghezza massima dell'istogramma, composto dal tratto blu e dal tratto rosso), evidenziando la percentuale di quelle effettuate entro 7 giorni (tratto blu dell'istogramma) e la percentuale di quelle effettuate tra l'ottavo ed il trentesimo giorno (tratto rosso dell'istogramma).

GRAF.29 – Riammissioni con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*) non programmate, entro 7 e 30 giorni dalla precedente dimissione - ANNO 2023



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

Il **Grafico 29** evidenzia il consistente distacco della percentuale di riammissioni entro 30 giorni in Valle d'Aosta (15,2%) dal valore immediatamente inferiore nella distribuzione regionale rilevato in Umbria di (12,3%).
Relativamente alle riammissioni ospedaliere urgenti, non programmate, effettuate entro 30 giorni dal precedente ricovero, il valore nazionale è di 7,4% riammissioni, valore che non si discosta sensibilmente dal valore osservato nel 2022 (7,6%) e nel biennio caratterizzato dalla pandemia la percentuale di riammissioni è stata pari a 8,0%. I valori regionali oscillano dal valore minimo di 4,5% in P.A. di Trento al valore massimo di 15,2% in Valle d'Aosta.
Le riammissioni urgenti, non programmate, entro 7 giorni presentano ovviamente percentuali più contenute. Il valore nazionale è di 3,2% riammissioni, in lieve diminuzione rispetto al 2022 (3,3%) e al 2021 (3,6%). Il valore più elevato della distribuzione è quello della Liguria (5,2%) ed il valore minimo è in Basilicata (1,7%).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

1.7 MORTALITÀ PER DECESSI TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI

Si definiscono ***decessi totalmente alcol-attribuibili*** [(1)] tutte le morti che sono causate da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol. Nell'analisi della mortalità totalmente alcol-attribuibile, in accordo con la *International Classification of Disease* (ICD10)[(2)], vengono inclusi i causati delle seguenti patologie: *Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol* (ICD10: F10), *Polineuropatia alcolica* (ICD10: G62.1), *Cardiomiopatia alcolica* (ICD10:I42.6), *Gastrite alcolica* (ICD10: K29.2), *Epatopatie alcoliche* (ICD10: K70), *Effetti tossici dell'alcol* (ICD10: T51.0, T51.1), *Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol* (ICD10: G31.2), *Pancreatite cronica indotta da alcol* (ICD10: K86.0).
Anche la "*Miopatia alcolica* (ICD10: G72.1)" ed "*Presenza di alcol nel sangue* (ICD10: R78.0)" fanno parte delle *patologie totalmente alcol-attribuibili;* ma queste due patologie non costituiscono causa principale di morte e, pertanto, non sono menzionate nelle analisi che seguono.
La "Indagine sui decessi e cause di morte" (https://www.istat.it/informazioni-sulla-rilevazione/rilevazione-sulle-cause-di-morte/) condotta dall'ISTAT è un'indagine totale ed esaustiva che rileva, per tutti i soggetti deceduti in Italia (popolazione presente) le informazioni sulla causa di decesso e su alcune caratteristiche demografiche e sociali. I dati prodotti dell'Istat vengono elaborati presso l'Istituto Superiore di Sanità da ONA-ISS e Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell'ISS[(3)].
L'ISTAT rilascia i dati dell'"Indagine sui decessi e cause di morte" con cadenza annuale.
Il dato più recente attualmente disponibile si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nell'anno 2021.
I dati qui analizzati includono tutti soggetti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese; inoltre, poiché la mortalità totalmente alcol attribuibile non riguarda le fasce di età infantili, le elaborazioni qui presentate si riferiscono alla popolazione di quindici anni e più.
Al fine di consentire confronti spazio-temporali corretti e non influenzati dalla diversa struttura per età della popolazione, i tassi sono stati standardizzati utilizzando come riferimento la popolazione Italiana al Censimento 2011[(4)].
La popolazione per il calcolo dei tassi deriva dalla rilevazione ISTAT su "Popolazione residente comunale per sesso anno di nascita e stato civile" (https://demo.istat.it/).

Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere

Nell'anno 2021 il numero di decessi tra i residenti in Italia di 15 anni e più per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.348, di cui il 79,5% uomini e 276 20,5%) donne, che corrispondono a circa 41 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e circa 9 decessi per milione tra le donne (**Tabella 18**).

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le "**epatopatie alcoliche**" (M=742; F=206) e le "**sindromi psicotiche indotte da alcol**" (M=271; F=55) che, sommate, causano il 95,5% dei decessi alcol-attribuibili tra gli uomini e il 94,6% tra le donne.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Tabella 18. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2021.

Codici	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
F10	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	271	25,3	55	19,9	326	24,2
G31.2	Degenerazione del sist. nerv. dovuta all'alcol	24	2,2	7	2,5	31	2,3
G62.1	Polineuropatia alcolica	4	0,4	3	1,1	7	0,5
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	14	1,3	0	0,0	14	1,0
K29.2	Gastrite alcolica	0	0,0	1	0,4	1	0,1
K70	Epatopatie alcoliche	742	69,2	206	74,6	948	70,3
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	5	0,5	1	0,4	6	0,4
T51	Effetti tossici dell'alcol	12	1,1	3	1,1	15	1,1
Totale decessi		**1.072**	**100,0**	**276**	**100,0**	**1.348**	**100,0**

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'"Indagine sui decessi e cause di morte".

Nel 2021, il tasso standardizzato di mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili tra la popolazione di 15 anni e più è stato pari a 4,07 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,93 per le donne; il tasso mostra un aumento rispetto all'anno precedente sia per gli uomini che per le donne (**Grafico 30**).
La mortalità totalmente alcol-attribuibile aumenta con l'avanzare dell'età sia per gli uomini che per le donne. il tasso di mortalità standardizzato mostra i valori più elevati tra la popolazione di 55 anni e più: 7,11 (per 100.000 abitanti) per gli uomini e 1,60 per 100.000 per le donne (**Tabella 19, Grafico 31 e Grafico 32**).

Tabella 20. Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati (per 100.000 abitanti). Italia, anno 2021.

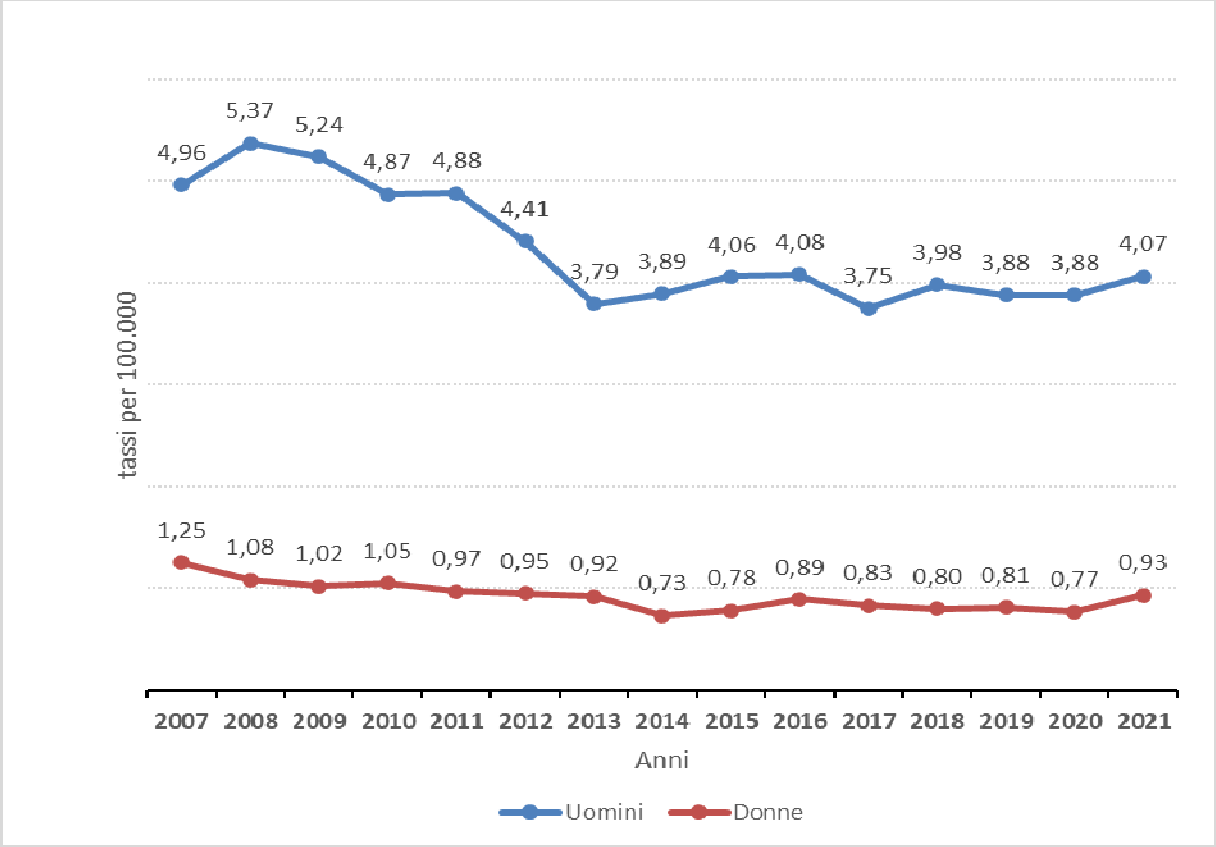
età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34 anni	13	0,22	2	0,03	15	0,13
35-54 anni	321	3,49	79	0,84	400	2,15
55+ anni	738	7,11	195	1,60	933	4,14
15+ anni	1072	4,07	276	0,93	1348	2,41

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

L'analisi dell'andamento temporale della mortalità degli uomini per patologie totalmente alcol-attribuibili mostra una netta riduzione fino al 2013 quando raggiunge un minimo di 3,79 per 100.000 abitanti, poi si registra un leggero aumento negli anni seguenti fino al 2016 quando il tasso raggiunge un valore di 4,08; nel periodo dal 2017 al 2020 il tasso si mantiene sostanzialmente stabile su valori lievemente inferiori a quelli registrati nel 2016 (oscillando tra 3 e 4 casi per 100.000 abitanti); nel 2021 si registra un nuovo aumento del tasso che ritorna circa agli stessi livelli registrati nel 2016 (4,07 per 100.000 abitanti nel 2021) (**Grafico 30)**.
Per le donne si osserva un trend in riduzione fino al 2014, quando il tasso raggiunge un minimo di 0,73 per 100.000 abitanti; nei due anni seguenti, 2015-2016, si registra un lieve incremento (0.89 per 100.000 abitanti nel 2016) a cui segue un periodo di riduzione fino al 2020 quando il tasso raggiunge un minimo di 0,77 per 100.000 abitanti. Nel 2021 il tasso di mortalità femminile per cause totalmente alcol-attribuibili aumenta di nuovo arrivando a 0,93 decessi per 100.000 (**Grafico 30)**.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Grafico 30. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Uomini e donne. Italia, anni 2007- 2021



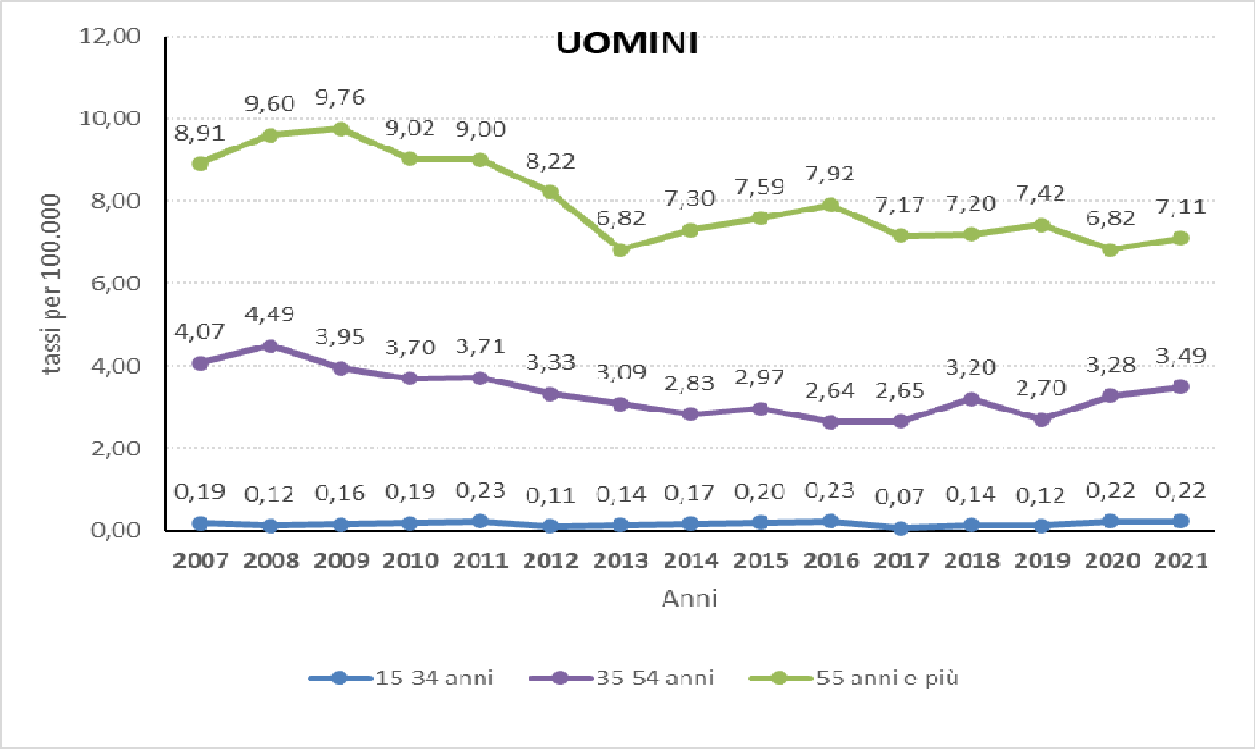
Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati Istat dell'"Indagine sui decessi e cause di morte" e sui dati della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile".

Analizzando l'andamento temporale del tasso di mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili per le diverse fasce di età si evidenzia un contributo non omogeneo al trend complessivo.
Per gli uomini over 55 si osserva una riduzione marcata a partire dal 2009 (9,76 per 100.000 nel 2009) che si arresta nel 2013 ad un minimo di 6,82 per 100.000; a cui segue un aumento fino a 2017 quando il tasso raggiunge un massimo di 7,92 per 100.000 abitanti; dal 2017 al 2021 per gli uomini di 55 anni e più la mortalità alcol attribuibile, seppur con oscillazioni, sembra essere in lieve riduzione con un minimo nel 2020 (6,82 per 100.000) e un lieve aumento nel 2021 (7,11 per 100.000). Tra gli uomini di 35-54 anni la mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili diminuisce drasticamente dal 2008 al 2016, passando da 4,09 per 100.000 a 2,64 per 100.000; poi il tasso oscilla, con una tendenza all'aumento (eccetto l'anno 2019) negli anni seguenti e raggiunge il valore di 3,49 nel 2021. Tra gli uomini più giovani (15-34 anni) il tasso di mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili non supera mai il valore di 0,23 per 100.000 abitanti in tutto il periodo analizzato (**Grafico 31**).
Anche per le donne l'andamento temporale della mortalità totalmente alcol-attribuibile non è omogeneo per le diverse classi di età. Per le donne di 55 anni e più si osserva una netta riduzione del tasso dal 2007 (2,14 per 100.000) al 2010 (1,51 per 100.000); tra il 2010 e il 2020, seppur con forti oscillazioni, la tendenza è in lieve diminuzione con un minimo di 1, 27 per 100.000 nel 2020; nel 2021 il tasso sale di nuovo ad un valore di 1,60 per 100.000. Nella classe di età 35-54 anni, tra le donne, si osserva un massimo del tasso di mortalità totalmente alcol-attribuibile nel 2010 (1,27 per 100.000) poi un periodo di decremento che si protrae fino al 2014 quando il tasso raggiunge un minimo di 0,57 per 100.000; negli anni seguenti si osserva un nuovo aumento dal 2014 al 2016, una lieve riduzione nei tre anni successivi e di nuovo un aumento a partire dal 2019 (da 0,62 per 100.000 nel 2019 a 0,84 nel 2021). Tra le donne nella classe di età più giovane (15-34 anni) la

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

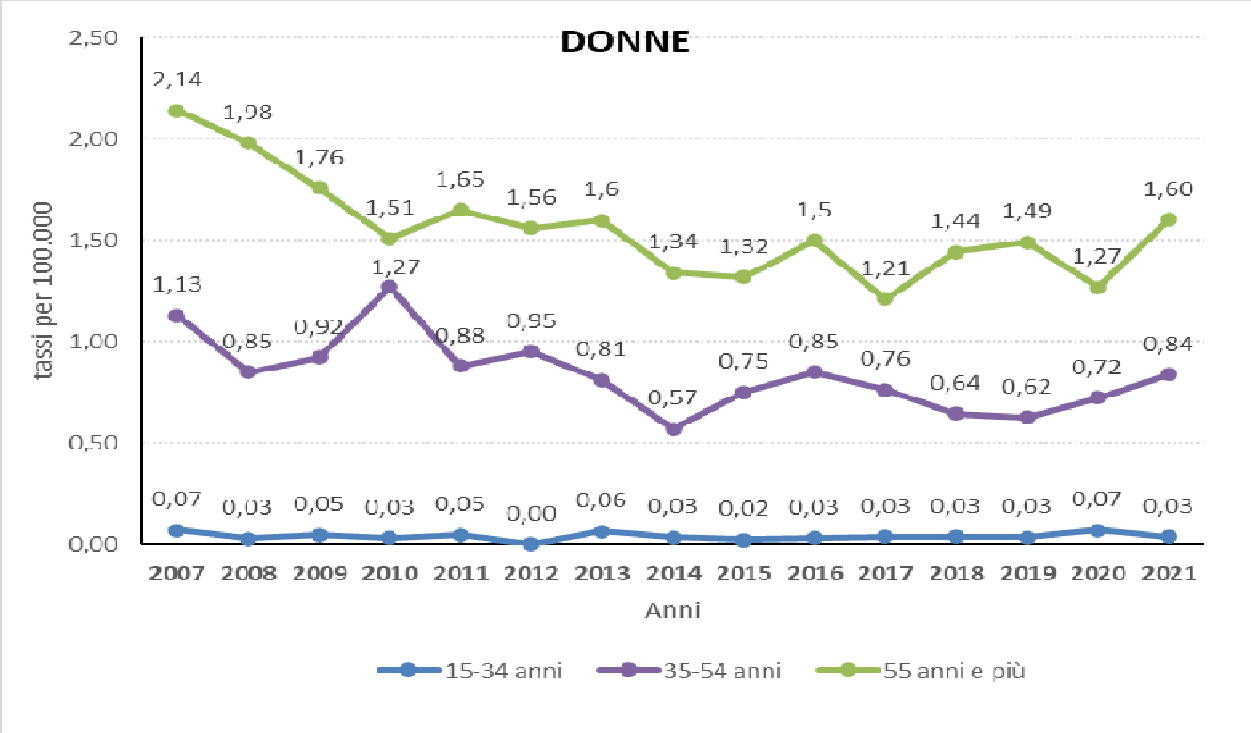
mortalità per patologie alcol attribuibile è estremamente bassa (inferiore a 0,1 per 100.000) e soggetta nel tempo ad oscillazioni casuali (**Grafico 32**).

Grafico 31. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Uomini. Italia, anni 2007- 2021



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

Grafico 32. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Donne. Italia, anni 2007- 2021



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

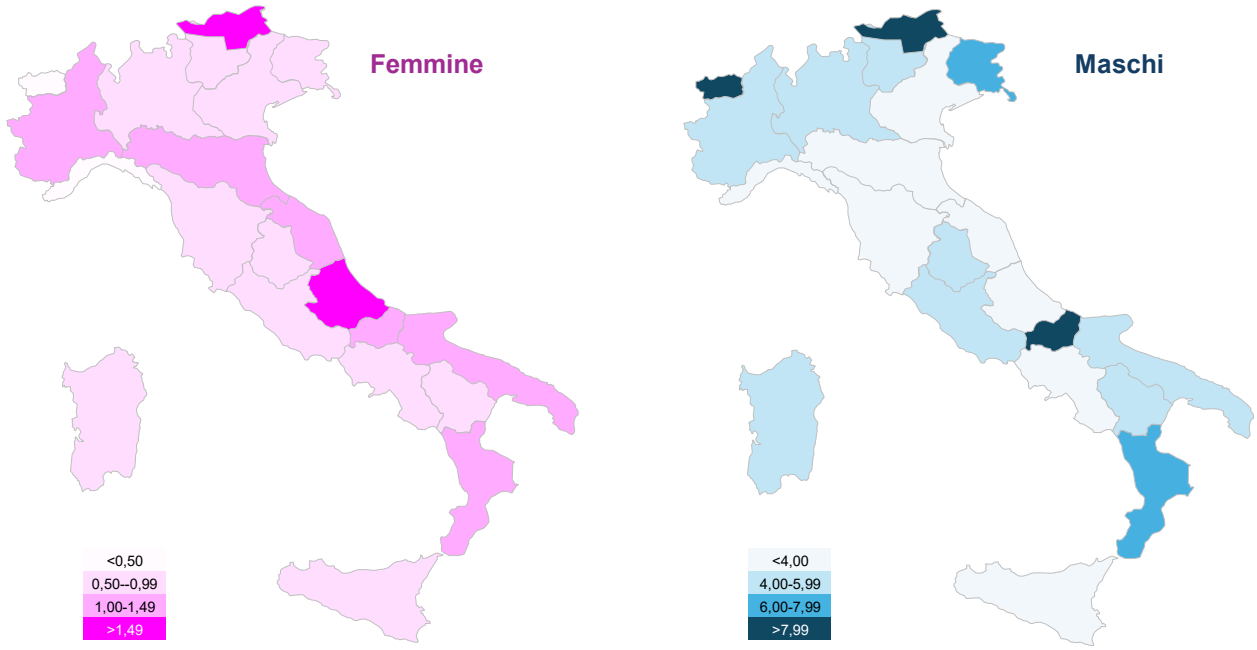
Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza

L'analisi territoriale della mortalità totalmente alcol-attribuibile fa emergere una variabilità piuttosto elevata a livello regionale. Per gli uomini, le regioni che nel 2021 hanno fatto registrare i livelli statisticamente più elevati di mortalità (tassi standardizzati) sono state, al Nord, la Valle D'Aosta (14,27 per 100.000 abitanti), la Provincia Autonoma di Bolzano (8,92 per 100.000 abitanti) e il Friuli Venezia Giulia (7,13 per 100.000 abitanti) e, al Sud, Molise (10,33) e Calabria (7,69) (T**abella 20, Grafico 33**).

Per le donne tassi di mortalità totalmente alcol-attribuibile molto elevati si registrano al Nord per la provincia autonoma di Bolzano (1,83 per 100.000) e per il Piemonte (1,29) e al Sud per Abruzzo e Molise (rispettivamente 1,52 e 1,28 per 100.000) (**Tabella 20, Grafico 33**).

Grafico 33. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Tassi standardizzati per 100.000 abitanti. Uomini e donne di 15 anni e più. Italia, anno 2021.



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

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Tabella 20. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane.
Numero di decessi, tassi standardizzati per 100.000 abitanti e relativi Intervalli di Confidenza al 95%. Popolazione di 15 anni e più. Italia, anno 2021.

	Uomini			Donne			Totale		
	n,	Tasso std	IC95%	n,	Tasso std	IC95%	n,	Tasso std	IC95%
Piemonte	102	5,15	4.19-6.31	29	1,29	0.86-1.91	131	3,12	2,60-3,72
Valle d'Aosta	8	14,27	6.04-31.12	0	0,00	0-5.38	8	6,88	2,90-14,61
Lombardia	178	4,03	3.45-4.7	41	0,85	0.61-1.17	219	2,36	2,05-2,70
Bolzano	18	8,92	5.27-14.57	5	1,83	0.59-4.7	23	5,03	3,18-7,65
Trento	10	4,05	1.94-8.04	2	0,78	0.09-3.34	12	2,37	1,22-4,30
Veneto	72	3,27	2.55-4.19	25	0,97	0.62-1.48	97	2,05	1,66-2,52
Friuli-Venezia Giuli	40	7,13	5.07-9.86	7	0,99	0.39-2.35	47	3,79	2,77-5,13
Liguria	24	3,39	2.15-5.22	3	0,40	0.08-1.45	27	1,79	1,16-2,71
Emilia-Romagna	57	2,80	2.12-3.66	24	1,05	0.67-1.6	81	1,88	1,49-2,36
Toscana	34	2,07	1.43-2.94	17	0,90	0.52-1.51	51	1,43	1,06-1,91
Umbria	16	4,16	2.36-6.95	4	0,94	0.24-2.72	20	2,50	1,52-3,97
Marche	24	3,54	2.26-5.37	8	1,00	0.41-2.17	32	2,20	1,50-3,17
Lazio	123	4,92	4.08-5.9	29	0,99	0.66-1.45	152	2,82	2,38-3,31
Abruzzo	20	3,31	2.02-5.23	9	1,52	0.69-3.02	29	2,37	1,58-3,46
Molise	14	10,33	5.62-17.88	2	1,28	0.16-5.88	16	5,54	3,16-9,33
Campania	79	3,35	2.65-4.26	20	0,79	0.48-1.24	99	2,00	1,62-2,45
Puglia	73	4,19	3.28-5.33	20	1,04	0.63-1.66	93	2,54	2,05-3,14
Basilicata	10	4,15	1.98-7.9	2	0,71	0.09-3.16	12	2,37	1,21-4,30
Calabria	62	7,69	5.88-9.94	10	1,06	0.5-2.06	72	4,20	3,28-5,32
Sicilia	70	3,39	2.64-4.34	12	0,52	0.27-0.95	82	1,90	1,50-2,37
Sardegna	38	4,94	3.48-6.91	7	0,80	0.32-1.83	45	2,77	2,02-3,77
ITALIA	**1072**	**4,07**	**3.82-4.32**	**276**	**0,93**	**0.82-1.05**	1348	2,41	2,28-2,54

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

BIBLIOGRAFIA

(1) E. Scafato, S. Ghirini, C. Gandin, A. Matone, M. Vichi e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2023. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/3).

(2) Organizzazione mondiale della sanità. Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità, Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato; 2001.

(3) Minelli G, Manno V, D'Ottavi SM, Masocco M, Rago G, Vichi M, Crialesi R, Frova L, Demaria M, Conti S. La mortalità in Italia nell'anno 2006. (Rapporti ISTISAN 10/26). Appendice B.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

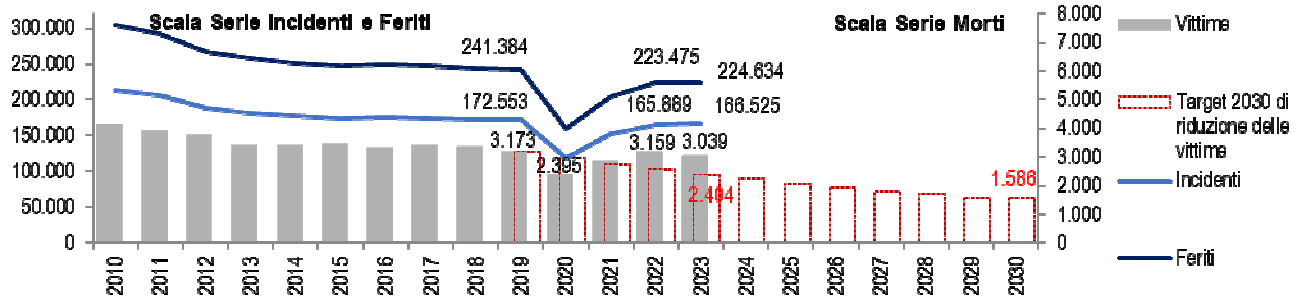
1.8 *GLI INCIDENTI STRADALI E LE VIOLAZIONI DEL CODICE DELLA STRADA*

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

Dott.ssa Silvia Bruzzone e Dott.ssa Giordana Baldassarre
Istat - Direzione centrale per le statistiche sociali e il welfare - Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza

Il 2023 è caratterizzato da una stabilizzazione nella mobilità rispetto al 2022, anno nel quale era stato rilevato un netto incremento, in termini di spostamenti registrati, rispetto al periodo delle fasi più acute della pandemia. Sul fronte dell'incidentalità stradale, nel 2023 si registra un lieve miglioramento per il numero delle vittime rispetto all'anno precedente; in controtendenza aumentano incidenti e feriti, seppur in maniera contenuta.
Nel 2023 sono 3.039 i morti in incidenti stradali in Italia (-3,8% rispetto all'anno precedente), 224.634 i feriti (+0,5%) e 166.525 gli incidenti stradali (+0,4%). I valori sono in lieve aumento rispetto al 2022 per incidenti e feriti, ma in diminuzione per le vittime. Si registra ancora, invece, una diminuzione nel confronto con il 2019 per incidenti, vittime e feriti (rispettivamente -3,3, -4,2% e -6,9%) (**Grafico 34).**
Ogni giorno, durante l'anno, si sono verificati in media 456 incidenti stradali con lesioni a persone, sono morte 8 persone e ne sono rimaste ferite 615.
Anche nel complesso della Ue27 il numero delle vittime diminuisce in maniera contenuta nel 2023 (-1,5% rispetto all'anno precedente), dopo l'aumento dell'anno precedente che era seguito a una drastica riduzione nei due anni di pandemia (-10% sul 2019). Complessivamente, nel 2023 le vittime sono 20.385, contro 20.685 del 2022 e 22.761 del 2019. Ogni milione di abitanti si contano 45 morti per incidente stradale nella Ue27 e 52 nel nostro Paese, che resta al 19° posto della graduatoria europea, a pari merito con la Polonia.
Tra tutti i sistemi di trasporto, quello su strada è di gran lunga il più pericoloso e comporta il prezzo più alto in termini di vite umane. Per far fronte a questa emergenza, anche per il decennio 2021-2030 sono stati proposti importanti obiettivi europei sulla sicurezza stradale. I target per la nuova agenda prevedono il dimezzamento del numero di vittime e feriti gravi entro il 2030 rispetto all'anno di benchmark (fissato nel 2019) e il monitoraggio di specifici indicatori di prestazione, Key Performance Indicators, che l'Italia si prepara a fornire. Tali indicatori riguardano: velocità, uso dei sistemi di protezione (casco, cinture di sicurezza e seggiolini per bambini), uso di alcool e droghe, livello di sicurezza del parco veicolare e della rete stradale nazionale, distrazione alla guida ed efficienza dei sistemi di soccorso in caso di incidente. Oltre agli obiettivi fissati per il prossimo decennio, sono state gettate le basi per nuovi e ambiziosi traguardi. In particolare, la Dichiarazione di Stoccolma del febbraio 2020 auspica una vision "zero vittime" per il 2050.

GRAFICO 34. Incidenti stradali con lesioni a persone, morti e feriti. Anni 2001-2023 e target 2030 (valori assoluti)



Fonte: Rilevazione Istat degli incidenti stradali con lesioni a persone

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Le cause degli incidenti stradali

La rilevazione degli incidenti stradali[1], condotta dall'Istat, con la compartecipazione dell'Automobile Club d'Italia (ACI) e delle Regioni aderenti a un Protocollo di intesa, rileva, anche l'informazione sulla circostanza presunta di incidente stradale, limitatamente ai conducenti dei primi due veicoli coinvolti. Le circostanze di incidente sono elencate in una lista, predisposta dall'Istat e organizzate in tre diverse categorie: per inconvenienti di circolazione, riferibili a difetti e avarie dei veicoli e allo stato psico-fisico del conducente o del pedone, tra queste ultime, lo stato di ebbrezza alcolica e l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.
Tuttavia, seppure le informazioni sulle circostanze di incidente stradale[2] rappresentino un bacino di dati ricco e prezioso, occorre segnalare che la comunicazione delle informazioni per le cause legate allo stato psicofisico alterato dei conducenti non avviene sempre, per cause di forza maggiore, in maniera tempestiva e completa da parte delle forze dell'ordine all'Istat. Per tale motivo il numero di incidenti legati allo stato di alterazione psicofisica comunicati dagli Organi di rilevazione appare spesso sottostimato. A seguito di tali verifiche nel 2010 l'Istat ha scelto, in maniera cautelativa, di sospendere la diffusione dei dati puntuali su tali circostanze.
Da segnalare, inoltre, che il Codice della Strada (D.L 285/1992) prevede la possibilità di rifiuto, da parte dei conducenti coinvolti, di sottoporsi agli accertamenti e, in questo caso, salvo che il fatto costituisca più grave reato, vengono applicate le sanzioni di cui al comma 2 dell'art.186 e comma 2 bis e 3 dell'art. 187 del Codice della Strada (CdS), ma non viene inviata all'Istat l'informazione sulla sanzione.
Lo stato di ebbrezza o l'abuso di stupefacenti può, infine, non essere rilevato nel caso di incidenti a veicolo isolato nei quali il conducente sia deceduto, poiché non sempre disposto il riscontro autoptico sulle vittime. Per fornire elementi di valutazione alternativi sono state considerate anche altre fonti ufficiali di dati ed esaminati i contenuti e le potenzialità informative.
In particolare, sono state analizzate le informazioni sulle violazioni al CdS fornite dalle Forze di Polizia di Stato, da quelle Locali e dai Carabinieri.
Tra i comportamenti errati alla guida (escluso il gruppo residuale delle cause di natura imprecisata), si confermano come più frequenti la distrazione, il mancato rispetto della precedenza e la velocità troppo elevata. I tre gruppi costituiscono complessivamente il 36,5% dei casi (80.057).
Si precisa che la rilevazione condotta dall'Istat include solo le circostanze accertate o presunte per i conducenti dei primi due veicoli coinvolti nell'incidente (gli incidenti che coinvolgono tre o più veicoli sono, nel 2023, il 9,1% del totale) (**Tabella 21**).
Tra le altre cause più rilevanti, la manovra irregolare (16.828), la mancanza della distanza di sicurezza (15.172), la mancanza di precedenza al pedone (7.454) e il comportamento scorretto del pedone (6.241) rappresentano rispettivamente il 7,7%, il 6,9%, il 3,4% e il 2,8% delle cause di incidente.
Con riferimento alla categoria della strada, la prima causa di incidente sulle strade urbane è il mancato rispetto delle regole di precedenza o semaforiche (15,4%), seguita dalla guida distratta (12,5%); sulle strade extraurbane è la guida distratta o andamento indeciso (22,0%), seguita dalla velocità (11,1%) (**Tabella 21**).

[1] Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone Istat - **https://www.istat.it/it/archivio/286933**
[2] Sono esclusi i casi di incidente con circostanza imprecisata.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

TABELLA 21. Cause accertate o presunte di incidente stradale. Anno 2023 *(valori assoluti e valori percentuali) (a)*

DESCRIZIONE CAUSE	Strade urbane		Strade extraurbane		Totale	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Procedeva con guida distratta o andamento indeciso	**20.093**	**12,5**	**13.051**	**22,0**	**33.144**	**15,1**
Procedeva senza rispettare la precedenza o il semaforo	**24.686**	**15,4**	**3.703**	**6,2**	**28.389**	**12,9**
- procedeva senza rispettare lo stop	8.612	5,4	1.595	2,7	10.207	4,6
- procedeva senza dare la precedenza al veicolo proveniente da destra	6.441	4,0	837	1,4	7.278	3,3
- procedeva senza rispettare il segnale di dare precedenza	8.174	5,1	1.164	2,0	9.338	4,3
- procedeva senza rispettare le segnalazioni semaforiche o dell'agente	1.459	0,9	107	0,2	1.566	0,7
Procedeva con velocità troppo elevata	**11.966**	**7,5**	**6.558**	**11,1**	**18.524**	**8,4**
- procedeva con eccesso di velocità	11.675	7,3	6.260	10,6	17.935	8,2
- procedeva senza rispettare i limiti di velocità	291	0,2	298	0,5	589	0,3
Procedeva senza mantenere la distanza di sicurezza	8.674	5,4	6.498	11,0	15.172	6,9
Manovrava irregolarmente	12.583	7,8	4.245	7,2	16.828	7,7
Svoltava irregolarmente	4.066	2,5	524	0,9	4.590	2,1
Procedeva contromano	2.965	1,8	1.751	3,0	4.716	2,1
Sorpassava irregolarmente	3.084	1,9	1.441	2,4	4.525	2,1
Ostacolo accidentale	2.466	1,5	2.173	3,7	4.639	2,1
Animale domestico o selvatico urtato o evitato	199	0,1	304	0,5	503	0,2
Veicolo fermo evitato	535	0,3	508	0,9	1043	0,5
Non dava la precedenza al pedone sugli appositi attraversamenti	7.261	4,5	193	0,3	7.454	3,4
Buche, ecc. evitato o urtato	448	0,3	535	0,9	983	0,4
Circostanza imprecisata	39.228	24,5	7.756	13,1	46.984	21,4
Veicolo fermo in posizione irregolare urtato	1.808	1,1	492	0,8	2.300	1,0
Altre cause relative al comportamento nella circolazione	5.834	3,6	2.225	3,8	8.059	3,7
Comportamento scorretto del pedone	5.537	3,5	704	1,2	6.241	2,8
Totale comportamento scorretto del conducente e del pedone	**151.433**	**94,4**	**52.661**	**88,8**	**204.094**	**92,9**
Altre cause	**8.912**	**5,6**	**6.610**	**11,2**	**15.522**	**7,1**
Totale cause (b)	**160.345**	**100,0**	**59.271**	**100,0**	**219.616**	**100,0**

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

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

Le violazioni al codice della strada

Al fine di fornire informazioni a corredo della rilevazione degli incidenti stradali e colmare alcune lacune informative, anche per il 2023 sono state rese disponibili le informazioni sulle violazioni agli articoli del Codice della strada contestate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie municipali o locali[3]. Di particolare interesse per lo studio dell'incidentalità stradale, è l'analisi delle violazioni al Titolo V del Codice della strada (norme di comportamento), riportate nella **Tabella 22** per tipologia di infrazione e organo di rilevazione.

Le sanzioni per violazioni alle Norme di comportamento (Titolo V - Art.141-193) elevate da Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo di provincia sono mediamente aumentate del 20,3% nel 2023 rispetto al 2022, collocandosi leggermente al di sopra anche delle contravvenzioni elevate nel 2019 (+1,8%), anno in cui la mobilità non era ancora stata influenzata dalla pandemia.

La guida troppo veloce (Art. 142 superamento dei limiti di velocità) risulta il secondo comportamento maggiormente sanzionato e rappresenta il 37% del totale, dopo la violazione della disciplina della sosta (37,4%). Risultano decisamente aumentate le violazioni elevate dalla Polizia

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

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

Stradale (+89% rispetto al 2022, anno che era stato segnato però, da una forte diminuzione delle sanzioni elevate, infatti si registra una variazione solo del +2,5% rispetto al 2019). La quota maggiore di violazioni dell'Art. 142, ad ogni modo, è stata elevata dalla Polizia locale (81% del totale).

TABELLA 22. Contravvenzioni elevate da Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Municipali per violazioni sulle norme di comportamento. Anno 2023 *(valori assoluti)*

CODICE DELLA STRADA 4	Descrizione della violazione TITOLO V – Norme di comportamento	Infrazioni rilevate (Valori assoluti)		
		Polizia stradale (a)	Carabinieri (b)	Polizia locale (c)
Art.141	Velocità non moderata (caratteristiche strada, meteorologiche e del traffico)	41.911	23.831	37.146
Art.142	Superamento dei limiti di velocità	591.383	369	2.527.495
Art.143-144	Posizione dei veicoli sulla carreggiata, uso delle corsie, marcia in file parallele	11.017	10.787	12.511
Art.145	Obblighi di precedenza	4.662	9.393	20.745
Art.146	Inosservanza della segnaletica orizzontale e semaforica	26.759	8.439	721.632
Art.148	Disciplina del sorpasso dei veicoli	13.049	16.962	5.100
Art.149	Rispetto della distanza di sicurezza	5.851	3.220	4.425
Art.152-153	Uso dei dispositivi di segnalazione visiva e di illuminazione	7.664	1.517	1.703
Art.154	Disciplina del cambio di direzione e di corsia	6.319	2.899	21.887
Art.155	Limitazione dei rumori de silenziatori e degli apparati radio	493	969	602
Art.157-158	Disciplina dell'arresto, della fermata e della sosta fuori e dentro i centri abitati	16.032	22.822	3.117.364
Art.161-162-165	Ingombro della carreggiata, segnalazione e traino dei veicoli in avaria	2.502	388	4.098
Art.164	Norme sulla sistemazione del carico sui veicoli	6.597	718	1.129
Art.167	Trasporto di cose e superamento limiti di peso del veicolo	34.484	118	1.496
Art.168	Norme sul trasporto di merci pericolose	4.138	13	138
Art.169	Trasporto di persone animali ed oggetti sui veicoli a motore	5.239	1.812	3.433
Art.170	Trasporto di persone e di oggetti sui veicoli a motore a due ruote	482	1.179	651
Art.171	Uso del casco	3.439	7.976	52.466
Art.172	Uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta dei bambini	77.306	51.520	31.513
Art.173	Mancato uso di lenti o uso di radiotelefoni o cuffie	48.070	21.744	55.810
Art.174-178	Rispetto dei tempi di guida e di riposo dei conducenti dei veicoli pesanti	38.304	63	2.068
Art.175-176	Circolazione e comportamento sulle autostrade e strade extraurbane princ.	174.766	259	85
Art.179	Installazione, alterazione, manomissione del cronotachigrafo	7.800	73	973
Art.180-181	Possesso dei documenti della circolazione	92.695	61.265	127.859
Art.182	Norme di comportamento dei ciclisti	121	262	1.706
Art.186	Guida in stato di ebbrezza alcolica	15.893	15.589	7.564
Art.187	Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti	1.639	1.891	779
Art.189	Comportamento dei conducenti in caso di incidente	2.007	2.648	6.393
Art.190	Comportamento dei pedoni	210	294	2.482
Art.191	Comportamento dei conducenti verso i pedoni	638	1.180	7.038
Art.193	Obbligo di assicurazione	38.778	50.505	53.119
Totale	**Violazioni al Codice della strada: Titolo V - Norme di comportamento**	**1.280.248**	**320.705**	**6.831.410**

Fonte: Ministero dell'Interno - Servizio di Polizia Stradale;
(a) Fonte: Comando generale Arma dei carabinieri - Statistiche operative – Registro cronologico violazioni contestate
(b) Fonte: Rilevazione ACI presso i Comandi di Polizia municipale o locale dei SOLI Comuni capoluogo di provincia

Tra le altre sanzioni, quelle per l'inosservanza della segnaletica orizzontale e semaforica rappresentano il 9%, valore in leggero aumento rispetto allo scorso anno (era l'8,3%). In crescita anche le sanzioni per comportamento errato dei conducenti in caso di incidente (art.189), 11.048 contravvenzioni, con oltre 500 sanzioni in più rispetto al 2022. Si riscontra invece un lieve calo delle sanzioni per mancato uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta per bambini, che

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

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

rappresentano l'1,9% del totale (-3,1% rispetto al 2022), a fronte di un forte incremento di quelle per mancato uso del casco, +52% rispetto al 2022, determinato in particolare dall'aumento delle contravvenzioni elevate dalla Polizia Municipale, oltre l'82% del totale (68,7% nel 2022).
Le sanzioni per guida in stato di ebbrezza aumentano nel complesso del 3,6% e crescono del 23,3% quelle elevate dalle Polizie Locali.
Rimane alto il numero di sanzioni per uso improprio di dispositivi in auto, in particolare dello smartphone, pari al 97,6% di quelle elevate per art.173 del Codice della Strada dalla Polizia Stradale e al 96,4% sempre per art.173 rispetto ai dati forniti dalla Polizia Municipale.
Alla maggiore diffusione dell'uso di biciclette corrisponde anche un aumento delle contravvenzioni per il comportamento dei ciclisti, soprattutto nei centri urbani. Le contravvenzioni, elevate per lo più dalla Polizia Municipale (81,7%), sono aumentate dell'11,2% rispetto allo scorso anno e sono in costante crescita se confrontate con gli ultimi anni.
Quanto alle sanzioni legate ai monopattini elettrici (inclusi tra i veicoli in circolazione dalla legge di conversione del decreto-legge 121 del 2021), sono 3.971 quelle elevate dal corpo di Polizia Municipale del Comune di Milano, oltre 1.300 a Torino, più di 500 a Bari e Pescara, seguono Trento, Brescia e Verona con oltre 300 sanzioni. Nel complesso, nei Comuni capoluogo sono state elevate 9.931 sanzioni a conducenti di monopattini. Per quanto riguarda il trasporto delle merci, rispetto al 2022 sono in crescita le sanzioni per mancato rispetto dei tempi di guida e di riposo dei conducenti dei veicoli pesanti, +4%, a fronte di un calo di quelle per manomissione del cronotachigrafo, -10,3%.

INCIDENTI STRADALI ALCOL CORRELATI

Il tema degli incidenti stradali alcol correlati rappresenta un argomento di estrema rilevanza per la sicurezza stradale e di forte impatto mediatico, ma per il quale sono ancora presenti alcune lacune informative.
Nonostante la rilevazione Istat degli incidenti stradali con lesioni a persone consenta di produrre un ricco set di informazioni, anche per quanto concerne gli eventi alcol correlati, presenta ancora alcuni *gap* di informazione e difficoltà nel reperimento di dati esaustivi a livello nazionale.
Per fornire elementi di valutazione alternativi sono state considerate anche altre fonti ufficiali di dati ed esaminati i contenuti e le potenzialità informative. In particolare, sono state considerate le informazioni sulle sanzioni elevate in occasione di incidente stradale, fornite da Carabinieri e Polizia Stradale.
E' disponibile, infine, un dato aggregato fornito dalle Polizie Locali dei comuni capoluogo.

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

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

L'informazione sugli incidenti stradali correlati ad alcol e droga, non sempre esaustiva dai dati della rilevazione corrente, è stata dedotta da altre fonti informative, quali **Il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e il Servizio della Polizia Stradale del Ministero dell'interno** (i quali rilevano complessivamente circa un terzo degli incidenti stradali con lesioni) **che hanno fornito i dati sulle sanzioni elevate in occasione di incidente stradale.**
Da tali fonti risulta che su un totale di 56.077 incidenti con lesioni osservati dai due Organi di rilevazione, in 4.787 casi almeno uno dei conducenti dei veicoli coinvolti era in stato di ebbrezza

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

mentre in 1.813 casi era sotto l'effetto di stupefacenti.
L'8,5% e il 3,2% degli incidenti rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale nel complesso è correlato quindi ad alcol o droga, proporzioni in lieve diminuzione rispetto al 2022 per lo stato di ebbrezza alla guida e per l'uso di stupefacenti, quando erano pari a 9,2 e 3,3 nel 2022 (dato aggiornato successivamente alla diffusione di luglio 2023). Le percentuali erano pari a 8,7 e 3,4 nel 2019.
Per la guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, secondo i controlli effettuati dalle **Polizie Municipali**, indipendentemente dall'occorrenza di un incidente stradale, la percentuale di conducenti con stato alterato a causa di uso di droghe è risultata del 16,5% (9,2 nel 2022 e 6,9% nel 2019), mentre i positivi all'etilometro sono risultati il 9,3% (10,8% nel 2022 e 7,4% nel 2019).
Focalizzando l'attenzione sui soli dati rilevati dai **Carabinieri**, più dettagliati nelle informazioni fornite, nel 2023 sono stati 3.636 gli incidenti stradali con lesioni a persone per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, pari al 10,1% del totale degli incidenti con lesioni verbalizzati dall'Arma dei Carabinieri (**Tabella 23**). Rispetto al 2021 si registra una quota in lieve aumento di incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale, tale proporzione era, infatti, pari a 10,6 per cento nel 2021, 10,0 nel 2020 e 9,9 nel 2019. Le vittime coinvolte in incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza, nel 2022, sono state 85 (6,5% sul totale) e i feriti 5.786 (11% sul totale). Tali percentuali erano rispettivamente 5,3% e 11,4% nel 2021.

TABELLA 23. Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dai Carabinieri e violazioni al codice della strada. Anno 2023
(valori assoluti e percentuali)

Violazioni al codice della strada *(a)*	Incidenti stradali con lesioni a persone	*Incidenti stradali mortali*	Vittime	Feriti
Guida sotto l'influenza dell'alcol (Artt. 186 e 186 bis) *(b)*	**3.527**	**55**	**60**	**5.092**
Art. 186	3.122	49	52	4.543
Art. 186 bis	405	6	8	549
Totale incidenti stradali, vittime e feriti (a)	**36.068**	**1.143**	**1.246**	**52.925**
Incidenti, vittime e feriti alcol correlati sul totale (%)	**9,8**	**4,8**	**4,8**	**9,6**

(a) Totale incidenti stradali, morti e feriti rilevati dall'Arma dei Carabinieri nel 2023.
(b) Guida sotto l'influenza dell'alcol (Art. 186); Guida sotto l'influenza dell'alcol per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose (Art.186 bis).
Fonte: Elaborazione Istat su dati forniti dal Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri - Ufficio Operazioni – Sala Operativa 2^ Sezione "Statistica".

Passando ad esaminare gli incidenti stradali alcol correlati, disaggregati per tipo di strada, si rileva che le percentuali citate in precedenza sono più elevate in ambito urbano, il 10,1% gli incidenti stradali alcol correlati, avvengono, infatti, in ambito urbano e il 9,5% in ambito extraurbano, sul totale incidenti rilevati dall'Arma dei Carabinieri. Anche le vittime raggiungono il 5,7% su strade urbane e il 4,4% sulle strade extraurbane (**Tabella 24**).

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

TABELLA 24. Incidenti stradali con lesioni a persone e vittime rilevati dai Carabinieri, per tipo strada e periodo del giorno o della notte. Anno 2023

Tipo di strada *(a)*	Incidenti stradali con lesioni a persone alcol correlati *(valori assoluti)*	Percentuale Incidenti stradali con lesioni alcol correlati sul totale incidenti con lesioni
Strada Urbana	1.931	10,1
Strada Extraurbana	1.596	9,5
Totale	3.527	9,8
	Vittime in Incidenti stradali con lesioni alcol correlati *(valori assoluti)*	**Percentuale Vittime in incidenti stradali alcol correlati sul totale incidenti con lesioni**
Strada Urbana	22	5,7
Strada Extraurbana	38	4,4
Totale	60	4,8

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

(a) Sono incluse nela categoria "Strada urbana" anche le Provinciali, Statali e Regionali entro l'abitato. Sono incluse nella categoria "Strada Extraurbana", le strade Statali, Regionali e Provinciali fuori dall'abitato, Comunali extraurbane e le autostrade e raccordi.

Con riferimento alle informazioni fornite dalla **Polizia Stradale**, dai dati elaborati emerge che il 15,3% delle violazioni al codice della strada per guida sotto l'effetto dell'alcol è registrato in concomitanza di un incidente stradale, con o senza lesioni a persone.
Focalizzando l'attenzione sulle violazioni contestate in occasione di incidente stradale con lesioni a persone, si osserva che il 6,3% degli incidenti stradali nel 2022 è alcol correlato (era 7,0% nel 2019, 7,9 nel 2020 e 8,0% nel 2021, 7,6% nel 2022) (**Tabella 25**).
La percentuale rappresenta in realtà un'approssimazione, ritenuta comunque plausibile. Nel calcolo, infatti, si ipotizza, che ciascuna violazione per guida in stato di ebbrezza, attribuita a un singolo conducente, rappresenti un incidente stradale alcol correlato. Del resto non sono molto frequenti i casi per i quali sono più di uno i conducenti coinvolti per i quali si verifica tasso alcolemico oltre il limite consentito.

TABELLA 25. Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale e violazioni al codice della strada. Anno 2023

Totale violazioni Art. 186 o 186 bis del codice della strada *(a)*	
Art. 186 o 186 bis – Totale	**15.893**
Di cui	
Art. 186 o 186 bis - In incidente stradale con o senza lesioni	*2.432*
Violazioni Art.186 o 186 bis in incidente stradale con o senza lesioni sul totale violazioni rilevate (%)	**15,3**
Violazioni Art. 186 o 186 bis in incidente stradale *(a)*	
Art. 186 o 186 bis in incidente stradale con lesione a persone	**1.260**
Totale incidenti stradali con lesioni a persone rilevati dalla Polizia Stradale	**20.009**
Violazioni art.186 o 186 bis in incidente stradale con lesioni sul totale incidenti rilevati (%)	**6,3**

(a) Art. 186 Guida sotto l'influenza dell'alcol*;* Art. 186 bis Guida sotto l'influenza dell'alcol per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose.
Fonte: Elaborazione Istat su dati forniti dal Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Servizio Polizia Stradale - Ministero dell'Interno

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

Alcune considerazioni conclusive

I dati sulle infrazioni al codice della strada in occasione di incidente stradale, forniti all'Istat dall'Arma dei Carabinieri, e Polizia Stradale rappresentano una base informativa esaustiva e accurata. Dall'analisi delle violazioni al Codice della Strada si desumono, infatti, risultati più completi rispetto ai dati sulle «circostanze di incidente» richieste con la rilevazione corrente.
All'origine della discrepanza potrebbero esserci diverse motivazioni. In particolare, l'informazione raccolta dall'Istat riguarda solo i primi due veicoli coinvolti (sono circa il 10% gli incidenti stradali con più di due veicoli), la tempistica di fornitura dei dati all'Istat potrebbe non consentire di fornire nell'immediato, da parte degli organi di rilevazione, le informazioni complete sullo stato psicofisico alterato dei conducenti, per i deceduti, inoltre, esistono vincoli giuridici per i quali non è immediatamente rilasciabile l'informazione derivante dai test tossicologici.
La percentuale delle vittime coinvolte in incidenti alcol correlati sul totale delle vittime, infine, è l'indicatore più diffuso per l'analisi, per la comparazione tra diversi approcci metodologici e tra gli indicatori proposti anche a livello internazionale occorre tenere conto di definizioni e metadati a corredo.

Riferimenti bibliografici:

(1) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2023 https://www.istat.it/comunicato-stampa/incidenti-stradali-in-italia-2023/
(2) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2022 https://www.istat.it/it/archivio/286933
(3) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2021 https://www.istat.it/it/archivio/273324
(4) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2020 https://www.istat.it/it/archivio/259825
(5) Istat - Incidenti stradali in Italia. Anno 2019 https://www.istat.it/it/archivio/245757
(6) ETSC (European Transport Safety Council). Annual PIN Report. Anno 2024
18th Annual Road Safety Performance Index (PIN Report) - ETSC
(7) European Commission CARE (Community Data Base Road Accidents)
https://ec.europa.eu/transport/road_safety/specialist/statistics_en

Il quadro normativo nazionale recente in tema di sicurezza stradale

Dott.ssa Silvia Bruzzone e Dott.ssa Giordana Baldassarre (Istat - Direzione centrale per le statistiche sociali e il welfare - Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza)

L'andamento di incidentalità e mortalità sulla rete viaria nazionale è legato anche agli interventi normativi in materia di sicurezza stradale messi in campo negli ultimi decenni. Nel tempo si è assistito, infatti, all'emanazione di numerosi provvedimenti aventi una duplice finalità: da un lato quella prioritaria di agire come funzione repressiva, dall'altro quella di deterrente verso comportamenti di guida non responsabili.
Già negli anni '80 e '90 si assiste all'attuazione di nuovi decreti che introducono l'uso obbligatorio di casco e cinture di sicurezza.
Il 1992 segna, invece, il periodo di adozione del nuovo codice della strada, D.L. 30 aprile 1992 n. 285, che è stato modificato nel tempo con leggi e provvedimenti successivi che ne costituiscono parte integrante. Il codice è stato emendato molte volte nel periodo 1992-2022: le modifiche principali sono contenute nella Legge sulla patente a punti del 2003, nelle norme sull'introduzione del "tutor" sulle autostrade nel 2005, nella Legge n.120 del 29 luglio 2010 e, più di recente nella Legge sull'Omicidio stradale (41/2016).
La "patente a punti" è stata introdotta con il D.Lgs. n.151 del 27 giugno 2003, modificato prima di essere definitivo con la Legge n.214 del 1° agosto 2003. Il citato Decreto prevede l'assegnazione di un bonus virtuale di punti che vengono eventualmente decurtati in caso di infrazione, oltre a una

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

contravvenzione anche in termini pecuniari, facendo riferimento a una tabella inclusa nell'art. 126bis del codice della strada nazionale.
Il sistema "tutor", che stabilisce la velocità media di un veicolo ed è in funzione sulle strade dal 23 dicembre 2005, è realizzato nel rispetto delle norme sulla tutela della privacy e sicurezza informatica. Le aree d'installazione del sistema sono state individuate in base al numero di incidenti e per costituire un "deterrente" contro le velocità più elevate.
L'implementazione del sistema "tutor" di controllo elettronico sulla velocità media, introdotto nel 2006, è stata gradualmente diffusa su un numero crescente di tratte autostradali.
Momento importante per la legislazione recente sulla sicurezza stradale, è anche la Legge n.41 del 23 marzo 2016, recante l'"Introduzione del reato di omicidio stradale e del reato di lesioni personali stradali" e disposizioni di coordinamento con il codice della strada.
Il **nuovo Codice della Strada,** in vigore dal 14 dicembre 2014, ha introdotto importanti novità per la tutela della sicurezza e migliorare la convivenza tra i diversi utenti della strada, in un contesto che vede crescere sempre più la circolazione di veicoli, motocicli, biciclette e monopattini elettrici.

Le principali novità introdotte:

- **Tolleranza zero per chi guida sotto l'effetto di alcol o droghe**

Una delle modifiche più significative riguarda l'inasprimento delle sanzioni per chi viene sorpreso a guidare in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti. Per i recidivi, le pene sono ancora più severe, includendo la sospensione prolungata della patente e, in alcuni casi, la revoca. Questo rafforza un messaggio chiaro: mettersi alla guida significa assumersi una responsabilità verso sé stessi e verso gli altri.

- **Regolamentazione dei monopattini elettrici**

I monopattini sono diventati un mezzo di trasporto molto diffuso, ma spesso associati a comportamenti irresponsabili. Le nuove norme prevedono l'obbligo del casco per i minorenni, luci attive durante le ore serali e limiti di velocità, migliorando così la sicurezza sia per chi li utilizza che per gli altri utenti della strada.

- **Tutela dei ciclisti e dei pedoni**

Una novità rilevante riguarda l'obbligo per i conducenti di mantenere una distanza di sicurezza di almeno 1,5 metri durante il sorpasso di ciclisti. Inoltre, sono state rafforzate le norme per garantire la sicurezza dei pedoni, con sanzioni più elevate per chi non concede la precedenza agli attraversamenti pedonali.

- **Sanzioni più dure per l'uso del cellulare alla guida**

L'uso dello *smartphone* mentre si è al volante è una delle principali cause di distrazione, e quindi di incidenti. Le nuove norme prevedono un aumento delle multe e il rischio concreto di sospensione della patente per i trasgressori.

- **Riduzione dei limiti di velocità in alcune aree urbane**

Per favorire una maggiore sicurezza nelle zone ad alta densità di pedoni e ciclisti, in molte città si prevede l'introduzione di limiti di velocità ridotti, come i 30 km/h nelle zone residenziali o scolastiche.

L'introduzione di queste misure testimonia la rinnovata attenzione nazionale al tema della sicurezza stradale allineando la nostra agenda pubblica a quella delle Nazioni Unite e dell'OMS, che da tempo hanno posto la questione come altamente prioritaria.
Il nuovo codice della strada, insieme a iniziative di educazione e tecnologie avanzate, sta cercando di affrontare le cause principali, ma la collaborazione tra autorità, cittadini e tecnologie innovative è essenziale per ridurre ulteriormente gli incidenti e rendere le strade più sicure.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

1.9 ALCOLDIPENDENZA

Con il D.M. 4 settembre 1996 "Rilevazione di attività nel settore dell'alcoldipendenza" sono state definite le modalità per la rilevazione, in collaborazione con le Regioni e le Province autonome, delle attività delle strutture pubbliche e private che si occupano del trattamento e recupero dei soggetti con problemi di alcolismo, in base a quanto previsto dal D.P.R. 309/90 e al D.M. 3 agosto 1993.
Le finalità di tale rilevazione sono:

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

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

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

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Risultati della rilevazione statistica delle attività nel settore alcoldipendenza
ANNO 2023 – Tabelle e Grafici sono riportati in Appendice

Al 31.12.2023 sono stati rilevati 442 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza; l'82,4% sono di tipo territoriale (tab.1).

3.1 IL PERSONALE DEI SERVIZI

In totale nel 2023 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 4.457 unità di personale la maggior parte delle quali (84,1%) sono addette solo parzialmente a tali attività (tab.2; graf.1).
Considerando la distribuzione del personale totale per ruolo professionale, limitando l'analisi ai profili direttamente coinvolti nel trattamento dell'alcoldipendenza, si osservano le proporzioni più alte, in ordine, per gli infermieri professionali (28,7%), per i medici (20,7%) e per gli psicologi (18,0%); la percentuale degli infermieri aumenta se si considerano solo gli addetti esclusivi (31,2%) (graf. 2-3-4).

3.2 LE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELL'UTENZA

Nel 2023[5] sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 64.856 soggetti (tab.3). Il 28,5% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente.
La numerosità dell'utenza totale, tendenzalmente crescente nel tempo fino al 2014, successivamente mostra un trend decrescente e sostanzialmente stabile negli anni più (graf.5).
Il rapporto M/F è pari a 3,1 per il totale degli utenti. A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati).
L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 50-59 anni (30,2% dei soggetti) per l'utenza totale e per gli utenti già in carico (32,0% dei soggetti) e 40-49 anni (27,5% dei soggetti) per i nuovi utenti. Il 72,7% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,5% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 19,8% (tab.4).
Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2023 si osserva che il 12,0% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i più vecchi questa percentuale è pari al 5,7%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 41,5% per i nuovi utenti e il 53,4% per quelli già in carico.
Analizzando distintamente i due sessi si nota che l'utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 23,3% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 21,4% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 49,3% nei maschi e al 52,2% nelle femmine.
Nel tempo si è assistito ad un tendenziale invecchiamento dell'utenza che negli anni più recenti si osserva soprattutto per gli utenti già in carico (graf.6).

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

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

3.3 I CONSUMI ALCOLICI DELL'UTENZA

Nel 2023 la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (42,2%), seguito dalla birra (30,5%), dai superalcolici (11,1%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,9%). La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: il vino è utilizzato in genere più frequentemente al nord mentre la birra e i superalcolici al sud (tab.5; graf.7).

3.4 I MODELLI DI TRATTAMENTO

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2023 il 31,1% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,5% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 3,2% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 16,8% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 3,2% degli alcoldipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 13,4% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 3,9% del totale degli utenti rilevati (2,1% in istituti pubblici, 1,8% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (tab.6-7; graf.8).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

1.10 LE ASSOCIAZIONI DI AUTO MUTUO AIUTO

1.10.1 ASSOCIAZIONE ITALIANA DEI CLUB ALCOLOGICI TERRITORIALI (AICAT)

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

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

- **I Congressi:** AICAT promuove ogni anno il Congresso Nazionale delle famiglie e dei servitori insegnanti dei CAT ed il Congresso di Spiritualità antropologica e di Ecologia sociale ad Assisi.
- **Forum nazionali di EEC**: AICAT organizza ogni anno 2 Forum EEC (Educazione Ecologica Continua) uno a marzo e l'altro a novembre con l'obiettivo di promuovere il confronto e la formazione rispetto alla metodologia.
- Nelle varie regioni sono sviluppati **Corsi di sensibilizzazione sull'approccio ecologico sociale ai problemi alcol correlati (Metodo Hudolin).**
- **Corsi monotematici e seminari di approfondimento di tematiche specifiche**.
- **Aggiornamenti territoriali per i servitori insegnanti**.
- **Scuole alcologiche** di primo e secondo modulo rivolte alle famiglie e ai CAT.
- Numerose S**cuole alcologiche** di terzo modulo, eventi ed iniziative di informazione e sensibilizzazione della Comunità.
- **Interclub** provinciali e regionali rivolti alla Comunità.
- **Eventi di informazione e sensibilizzazione** realizzati in collaborazione con il mondo scolastico.
- **Banca Dati:** dal 2004 al 2016 l'AICAT ha sviluppato, in collaborazione con le ARCAT, una

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

periodica rilevazione per fotografare le attività svolte nelle diverse regioni d'Italia da Club, servitori insegnanti, ACAT, ARCAT.
- Il **Numero Verde: 800 974 250**
- Il **Sito Web: www.aicat.net**

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

L'ORGANIZZAZIONE DELLE ARCAT

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

CONCLUSIONI

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

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

1.10.2. ALCOLISTI ANONIMI ITALIA (AA Italia)

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

ALCOLISTI ANONIMI APS

In Italia l'Associazione, attiva dal 1972, risulta iscritta dal 2022 nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) nella sezione delle Associazioni di Promozione Sociale. Non è un'Associazione di volontariato e non è affiliata ad alcuna setta, confessione, idea politica, organizzazione o istituzione. L'unico requisito per entrare a far parte di AA Italia è il desiderio di smettere di bere: chiunque può divenirne membro se manifesta il desiderio di smettere di bere. Non sono previste quote di iscrizione e non esiste alcuna discriminazione quale età, ceto sociale, genere, orientamento sessuale, fede religiosa o politica, livello culturale, trascorsi penali, professione, poli dipendenze... Tutti i membri hanno pari dignità, nessuno può essere estromesso, emarginato, giudicato. L'Associazione si sostiene unicamente con i contributi volontari degli alcolisti anonimi; non richiede e non accetta contributi esterni pubblici o privati né donazioni o benefici di alcun genere.

ANONIMATO

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

I GRUPPI

I Gruppi sono l'entità tramite la quale si realizza il recupero: nelle riunioni, in assoluta libertà, vengono raccontate le proprie storie, condivisi i problemi personali e messo in pratica il programma di recupero conosciuto in tutto il mondo come il "**Metodo dei Dodici Passi**". I Gruppi svolgono la

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

propria attività in piena autonomia, tuttavia non sono indipendenti dalla vita dell'Associazione: collaborano con altri Gruppi confrontando e scambiando le proprie esperienze al fine di arricchire ed elevare la "Coscienza di Gruppo". I Gruppi si costituiscono in qualsiasi parte d'Italia quando vi sia la volontà espressa di due o più alcolisti di operare in continuità nel rispetto del metodo. **Attualmente i Gruppi sono più di 400 su tutto il territorio nazionale. Le riunioni di gruppo sono mediamente partecipate da circa 12 membri. Soltanto il 20% effettua riunioni con cadenza di tre giorni a settimana. La maggior parte dei Gruppi si riunisce con una cadenza compresa tra due e un giorno a settimana; qualche Gruppo più numeroso fa riunioni fino a sette giorni la settimana.**
Come è risaputo, gli scogli dell'alcolista sono da un canto quello di riuscire ad interrompere l'assunzione di alcolici e dall'altro quello di scongiurare le ricadute, che d'un sol colpo possono vanificare il lavoro fatto. Il passaggio da una precaria astinenza a una stabile sobrietà avviene se si accompagna alla rottura dei vecchi schemi comportamentali un radicale mutamento interiore. Ovviamente è difficile che ciò possa accadere in tempi brevi e senza aiuto, perciò occorre un intervento costante, una motivazione alimentata di continuo e un sostegno esterno efficace. E' soprattutto in questa fase che il Gruppo può rivelarsi uno strumento prezioso: partecipare regolarmente alle riunioni, praticando uno specifico Programma di recupero volto al cambiamento dello stile di vita, consente all'alcolista anonimo di rafforzare progressivamente la propria sobrietà trovando valori nuovi e stimoli propositivi da sostituire a quelli tipici dell'alcolista ancora nel problema.

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

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

RAPPORTI CON L'ESTERNO
Dal punto di vista delle Istituzioni l'alcolismo viene ormai recepito come un fenomeno complesso, sanitario e sociale insieme, che non può essere sottovalutato anche per gli elevati costi che scarica sulla collettività; la sua multidimensionalità (problematiche sanitarie, assistenziali, di recupero, familiari, di lavoro, legali, di informazione e formazione) sta rafforzando il convincimento che per operare utilmente sia necessario un approccio di Rete multiprofessionale con la collaborazione delle

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

varie strutture che si occupano del problema. Alcolisti Anonimi APS si rivolge all'esterno tenendo come costante riferimento il territorio in cui operano i Gruppi e collabora con medici di medicina generale, con centri di alcologia, SerD, strutture ospedaliere, operatori del sociale, università. Alcolisti Anonimi APS ha una lunga esperienza di collaborazione, non di affiliazione, con molte realtà che operano a livello locale e Nazionale. I Gruppi e i Comitati di Servizio di Alcolisti Anonimi sono sempre disponibili a fornire informazioni ed a collaborare con professionisti e organizzazioni che lo richiedano. In alcune regioni italiane (ancora troppo poche) sono presenti dei protocolli d'intesa e collaborazione con le Università, i Servizi Sanitari (Centri Alcologici/SerD) che riconoscono A.A. Alcolisti Anonimi APS come parte integrante del Sistema dei Servizi che opera in campo alcologico (cfr. Protocollo di collaborazione tra RER e Associazione A.A. Alcolisti Anonimi APS). Collaborare con A.A. Alcolisti Anonimi APS significa collaborare con una realtà che si aggiorna costantemente sul fenomeno alcol: i Gruppi fortemente radicati sul territorio e, come già scritto presenti in tutte le regioni, sono in grado di recepire in tempo reale le trasformazioni che si verificano al loro interno. Si pensi, ad esempio, all'abbassamento dell'età di coloro che entrano nell'area alcolismo, all'aumento del genere femminile, alla sempre più stretta presenza di poli dipendenze, all'ingresso sempre maggiore di immigrati e di persone appartenenti alla bassa soglia del disagio e dell'emarginazione, oltre al permanere del numero di alcolisti "tradizionali" trasversale a tutte le fasce d'età, sociali ed economiche.
Esiste quindi la necessità di adeguarsi in modo quasi automatico all'emergere di queste nuove realtà con il mutare della composizione stessa dei Gruppi, proseguendo in una apertura verso l'esterno per rispondere alle istanze che provengono dal mondo sanitario e sociale.
Ciò detto le attività esterne svolte dai Gruppi riguardano principalmente collaborazioni con Servizi di Alcologia e dipendenze patologiche, ospedali, comunità di recupero, cliniche private e attività di informazione/formazione presso Istituti scolastici e Università, convegni comunali e/o regionali. A.A. Alcolisti Anonimi APS collabora e svolge servizio, anche, presso vari istituti di pena.
Occorre, comunque, non fermarsi ma ricercare sempre nuovi spazi di collaborazione.
Sarebbe importante entrare in contatto nella pratica con i professionisti partecipando, ad esempio, a corsi di preparazione degli operatori dei SerD, oppure a percorsi universitari specialistici, per poter far conoscere maggiormente Alcolisti Anonimi e offrire un ulteriore strumento di lavoro ai futuri professionisti.

LETTERATURA

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

INSIEME IN A.A.

Oltre alla letteratura esiste anche un periodico interno ufficiale di A.A. Alcolisti Anonimi APS, che comunica la vita interna dei membri dell'Associazione, dando spazio a testimonianze.
Ovviamente è sempre garantito l'anonimato, nel rispetto dell'Undicesima Tradizione, e la massima tutela della privacy. Anche semplici pensieri possono essere di stimolo per compiere riflessioni e permettere, a chi non desidera o non se la sente di scrivere una testimonianza completa, di partecipare attivamente alla realizzazione del periodico.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

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

RUNTS E ORGANO DI CONTROLLO

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

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

SITO WEB E SOCIAL MEDIA

A.A. Alcolisti Anonimi APS ha un sito nazionale, attualmente in fase di rifacimento, che è molto visitato. Molte richieste di aiuto arrivano da persone che lo hanno visitato.

Si sta procedendo, su suggerimento di alcuni giornalisti, a creare e mettere a disposizione nel sito immagini da abbinare ad articoli o interviste.

Da quest'anno, poi, proprio per rispondere alle esigenze di adattamento dell'era digitale, A.A Alcolisti Anonimi APS è presente su social media quali Facebook, Instagram, YouTube, TikTok, con relative accortezze per il rispetto delle Tradizioni.

INTERNET E GRUPPI ON LINE

Internet è stato di grande aiuto durante la pandemia da Covid ed è stato utile per consentire lo sviluppo di Gruppi on line.

Mentre gli incontri in presenza nel Gruppo rimangono il nucleo di A.A., l'Associazione nel suo insieme si è aperta progressivamente a nuove modalità di accesso, fornendo supporto virtuale, messaggeria istantanea e accesso al Programma di recupero online (Riunioni e Gruppi on line). Questa apertura al futuro mostra come A.A. si adatti alle esigenze e alle sensibilità delle persone nel mondo moderno. Fermo restando che nulla potrà sostituire pienamente le Riunioni in presenza, che sono sinonimo di azione, che sono fonte di quel calore che nessun schermo può sostituire.

Posto che l'unica differenza fra Gruppi fisici e on line risulta essere la modalità dell'incontro e partendo dal presupposto che in Alcolisti Anonimi nessuno riconosce nessuno, dalla Conferenza del 2024 A.A. Alcolisti Anonimi APS ha ammesso i Gruppi on line come facenti parte dell'Associazione purché aderiscano, così come richiesto per i Gruppi in presenza, allo Statuto della stessa. Ogni Gruppo on line è visibile dal sito di A.A. tramite mail e telefono ufficiali e con ID della riunione equiparato all'indirizzo della sede dei gruppi fisici.

CONCLUSIONI

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

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

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

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

COME CONTATTARE ALCOLISTI ANONIMI ITALIA



SIT0 **https://www.alcolistianonimiitalia.it/**

1.10.3 Al-ANON e ALATEEN

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

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

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

1.11 LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE

Introduzione

Il presente documento ha l'obiettivo di analizzare i dati di consumo e di spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per i farmaci impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica nell'ambito dell'assistenza convenzionata (farmaci erogati dalle farmacie territoriali) e non convenzionata (acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche) e acquisto privato da parte del cittadino. Il documento, aggiornato con i dati relativi all'anno 2023, fornisce una descrizione dell'andamento degli indicatori di spesa e consumo nel tempo (sia a livello nazionale che a livello regionale), fornendo dettagli sul tipo di farmaco, sul canale distributivo e sulle caratteristiche della coorte individuale.

Descrizione dei sistemi informativi e indicatori utilizzati

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

- **Assistenza farmaceutica convenzionata:** il flusso riguarda le prestazioni farmaceutiche erogate attraverso le farmacie pubbliche e private in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito ai sensi della L. 448/1998 e ss.mm.ii., di cui è stata data attuazione con il D.M. n. 245/2004. Tale flusso rileva le ricette raccolte da Federfarma (Federazione nazionale delle farmacie private convenzionate con il SSN) e da Assofarm (Associazione Farmacie Comunali), che ricevono i dati delle proprie sedi provinciali e che successivamente aggregano a livello regionale. Il flusso OsMed presenta un grado di completezza variabile per area geografica e per mese; il tasso di copertura a livello nazionale dei dati nel 2023 è stata pari al 96,4%. La quota di spesa e consumi mancanti è stata ottenuta attraverso una procedura di espansione, che utilizza come valore di riferimento della spesa farmaceutica il dato proveniente dalle Distinte Contabili Riepilogative (DCR), aggiornato periodicamente dall'AIFA. Al fine di garantire confronti omogenei tra le Regioni, la procedura di espansione riporta al 100% la spesa regionale, nell'ipotesi che la distribuzione dei dati mancanti non sia significativamente differente da quella dei dati osservati e sia garantita l'invarianza del prezzo al pubblico della singola confezione medicinale.

- **Acquisti diretti da parte delle strutture sanitarie pubbliche:** il flusso della "Tracciabilità del Farmaco" è stato istituito con il Decreto del Ministro della Salute del 15 luglio 2004 e s.m.i. nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Tale flusso finalizzato a tracciare le movimentazioni di medicinali con autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) sul territorio nazionale e/o verso l'estero è alimentato dalle aziende farmaceutiche e dalla distribuzione intermedia e rileva le confezioni movimentate lungo la filiera distributiva, fino ai punti di erogazione finale: farmacie, ospedali, ambulatori, esercizi commerciali, ecc. I dati analizzati nel presente documento si riferiscono all'acquisto di medicinali, sia in termini di quantità che di valore economico, da parte delle strutture sanitarie pubbliche (i.e. l'assistenza farmaceutica non convenzionata). Pertanto, essi sono relativi alla fornitura di medicinali da parte delle aziende farmaceutiche alle strutture sanitarie pubbliche (*sell-in*) che, successivamente, vengono utilizzati all'interno delle strutture stesse (i.e. *sell-out* dei consumi ospedalieri), o dispensati direttamente al paziente per una loro utilizzazione anche al di fuori delle strutture sanitarie (i.e. *sell-out* della distribuzione diretta e per conto).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

- **<u>Acquisto privato a carico del cittadino</u>:** oltre ai farmaci rimborsati dal SSN, le farmacie territoriali dispensano anche medicinali di classe A e C acquistati privatamente dai cittadini, con ricetta medica non mutualistica. L'analisi dei consumi farmaceutici a carico del cittadino è effettuata utilizzando, per i medicinali di classe C, i dati rilevati attraverso il flusso della Tracciabilità del Farmaco, istituito ai sensi del D.M. Salute 15 luglio 2004, inviati dai grossisti alla banca dati centrale del Ministero della Salute, relativamente ai farmaci consegnati presso le farmacie territoriali. L'acquisto privato dei medicinali di classe C è derivato per differenza tra ciò che viene acquistato dalle farmacie (*sell-in*), rispetto a ciò che viene erogato a carico del SSN (*sell-out*, i.e. il flusso OsMed) e vede come destinatario il cittadino. È opportuno precisare che quando si analizzano i consumi relativi ad un ampio intervallo temporale si minimizza l'eventuale disallineamento tra *sell-in* e *sell-out*, conseguente alla ricomposizione delle scorte di magazzino della farmacia, il quale, al contrario, sul singolo mese potrebbe incidere in modo significativo.

- **<u>Distribuzione diretta e per conto:</u>** il flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto è stato istituito dal D.M. Salute 31 luglio 2007 disciplinante il NSIS. Tale flusso, alimentato dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, rileva l'erogazione di medicinali a carico del SSN all'assistito, per il consumo presso il proprio domicilio, alternativa alla tradizionale erogazione degli stessi presso le farmacie, nonché quelli erogati direttamente dalle strutture sanitarie ai sensi della L. 405/2001 e ss.mm.ii. Rientrano nell'ambito di rilevazione di questo flusso le prestazioni farmaceutiche erogate: alla dimissione da ricovero o dopo visita specialistica, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, ai pazienti cronici soggetti a piani terapeutici o presi in carico dalle strutture, in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale (i.e. distribuzione diretta), da parte delle farmacie convenzionate, pubbliche o private, per conto delle Aziende Sanitarie Locali (i.e. distribuzione per conto). La rilevazione è estesa alle prescrizioni di tutti i medicinali autorizzati all'immissione in commercio in Italia e identificati dal codice di AIC, indipendentemente dalla classe di erogazione a carico del SSN e dal regime di fornitura. Ai fini del presente documento, le analisi sulle prestazioni farmaceutiche in distribuzione diretta o per conto sono state condotte con esclusivo riferimento ai medicinali dotati di AIC.

- **<u>Prescrizioni farmaceutiche in regime di convenzione:</u>** il flusso informativo per la trasmissione delle prescrizioni farmaceutiche (c.d. Tessera Sanitaria, TS) è previsto dal comma 5 dell'art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n.269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n.326 e s.m.i. Le strutture di erogazione dei servizi sanitari (aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, policlinici universitari, farmacie pubbliche e private, presidi di specialistica ambulatoriale e altri presidi e strutture accreditate) hanno l'obbligo della trasmissione telematica al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) delle ricette a carico del SSN. Al fine del monitoraggio della spesa sanitaria, ai sensi della norma suddetta, è richiesta alle farmacie la trasmissione telematica dei dati delle ricette (e prescrizioni) conformi al comma 2, art 50, comunemente denominate "ricette rosse", quale che sia il contenuto della prescrizione e la modalità di erogazione del farmaco. Vale a dire che, nel caso di prescrizione di farmaci in modalità "distribuzione per conto" ovvero di prodotti relativi all'assistenza integrativa, effettuata su una "ricetta rossa", i relativi dati sono sottoposti all'obbligo di trasmissione e la mancata, incompleta o tardiva trasmissione è sanzionata ai sensi dell'art. 50. Le strutture di erogazione possono trasmettere anche ricette redatte su modelli diversi (ricette bianche, o moduli non trattati da Sistema TS, come il modulo a ricalco, ricette di classe C per soggetti esenti) e ricette relative all'erogazione di prodotti farmaceutici in modalità diverse di erogazione: distribuzione per conto, distribuzione diretta, assistenza integrativa domiciliare e assistenza integrativa. I dati oggetto delle trasmissioni sono relativi all'assistito (codice fiscale, ASL di residenza, ecc.), alla ricetta (codice identificativo

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

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

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

La terapia farmacologica della dipendenza alcolica

Gli obiettivi del trattamento della dipendenza da alcol sono il mantenimento della completa astinenza e il recupero delle capacità psicofisiche e sociali. Il raggiungimento di tali obiettivi avviene tramite il trattamento dell'intossicazione acuta alcolica e della sindrome di astinenza da alcol (SAA), il mantenimento dell'astinenza da alcol e la riduzione del consumo di alcol, che si esplicano attraverso interventi di prevenzione della ricaduta *(relapse prevention)* e gestione del *craving*, definita come il desiderio irrefrenabile di assumere una sostanza, che, se non soddisfatto, provoca sofferenza fisica e psichica, accompagnata da astenia, anoressia, ansia e insonnia, irritabilità, aggressività, depressione o iperattività.
Le persone alcoldipendenti possono essere trattate nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria con presa in carico da parte del medico di medicina generale, qualora accettino di astenersi dall'alcol, rifiutino di essere inviati a un centro specializzato o in caso presentino gravi complicazioni psichiatriche, sociali o mediche; i pazienti dovrebbero essere inviati ai servizi specialistici se vi sono stati dei fallimenti precedenti del trattamento, quando presentano gravi complicazioni o rischi di crisi di astinenza moderate o gravi, quando vi è compresenza di patologie fisiche e psichiatriche o quando il trattamento non può essere gestito dall'équipe sanitaria di base.
Il trattamento farmacologico della dipendenza alcolica prevede l'impiego di diverse classi di farmaci, alcune dirette al trattamento dell'astinenza, altre dirette a prevenire le ricadute. **Attualmente in Italia sono approvati per il trattamento della dipendenza alcolica sei farmaci: disulfiram, sodio oxibato, acamprosato, naltrexone, nalmefene e metadoxina.**
Tali molecole differiscono tra loro per il differente meccanismo d'azione, che si riflette poi sulle specifiche dell'indicazione terapeutica, dosaggio e durata della terapia, oltre alla diversa modalità di erogazione e rimborsabilità. Quattordici confezioni in totale risultano in commercio in Italia nel 2023, queste hanno contribuito alle analisi contenute nel presente documento. Di queste, 8 sono a totale carico del SSN: 2 confezioni a base di sodio oxibato classificate in fascia di rimborsabilità H e 6 confezioni (3 a base di naltrexone, 2 di acamprosato e 1 di disulfiram) classificate in fascia A. Le restanti 6 confezioni risultano a totale a carico dei cittadini (fascia C), di queste una è a base di disulfiram, mentre le altre sono a base di metadoxina e nalmefene.
Secondo le linee guida internazionali relative al trattamento farmacologico dei pazienti affetti da dipendenza da alcol (*Fairbanks J, et al. Mayo Clin Proc. 2020; Reus VI, et al Am J Psychiatry. 2018*) la scelta del farmaco deve tenere in considerazione, oltre le caratteristiche farmacologiche, le

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

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

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

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

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

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

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

presente documento rappresentano una sovrastima dell'utilizzo nell'indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica, poiché non è possibile disporre dei dati di consumo in funzione di una specifica indicazione terapeutica.

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

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

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

Dati generali di consumo e spesa nel 2023

Nel 2023 il consumo complessivo a carico del SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica, dispensati sia dalle farmacie territoriali che acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, ammonta a circa **265,0 DDD per 1 milione di abitanti die**, in aumento rispetto al 2022 (+1,9%), con una spesa pari a **9,1 euro/100 abitanti** (per una **spesa totale di 5,35 di milioni di euro**), in riduzione del 5,9% rispetto all'anno precedente (**Tabella 26**).
Il 66,9% della spesa totale per la categoria dei farmaci per la dipendenza alcolica è a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), mentre la restante parte (33,1%) è acquistato privatamente.
Il 47,3% delle dosi è erogato da parte delle Strutture Sanitarie Pubbliche, mentre il 19,7% è erogato dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito dell'assistenza convenzionata; il restante 33,1% delle dosi è acquistato privatamente dal cittadino, con una spesa pari al 20,5% della spesa totale per la categoria.
Solo una quota residuale (2,7%) degli acquisti diretti viene erogato attraverso il canale della DPC, a cui corrisponde un consumo di 7,2 DDD per 1 milione abitanti die e una spesa di 0,4 euro/100 abitanti, indice della necessità di una particolare presa in carico dei pazienti alcol-dipendenti da parte delle strutture sanitarie pubbliche, in particolare da parte dei Servizi per le Tossicodipendenze (SerT).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Tabella 26. Composizione dei consumi e della spesa dei medicinali con principale indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica nel 2023

	Consumi			Spesa		
	(DDD per 1 milione abitanti die)			(€ per 100 abitanti)		
	N.	%	Δ% 23-22	€	%	Δ% 22-22
Convenzionata	52,1	19,7	-3,8	1,7	19,1	13,5
Strutture Sanitarie Pubbliche	125,2	47,3	-12,7	5,5	60,4	-17,2
di cui DPC	*7,2*	*2,7*	*6,1*	*0,4*	*4,1*	*4,2*
SSN	**177,4**	**66,9**	**-10,3**	**7,2**	**79,5**	**-11,4**
Acquisto privato	87,6	33,1	40,6	1,9	20,5	24,2
TOTALE	**265,0**	**100,0**	**1,9**	**9,1**	**100,0**	**-5,9**

Nota: % calcolate sul totale di colonna

Se si considerano i consumi regionali espressi come numero di DDD per 1 milione di abitanti die nel corso nell'anno 2023 (**Tabella 27**), la Valle d'Aosta è la regione che registra i consumi più elevati (502,1 DDD), seguita dalla Provincia Autonoma di Trento (406,0 DDD) e dal Piemonte (371,3 DDD). In generale le regioni del Nord (313,1 DDD) consumano più dosi di farmaco rispetto alle regioni del Centro (234,1) e del Sud (215,2 DDD). Nelle regioni del Centro la percentuale di dosi erogate in regime di assistenza convenzionata è oltre il doppio rispetto a quella delle regioni del Nord e del Sud, con la percentuale più elevata raggiunta nella regione Lazio (58%), sebbene la PA di Trento mostri la percentuale maggiore di dosi erogate in assistenza convenzionata (63,0%).
La maggior parte delle regioni eroga i farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica prevalentemente attraverso le Strutture Sanitarie Pubbliche, raggiungendo la quota del 73,4% in Emilia Romagna; fanno eccezione PA di Trento e Lazio che erogano rispettivamente solo il 3,7%, e l'11,7% delle dosi attraverso le strutture sanitarie pubbliche. Il Molise è la regione che dispensa quasi i due terzi delle dosi acquistate dalle strutture sanitarie pubbliche attraverso la distribuzione per conto (59,1 DDD per 1 milione abitanti die), mentre l'Abruzzo quasi la metà (18,8 DDD per 1 milione abitanti die). Regioni come Valle d'Aosta, Lombardia, Emilia Romagna, Marche, Lazio, Campania e le PA di Trento e di Bolzano non utilizzano il canale distributivo della DPC per questo tipo di farmaci.
Se si considera la spesa regionale espressa per 100 abitanti nel corso nell'anno 2023 (**Tabella 28**), è possibile osservare un'ampia variabilità regionale, concentrata soprattutto nell'assistenza convenzionata, dove le regioni del Centro (4,8 euro/100 abitanti die) registrano una spesa quasi 4 volte maggiore rispetto a quella delle regioni del Nord (1,3 euro) e 10 volte maggiore rispetto a quella del Sud (0,5 euro). La PA di Trento registra la spesa più elevata in questo canale di erogazione (10,2 euro per 100 abitanti), circa 6 volte la spesa media nazionale (1,7 euro). Nell'ambito degli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche, le regioni del Sud registrano la spesa più elevata (7,0 euro per 100 abitanti) rispetto alle regioni del Centro (3,1 euro) e del Nord (5,5 euro). In questo ambito è la Valle d'Aosta che registra la spesa pro capite per 100 abitanti più elevata (21,4 euro), quasi 4 volte la spesa media nazionale (5,5 euro).
Infine, per quanto riguarda l'acquisto privato, sebbene si osservi una discreta variabilità regionale nei consumi, i valori di spesa risultano maggiormente allineati, ad eccezione della Sardegna (5,6 euro/100 abitanti *die*) che registra valori quasi 3 volte quelli della media nazionale. Il Friuli Venezia Giulia è la regione con la quota percentuale di acquisto privato più ampia (48,2% dei consumi e

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

37,5% della spesa), mentre la Valle d'Aosta è la regione con la quota più bassa (18,5% dei consumi e 5,3% della spesa).

Tabella 27. Composizione dei consumi (DDD per 1 milione abitanti die) dei medicinali con principale indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica nel 2023 per Regione

Regione	Convenzionata		Strutture Sanitarie Pubbliche				Acquisto privato		Totale
			totale		quota DPC				
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.
Valle d'Aosta	67,5	13,4	341,8	68,1	-	-	92,8	18,5	**502,1**
PA Trento	255,8	63,0	14,9	3,7	-	-	135,2	33,3	**406,0**
Piemonte	25,8	7,0	259,6	69,9	25,7	6,9	85,8	23,1	**371,3**
Sardegna	67,4	18,5	176,0	48,3	1,9	0,5	121,2	33,2	**364,6**
Emilia-Romagna	25,6	7,1	262,9	73,4	-	-	69,8	19,5	**358,2**
Veneto	34,9	10,4	199,3	59,5	3,8	1,1	100,9	30,1	**335,1**
Liguria	33,7	11,1	142,1	46,8	15,2	5,0	128,0	42,1	**303,9**
Umbria	66,8	22,4	135,5	45,3	18,9	6,3	96,7	32,3	**299,0**
Friuli-VG	38,9	14,3	101,4	37,4	9,9	3,7	130,6	48,2	**270,9**
Lombardia	72,2	27,2	85,2	32,1	-	-	108,2	40,8	**265,6**
Toscana	49,7	19,1	138,2	53,1	17,3	6,6	72,3	27,8	**260,2**
Calabria	50,0	20,3	83,4	33,8	5,6	2,2	113,6	46,0	**247,0**
Molise	95,6	38,7	85,0	34,4	59,1	23,9	66,4	26,9	**247,0**
Sicilia	28,1	11,9	104,3	44,3	10,1	4,3	103,0	43,7	**235,4**
Lazio	132,7	58,0	26,8	11,7	-	-	69,3	30,3	**228,7**
Basilicata	45,7	20,6	84,1	37,8	6,8	3,1	92,4	41,6	**222,2**
Campania	13,4	6,9	107,1	54,9	-	-	74,6	38,2	**195,1**
Abruzzo	51,5	29,3	60,2	34,2	33,1	18,8	64,1	36,5	**175,8**
Marche	55,4	36,7	50,5	33,5	-	-	45,0	29,8	**150,8**
Puglia	23,2	15,6	78,4	52,7	12,7	8,5	47,1	31,7	**148,6**
Bolzano	32,4	31,0	31,0	29,6	-	-	41,2	39,4	**104,6**
ITALIA	**52,1**	**19,7**	**125,2**	**47,3**	**7,2**	**2,7**	**87,6**	**33,1**	**265,0**
NORD	49,7	15,9	164,9	52,7	6,1	2,0	98,6	31,5	313,1
CENTRO	91,3	39,0	73,7	31,5	7,0	3,0	69,2	29,5	234,1
SUD E ISOLE	31,7	14,7	100,2	46,6	9,0	4,2	83,2	38,7	215,2

Nota: % calcolate sul totale di riga

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Tabella 28. Composizione della spesa (€ per 100 abitanti) dei medicinali con principale indicazione relativa al trattamento della dipendenza alcolica nel 2023 per Regione

Regione	Convenzionata		Strutture Sanitarie Pubbliche				Acquisto privato		Totale
			totale		quota DPC				
	(€ per 100 ab)	%	(€ per 100 ab)	%	(€ per 100 ab)	%	(€ per 100 ab)	%	(€ per 100 ab)
Valle d'Aosta	2,7	10,8	21,4	84,0	-	-	1,3	5,3	**25,5**
Sardegna	0,4	2,6	10,7	64,2	0,1	0,7	5,6	33,2	**16,7**
Piemonte	0,2	1,2	11,8	85,1	1,4	10,0	1,9	13,7	**13,9**
Trento	10,2	76,2	1,0	7,8	-	-	2,1	16,0	**13,4**
Lazio	8,8	66,4	2,5	18,4	-	-	2,0	15,1	**13,3**
Molise	4,2	37,9	5,5	49,7	3,5	31,2	1,4	12,4	**11,1**
Campania	0,1	1,0	9,2	82,8	-	-	1,8	16,1	**11,1**
Emilia-Romagna	0,2	1,5	8,5	82,5	-	-	1,6	16,0	**10,3**
Liguria	0,5	5,8	5,1	61,0	0,9	10,7	2,8	33,3	**8,4**
Basilicata	1,1	14,4	4,3	54,2	0,4	5,1	2,5	31,4	**8,0**
Calabria	0,5	6,4	5,5	67,8	0,3	3,9	2,1	25,8	**8,1**
Abruzzo	2,3	29,1	3,7	47,2	1,5	19,1	1,9	23,7	**7,9**
Sicilia	0,5	6,3	5,9	75,5	0,4	4,5	1,4	18,1	**7,9**
Puglia	0,3	4,1	6,1	82,0	0,7	10,1	1,0	13,9	**7,4**
Marche	3,3	46,4	2,8	38,5	-	-	1,1	15,1	**7,2**
Lombardia	2,5	35,8	2,5	35,6	-	-	2,0	28,7	**7,0**
Veneto	0,2	3,5	4,5	68,7	0,1	2,1	1,8	27,7	**6,5**
Toscana	0,3	5,6	4,2	70,6	1,0	16,2	1,4	23,7	**5,9**
Umbria	0,4	8,0	3,2	60,0	0,9	17,4	1,7	32,0	**5,4**
Friuli-VG	0,4	8,7	2,7	53,8	0,6	11,6	1,9	37,5	**5,0**
Bolzano	1,1	35,0	1,2	37,7	-	-	0,9	27,3	**3,1**
ITALIA	**1,7**	**19,1**	**5,5**	**60,4**	**0,4**	**4,1**	**1,9**	**20,5**	**9,1**
Nord	1,3	14,6	5,5	63,4	0,3	3,8	1,9	22,1	**8,7**
Centro	4,8	50,0	3,1	32,5	0,4	3,9	1,7	17,5	**9,6**
Sud e isole	0,5	5,8	7,0	74,0	0,4	4,6	1,9	20,3	**9,5**

Nota: % calcolate sul totale di riga

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

1. Consumi e spesa a carico del SSN

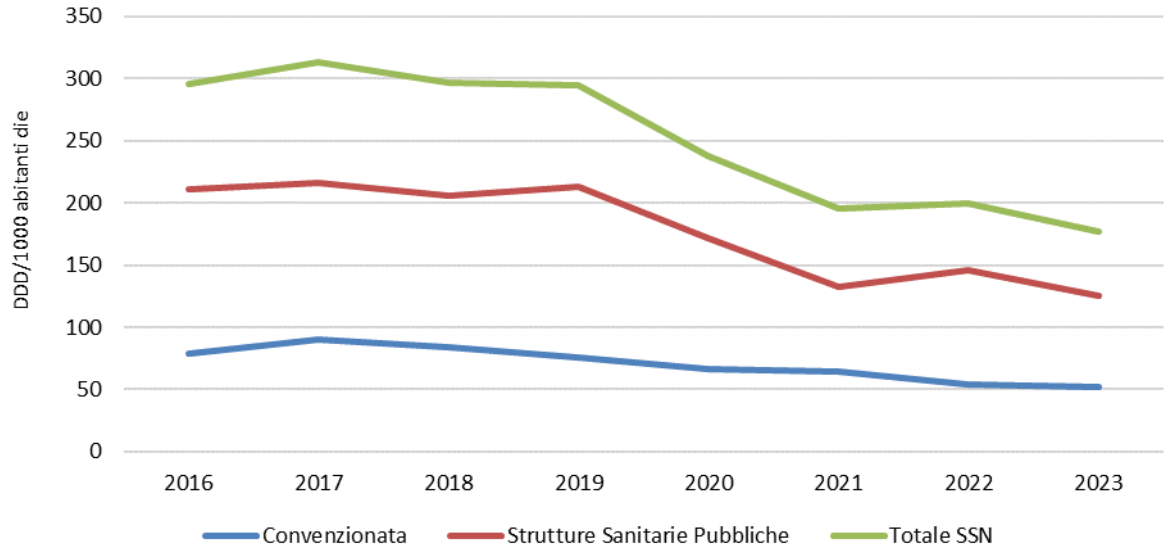
Nel 2023 i consumi a carico dell'SSN (convenzionata e strutture sanitarie pubbliche) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica ammontano a circa **177,4 DDD per 1 milione di abitanti die**, in riduzione del 10,3% rispetto al 2022 (**Tabella 29**; **Grafico 35**). La riduzione dei consumi è attribuibile principalmente alla riduzione rispetto all'anno precedente delle dosi di farmaco erogate da parte delle strutture sanitarie pubbliche (-12,7%) e in misura minore di quelle erogate in assistenza convenzionata (-3,8%).

Tabella 29. Consumo (DDD per 1 milione abitanti die) a carico del SSN nel periodo 2016-2023

Anno	Convenzionata			Strutture Sanitarie Pubbliche						Totale SSN	
				totale			quota DPC				
	N.	%	Δ% a.p.	N.	%	Δ% a.p.	N.	%	Δ% a.p.	N.	Δ% a.p.
2016	78,54	27,11	-	211,18	72,89	-	6,19	2,93	-	295,91	-
2017	90,06	29,39	14,7	216,39	70,61	2,5	7,12	3,29	15,0	313,57	6,0
2018	83,48	28,82	-7,3	206,14	71,18	-4,7	6,62	3,21	-7,0	296,24	-5,5
2019	75,81	26,27	-9,2	212,79	73,73	3,2	5,96	2,83	-9,9	294,56	-0,6
2020	66,32	25,32	-12,5	171,72	65,50	-19,3	7,83	3,29	31,2	238,04	-19,2
2021	63,85	32,58	-3,7	132,15	67,42	-23,0	7,90	4,03	1,0	196,00	-17,7
2022	54,23	27,13	-15,1	145,63	72,87	10,2	6,41	3,21	-18,8	199,86	2,0
2023	52,15	29,40	-3,83	125,25	70,60	-12,72	7,23	4,08	6,14	177,39	-10,29

Nota: % calcolate sul totale di riga; Abbreviazioni: Δ% a.p.: variazione percentuale rispetto all'anno precedente

Grafico 35. Trend dei consumi (DDD per 1 milione abitanti die) su base annuale a carico del SSN nel periodo 2016-2023



Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

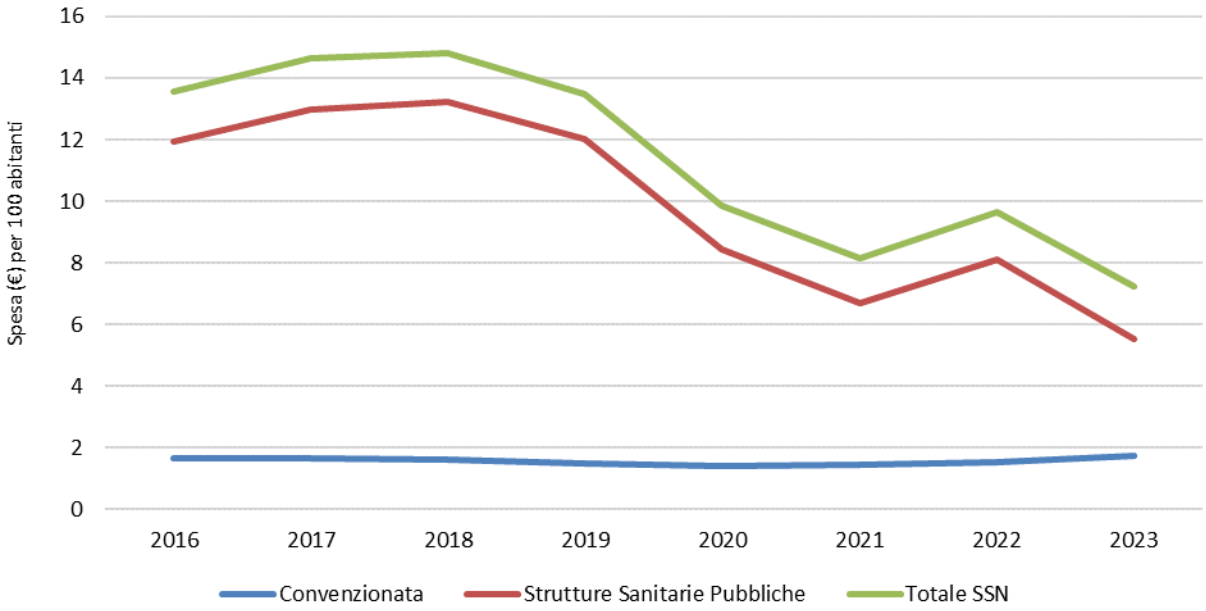
Nel 2023 la spesa farmaceutica complessiva SSN (convenzionata e strutture sanitarie pubbliche) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica ammonta a circa **4,3 milioni di euro (7,24 euro per 100 abitanti)** che incide per l'1,7% sulla spesa pubblica totale italiana (comprensiva di ossigeno e vaccini) (**Tabella 30**, **Grafico 36**). Circa il 76% di tale valore è attribuibile agli acquisti effettuati dalle strutture sanitarie pubbliche, il 5,2% alla distribuzione per conto, e il restante 24,0% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico. Nel 2023 la spesa SSN per questa categoria di farmaci è in riduzione rispetto all'anno precedente (-11,4%) per riduzione della spesa da parte delle strutture sanitarie pubbliche (-17,2%), sebbene si rilevi un aumento della spesa nel canale DPC (+4,2%) e in quello dell'assistenza convenzionata (+13,5%).

Tabella 30. Spesa (€ per 100 abitanti) a carico del SSN nel periodo 2016-2023

Anno	Convenzionata			Strutture Sanitarie Pubbliche						Totale SSN	
				totale			quota DPC				
	€	%	Δ% a.p.	€	%	Δ% a.p.	€	%	Δ% a.p.	€	Δ% a.p.
2016	1,64	12,09	-	11,92	87,91	-	0,34	2,85	-	13,56	-
2017	1,66	11,34	1,2	12,98	88,66	8,9	0,39	2,66	14,7	14,64	8,0
2018	1,62	10,92	-2,4	13,21	89,08	1,8	0,36	2,73	-7,7	14,83	1,3
2019	1,48	10,97	-8,6	12,01	89,03	-9,1	0,32	2,66	-11,1	13,49	-9,0
2020	1,41	13,70	-5,6	8,44	82,10	-30,4	0,35	3,55	10,0	9,85	-27,7
2021	1,45	17,81	2,9	6,69	82,19	-20,7	0,41	5,05	0,7	8,14	-17,4
2022	1,53	15,88	5,6	8,10	84,12	21,2	0,33	3,45	-19,2	9,63	18,4
2023	1,74	23,98	13,50	5,51	76,02	-17,2	0,37	5,15	4,2	7,24	-11,4

Nota: % calcolate sul totale di riga; Abbreviazioni: Δ% a.p.: variazione percentuale rispetto all'anno precedente

Grafico 36. Andamento della spesa a carico del SSN nel periodo 2016-2023



Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

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

Il disulfiram è il principio attivo più prescritto e da solo assorbe circa il 49,3% dei consumi totali dei farmaci per la terapia della dipendenza alcolica a carico del SSN, con un totale di circa 87,5 DDD per 1 milione abitanti die (-13,7% rispetto al 2022), seguito con il 19,4% dei consumi dal sodio oxibato, farmaco classificato in fascia H, utilizzato esclusivamente nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, con un consumo di 34,4 DDD (-27,7% rispetto al 2022) e dall'acamprosato per il 18,9% con un consumo di 33,6 DDD, in aumento del 12,6% rispetto all'anno precedente (**Tabelle 31 e 33**; **Grafico 37**). Il sodio oxibato è il principio attivo con la spesa a carico del SSN complessiva più alta (45,7% della spesa nazionale per questa categoria di farmaci), in riduzione del 27,3% rispetto all'anno precedente, seguito dall'acamprosato (31,2% della spesa nazionale) e naltrexone (13,7% della spesa nazionale), entrambi in aumento rispettivamente del 31,2% e del 17,3% rispetto all'anno precedente. Gli altri principi attivi hanno una spesa per 100 abitanti inferiore a 1 euro, tra i quali il disulfiram, principio attivo rimborsato dall'SSN, la metadoxina e il nalmefene, entrambi classificati in fascia C e pertanto a carico del cittadino (**Tabelle 32** e **34**; **Grafico 38**).

Tabella 31. Consumo (DDD per 1 milione abitanti die) a carico del SSN per l'anno 2023

Principio attivo	Convenzionata			Strutture Sanitarie Pubbliche						Totale SSN		
				totale			quota DPC					
	N.	%	Δ% 23-23	N.	%	Δ% 23-22	N.	%	Δ% 23-22	N.	%	Δ% 23-22
Disulfiram	32,5	62,2	-13,4	55,1	44,0	-13,9	-	-	-	87,5	49,3	-13,7
Sodio Oxibato	-	-	-	34,4	27,5	-27,7	-	-	-	34,4	19,4	-27,7
Acamprosato	9,7	18,5	21,6	24,0	19,1	9,3	5,1	71,1	-1,2	33,6	18,9	12,6
Naltrexone	10,0	19,2	14,1	9,4	7,5	17,4	2,1	28,9	30,0	19,4	11,0	15,7
Metadoxina	0,0	0,0	73,9	2,2	1,7	15,2	-	-	-	2,2	1,2	15,6
Nalmefene	0,0	0,0	-8,9	0,2	0,2	52,1	-	-	-	0,2	0,1	50,6
TOTALE	**52,1**	**100,0**	**-3,8**	**125,2**	**100,0**	**-12,7**	**7,2**	**100,0**	**6,1**	**177,4**	**100,0**	**-10,3**

Nota: % calcolate sul totale di colonna

Tabella 32. Spesa (€ per 100 abitanti) a carico del SSN per l'anno 2023

Principio attivo	Convenzionata			Strutture Sanitarie Pubbliche						Totale SSN		
				totale			-quota DPC					
	€	%	Δ% 23-22	€	%	Δ% 23-22	€	%	Δ% 23-22	€	%	Δ% 23-22
Sodio Oxibato	-	-	-	3,3	60,2	-27,3	-	-	-	3,3	45,7	-27,3
Acamprosato	0,9	49,0	21,6	1,4	25,6	7,6	0,3	80,9	-2,6	2,3	31,2	12,5
Naltrexone	0,7	39,8	14,0	0,3	5,5	25,7	0,1	19,1	48,1	1,0	13,7	17,3
Disulfiram	0,2	11,1	-13,5	0,4	6,6	-19,1	-	-	-	0,6	7,7	-17,2
Metadoxina	0,0	0,1	84,1	0,1	1,6	30,7	-	-	-	0,1	1,2	31,1
Nalmefene	0,0	0,0	-27,6	0,0	0,5	35,3	-	-	-	0,0	0,4	33,2
TOTALE	**1,7**	**100,0**	**13,5**	**5,5**	**100,0**	**-17,2**	**0,4**	**100,0**	**4,2**	**7,2**	**100,0**	**-11,4**

Nota: % calcolate sul totale di colonna

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Tabella 33. Consumo (DDD per 1 milione abitanti die) a carico del SSN nel periodo 2016-2023

Principio attivo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ% 23-22
Disulfiram	140,94	144,26	126,42	138,15	126,33	108,10	101,5	**87,53**	-13,75
Sodio oxibato	104,79	113,16	115,25	103,31	65,55	41,29	49,7	**34,39**	-27,65
Acamprosato	35,22	33,64	31,73	29,81	29,06	28,91	29,9	**33,61**	12,59
Naltrexone	10,35	10,63	11,76	13,57	14,43	15,30	16,8	**19,43**	15,66
Metadoxina	1,17	2,74	3,27	2,76	2,48	2,25	1,9	**2,21**	15,61
Nalmefene	0,80	0,96	0,73	1,00	0,20	0,16	0,1	**0,22**	50,56
TOTALE	**289,72**	**306,45**	**289,62**	**288,60**	**238,04**	**196,00**	**199,9**	**177,39**	**-10,29**

Grafico 37. Consumo (DDD per 1 milione abitanti die) a carico del SSN: trend temporale nel periodo 2016-2023

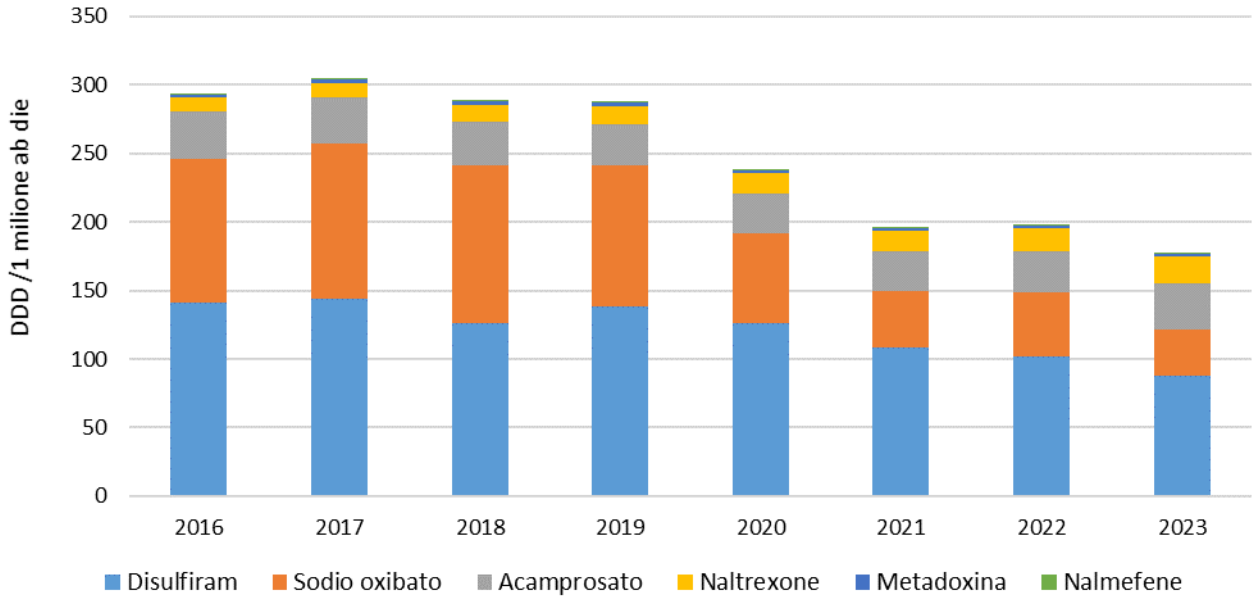
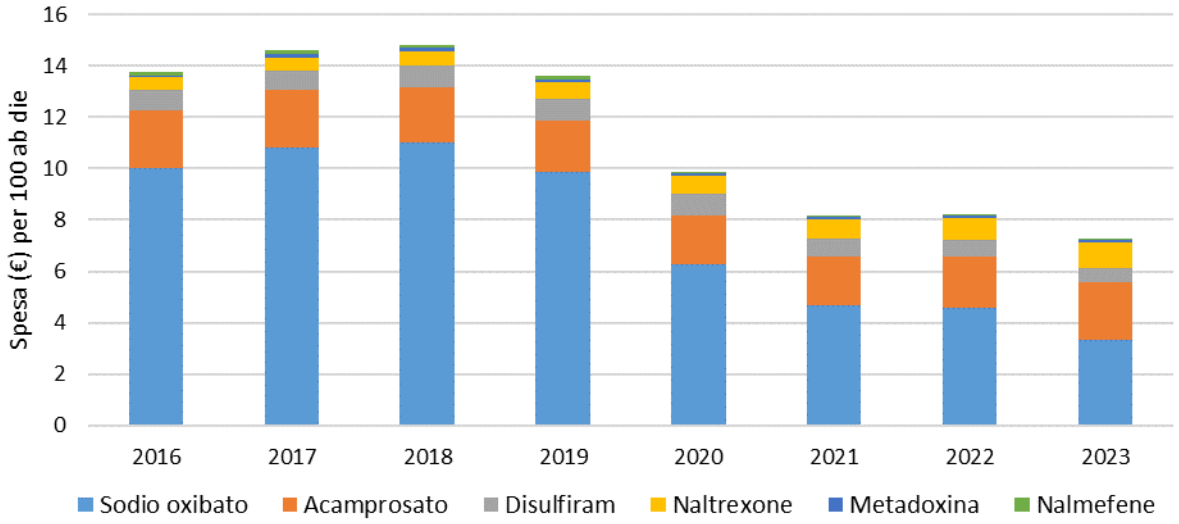


Tabella 34. Spesa (€ per 100 abitanti die) a carico del SSN nel periodo 2016-2023

Principio attivo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ% 23-22
Sodio oxibato	10,01	10,81	11,03	9,89	6,27	4,66	4,56	**3,31**	-27,34
Acamprosato	2,25	2,25	2,14	1,97	1,92	1,93	2,01	**2,26**	12,49
Naltrexone	0,50	0,51	0,59	0,66	0,70	0,74	0,67	**1,00**	17,33
Disulfiram	0,81	0,74	0,82	0,86	0,83	0,70	0,85	**0,56**	-17,22
Metadoxina	0,06	0,15	0,13	0,1	0,08	0,08	0,07	**0,09**	31,10
Nalmefene	0,12	0,13	0,1	0,14	0,03	0,02	0,02	**0,03**	33,21
TOTALE	**13,74**	**14,59**	**14,81**	**13,62**	**9,85**	**8,14**	**8,18**	**7,24**	**-11,44**

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Grafico 38. Spesa a carico del SSN: trend temporale nel periodo 2016-2023



Se si prende in considerazione la distribuzione regionale dei consumi, al Nord si erogano più dosi di farmaco rispetto al Centro e al Sud, rispettivamente 214,6 DDD per 1 milione di abitanti die *vs* 164,9 DDD e 131,9 DDD; tutte le aree geografiche mostrano una riduzione dei consumi nel 2023 rispetto all'anno precedente, in modo più marcato nelle regioni del Nord (-13,3%) rispetto al Centro (-1,8%) e Sud (-8,9%) (**Tabella 35** e **36**). La Valle d'Aosta è la regione che registra il consumo più alto con 409,3 dosi per 1 milione di abitanti die, rappresentate per circa il 48% dal sodio oxibato, seguita dall'Emilia Romagna con 288,4 dosi, costituite per oltre la metà dal disulfiram (58,2%) e dal Piemonte con 285,5 dosi, anche in questo caso rappresentate per quasi la metà dal disulfiram (48,3%).
La maggior parte delle regioni registra nel 2023 variazioni negative dei consumi a carico dell'SSN, con una punta del 46,8% per la PA di Bolzano; solo sei regioni registrano un aumento dei consumi, raggiungendo la percentuale più elevata (+13,4%) in Valle d'Aosta (**Tabella 35**).
A livello nazionale il 49,3% delle dosi consumate sono rappresentate dal disulfiram, mentre 19,4% dal sodio oxibato; per i principi attivi a maggior consumo si osserva una forte variabilità regionale delle dosi erogate: ad esempio, il 66,9% dei consumi della Campania è rappresentato dal sodio oxibato, dispensato dalle strutture sanitarie pubbliche (es. SerT), mentre oltre il 70% delle dosi dell'Umbria, Veneto e Toscana sono rappresentate dal disulfiram, farmaco erogato sia dalle farmacie territoriali che dalle strutture sanitarie pubbliche. La preferenza per l'acamprosato è maggiore in Sicilia (38,8%) e in Abruzzo (38,0%), mentre il naltrexone (42,9%) è maggiormente preferito nella regione Lazio. L'ampio *range* dei consumi osservato tra i vari principi attivi sottende una differente presa in carico dei pazienti a livello regionale, in parte spiegabile dalla diversa gravità della condizione clinica dei pazienti residenti nella regione (**Tabella 36**).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Tabella 35. Andamento regionale del consumo (DDD per 1 milione di abitanti die) a carico del SSN nel periodo 2016-2023

Regione	N. DDD per 1 milione di abitanti die								
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ% 23-22
Valle d'Aosta	707,85	797,77	722,46	852,24	779,73	378,88	370,23	**409,29**	**13,42**
Emilia-Romagna	484,76	527,43	505,15	475,28	417,68	322,48	377,34	**288,44**	**-22,24**
Piemonte	497,25	509,51	440,01	492,63	356,22	246,88	299,12	**285,45**	**-3,06**
PA Trento	341,15	408,78	374,46	373,13	316,60	299,09	299,00	**270,76**	**-5,45**
Sardegna	437,01	431,77	423,18	379,98	350,58	279,82	276,53	**243,46**	**-11,96**
Veneto	321,14	290,80	306,50	335,31	331,10	263,89	258,96	**234,23**	**-9,55**
Umbria	320,24	335,40	297,46	315,03	272,27	257,53	219,38	**202,28**	**-4,78**
Toscana	272,63	317,88	272,39	274,42	244,45	205,91	184,27	**187,94**	**1,99**
Molise	376,93	375,78	417,20	358,85	245,01	194,11	176,37	**180,58**	**2,39**
Liguria	289,77	244,03	282,50	240,63	228,44	212,01	247,46	**175,88**	**-28,86**
Lazio	173,99	198,48	207,97	198,15	166,86	150,51	151,89	**159,50**	**5,01**
Lombardia	242,33	263,35	235,22	239,63	203,44	181,15	176,10	**157,35**	**-9,49**
Friuli-VG	235,87	356,47	285,50	304,63	227,96	223,34	197,50	**140,31**	**-28,04**
Calabria	214,67	233,69	302,88	239,70	149,13	171,43	152,84	**133,43**	**-12,70**
Sicilia	189,18	191,40	177,09	193,00	158,09	149,97	125,72	**132,42**	**7,92**
Basilicata	356,58	340,88	380,69	362,20	189,46	104,33	152,71	**129,83**	**-14,98**
Campania	273,75	316,20	301,95	276,38	207,12	148,22	159,25	**120,49**	**-23,18**
Abruzzo	214,05	227,80	208,85	189,88	142,71	97,39	106,34	**111,69**	**5,03**
Marche	256,14	252,30	233,73	233,92	175,20	164,56	162,57	**105,87**	**-34,05**
Puglia	205,94	202,91	190,93	192,59	132,40	110,43	105,89	**101,52**	**-3,04**
PA Bolzano	218,65	240,98	147,84	185,30	188,27	142,48	123,05	**63,40**	**-46,76**
ITALIA	**288,33**	**305,39**	**289,17**	**288,60**	**238,04**	**196,00**	**199,86**	**177,39**	**-10,29**
NORD	343,14	358,79	333,00	342,82	292,22	235,33	250,42	**214,55**	**-13,26**
CENTRO	227,56	254,24	238,76	236,23	200,88	178,25	168,76	**164,92**	**-1,82**
SUD E ISOLE	247,86	261,02	257,83	242,93	182,98	150,56	146,45	**131,91**	**-8,93**

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Tabella 36. Consumo (DDD per 1 milione di abitanti die) a carico del SSN per regione nell'anno 2023

	N. DDD per 1 milione di abitanti die													
Regione	Disulfiram	%	Sodio Oxibato	%	Acamprosato	%	Naltrexone	%	Metadoxina	%	Nalmefene	%	Totale	Δ% 23-22
Valle d'Aosta	156,89	38,33	196,63	48,04	51,20	12,51	4,58	1,12	-	-	-	-	**409,29**	**13,42**
Emilia-Romagna	167,77	58,17	38,25	13,26	51,69	17,92	29,24	10,14	1,48	0,51	-	-	**288,44**	**-22,24**
Piemonte	137,89	48,31	78,80	27,61	46,94	16,44	21,12	7,40	0,71	0,25	-	-	**285,45**	**-3,06**
PA Trento	144,33	53,31	10,11	3,73	86,98	32,12	29,31	10,83	0,03	0,01	-	-	**270,76**	**-5,45**
Sardegna	81,87	33,63	60,94	25,03	69,90	28,71	27,91	11,46	2,84	1,17	-	-	**243,46**	**-11,96**
Veneto	187,18	79,91	21,73	9,28	14,80	6,32	9,64	4,12	0,87	0,37	-	-	**234,23**	**-9,55**
Umbria	163,14	80,65	15,58	7,70	13,95	6,90	9,54	4,72	0,06	0,03	-	-	**202,28**	**-4,78**
Toscana	135,36	72,02	18,35	9,77	29,96	15,94	4,27	2,27			-	-	**187,94**	**1,99**
Molise	37,65	20,85	22,28	12,34	56,97	31,55	57,92	32,08	5,76	3,19	-	-	**180,58**	**2,39**
Liguria	90,01	51,18	14,40	8,19	40,09	22,79	14,69	8,35	16,69	9,49	-	-	**175,88**	**-28,86**
Lazio	19,35	12,13	24,52	15,37	47,04	29,50	68,39	42,88	0,19	0,12	-	-	**159,50**	**5,01**
Lombardia	103,52	65,79	16,20	10,29	22,81	14,50	14,29	9,08	0,45	0,28	0,08	0,05	**157,35**	**-9,49**
Friuli-VG	92,83	66,16	2,93	2,09	20,25	14,43	24,21	17,25	0,10	0,07	-	-	**140,31**	**-28,04**
Calabria	62,93	47,16	30,68	22,99	25,17	18,86	3,03	2,27	7,60	5,69	4,03	3,02	**133,43**	**-12,70**
Sicilia	35,59	26,88	23,66	17,87	51,31	38,75	21,03	15,88	0,78	0,59	0,04	0,03	**132,42**	**7,92**
Basilicata	63,82	49,16	27,73	21,36	21,93	16,89	13,46	10,37	2,89	2,23	-	-	**129,83**	**-14,98**
Campania	13,36	11,09	80,60	66,90	17,40	14,44	2,66	2,20	5,63	4,67	0,85	0,70	**120,49**	**-23,18**
Abruzzo	29,15	26,10	19,81	17,74	42,44	37,99	18,02	16,14	2,27	2,03	-	-	**111,69**	**5,03**
Marche	37,09	35,04	25,57	24,15	32,70	30,89	8,57	8,09	1,91	1,80	0,03	0,02	**105,87**	**-34,05**
Puglia	22,75	22,41	47,14	46,43	20,44	20,14	5,43	5,35	5,76	5,67	-	-	**101,52**	**-3,04**
PA Bolzano	36,95	58,29	10,28	16,21	6,83	10,77	8,52	13,44	0,81	1,28	-	-	**63,40**	**-46,76**
ITALIA	87,53	49,34	34,39	19,39	33,61	18,95	19,43	10,95	2,21	1,25	0,22	0,12	**177,39**	**-10,29**
NORD	132,70	61,85	30,64	14,28	31,91	14,87	17,60	8,20	1,67	0,78	0,03	0,01	**214,55**	**-13,26**
CENTRO	69,58	42,19	22,01	13,35	37,24	22,58	35,74	21,67	0,34	0,21	0,00	0,00	**164,92**	**-1,82**
SUD E ISOLE	33,95	25,74	47,36	35,91	33,82	25,64	12,03	9,12	4,13	3,13	0,62	0,47	**131,91**	**-8,93**

Nota: % calcolate sul totale di riga

Considerando la corrispondente spesa regionale per 100 abitanti, le regioni del Nord registrano valori di spesa di poco inferiori (6,76 euro) rispetto alle regioni del Centro (7,88 euro) e del Sud (7,55 euro) con decrementi maggiori al Nord (-12,4%) e al Sud (-13,2%) rispetto al Centro (-6,5%). La Valle d'Aosta è la regione con la spesa più elevata (24,15 euro per 100 abitanti), seguita da Piemonte (11,97 euro), Lazio e PA di Trento (11,30 euro). Tutte le regioni registrano una riduzione della spesa rispetto all'anno precedente, ad eccezione di Valle d'Aosta (+43,5%), Friuli Venezia Giulia (+22,0%), P.A. di Trento (+20,1%), Molise (+13,3%), Sicilia (+9,7%), Abruzzo (+8,8%) e Lazio (+5,6%). La contrazione maggiore della spesa si verifica nelle Marche (-47,5%) e Basilicata (-31,4%). Il sodio oxibato e l'acamprosato sono i farmaci che registrano la spesa maggiore in quasi tutte le regioni, con il picco nella Valle d'Aosta per entrambi i principi attivi, rispettivamente 19,40 euro e 3,74 euro, mentre Lazio e Molise hanno registrato una spesa maggiore per il naltrexone, con valori rispettivamente di 4,64 e 4,0 euro.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Tabella 37. Andamento regionale della spesa per 100 abitanti a carico del SSN nel periodo 2016-2023

Regione	Spesa per 100 abitanti SSN (€)								
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ% 23-22
Valle d'Aosta	44,66	48,25	52,17	58,40	48,38	15,57	22,29	**24,15**	**43,45**
Piemonte	25,82	26,52	27,28	26,62	16,47	12,11	15,53	**11,97**	**-8,27**
Lazio	11,93	14,01	15,04	14,37	11,81	10,14	10,70	**11,30**	**5,60**
PA Trento	2,32	2,70	2,61	2,40	2,79	4,39	15,73	**11,28**	**20,14**
Sardegna	19,54	17,48	17,00	16,71	15,40	10,32	12,83	**11,17**	**-12,90**
Molise	23,16	23,45	25,79	21,24	12,10	9,69	8,61	**9,75**	**13,25**
Campania	23,01	27,60	26,11	23,90	17,09	13,14	15,29	**9,28**	**-28,35**
Emilia-Romagna	18,99	20,97	22,29	18,36	14,01	12,12	17,15	**8,62**	**-28,43**
Sicilia	9,80	10,09	9,25	10,23	7,62	7,10	7,35	**6,44**	**9,72**
Puglia	14,78	15,06	13,97	13,60	8,60	6,88	7,43	**6,39**	**-7,13**
Marche	16,61	17,17	16,91	15,01	11,98	10,82	12,45	**6,08**	**-47,46**
Abruzzo	13,19	14,05	12,92	12,02	7,13	4,31	5,51	**6,00**	**8,80**
Calabria	11,35	12,01	15,47	12,45	4,95	7,21	6,38	**5,98**	**-6,39**
Liguria	7,31	7,29	8,55	6,76	6,09	6,49	7,01	**5,58**	**-17,74**
Basilicata	26,89	26,25	28,52	26,61	14,06	5,09	7,95	**5,46**	**-31,35**
Lombardia	8,59	9,75	9,69	8,02	5,36	5,92	7,33	**5,01**	**-6,73**
Veneto	6,96	6,49	8,09	8,28	7,67	5,43	5,31	**4,69**	**-11,81**
Toscana	9,50	10,42	10,34	8,45	6,89	4,92	4,90	**4,51**	**-8,06**
Umbria	8,45	9,34	8,19	8,55	6,99	5,13	7,26	**3,68**	**-2,37**
Friuli-VG	3,35	3,52	3,72	3,44	2,68	2,64	3,75	**3,13**	**22,04**
PA Bolzano	4,63	5,43	4,67	4,98	5,40	3,57	5,03	**2,28**	**-27,82**
ITALIA	**13,51**	**14,59**	**14,81**	**13,62**	**9,84**	**8,14**	**9,63**	**7,24**	**-11,44**
NORD	12,46	13,26	13,93	12,53	9,02	7,69	9,88	**6,76**	**-12,43**
CENTRO	11,49	12,91	13,25	12,11	9,88	8,17	8,80	**7,88**	**-6,48**
SUD E ISOLE	16,22	17,51	17,01	16,10	11,00	8,76	9,79	**7,55**	**-13,17**

Tabella 38. Spesa regionale (€ per 100 abitanti) a carico del SSN per l'anno 2023

Regione	Spesa (€ per 100 abitanti) SSN 2023													
	disulfiram	%	Soido oxibato	%	acamprosato	%	Naltrexone	%	Metadoxina	%	Nalmefene	%	Totale	Δ% 23-22
Valle d'Aosta	0,69	2,87	19,40	80,32	3,74	15,49	0,32	1,32	-	-	-	-	24,15	43,45
Piemonte	0,70	5,82	7,74	64,64	2,77	23,12	0,74	6,18	0,03	0,25	-	-	11,97	-8,27
Lazio	0,11	1,01	2,39	21,16	4,15	36,68	4,64	41,08	0,01	0,07	-	-	11,30	5,60
PA Trento	0,85	7,58	0,89	7,85	7,63	67,68	1,90	16,87	0,00	0,02	-	-	11,28	20,14
Sardegna	0,53	4,75	5,41	48,39	4,11	36,82	0,98	8,76	0,14	1,28	-	-	11,17	-12,90
Molise	0,22	2,28	1,95	20,00	3,35	34,30	4,00	40,96	0,24	2,45	-	-	9,75	13,25
Campania	0,08	0,85	7,75	83,48	1,02	11,00	0,11	1,14	0,24	2,59	0,09	0,94	9,28	-28,35
Emilia-Romagna	0,97	11,27	3,77	43,67	3,05	35,35	0,81	9,39	0,03	0,31	-	-	8,62	-28,43
Sicilia	0,27	4,18	2,24	34,84	3,01	46,81	0,87	13,51	0,04	0,56	0,01	0,10	6,44	9,72
Puglia	0,13	2,04	4,55	71,23	1,20	18,83	0,26	4,12	0,24	3,78	-	-	6,39	-7,13
Marche	0,25	4,10	2,43	40,03	2,86	47,07	0,47	7,71	0,06	1,05	0,00	0,05	6,08	-47,46
Abruzzo	0,17	2,88	1,95	32,50	3,19	53,19	0,59	9,82	0,10	1,60	-	-	6,00	8,80
Calabria	0,40	6,69	2,93	48,95	1,49	24,91	0,21	3,50	0,35	5,80	0,61	10,14	5,98	-6,39
Liguria	0,63	11,39	1,39	24,89	2,36	42,23	0,59	10,60	0,61	10,88	-	-	5,58	-17,74
Basilicata	0,38	6,97	2,70	49,46	1,30	23,75	0,94	17,16	0,15	2,67	-	-	5,46	-31,35
Lombardia	0,68	13,52	1,59	31,75	1,84	36,71	0,87	17,43	0,02	0,34	0,01	0,25	5,01	-6,73
Veneto	1,34	28,61	2,09	44,53	0,87	18,56	0,35	7,50	0,04	0,81	-	-	4,69	-11,81
Toscana	0,90	19,99	1,67	37,15	1,76	39,10	0,17	3,76			-	-	4,51	-8,06
Umbria	1,09	29,63	1,45	39,46	0,83	22,57	0,30	8,24	0,00	0,10	-	-	3,68	-2,37
Friuli-VG	0,69	22,03	0,29	9,25	1,19	38,05	0,96	30,56	0,00	0,12	-	-	3,13	22,04
PA Bolzano	0,19	8,13	0,97	42,55	0,60	26,36	0,49	21,51	0,03	1,44	-	-	2,28	-27,82
ITALIA	0,56	7,70	3,31	45,73	2,26	31,19	1,00	13,75	0,09	1,23	0,03	0,40	7,24	-11,44
NORD	0,84	12,40	3,00	44,37	2,11	31,25	0,75	11,06	0,06	0,87	0,00	0,06	6,76	-12,43
CENTRO	0,46	5,80	2,10	26,60	2,97	37,66	2,35	29,79	0,01	0,16	0,00	0,00	7,88	-6,48
SUD E ISOLE	0,22	2,92	4,51	59,73	2,04	26,96	0,52	6,92	0,18	2,39	0,08	1,08	7,55	-13,17

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

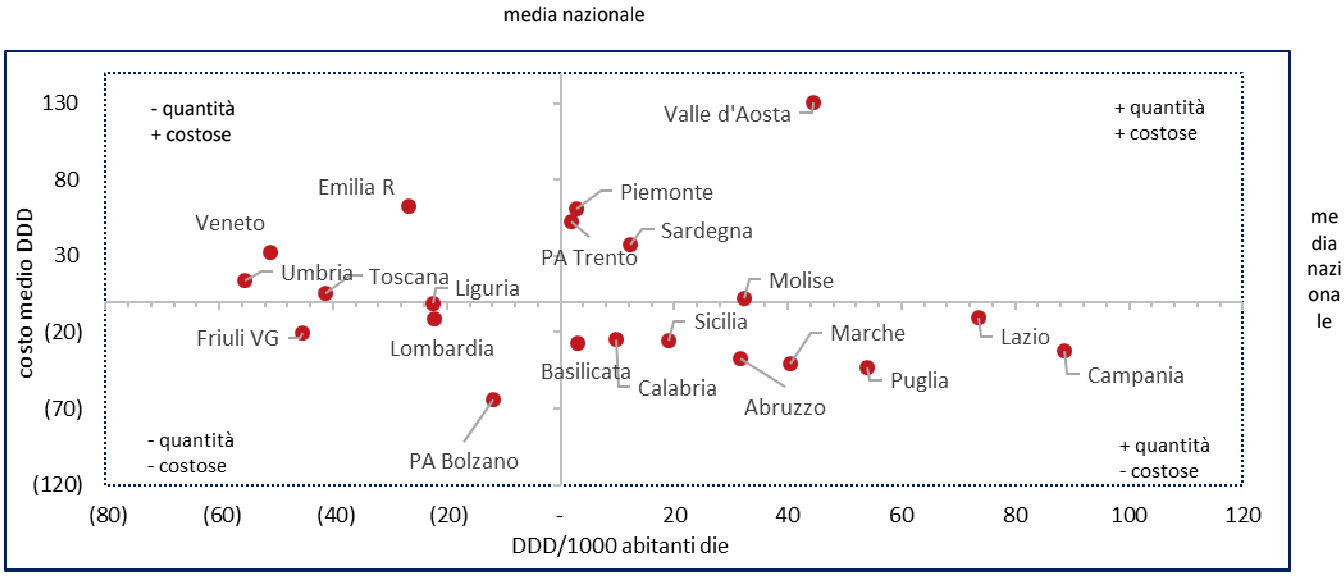
A livello nazionale il costo medio è pari a 1,12 euro per DDD, in riduzione rispetto all'anno precedente (-1,3%), oscillando da un minimo di 0,50 euro dell'Umbria a un massimo di 2,11 euro della Campania (**Tabella 39**). Il principio attivo meno costoso è il disulfiram (0,17 euro per DDD), che è anche il più utilizzato in Italia, mentre quello più costoso è il nalmefene (3,67 euro per DDD), farmaco che risulta essere utilizzato solo in 5 regioni (Lombardia, Marche, Campania, Sicilia, Calabria), verosimilmente perché non rimborsato dal SSN. Per ogni principio attivo si osserva una scarsa variabilità regionale del costo medio per DDD spiegabile verosimilmente dal ridotto numero di aziende produttrici, mentre si registra una marcata variabilità nelle variazioni del costo medio per DDD rispetto all'anno precedente: in Friuli Venezia Giulia si rileva l'aumento maggiore (69,6%), mentre nella Regione Marche si osserva la contrazione maggiore (-20,5%).
Dall'analisi per quantità e costo medio per giornata di terapia (**Grafico 39**) si osserva una marcata variabilità regionale, con la maggior parte delle regioni del Sud che consumano più quantità con un costo medio per DDD più basso e quelle del Nord che consumano meno quantità ma più costose. La Valle d'Aosta risulta essere la regione che consuma più quantità ad un costo medio per giornata di terapia maggiore, mentre la PA di Bolzano consuma un numero inferiore di dosi, ad un costo medio per dose giornaliera più basso rispetto alle altre regioni italiane.

Tabella 39. Costo medio per DDD (€) a carico del SSN per regione nell'anno 2023

	Costo medio per DDD (€)							
Regione	Acamprosato	Disulfiram	Metadoxina	Nalmefene	Naltrexone	Sodio Oxibato	Totale	Δ% 23-22
Campania	1,61	0,16	1,17	2,82	1,10	2,63	**2,11**	-6,73
Lazio	2,41	0,16	1,15	-	1,86	2,67	**1,94**	0,57
Puglia	1,61	0,16	1,15	-	1,33	2,64	**1,72**	-4,22
Valle d'Aosta	2,00	0,12	-	-	1,91	2,70	**1,62**	26,47
Marche	2,40	0,18	0,91	3,25	1,50	2,61	**1,57**	-20,33
Molise	1,61	0,16	1,14	-	1,89	2,40	**1,48**	10,61
Abruzzo	2,06	0,16	1,16	-	0,90	2,70	**1,47**	3,59
Sicilia	1,61	0,21	1,27	4,34	1,13	2,60	**1,33**	1,67
Sardegna	1,61	0,18	1,37	-	0,96	2,43	**1,26**	-1,07
Calabria	1,62	0,17	1,25	4,12	1,89	2,61	**1,23**	7,23
Basilicata	1,62	0,16	1,38	-	1,91	2,67	**1,15**	-19,25
Piemonte	1,62	0,14	1,14	-	0,96	2,69	**1,15**	-5,38
PA Trento	2,40	0,16	1,90	-	1,78	2,40	**1,14**	27,06
PA Bolzano	2,41	0,14	1,10	-	1,58	2,59	**0,99**	35,58
Lombardia	2,21	0,18	1,05	4,12	1,67	2,69	**0,87**	3,05
Liguria	1,61	0,19	1,00	-	1,10	2,64	**0,87**	15,63
Emilia-Romagna	1,62	0,16	0,50	-	0,76	2,70	**0,82**	-7,96
Toscana	1,61	0,18	-	-	1,09	2,50	**0,66**	-9,85
Friuli-Venezia Giulia	1,61	0,20	1,03	-	1,08	2,71	**0,61**	69,59
Veneto	1,61	0,20	1,18	-	1,00	2,63	**0,55**	-2,50
Umbria	1,63	0,18	1,60	-	0,87	2,55	**0,50**	2,53
ITALIA	**1,84**	**0,17**	**1,11**	**3,67**	**1,40**	**2,64**	**1,12**	**-1,29**
NORD	1,81	0,17	0,96	4,12	1,16	2,68	**0,86**	0,96
CENTRO	2,18	0,18	0,99	3,25	1,80	2,61	**1,31**	-4,76
SUD E ISOLE	1,65	0,18	1,20	3,64	1,19	2,61	**1,57**	-4,66

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Grafico 39. Variabilità regionale per quantità e costo medio (€) per giornata di terapia per i farmaci a carico del SSN nell'anno 2023



Dall'analisi della distribuzione percentuale dei consumi per canale distributivo emerge che il disulfiram è dispensato per oltre la metà (54,6%) a carico del SSN (in misura maggiore nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche), mentre la rimanente quota del 45,4% viene acquistato privatamente dal cittadino; per l'acamprosato, principio attivo per cui si osserva un acquisto privato molto più basso rispetto al disulfiram, la quota erogata dalle strutture sanitarie pubbliche è oltre il doppio rispetto a quello erogata nel canale della convenzionata (63,3% vs 25,5%).
Per entrambi i principi attivi si osserva tuttavia una marcata variabilità regionale nella modalità di erogazione.
Ad esempio, la PA di Trento eroga la maggior parte delle dosi rimborsate a livello territoriale, mentre l'Emilia Romagna eroga più dosi attraverso le strutture sanitarie pubbliche.
Per quanto riguarda il naltrexone, la dispensazione avviene con una ripartizione quasi uguale a livello territoriale e tramite le strutture sanitarie pubbliche, con la quota rimborsata che supera largamente quella relativa all'acquisto privato.
Il sodio oxibato, il principio attivo più utilizzato dopo il disulfiram, è erogato esclusivamente in distribuzione diretta attraverso i SerT, coerentemente con il regime di fornitura del medicinale.
Il nalmefene e la metadoxina, medicinali non rimborsati dal SSN, risultano essere poco utilizzati rispetto agli altri principi attivi e il loro costo è per la maggior parte a carico del cittadino.

7. Acquisto privato a carico del cittadino

Nel 2023 il consumo delle confezioni di farmaci di classe A e C acquistate privatamente da parte del cittadino per il trattamento della dipendenza alcolica è stato pari a quasi 87,6 DDD per 1 milione di abitanti die, quota in forte aumento del 40,6% rispetto all'anno precedente e con una incidenza pari al 33,1% sul consumo totale della categoria, in aumento di 10 punti percentuali rispetto all'anno precedente quando si attestava al 23,8% (**Tabella 40**). La maggior parte del consumo privato è rappresentato dal disulfiram (83,2%), e per la restante parte da metadoxina (7,4%), acamprosato (4,8%), naltrexone (3,6%) e nalmefene (1,0%); per il disulfiram e l'acamprosato si osservano gli aumenti dei consumi più rilevanti rispetto all'anno precedente (+46,2% e 40,3%). La corrispondente spesa a carico del cittadino si è attestata su un valore di quasi a 1,87 euro/100

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

abitanti, in aumento del 24,2% rispetto all'anno precedente e con una incidenza pari al 20,5% della spesa totale rilevata per questa categoria di farmaci; circa il 45,6% della spesa privata è relativa all'acquisto del disulfiram. In termini di consumi, circa il 92% delle dosi acquistate privatamente sono farmaci di classe A.
Confrontando le quote di DDD di acquisto privato con quelle erogate negli altri canali (Tabella 28) si osservano comportamenti eterogenei da parte delle regioni: il Friuli Venezia Giulia con 130,6 DDD per 1 milione di abitanti die ha la quota di acquisto privato maggiore (48,2%) rispetto agli altri canali distributivi presi singolarmente; in Emilia Romagna e Valle d'Aosta l'acquisto privato è invece residuale (rispettivamente 19,5% e 18,5%) rispetto agli acquisti da parte delle strutture sanitarie pubbliche (rispettivamente 73,4% e 68,1%); nella PA di Trento e nel Lazio prevale invece il canale della convenzionata (rispettivamente 63,0% e 58,0%), con l'acquisto privato che raggiunge circa un terzo dei consumi totali in entrambe le regioni. Questa variabilità denota la diversa presa in carico dei pazienti a livello regionale.
Se si considera la distribuzione regionale dei consumi per i farmaci di fascia A e C acquistati privatamente dal cittadino (**Tabella 41**) emerge che la PA di Trento registra il consumo più alto con 135,2 dosi per 1 milione di abitanti die (il 33,3% del consumo regionale per la categoria dei farmaci considerata), seguita dal Friuli Venezia Giulia con 130,6 dosi per 1 milione di abitanti die (il 48,2% del consumo regionale) e dalla Liguria con 128,0 dosi per 1 milione di abitanti die (il 42,1% del consumo regionale). La maggior parte delle regioni registra marcati aumenti delle dosi acquistate privatamente rispetto all'anno precedente, gli aumenti più rilevanti si osservano in Sicilia (>100%), Friuli Venezia Giulia (+ 98,0%) e Sardegna (+88,0%), mentre solo in 3 regioni si osservano contrazioni dei consumi in acquisto privato, Valle d'Aosta (-15,2%), Abruzzo (-10,8%) e PA di Bolzano (-6,3%).
Il disulfiram è stato il farmaco maggiormente acquistato dal cittadino in tutte le regioni, sebbene per undici di queste le dosi acquistate privatamente si attestino su valori inferiori rispetto alla media nazionale. In generale, al Sud la quota di acquisto privato sul totale della categoria è maggiore (38,7%) rispetto al Centro (29,5%) e al Nord (31,5%), con valori in marcato aumento in tutte le aree geografiche (Sud: +48,9%; Centro: 32,3%; Nord: 38,8%).
Se si considera la spesa regionale per 100 abitanti (**Tabella 42**) emerge che la Sardegna è la regione con il valore di spesa per acquisto privato di questi farmaci più elevato (5,6 euro per 100 abitanti), in forte aumento rispetto all'anno precedente (+86,6%) e con una incidenza del 33,2% rispetto alla spesa regionale totale per questa categoria di farmaci; segue la Liguria con una spesa di 2,8 euro (incidenza del 33,3% sulla spesa totale della categoria) e la Basilicata con una spesa di 2,5 euro (incidenza del 31,4% sul totale). Il disulfiram è il primo principio attivo per spesa privata a livello nazionale, che si attesta a 0,85 euro per 100 abitanti, e solo per otto regioni si osservano valori più elevati rispetto alla media nazionale.

Tabella 40. Consumo e spesa dei farmaci in acquisto privato (a carico del cittadino) per l'anno 2023

Principio attivo	DDD per 1 milione abitanti die 2023		Δ% 23-22	incidenza % sul totale molecola	Spesa per 100 ab 2023		Δ% 23-22	Incidenza % sul totale molecola
	N.	%			€	%		
Acamprosato	4,21	4,80	40,32	11,12	0,37	19,84	40,32	14,10
Disulfiram	72,87	83,18	46,18	45,43	0,85	45,57	25,61	60,40
Metadoxina	6,50	7,42	4,42	74,62	0,27	14,33	9,45	74,99
Nalmefene	0,90	1,03	19,18	80,68	0,15	8,19	9,79	84,07
Naltrexone	3,12	3,56	27,03	13,85	0,23	12,07	26,28	18,45
Sodio oxibato	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTALE	**87,61**	**100**	**40,64**	**33,06**	**1,87**	**100**	**24,18**	**20,50**

Nota: % calcolate sul totale di colonna

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Tabella 41. Consumo (DDD per 1 milione abitanti die) regionale dei farmaci acquistati privatamente dal cittadino nel 2023

Regione	N. DDD per 1 milione ab die						Δ% 23-22	Incidenza %
	Acamprosato	Disulfiram	Metadoxina	Nalmefene	Naltrexone	Totale		
PA Trento	3,39	126,88	1,55	0,29	3,10	**135,21**	51,07	33,31
Friuli-VG	1,22	120,56	5,94	0,21	2,66	**130,59**	97,77	48,21
Liguria	2,34	95,52	24,49	1,85	3,78	**127,98**	35,68	42,12
Sardegna	48,41	60,67	8,65	0,67	2,78	**121,18**	88,00	33,23
Calabria	1,97	103,77	4,89	2,11	0,88	**113,62**	16,25	45,99
Lombardia	2,13	97,00	4,24	1,04	3,83	**108,23**	40,60	40,75
Sicilia	2,69	92,29	7,40	0,28	0,31	**102,98**	179,50	43,75
Veneto	3,00	91,97	3,59	0,32	2,01	**100,89**	38,45	30,10
Umbria	2,83	85,61	4,99	0,24	3,00	**96,67**	1,11	32,34
Valle d'Aosta	1,52	88,38	2,29	0,31	0,31	**92,80**	-15,17	18,48
Basilicata	5,78	60,92	23,25	0,39	2,05	**92,39**	18,14	41,57
Piemonte	4,33	70,56	5,85	0,56	4,53	**85,83**	23,93	23,12
Campania	4,80	60,75	4,99	1,58	2,45	**74,58**	26,57	38,23
Toscana	1,82	63,58	3,77	0,95	2,16	**72,27**	45,37	27,77
Emilia-Romagna	4,23	55,56	6,21	0,46	3,32	**69,78**	38,71	19,48
Lazio	4,18	49,54	6,79	1,44	7,30	**69,25**	34,08	30,27
Molise	1,53	55,10	5,59	0,13	4,04	**66,39**	31,32	26,88
Abruzzo	3,81	45,07	9,57	2,31	3,37	**64,14**	-10,77	36,48
Puglia	0,92	35,44	8,85	0,76	1,14	**47,11**	8,12	31,69
Marche	0,00	29,17	12,51	0,46	2,82	**44,97**	26,69	29,81
PA Bolzano	0,62	35,16	0,94	0,08	4,43	**41,23**	-6,27	39,40
ITALIA	**4,21**	**72,87**	**6,50**	**0,90**	**3,12**	**87,61**	**40,64**	**33,06**
NORD	2,94	85,60	5,86	0,72	3,47	**98,58**	38,77	31,48
CENTRO	2,78	54,12	6,42	1,07	4,76	**69,16**	32,33	29,54
SUD E ISOLE	6,89	66,18	7,48	1,07	1,63	**83,24**	48,85	38,69

Tabella 42. Spesa regionale per 100 abitanti per i farmaci acquistati privatamente dal cittadino nel 2023

Regione	Spesa per 100 abitanti (€)						Δ% 23-22	Incidenza %
	Acamprosato	Disulfiram	Metadoxina	Nalmefene	Naltrexone	Totale		
Sardegna	4,27	0,64	0,35	0,11	0,19	**5,55**	86,55	33,21
Liguria	0,21	1,00	0,97	0,30	0,30	**2,78**	27,65	33,26
Basilicata	0,51	0,84	0,93	0,08	0,14	**2,49**	23,99	31,36
PA Trento	0,30	1,52	0,06	0,05	0,22	**2,14**	5,65	15,97
Calabria	0,17	1,25	0,22	0,37	0,07	**2,08**	8,70	25,82
Lombardia	0,19	1,21	0,17	0,17	0,27	**2,01**	26,59	28,66
Lazio	0,37	0,59	0,30	0,24	0,51	**2,01**	33,83	15,12
Piemonte	0,38	0,88	0,23	0,09	0,32	**1,91**	15,38	13,74
Friuli-VG	0,11	1,30	0,24	0,03	0,19	**1,88**	42,60	37,54
Abruzzo	0,34	0,51	0,38	0,39	0,24	**1,86**	-41,65	23,71
Veneto	0,26	1,17	0,14	0,06	0,16	**1,80**	15,60	27,72
Campania	0,42	0,68	0,24	0,27	0,17	**1,79**	33,47	16,14
Umbria	0,25	1,04	0,19	0,04	0,21	**1,73**	-3,08	31,96
Emilia-Romagna	0,37	0,69	0,25	0,08	0,25	**1,64**	29,87	16,02
Sicilia	0,24	0,80	0,31	0,05	0,03	**1,42**	57,01	18,11
Toscana	0,16	0,76	0,15	0,17	0,17	**1,40**	22,53	23,73
Molise	0,13	0,73	0,21	0,02	0,28	**1,37**	56,77	12,35
Valle d'Aosta	0,13	1,05	0,09	0,05	0,02	**1,34**	-23,91	5,26
Marche	0,00	0,32	0,47	0,09	0,20	**1,08**	12,47	15,10
Puglia	0,08	0,39	0,35	0,13	0,08	**1,04**	-11,46	13,95
PA Bolzano	0,05	0,44	0,04	0,01	0,31	**0,86**	29,38	27,34
ITALIA	**0,37**	**0,85**	**0,27**	**0,15**	**0,23**	**1,87**	**24,18**	**20,50**
NORD	0,26	1,05	0,23	0,12	0,25	**1,92**	23,12	22,09
CENTRO	0,25	0,64	0,27	0,18	0,34	**1,68**	25,12	17,53
SUD E ISOLE	0,61	0,70	0,32	0,18	0,12	**1,92**	25,21	20,25

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

8. Caratteristiche della popolazione in trattamento per la dipendenza alcolica

L'obiettivo di questa sezione è quello di fornire, nell'ambito dell'assistenza convenzionata e della distribuzione per conto (DPC), una descrizione delle caratteristiche della popolazione di pazienti in trattamento prevalente con i farmaci per la terapia della dipendenza alcolica (distribuzione per età, sesso e regione), intesa come almeno una dispensazione di farmaco; a questo scopo è stata analizzata l'eventuale co-prescrizione con uno o più farmaci appartenenti ad altre categorie farmaco-terapeutiche per i pazienti in trattamento con i farmaci per la dipendenza alcolica. Per condurre tale analisi sono stati presi in esame i dati relativi all'utilizzazione dei medicinali nel singolo paziente provenienti dal flusso delle prescrizioni farmaceutiche in regime di convenzionata (c.d. Tessera Sanitaria). I dati utilizzati sono relativi a tutte le Regioni italiane e si riferiscono ai medicinali utilizzati a livello territoriale e pertanto erogati in regime di assistenza convenzionata o attraverso la DPC; pertanto rappresentano solo una quota di tutti i pazienti trattati. Per l'anno 2023 il suddetto flusso delle prescrizioni farmaceutiche rende conto del **33,4% del totale dei consumi a carico del SSN**, raggiungendo valori massimi nella PA di Trento (94,6%) e nel Lazio (82,6%) e del **32,7% della spesa farmaceutica complessiva** per questa categoria di farmaci a carico del SSN.
Se si considera la distribuzione regionale dei pazienti prevalenti in terapia per la dipendenza alcolica (n=11.823) per fascia di età, il numero di pazienti aumenta all'aumentare dell'età, fino a raggiungere il valore massimo nella fascia 45-54 anni di età (30,9% degli utilizzatori totali); l'età media dei pazienti è di 50,8 anni, con un *range* che va da un minimo di 45 anni della Sicilia a un massimo di 54,9 anni del Friuli Venezia Giulia (**Tabella 43**). Per quanto riguarda la distribuzione regionale dei pazienti, Lazio e Lombardia sono le regioni in cui si concentra la maggior parte dei pazienti, rispettivamente 21,5% e 19,2% del totale, rappresentando oltre un terzo dei pazienti totali trattati a livello territoriale in Italia.
In generale, non sono state osservate differenze rilevanti per la distribuzione percentuale dei pazienti per fascia di età tra le diverse regioni (**Grafico 40**); solo la Valle d'Aosta, che registra il più basso numero di pazienti totali in regione (17 pazienti, 0,1% del totale) non registra pazienti di età superiore ai 74 anni, mentre la PA di Bolzano e la regione Basilicata non registrano pazienti nella fascia di età 15-24 anni di età.
Per quanto riguarda la distribuzione dei pazienti in base al sesso (**Grafico 41**), il 71,1% erano maschi, mentre il 28,9% femmine; le regioni che mostrano il più ampio divario tra i due sessi sono la Sicilia (17,4% femmine vs 82,6% maschi) e la Calabria (17,8% femmine vs 82,2% maschi), mentre la Valle d'Aosta è l'unica regione in cui si registrano percentuali uguali per maschi e femmine.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Tabella 43. Distribuzione dei pazienti per regione e fascia di età nell'anno 2023

Regione	N. pazienti (%)								% copertura consumi SSN
età media (aa)	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>74	TOTALE	
Piemonte ***50,9***	9 (1)	79 (8,9)	151 (17,1)	302 (34,2)	236 (26,7)	86 (9,7)	20 (2,2)	**883 (7,4)**	19,1
Valle d'Aosta ***50,0***	2 (11,7)	2 (11,7)	1 (5,8)	4 (23,5)	5 (29,4)	3 (17,6)	-	**17 (0,1)**	16,5
Lombardia ***50,5***	50 (2,1)	207 (9)	430 (18,9)	729 (32)	547 (24)	245 (10,7)	67 (2,9)	**2.275 (19,2)**	43,9
PA Bolzano ***52,1***	-	8 (17)	7 (14,8)	11 (23,4)	11 (23,4)	8 (17)	2 (4,2)	**47 (0,3)**	51,0
PA Trento ***52,2***	8 (1,8)	40 (9,3)	61 (14,2)	113 (26,4)	134 (31,3)	59 (13,8)	12 (2,8)	**427 (3,6)**	94,6
Veneto ***52,7***	6 (0,9)	49 (7,6)	109 (17,1)	194 (30,4)	173 (27,1)	66 (10,3)	40 (6,2)	**637 (5,3)**	16,2
Friuli VG ***54,9***	5 (2,5)	8 (4,1)	31 (15,9)	54 (27,8)	44 (22,6)	36 (18,5)	16 (8,2)	**194 (1,6)**	34,2
Liguria ***54,5***	4 (1,2)	22 (6,6)	38 (11,4)	96 (29)	100 (30,2)	53 (16)	18 (5,4)	**331 (2,7)**	26,2
Emilia Romagna ***53,5***	2 (0,5)	24 (6,9)	44 (12,8)	110 (32)	99 (28,8)	52 (15,1)	12 (3,4)	**343 (2,9)**	8,6
Toscana ***51,8***	13 (1,6)	56 (7,1)	145 (18,5)	233 (29,8)	223 (28,5)	84 (10,7)	26 (3,3)	**780 (6,5)**	34,1
Umbria ***49,4***	6 (2,7)	19 (8,8)	46 (21,3)	66 (30,6)	56 (26)	21 (9,7)	1 (0,4)	**215 (1,8)**	42,4
Marche ***50,9***	6 (2)	26 (8,6)	56 (18,6)	99 (33)	72 (24)	32 (10,6)	9 (3)	**300 (2,5)**	52,1
Lazio ***49,6***	90 (3,5)	264 (10,3)	505 (19,8)	778 (30,5)	591 (23,1)	225 (8,8)	96 (3,7)	**2.549 (21,5)**	82,6
Abruzzo ***50,7***	6 (1,4)	32 (7,6)	81 (19,2)	142 (33,7)	114 (27)	33 (7,8)	13 (3)	**421 (3,5)**	70,6
Molise ***51,4***	3 (2,5)	8 (6,7)	19 (16,1)	39 (33)	28 (23,7)	17 (14,4)	4 (3,3)	**118 (0,9)**	73,4
Campania ***52,9***	2 (1)	9 (4,7)	36 (18,8)	61 (31,9)	54 (28,2)	23 (12)	6 (3,1)	**191 (1,6)**	10,3
Puglia ***50,7***	12 (2,5)	42 (9)	92 (19,7)	153 (32,8)	92 (19,7)	50 (10,7)	25 (5,3)	**466 (3,9)**	33,8
Basilicata ***52,4***	-	12 (10,4)	20 (17,3)	32 (27,8)	32 (27,8)	11 (9,5)	8 (6,9)	**115 (0,9)**	40,7
Calabria ***51,8***	3 (0,9)	25 (7,7)	61 (19)	103 (32)	78 (24,2)	42 (13)	9 (2,8)	**321 (2,7)**	41,6
Sicilia ***45,0***	37 (6)	107 (17,5)	155 (25,4)	171 (28)	85 (13,9)	38 (6,2)	17 (2,7)	**610 (5,1)**	28,6
Sardegna ***51,7***	14 (2,4)	46 (7,8)	100 (17,1)	171 (29,3)	165 (28,3)	69 (11,8)	18 (3)	**583 (4,9)**	44,7
ITALIA ***50,8***	**278 (2,3)**	**1085 (9,1)**	**2188 (18,5)**	**3661 (30,9)**	**2939 (24,8)**	**1253 (10,5)**	**419 (3,5)**	**11.823 (100)**	**33,4**

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

Grafico 40. Distribuzione % dei pazienti per regione e fasce di età nell'anno 2023

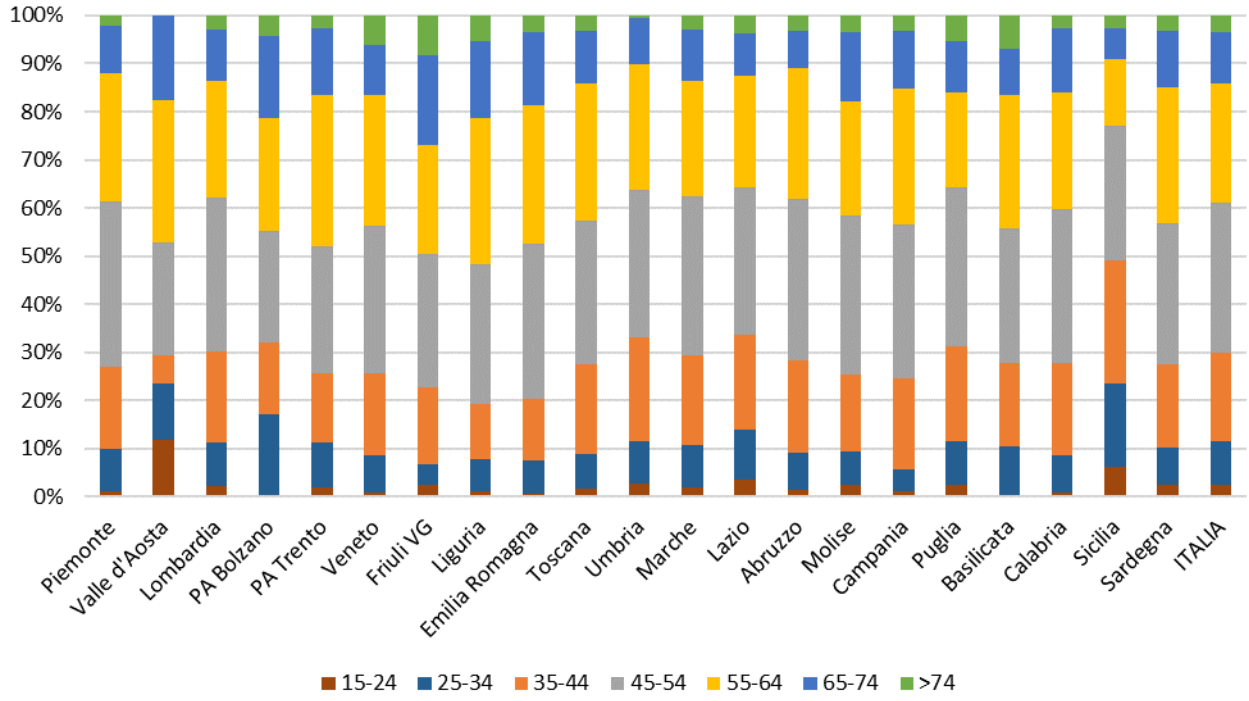
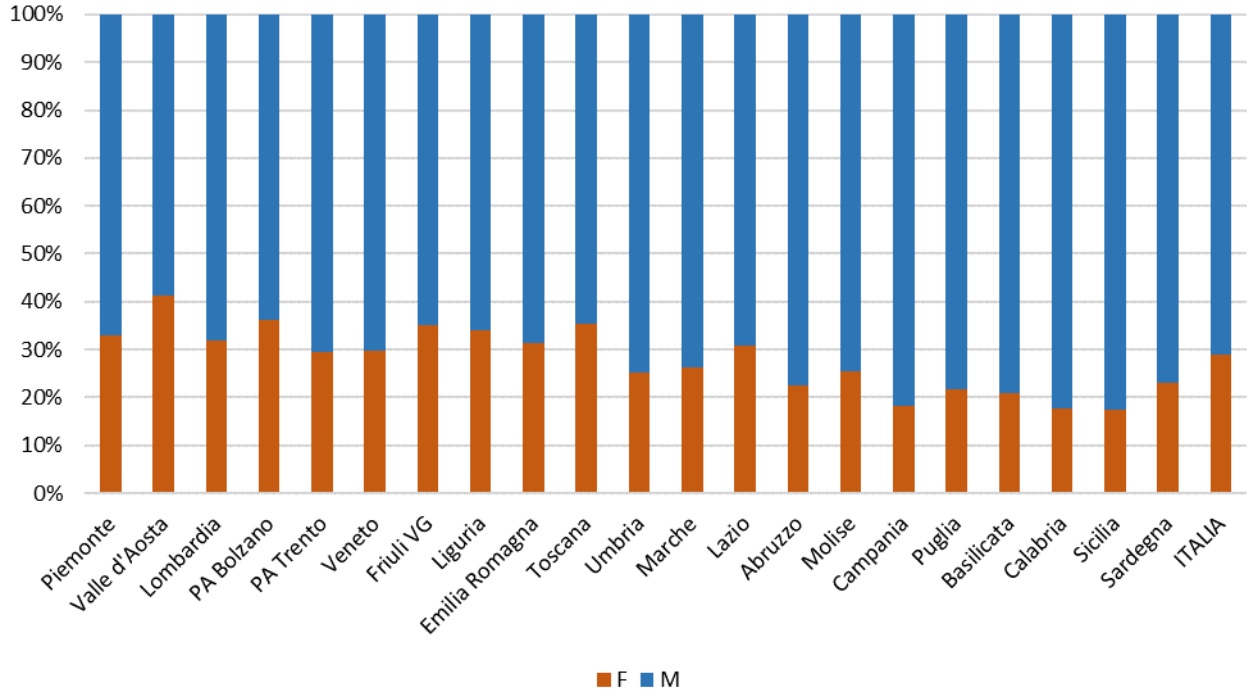


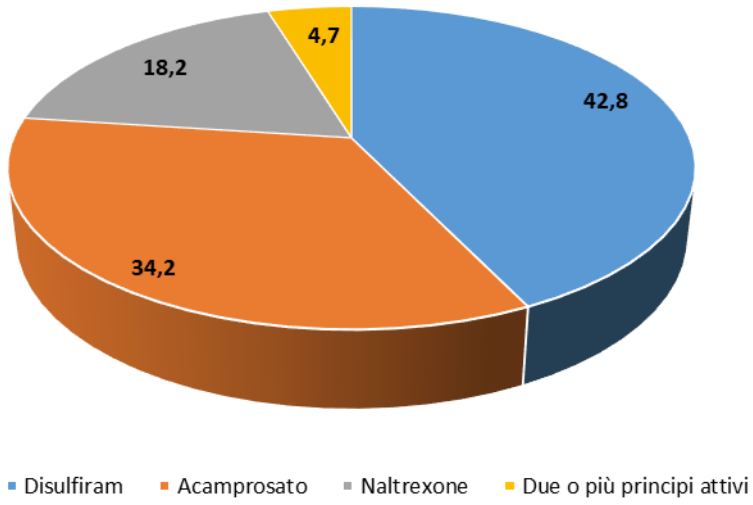
Grafico 41. Distribuzione % dei pazienti in trattamento per regione e sesso nell'anno 2023



Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Se si considera la distribuzione percentuale dei pazienti trattati per principio attivo, il farmaco più utilizzato in regime di assistenza convenzionata e per conto nel corso del 2023 è il disulfiram (42,8% del totale), seguito dall'acamprosato (34,2%) e dal naltrexone (18,2%); il 4,7% dei pazienti ha assunto nell'arco dell'anno più di un farmaco (**Grafico 42**).

Grafico 42. Distribuzione dei pazienti in trattamento per principio attivo nell'anno 2023



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

Il numero medio di prescrizioni per i due farmaci più utilizzati è di 3,4 per il disulfiram e di 2,5 per l'acamprosato, con un numero medio di confezioni pari a 1,5 per entrambi i principi attivi. Inoltre, la distribuzione del numero di prescrizioni nell'arco dell'anno mostra che il 25% dei pazienti riceve una sola prescrizione, la metà ne riceve fino a 2, il 75% dei pazienti ne riceve al massimo 5, e infine il 95% riceve fino a 11 prescrizioni in un anno (**Tabella 44**). Questi andamenti risultano coerenti con gli schemi posologici previsti per i due farmaci.

Tabella 44. Numero medio di prescrizioni, quartili e 95% percentile per pazienti in cura per dipendenza alcolica con i due principi attivi più prescritti nel 2023

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

Nel corso del 2023 quasi 11 mila pazienti (il 91,5% di tutti quelli che assumono farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica erogati in regime di assistenza convenzionata e DPC) hanno ricevuto almeno una prescrizione di un farmaco per il trattamento della dipendenza alcolica e almeno una prescrizione di un altro farmaco nell'arco dello stesso anno; la categoria farmaco-terapeutica più frequentemente co-prescritta è quella dei farmaci per il sistema nervoso (il 77,0% dei casi), seguita dalla prescrizione dei antimicrobici per uso sistemico (il 49,8%), di farmaci per il sistema cardiovascolare (il 45,1%), di farmaci del sistema muscolo-scheletrico (32,4%) (**Tabella 45**). Nell'ambito dei farmaci del sistema nervoso, gli antidepressivi rappresentano la prima classe di farmaci per frequenza di prescrizione (56,1% di tutte le co-prescrizioni di farmaci per il sistema nervoso). Seguono in ordine decrescente, i farmaci antipsicotici (31,0%) e gli antiepilettici (29,8%). Queste categorie di farmaci per il sistema nervoso centrale risultano essere quelle raccomandate

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

come trattamento di prima scelta dalle linee guida per il trattamento farmacologico dei pazienti affetti da dipendenza da alcol, sebbene non abbiano una indicazione terapeutica autorizzata per il trattamento della dipendenza alcolica (*Fairbanks J, et al. Mayo Clin Proc. 2020; Reus VI, et al Am J Psychiatry. 2018*). Se si considera la distribuzione dei pazienti in trattamento con un farmaco per la terapia dell'alcolismo per fascia di età e numero di altre sostanze (ATC V livello) prescritte durante l'anno, si osserva che all'aumentare dell'età aumenta il numero di categorie terapeutiche co-prescritte (**Grafico 43**), in accordo con quanto descritto in generale in merito all'uso dei farmaci nella popolazione italiana (L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2023); quasi il 20% di tutti pazienti in trattamento assume anche più di 10 sostanze di classi terapeutiche diverse nell'arco dello stesso anno (**Grafico 44**).

Tabella 45. Distribuzione per categoria farmaco-terapeutica dei pazienti con una prescrizione di un farmaco per il trattamento della dipendenza alcolica e di almeno un altro farmaco nel corso del 2023 in ordine decrescente (N-= 10.820)

Categorie farmaco-terapeutiche		N. pazienti con una prescrizione di un farmaco per la terapia dell'alcolismo e almeno 1 altra prescrizione	% sul totale dei pazienti che hanno altre prescrizioni
N	**Sistema nervoso di cui (ATC III livello):**	8.336	77,0
	Antidepressivi	6.071	56,1
	Antipsicotici	3.357	31,0
	Antiepilettici	3.224	29,8
	Altri analgesici e antipiretici	2.352	21,7
	Oppiacei	977	9,0
	Sostanze anticolinergiche	208	1,9
	Sostanze dopaminergiche	95	0,9
	Antiemicranici	88	0,8
	Anestetici locali	66	0,6
	Farmaci anti-demenza	36	0,3
	Psicostimolanti e nootropi	24	0,2
	Ansiolitici	14	0,1
	Parasimpaticomimetici	7	0,1
	Ipnotici e sedativi	6	0,1
	Altri farmaci del sistema nervoso	5	<0,05
	Preparati anti-vertigine	2	<0,05
J	**Antimicrobici generali per uso sistemico**	5.389	49,8
C	**Sistema cardiovascolare**	4.883	45,1
M	**Sistema muscolo-scheletrico**	3.504	32,4
B	**Sangue e organi emopoietici**	2.893	26,7
H	**Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali**	2.433	22,5
R	**Sistema respiratorio**	1.949	18,0
G	**Sistema genito-urinario e ormoni sessuali**	790	7,3
D	**Dermatologici**	288	2,7
S	**Organi di senso**	199	1,8
L	**Farmaci antineoplastici e immunomodulatori**	179	1,7
P	**Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti**	116	1,1
V	**Vari**	89	0,8

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

Grafico 43. Distribuzione % dei pazienti con almeno una prescrizione di un farmaco per il trattamento della dipendenza alcolica per età e numero di altre sostanze (ATC V livello) diverse da quelle per il trattamento della dipendenza nel corso del 2022 (N-= 10.820)

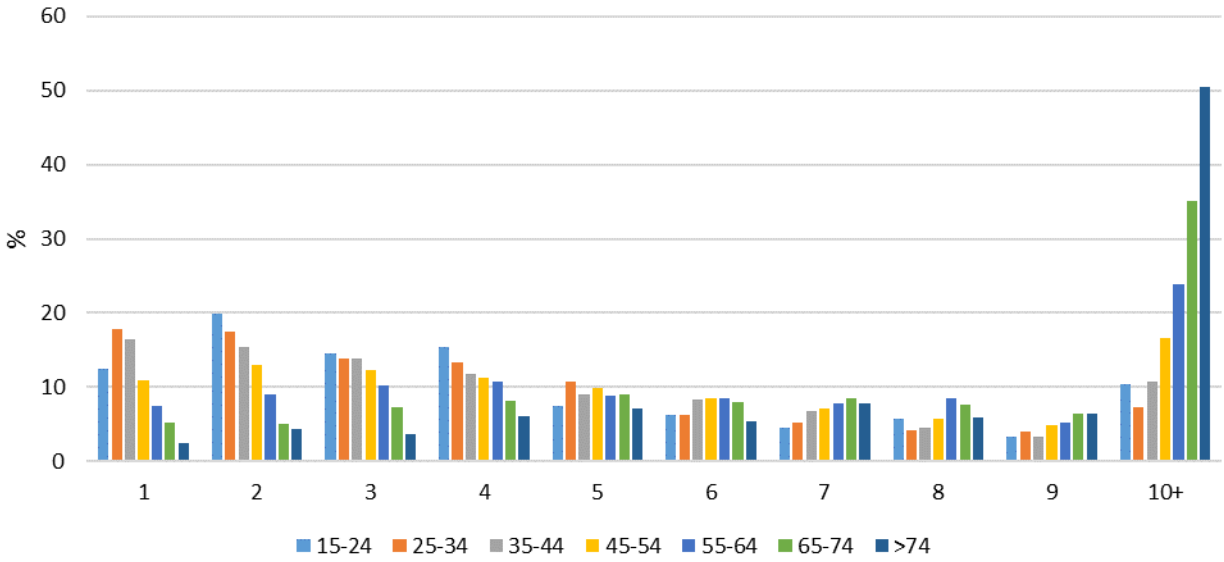
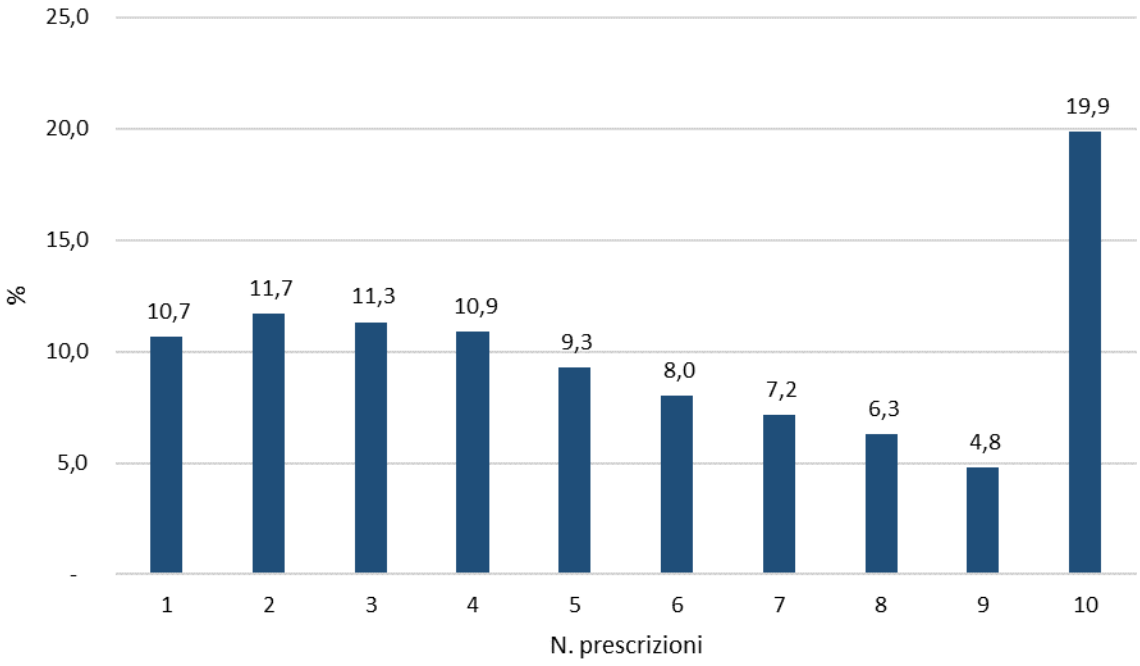


Grafico 44. Distribuzione % dei pazienti con almeno una prescrizione di un farmaco per il trattamento della dipendenza alcolica per numero di altre sostanze (ATC V livello) diverse da quelle per il trattamento della dipendenza alcolica nel corso del 2022 (N-= 10.820)



Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Conclusioni

Come si evince dalle analisi, nel 2023 si registra un lieve aumento dei consumi dei farmaci per il trattamento della dipendenza alcolica (+1,9%) rispetto all'anno precedente, che per il 66,9% risultano a carico dell'SSN, quota che si è fortemente ridotta rispetto al 76,2% del 2022 (-10,3%). Quasi la metà dei consumi (47,3%) si concentra nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, con una riduzione del 12,7% rispetto all'anno precedente; a livello territoriale le dosi erogate in regime di assistenza convenzionata si riducono di circa il 4%, raggiungendo il 19,7% del totale, mentre le dosi in acquisto privato aumentano marcatamente (+40,6%) raggiungendo un terzo (33,1%) dei consumi complessivi. La spesa corrispondente, in riduzione del 5,9% a livello complessivo, si concentra principalmente nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche (60,4%), indicando che l'erogazione di questa categoria di farmaci avviene ancora principalmente attraverso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT).
In generale, sulla base dei dati derivanti dalle serie storiche è possibile osservare una progressiva riduzione del consumo e della spesa dei farmaci per il trattamento della dipendenza da alcol a partire dal 2020. Nel 2023 si osserva inoltre una marcata riduzione delle dosi erogate a carico del SSN e il contemporaneo marcato incremento dell'acquisto privato di questa categoria di farmaci. Questi dati mostrano una progressiva riduzione degli interventi di tipo farmacologico da parte dei servizi sanitari pubblici, che potrebbero far ipotizzare da un lato una ridotta presa in carico dei pazienti affetti da alcoldipendenza, dall'altra un possibile aumento dell'integrazione di interventi psicologici nella pratica clinica, che potrebbero aver determinato una riduzione del ricorso a terapie farmacologiche.
Il sodio oxibato è il farmaco più utilizzato nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche, mentre il disulfiram e l'acamprosato sono quelli più utilizzati nell'ambito dell'assistenza convenzionata. I farmaci a base di disulfiram sono acquistati in parte anche privatamente dal cittadino.
Le regioni del Nord consumano un numero maggiore di dosi di farmaco rispetto alle regioni del Centro e del Sud, sebbene la spesa si attesti su livelli simili; la Valle d'Aosta è la regione con i consumi e la spesa più elevati a livello nazionale, rispettivamente 502,1 DDD e 25,5 euro pro capite per 100 abitanti, comprensivi della quota di acquisto privato.
I pazienti in trattamento con i farmaci a base di disulfiram e acamprosato in regime di assistenza convenzionata e per conto sono per lo più maschi con un'età media di 50 anni. La Valle d'Aosta è l'unica regione in cui la proporzione tra maschi e femmine si equivale, sebbene registri il più basso numero di pazienti in trattamento. I farmaci più frequentemente co-prescritti sono quelli del sistema nervoso, in particolare gli antidepressivi, come raccomandato dalle principali linee guida relative al trattamento della dipendenza alcolica.
Questo dato inoltre è in linea con quanto è già noto, ovvero che la dipendenza alcolica si associa frequentemente a disturbi neuropsichiatrici, come depressione, disturbi d'ansia e disturbo bipolare. Appare quindi evidente che l'utilizzo di farmaci per i disturbi alcol-correlati è indice di altre condizioni patologiche del sistema nervoso centrale, che verosimilmente potrebbero essere alla base dello sviluppo della dipendenza alcolica. Pertanto, dalla presente analisi appare evidente la necessità di una maggiore e più completa presa in carico di tali pazienti.

Bibliografia

Fairbanks J, Umbreit A, Kolla BP, Karpyak VM, Schneekloth TD, Loukianova LL, Sinha S. Evidence-Based Pharmacotherapies for Alcohol Use Disorder: Clinical Pearls. Mayo Clin Proc. 2020;95(9):1964-1977.
Reus VI, Fochtmann LJ, Bukstein O, Eyler AE, Hilty DM, Horvitz-Lennon M, Mahoney J, Pasic J, Weaver M, Wills CD, McIntyre J, Kidd J, Yager J, Hong SH. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. Am J Psychiatry. 2018;175(1):86-90.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

PARTE SECONDA

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

2.1. Gli interventi di indirizzo

Il PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE (PNAS)

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 marzo 2007 e pubblicato nella G.U. s. g. n. 88 del 16 aprile 2007, costituisce un documento programmatico di indirizzi concordati tra Ministero e Regioni, secondo le previsioni della legge 125/2001, con la finalità di promuovere l'implementazione di un insieme di strategie e azioni finalizzate a rafforzare le attività di prevenzione e a ridurre la mortalità e morbilità alcol correlate nel nostro Paese. In esso la riduzione dei danni causati dall'alcol, secondo gli orientamenti adottati nei più recenti Piani Sanitari Nazionali, viene riconosciuta come un importante obiettivo di salute pubblica e viene ribadita la necessità di politiche e azioni finalizzate ad attivare una corretta informazione e prevenzione, in grado di evidenziare gli aspetti di rischio legati all'abuso di alcol.
Il PNAS contiene ed estende i principi e gli obiettivi indicati negli atti di indirizzo predisposti ed approvati in ambito comunitario e nella strategia europea dell'OMS.
Il PNAS aveva durata triennale (1gennaio 2007-31 dicembre 2009) ma le indicazioni in esso contenute sono tutt'ora valide ed inserite tra gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione come punto di riferimento per le azioni di prevenzione di livello nazionale e regionale.
Il PNAS ha individuato otto aree strategiche di intervento prioritario ed indicato per ciascuna di esse le azioni da realizzare e i risultati attesi, secondo lo schema sotto indicato.

1. ***Informazione /educazione***

Risultati attesi: nella popolazione generale, maggiore conoscenza e consapevolezza del danno; nei giovani, sviluppo delle abilità necessarie a resistere alle pressioni al bere.
Azioni: campagne tramite mass media; collaborazione con la scuola fin dalla materna, con programmi di prevenzione di ampia portata.

2. ***Bere e guida***

Risultati attesi: riduzione numero incidenti, morti e feriti, specie tra i giovani.
Azioni: collaborazione per i controlli dell'aria espirata nei luoghi del divertimento giovanile e azioni preventive di comunità.

3. ***Ambienti e luoghi di lavoro***

Risultati attesi: riduzione di incidenti e violenze sui luoghi di lavoro, soprattutto in quelli a rischio per la sicurezza di terzi.
Azioni: collaborazione con imprese e organizzazioni sindacali per educazione alla salute e tempestiva identificazione e trattamento dei soggetti a rischio.

4. ***Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza***

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

5. ***Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione***

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

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

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

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

Risultati attesi: incremento delle azioni di comunità finalizzate alla riduzione dei diversi problemi alcolcorrelati; maggiore sensibilità ai problemi da parte delle diverse istituzioni locali.
Azioni: assicurare agli operatori del settore non sanitario, quale quello educativo, sociale e giudiziario, un training professionale in campo alcologico, che favorisca un effettivo approccio multisettoriale ai problemi; promozione di programmi socio-sanitari che rafforzino la mobilitazione della comunità, lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi alcol correlati.

7. Potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto

Risultati attesi: incremento del sostegno alle organizzazioni che promuovono iniziative di prevenzione o riduzione del danno alcol correlato.
Azioni: supporto alle organizzazioni che operano non solo a livello professionale ma anche a livello di azione civile e che possono collaborare a migliorare l'informazione e a sostenere lo sviluppo di politiche efficaci.

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

Risultati attesi: implementazione di un sistema informativo e di monitoraggio/sorveglianza sul consumo di alcol e sui modelli comportamentali connessi, sui danni alcol correlati e sulle politiche alcologiche realizzate a livello regionale e locale.
Azioni: creazione, in collaborazione con tutte le Regioni, di una rete che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, del danno alcol correlato e dell'efficacia degli interventi adottati.

Il PROGRAMMA "GUADAGNARE SALUTE"

Il programma "Guadagnare Salute - rendere più facili le scelte salutari" è un programma-quadro governativo di iniziative, azioni, alleanze e comunicazione, finalizzato a promuovere gli stili di vita salutari che possono contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche e far guadagnare ai cittadini anni di vita in salute. Obiettivo specifico del programma è quello di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. "Guadagnare Salute" punta su un approccio intersettoriale e interistituzionale, secondo i principi della "*Health in all policies*", poiché buona parte degli interventi di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari va oltre gli ambiti di competenza del Servizio Sanitario Nazionale.
Il programma, promosso dal Ministro della Salute, è frutto del confronto con ben altri nove Ministeri ed è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007 e dalla Conferenza Stato-Regioni il 29 marzo 2007. Con il Decreto del Ministero della Salute del 16 ottobre 2017 la Piattaforma Nazionale di Guadagnare Salute era stata rinnovata per i successivi tre anni. La Piattaforma Nazionale G.S. ha quindi rivestito il compito di rafforzare l'attuazione dei macro-obiettivi della pianificazione nazionale previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione.
Si riporta di seguito il paragrafo del Programma Guadagnare Salute relativo al consumo dannoso di alcol, dal titolo *"Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol"*.

"Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol"
Strategie e ipotesi di intervento

1 Ridurre la disponibilità di bevande alcoliche nell'ambiente di vita e di lavoro e lungo le principali arterie stradali
• Favorire la limitazione del consumo di bevande alcoliche in tutti i luoghi di lavoro e controllare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro a rischio, individuati ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

• Definire categorie di ambienti e locali obbligatoriamente "alcol free" (strutture sanitarie, uffici pubblici, stadi, scuole).

2 Favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche

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

3 Informare correttamente i consumatori

• Combattere l'abuso di bevande alcoliche non solo attraverso la veicolazione di messaggi di tipo sanitario e sociale, ma anche attraverso adeguate campagne di educazione sul "saper bere", diffondendo una profonda, solida e motivata consapevolezza su consumo responsabile del vino e salute. Infatti il vino non solo rappresenta un elemento importante del nostro patrimonio agroalimentare e contribuisce alla tutela e alla valorizzazione del territorio, ma è anche un elemento caratterizzante della dieta mediterranea.

• Adeguare l'etichettatura delle bevande alcoliche alle esigenze di protezione del consumatore, studiando e proponendo misure per inserire nella etichettatura delle bevande almeno una avvertenza semplice, in particolare per alcune categorie a rischio quali donne in gravidanza, persone alla guida, assuntori di particolari farmaci e giovani.

• Monitorare e controllare il rispetto della legge 125/2001 art. 13 in materia di pubblicità delle bevande alcoliche, con particolare riferimento al disposto in materia di protezione dei minori; studiare, al riguardo, divieti di pubblicità diretta e indiretta in occasione di eventi sportivi.

4 Evitare gli incidenti stradali alcol correlati

• Aumentare su tutto il territorio nazionale il numero e la frequenza dei controlli sul tasso alcolemico condotti su base casuale, preliminari agli opportuni accertamenti di valenza medico-legale, in modo che ogni conducente abbia la probabilità statistica di essere testato secondo le migliori pratiche almeno una volta ogni tre anni.

• Monitorare la frequenza e i risultati dei controlli e analizzare i relativi dati, per acquisire e diffondere conoscenze utili ai fini di una puntuale azione preventiva o per valutare l'opportunità di ulteriori misure normative (quali ad esempio l'abbassamento del tasso alcolemico per i conducenti principianti o per chi guida veicoli particolarmente a rischio).

• Accrescere la visibilità dei controlli sul tasso alcolemico, per amplificarne le finalità preventive. Questo obiettivo potrebbe essere raggiunto anche rendendo note le eventualità di controlli in alcuni luoghi e ambienti strategici, quali quelli del divertimento giovanile a rischio di abuso alcolico; o attivando una collaborazione fra istituzioni interessate per organizzare ad hoc specifiche azioni di comunità.

• Introdurre l'obbligatorietà di corsi di informazione/educazione a pagamento, preliminari alla restituzione della patente a soggetti individuati con tasso di alcolemia illegale.

• Favorire la disponibilità e/o gratuità di dispositivi per l'automisurazione del tasso alcolemico.

• Diminuire le occasioni di consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani e degli utenti della strada, estendendo alle 24 ore il divieto di somministrazione di superalcolici attualmente vigente nelle stazioni di servizio autostradali (ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125 art. 14).

• Introdurre l'obbligo di una adeguata trattazione del rischio alcol-correlato nei programmi di informazione/formazione delle Scuole Guida.

• Sollecitare ed esortare i medici di famiglia ad una maggiore informazione nei confronti degli assistiti circa i rischi della guida in stato di ebbrezza alcolica ed i rischi di interazione e sinergia dell'alcol con i farmaci.

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

• Provvedere alla sensibilizzazione e formazione degli operatori della medicina di base, e in particolare dei Medici di Medicina Generale, per consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counseling nei confronti del consumo alcolico nocivo.

• Favorire un approccio integrato che coinvolga nella individuazione precoce dei casi di abuso, oltre ai servizi e agli operatori sanitari, anche i servizi sociali, i gruppi di auto-aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate.

6 Trovare alleanze con il mondo del lavoro

• Utilizzare i luoghi di lavoro quale ambiente particolarmente adeguato, data l'alta e stabile concentrazione di persone di varia identità sociodemografica, per la realizzazione di azioni di prevenzione fondate sull'informazione, l'educazione e la tempestiva identificazione o autoidentificazione dei soggetti a rischio, anche in collaborazione, date le implicazioni dell'abuso di alcol sulla produttività lavorativa, col mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali.

• Implementare azioni di prevenzione ad hoc nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e la sicurezza di terzi individuati ai sensi della legge 125/2001 art. 15, per supportare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche sancito dalla stessa legge. Sarebbe opportuno attivare in merito la collaborazione del mondo delle imprese e

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le amministrazioni regionali del Lavoro e nell'ambito di quanto previsto anche dalle normative sulla sicurezza.
• Favorire l'ingresso dei lavoratori con problemi alcolcorrelati che ne facciano richiesta, nel pieno rispetto della privacy, in programmi di trattamento per la disassuefazione resi disponibili presso le strutture sanitarie pubbliche o, in alternativa, in specifici programmi privati di trattamento attivati con il contributo economico dei datori di lavoro, prevedendo agevolazioni fiscali o di altro tipo per questi ultimi.

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

8 Formare gli operatori
• Assicurare che i corsi di studio di qualsiasi livello destinati alla formazione del personale sanitario e sociosanitario contemplino un insegnamento relativo alla prevenzione delle patologie correlate a fattori di rischio comportamentali, con specifica trattazione anche dei problemi alcol correlati.
• Favorire la modifica degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni mediche, sanitarie, sociali e psicologiche, ai fini di diffondere e migliorare la preparazione professionale in campo alcologico, secondo le previsioni della legge 125/2001 art. 5.

IL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2020-2025

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

Vision e Principi
Il nuovo PNP 2020-2025 ha inteso rafforzare la connessione con i Livelli Essenziali di assistenza (DPCM 12 gennaio 2017) e con i relativi sistemi di monitoraggio (verifica adempimenti LEA e Nuovo sistema di garanzia).
Il PNP rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (***One Health***) che promuove l'applicazione di un **approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato.**
L'elemento strategico di innovazione del nuovo PNP sta nella scelta di sostenere il **riorientamento di tutto il sistema della prevenzione** verso un "approccio" di Promozione della Salute, rendendo quindi trasversale a tutti i Macro Obiettivi lo sviluppo di strategie di *empowerment* e *capacity building* raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS, coerentemente con lo sviluppo dei principi enunciati dalla Carta di Ottawa.
Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute sono necessarie **alleanze e sinergie intersettoriali** tra forze diverse, secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche" *(Health in all Policies)*. Il PNP intende consolidare l'attenzione alla **centralità della persona** e rafforza l'**approccio *life course, per setting e di genere.***
Il nuovo PNP prevede anche alcune **azioni trasversali** che sono azioni di sistema che contribuiscono "trasversalmente" al raggiungimento degli obiettivi di salute e di equità del PNP.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Esse includono le azioni volte a rafforzare l'approccio intersettoriale e a perseguire **l'equità**, la **formazione** e la **comunicazione**.
Il Macro Obiettivo 2 del PNP 2020-2025 affronta la tematica delle Dipendenze.

Macro Obiettivo 2: Dipendenze e Problemi correlati

7 Obiettivi strategici
14 Linee strategiche di intervento
1 Programma Predefinito: PP4 "Dipendenze"
1 Linea di supporto centrale: N.11 "Definizione di un Piano Nazionale/Linee di indirizzo per le dipendenze"

Obiettivi strategici:

1. Sviluppare le competenze di tutti gli attori della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e potenziare la collaborazione con la comunità locale
2. Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui
3. Sviluppare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti
4. Migliorare la qualità dei programmi di prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope
5. Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizione di rischio aumentato
6. Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno
7. Sensibilizzare sui rischi, i problemi e le patologie correlate all'uso/abuso di sostanze psicotrope e a comportamenti additivi

Linee Strategiche di intervento:

- Sviluppo di programmi di promozione della salute lungo tutto il percorso scolastico (Ob.S1)
- Sviluppo di programmi intersettoriali nei contesti di vita e di lavoro per accrescere le capacità personali (autostima, auto efficacia e resilienza) con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili (Ob.S2)
- Iniziative da attivare nei luoghi di vita frequentati dai giovani, in particolare dai minorenni, al fine di accrescere la consapevolezza sui rischi correlati a sostanze psicoattive e a comportamenti additivi (Ob.S2)
- Miglioramento dell'integrazione e del coordinamento intersettoriale per ottimizzare le azioni programmate per la riduzione della domanda e dell'offerta di sostanze psicotrope (Ob.S3)
- Potenziamento del coordinamento intersettoriale ed interistituzionale per attivare interventi volti a garantire il rispetto della normativa vigente (S3)
- Offerta di programmi finalizzati alla formazione del personale addetto alla vendita e somministrazione degli alcolici (Ob.S3)
- Sviluppo di collaborazioni con i gestori dei locali e gli organizzatori degli eventi finalizzate alla riduzione dei rischi legati all'abuso di alcol e altre sostanze psicoattive e al miglioramento ambientale (es. regolazione del rumore, disponibilità di acqua ed informazioni) (Ob.S3)
- Adozione di Standard minimi di qualità (prevenzione, riduzione del rischio, trattamento, riabilitazione e integrazione sociale) (Ob.S4)
- Diffusione tra i professionisti degli strumenti per applicare interventi di prevenzione efficaci (Ob.S4)

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

- Sviluppo di programmi volti al coordinamento tra servizi sanitari, servizi sociali, scuola e associazioni al fine di attivare percorsi di identificazione precoce dei soggetti in condizione di rischio aumentato (Ob.S5)
- Sviluppo di protocolli operativi di prevenzione indicata con orientamento ai servizi e coinvolgimento del territorio per soggetti all'esordio di problemi di abuso e dipendenza (Ob.S5)
- Potenziamento dell'offerta di interventi di prevenzione selettiva e di riduzione dei rischi e del danno da parte dei Servizi per le Dipendenze Patologiche supportati da altri Servizi Sanitari, Enti locali e Terzo Settore (Ob.S6)
- Offerta di interventi di *Counseling Breve* nella medicina di base e in altri contesti (lavorativi ecc) (Ob.S5 e S6)
- Attuare Programmi integrati ed intersettoriali volti a rafforzare la collaborazione tra i Servizi per le Dipendenze, gli altri Servizi Sanitari, i Servizi Sociali, il Terzo Settore, le Associazioni di Auto Mutuo Aiuto (Ob.S7)

Programma Predefinito PP4 "Dipendenze"

I Piani Regionali di Prevenzione sono organizzati in programmi (*Programmi Liberi* e *Programmi Predefiniti*) e questi devono rispondere alle linee strategiche degli obiettivi strategici ai quali afferiscono; nello specifico i Piani Predefiniti devono avere caratteristiche uguali per tutte le Regioni e sono vincolanti.

***Obiettivi Specifici** del Programma Predefinito PP4*

- ***Attivare un Sistema di Monitoraggio** (trend e modelli di intervento di successo) a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative*
- *Diffondere **Modelli di Intervento** (intersettoriali ed interdisciplinari) centrati su metodologie evidence based (life skills education e peer education) e **Azioni Raccomandate e Sostenibili** con approccio life course differenziato per genere e per setting*
- *Progettare e attivare **Programmi di Prevenzione Universale e Selettiva** rivolti agli adolescenti e giovani **in contesti extrascolastici***
- *Progettare e attivare **Programmi di Prevenzione Indicata** – anche finalizzati all'intervento precoce - declinati per specifici gruppi vulnerabili o a rischio aumentato*
- *Offrire **Programmi finalizzati alla riduzione del danno** sia nell'ambito dei servizi per le dipendenze sia nell'ambito di servizi specifici – Unità di Strada/Presidi Mobili/Drop in - in coerenza con i nuovi LEA*
- *attuare **Programmi di Sensibilizzazione** in materia di **prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a** gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari*

*Obiettivi e Indicatori relativi alle **Azioni Trasversali** del PNP:*

INTERSETTORIALITA'

OBIETTIVO: Sviluppare collaborazioni intersettoriali tra tutti gli attori del territorio
INDICATORE: **Accordo intersettoriale** con soggetti esterni al sistema sanitario che possono contribuire alle azioni del Programma (Scuola, ANCI, Prefetture, Forze dell'Ordine, Associazioni ecc.) **– ogni anno**

Camera dei Deputati **ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN**

FORMAZIONE

OBIETTIVI: **-** Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale
- Formazione basata su EUCP Curriculum
- Attività di formazione sul *Counseling breve*
- Favorire la programmazione partecipata di interventi formativi multidisciplinari ed intersettoriali

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

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO: *Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative per rendere adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute*
INDICATORE: realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (2021/2022/2023) mirati a target e contesti specifici (es. scuole, genitori, educatori, associazioni, opinion leader, ecc)

EQUITA'

OBIETTIVO: Orientare gli interventi a criteri di equità – aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto delle azioni programmate - in termini di disuguaglianza
INDICATORE: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA - ogni anno

STATUS QUO 2024

Nell'anno 2024 sono stati valutati dai referenti di ogni specifica area tematica del Ministero della Salute i Piani Regionali di Prevenzione di tutte le Regioni e Province Autonome. Nello specifico, l'ambito della valutazione ha riguardato la verifica degli indicatori del secondo anno (anno 2023) dei Programmi Predefiniti e dei Programmi Liberi dei PRP.

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

Le Linee di supporto centrali, pertinenti al livello di governo centrale, sono finalizzate a migliorare la capacità del sistema sanitario di promuovere e governare la prevenzione e a rendere più efficiente ed efficace l'insieme delle relazioni tra attori istituzionali (e tra questi e gli *stakeholder*) e, in generale, a facilitare il raggiungimento degli obiettivi del PNP. La Linea di supporto centrale n. 11 prevede l'elaborazione di un Piano Nazionale o di Linee di indirizzo per le dipendenze. A tal fine è stato istituito il "Tavolo Tecnico di Lavoro per la realizzazione del Piano Nazionale di Prevenzione in materia di Dipendenze" con Decreto Dirigenziale il 21/04/2021. Il predetto Tavolo tecnico si è insediato il 7 luglio 2021 e prevede una durata concomitante con la vigenza del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025. I componenti del Tavolo hanno deliberato di affrontare come prima tematica **l'intercettazione precoce/emersione precoce delle situazioni problematiche (*early detection*).** Nell'anno 2024 si sono svolte numerose riunioni, in parte in forma plenaria, in parte per area tematica, che hanno permesso l'elaborazione di una prima bozza delle Linee di indirizzo

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

sull'intercettazione precoce delle persone che presentano comportamenti "a rischio" dipendenza da sostanze (alcol e sostanze stupefacenti) o da comportamenti (DGA, dipendenza online).
Nel corso del 2025 saranno svolte Audizioni per giungere alla stesura finale del documento, che verrà presentato in Conferenza Unificata.

DPCM 03.03.2017

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 istituisce "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, in attuazione dell'art. 12, comma 11, del decreto-legge n. 179 del 2012".
I sistemi di sorveglianza e i registri, sono istituiti per finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, programmazione sanitaria, verifica della qualità delle cure, valutazione dell'assistenza sanitaria e di ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico allo scopo di garantire un sistema attivo di raccolta sistematica di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici per registrare e caratterizzare tutti i casi di rischio per la salute, di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita.
Nell'elenco dell'Allegato A1) Sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale e regionale, è ricompreso il **Sistema di Monitoraggio Alcol** (**SISMA**) al punto A1.30
Il SISMA è finalizzato all'analisi dell'impatto alcol correlato in Italia come strumento di supporto alla verifica e valutazione del conseguimento degli obiettivi di prevenzione e delle azioni nazionali ed europee di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione.

PROGETTI CCM

IPIB-DIALCOM _ *Supporto alle linee di indirizzo sull'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve delle dipendenze da alcol e comportamentali.*
Progetto affidato all'Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Nazionale Alcol, referente scientifico Dott. Emanuele Scafato.
Il progetto ha una durata di 24 mesi, a partire dal 25.01.2024

Finalità: Supportare le linee di indirizzo sull'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve delle dipendenze da alcol e comportamentali, mediante la fruizione di elementi necessari da utilizzare per l'implementazione dei programmi IPIB e della relativa formazione specifica.

Gli **obiettivi specifici** sono:
1. **Sviluppo di linee guida per l'implementazione dell'IPIB**
2. **Formazione sull'IPIB utilizzando le linee guida predisposte su un numero di professionisti e rispetto a setting (in presenza e/o a distanza) coinvolgenti diverse tipologie di professionisti**
3. **Analisi dei bisogni emergenti, del grado di conoscenza delle problematiche alcol-correlate e su come intervenire utilizzando l'IPIB e stesura di un rapporto finale**

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

2.2 Attività europee e internazionali su prevenzione e politiche sull'alcol

Nel 2024 il Ministero della Salute ha partecipato alle attività europee ed internazionale sulla prevenzione e sulle politiche sull'alcol anche grazie alla collaborazione tecnico-scientifica dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS). In particolare, l'ONA-ISS, nel corso dell'anno 2024, è stato chiamato a svolgere numerose attività ascrivibili alla partecipazione formale a progettualità, a gruppi di lavoro, a condivisione e aggiornamento periodico, a consultazioni principalmente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e della Commissione Europea. L'ONA-ISS fornisce un aggiornamento costante al Ministero della Salute delle tematiche emergenti dalle nuove strategie, globale e europea e ciò ha consentito la condivisione del Ministero della Salute alle attività inerenti le valutazioni delle migliori pratiche europee ed internazionali, la partecipazione a progettualità e a gruppi di lavoro di alto livello, per le quali l'ONA-ISS è stato nominato dall'OMS a partecipare nei *Technical Advisory Group of experts* (TAG-ADE) e nei *Technical expert group* internazionali.

Di seguito si riportano le principali attività del 2024:

Global alcohol action plan 2022-2030 della WHO, HQ

Lo scorso 20 giugno 2024 è stato pubblicato il Piano d'Azione Globale sull'Alcol (*Global Alcohol Action Plan*) 2022-2030 dell'OMS, approvato dagli Stati membri, che mira a ridurre il consumo dannoso di alcol attraverso strategie efficaci e basate sull'evidenza a livello nazionale, regionale e globale.
Il Piano d'Azione sull'Alcol 2022-2030 è parte della più ampia strategia mondiale di lotta alle malattie cronico-degenerative, in linea con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals* - SDGs) dell'Agenda 2030 della Nazioni Unite, in particolare con l'obiettivo SDG 3.5 che prevede la riduzione del 10% del consumo rischioso e dannoso di alcol entro il 2025.
La pubblicazione si basa sugli orientamenti forniti dalla strategia globale dell'OMS del 2010 per ridurre l'uso e il consumo dannoso di alcol e dalle sue componenti, nonché sugli insegnamenti tratti dalla sua implementazione e sui Piani d'azione sull'alcol pubblicati negli ultimi dieci anni. Il documento, sviluppato per implementare ulteriormente ed efficacemente la strategia globale di riduzione dell'uso e del consumo dannoso di alcol come priorità di salute pubblica, sostiene le politiche ad alto impatto, le azioni multisettoriali, le migliori risposte del sistema sanitario e sociale, la sensibilizzazione sui rischi dell'alcol e la mobilitazione delle risorse necessarie.
Il documento propone azioni e misure specifiche da attuare attraverso i ruoli chiave e le componenti indispensabili per i *policy maker*, le più recenti evidenze di efficacia e l'efficacia in termini di costi delle opzioni politiche per ridurre l'impatto del consumo dannoso di alcol. Esso richiama anche l'attenzione sulle responsabilità dell'industria e sui conflitti d'interesse con quelli di salute, segnala le interferenze del settore della produzione che rallentano le politiche di salute pubblica sull'alcol ostacolando il raggiungimento dei SDGs e sollecita i Governi a evitare di coinvolgere l'industria nelle politiche di prevenzione sull'alcol evitando partnership per iniziative di prevenzione che sono di esclusiva pertinenza del settore di salute pubblica e che devono essere svolte da operatori sanitari.
L'approccio orientato all'azione del Piano è progettato per promuovere una *governance* efficace, un impegno politico e interventi strategici per proteggere la salute pubblica e ridurre i danni legati all'alcol a livello globale. Nel loro insieme, esse sono azioni e obiettivi da inserire nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione del nostro Paese o, auspicabilmente, in un più efficace e urgente Piano Nazionale Alcol e Salute che potrebbe permettere all'Italia di mantenere l'impegno previsto dai SDGs dell'Agenda 2030 di riduzione del 20% dei consumi medi di alcol pro-capite, dei consumatori dannosi di alcol e della mortalità attribuibile all'uso di alcol, contribuendo contemporaneamente a ridurre l'incidenza elevata di cancro del seno nella donna e del colon nell'uomo come richiesto dall'*EU Beating Cancer Plan* europeo.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Per ulteriori approfondimenti sul documento è possibile consultare la pagina di epicentro dedicata ove sono segnalati una serie di link di interesse specifico:
https://www.epicentro.iss.it/alcol/piano-di-azione-globale-alcol-oms-2024

Valutazione dell'implementazione degli obiettivi di sviluppo sostenibile *(Sustainable Development Goals - SDGs)* dello *European Framework for Action on Alcohol*

Nel corso del 2024, sono proseguite le attività dell'OMS, iniziate nel 2023, con le consultazioni per la valutazione dell'implementazione degli obiettivi delle strategie globale ed europea focalizzate sul livello di raggiungimento dei *SDG* (3.5) e come di base per l'*European framework for Action on Alcohol* 2022-2025.
L'ONA-ISS – su nomina della Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti con l'UE e internazionali, Ufficio 5 - Rapporti con l'UE, il Consiglio d'Europa, l'OECD, l'OMS e le altre agenzie ONU e organizzazioni internazionali – ha svolto le attività richieste garantendo i dati e le informazioni di merito per le tre diverse indagini conoscitive su alcol e capacità dei servizi per i disturbi da uso di sostanze nel 2023 nelle sue tre componenti dell'indagine globale 2023: alcol e salute, capacità dei servizi di affrontare i disturbi da uso di sostanze, dipendenze comportamentali. Nel corso del 2024, successivamente al ruolo attivo nella survey specifica, l'ONA-ISS ha contribuito alla validazione dei dati in previsione della pubblicazione dei *Country Report* nazionali, attività che si è conclusa il 20 dicembre 2024.

***Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders* dell'OMS**

Presentato lo scorso 25 giugno 2024, il nuovo rapporto della WHO sullo stato globale di alcol e salute e sul trattamento dei disturbi da uso di sostanze ("*Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*") fa una panoramica sul consumo di alcol, sui danni alcol-correlati e sulle risposte politiche, nonché sulle capacità di trattamento dei disturbi da uso di alcol e sostanze nel mondo.
Il documento, redatto dall'*Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours Unit, Department of Mental Health, Brain Health and Substance Use* dell'OMS, riconosce il ruolo di leadership dei componenti il Technical Advisory Group di esperti mondiali sull'epidemiologia di alcol e droghe (TAG-ADE) di cui il Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), già Centro OMS per la Promozione della Salute e Ricerca sull'Alcol, è membro di nomina WHO dal 2015.
L'esperienza e le competenze istituzionali di direzione, coordinamento, realizzazione e gestione del "SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato – SISMA" hanno ricevuto apprezzamento a livello internazionale, in particolare nell'ambito del monitoraggio epidemiologico e della consulenza tecnico-scientifica utile per le revisioni intervenute nel corso del processo di sviluppo dello strumento di raccolta ed elaborazione dei dati preliminari.
Il rapporto presenta gli ultimi dati disponibili, forniti dagli Stati membri, sulle tendenze del consumo di alcol, nonché le stime del carico di malattie alcol-attribuibili e le risposte politiche a livello mondiale. Inoltre, il documento fornisce anche un aggiornamento sui progressi relativi ai due indicatori chiave stabiliti nell'obiettivo SDG 3.5, il consumo di alcol e la copertura del trattamento per disturbi da uso di sostanze, e propone un nuovo indice di capacità di servizio (Service Capacity Index, SCI) come indicatore complementare di valutazione e monitoraggio della capacità di trattamento dei sistemi sanitari e di assistenza sociale per i disturbi da uso di alcol e droghe. Infine, definisce otto settori prioritari in cui è necessario intervenire per il raggiungimento dell'obiettivo SDG 3.5.
Il rapporto evidenzia che nonostante dal 2010 ci sia stata una riduzione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati a livello mondiale, l'onere sanitario e sociale dovuto al consumo di alcol rimane inaccettabilmente elevato. I giovani sono i più colpiti: nel 2019 la percentuale più alta di morti alcol-attribuibili (13%) ha interessato individui di età compresa tra 20 e 39 anni.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Sebbene ci sia stato un leggero aumento del numero di Paesi che adottano politiche nazionali sull'alcol, sono ancora pochi i progressi nell'attuazione degli interventi politici ad alto impatto che si sono dimostrati efficaci nel ridurre i danni legati all'alcol, come le politiche dei prezzi, la regolamentazione del marketing e le limitazioni della disponibilità di bevande alcoliche. Il Piano d'azione globale sul consumo dannoso di alcol 2022-2030 dell'OMS definisce questi tre interventi come le migliori azioni (*best buys*) per prevenire o ridurre i danni alcol-correlati e invita tutti i Paesi a rafforzare e implementare con urgenza le politiche nazionali.
Inoltre, il rapporto evidenzia che l'accesso a un trattamento di qualità per i disturbi da uso di sostanze è ancora in gran parte limitato o inaccessibile ai più bisognosi. Ciò riguarda quasi mezzo miliardo di persone nel mondo che convivono con disturbi derivanti dall'uso di alcol o droghe. Stigma, discriminazione e scarsa informazione contribuiscono a incrementare le difficoltà di accesso ai servizi di prevenzione e cura.

I messaggi chiave del documento sottolineano che:

- sono necessarie campagne di *advocacy* globali e coordinate per aumentare la consapevolezza su dimensioni e impatto dell'uso di sostanze e dei disturbi correlati sulla salute e sullo sviluppo psicofisico
- l'alcol è la sostanza psicoattiva più diffusa che spesso conduce verso l'uso di sostanze illegali, nonostante ciò le istituzioni non attivano le necessarie azioni di tutela in particolare mirate ai più vulnerabili: minori, adolescenti, donne, anziani. In Italia, come molte in altre nazioni, non si riuscirà a raggiungere l'obiettivo previsto per il 2025 di riduzione della mortalità da consumo dannoso di alcol pro capite
- le capacità di prevenzione e trattamento dei disturbi da uso di alcol e sostanze sono parte integrante della copertura sanitaria universale e dovrebbero essere rafforzate come previsto dall'obiettivo SDG 3.5
- sono necessari sforzi maggiori per favorire la formazione degli operatori sanitari a tutti i livelli, non solo per assicurare interventi efficaci di prevenzione e trattamento di condizioni mediche dovute all'uso di sostanze, ma anche per implementare le strategie più adeguate di sanità pubblica
- le tendenze attuali indicano che l'obiettivo globale di riduzione del 20% del consumo dannoso di alcol non potrà essere raggiunto entro il 2030, a meno di un forte impegno politico di *advocacy* e una mobilitazione di risorse per garantire la piena implementazione del Piano d'azione globale sull'alcol 2022-2030, con particolare attenzione alle misure politiche ad alto impatto incluse nel pacchetto SAFER dell'OMS
- è necessario incrementare gli sforzi internazionali per il trasferimento delle conoscenze e delle competenze, con l'obiettivo di consentire lo sviluppo e l'attuazione di politiche sanitarie pubbliche efficaci, compreso il rafforzamento delle reti dei punti focali nazionali, del personale delle autorità sanitarie e dei tecnici
- il raggiungimento dell'obiettivo SDG 3.5 richiede il coinvolgimento attivo e l'*empowerment* delle organizzazioni della sociale civile, delle associazioni professionali e delle persone che hanno sofferto di disturbi da uso di alcol e sostanze
- è necessario un sistema di monitoraggio multilivello e capacità e infrastrutture di ricerca per una migliore comparazione dei dati e per monitorare i progressi rispetto all'obiettivo SDG3.5
- la mobilitazione e l'allocazione delle risorse e nuove forme di finanziamento dovrebbero essere incrementati per sostenere l'implementazione delle politiche sanitarie pubbliche e rafforzare la capacità dei sistemi sanitari e sociali di affrontare il consumo di alcol e sostanze e il disturbo correlato.

Per ulteriori dettagli sul Rapporto globale su alcol e salute e sul trattamento dei disturbi da uso di sostanze, è possibile consultare la pagina di Epicentro dedicata ove sono segnalati una serie di

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

documenti di interesse specifico a cura dei ricercatori dell'ONA-ISS: **OMS: il nuovo rapporto globale su alcol e salute e sul trattamento dei disturbi da uso di sostanze**.

Monitoraggio internazionale ed europeo

Nel 2024 le attività relative alla fornitura di informazioni e di dati italiani richiesti per le *survey* annuali dall'OMS e per l'OECD, è stata resa possibile grazie al progetto SISMA GD (SIStema di Monitoraggio Alcol tra i Giovani e le Donne) e finanziato dal Ministero della Salute e affidato all'ONA-ISS (organismo incaricato per le attività di sorveglianza specifiche trasferite dal DPCM marzo 2017) fino al giugno 2024. A tal riguardo, l'Italia, attraverso il progetto SISMA GD contribuisce a livello internazionale al monitoraggio delle numerose iniziative di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol garantendo continuità con quelle svolte nel corso degli ultimi dieci anni, quali:

- *EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harms*
- *WHO European Alcohol Action Plan- EAAP - to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*
- *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking*) (2014-2020)
- *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*
- *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Disease*

Nello specifico, le principali attività del 2024 sono di seguito riportate:

– Partecipazione al Forum mondiale dell'Organisation for Economic Co-operation and Development. - OCSE "*Strengthening Well-being Approaches for a Changing World*" (5 novembre 2024)
– Revisione dei dati per l'Italia per il rapporto "*Health at a Glance: Europe*" dell'OCSE (dicembre 2024)

2.3 Gli interventi in materia di informazione e comunicazione

La Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" prevede all'art.3, comma 4, lettera c, un finanziamento dedicato alla promozione di attività di informazione e di prevenzione affidate al Ministero della Salute.
La Direzione Generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali (ex DGCOREI), nell'anno di riferimento, ha realizzato una campagna di comunicazione avente come oggetto il tema del consumo di alcol correlato alla guida.
In considerazione della finalità educativa, la campagna ***'Non sfidare la sorte'*** è stata indirizzata volutamente ad un target giovanile con l'obiettivo di sensibilizzare i ragazzi sui pericoli di salute che possono correre e far correre agli altri consumando alcol prima di mettersi alla guida.
La campagna è stata diffusa, a livello nazionale, attraverso affissioni, stampa e digitali, presenti in 45 stazioni ferroviarie, in 219 stazioni di servizio autostradale nonché nei due Aeroporti di Roma di Fiumicino e Ciampino.
Il periodo di programmazione, dal 15 luglio al 15 agosto, ha coperto intenzionalmente il periodo centrale delle vacanze estive, considerato quello a maggiore densità di eventi musicali, concerti e feste di varia natura oltreché naturalmente quello a più alto transito nei luoghi della pianificazione (stazioni dei treni, aeroporti e autogrill).

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Il messaggio di prevenzione è stato proposto in modo diretto attraverso il ricorso ad un *visual* di campagna di forte impatto visivo e all'utilizzo di un linguaggio giovanile chiaro e responsabilizzante.

Ad integrazione della predetta campagna, l'invito ad approfondire le informazioni sul portale istituzionale **www.salute.gov.it** nel quale è presente un'aggiornata area tematica contenente.

Le attività di comunicazione di contrasto al consumo di alcol sono state integrate anche da una ***campagna social*** promossa il 9 settembre in occasione della giornata mondiale della sindrome feto-alcolica.

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

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

Le risorse finanziarie dell'anno 2023 sono state assegnate dalla Commissione Salute, sentito il parere del Gruppo tecnico interregionale sub area dipendenze, alle Regioni Lombardia e Sicilia.

La Regione Lombardia ha presentato un progetto dal titolo "Buone pratiche di Telemedicina in alcologia e nelle Dipendenze" il quale intende dare un ulteriore sviluppo alle attività progettuali affrontate con il precedente progetto conclusosi nell'anno 2023.

La Regione Sicilia ha presentato il progetto dal titolo "Alcol e idoneità alla guida in Italia: dalla difformità attuale di approcci e linguaggi alla necessità di criteri e procedure uniformi".

Entrambe le Regioni fruiranno di un *badget* pari a 48.504,00 euro ciascuno.

Le risorse finanziarie dell'anno 2024, pari a euro 92.158,00, sono state assegnate dalla Commissione Salute, sentito il parere del Gruppo tecnico interregionale sub area dipendenze, alla Regione Liguria per il progetto **"Divertimento sicuro nei luoghi di intrattenimento notturno".**

La terza parte della Relazione al parlamento illustrerà gli abstract conclusivi dei progetti **"Contrasto al *binge drinking*: interventi a favore dei giovani vulnerabili",** affidati alle Regioni Veneto e Valle D'Aosta. I progetti sono stati finanziati con le risorse dell'anno 2022 e si sono conclusi nell'anno 2024.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

PARTE TERZA

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

Il presente Capitolo è stato ideato per riportare i documenti conclusivi dei progetti attuati dalle Regioni e Province Autonome finanziati con i fondi annuali previsti dalla Legge 125/2001.
La Relazione al Parlamento quest'anno illustrerà la sintesi delle relazioni conclusive dei progetti dal titolo **"Contrasto al Binge Drinking: interventi a favore dei giovani vulnerabili"**, affidati alla Regione Valle D'Aosta e alla Regione Veneto.
I progetti sono stati finanziati con i fondi dell'anno 2022 e si sono conclusi nell'anno 2024.
Si ricorda che le relazioni finali dei progetti sono pubblicati integralmente sul sito del Ministero della Salute (**www.salute.gov.it**) all'area tematica "alcol e alcoldipendenza".

Progetto: "Contrasto al *Binge Drinking*: interventi a favore dei giovani vulnerabili"
REGIONE VALLE D'AOSTA
ABSTRACT a cura del Responsabile scientifico dottoressa Monica SEGANFREDDO.

Descrizione ed analisi del problema:

La Regione Autonoma Valle d'Aosta è particolarmente sensibile alle tematiche dedicate all'alcologia. È una regione di montagna, produttrice di vini e distillati, nella quale il consumo di alcol fa parte di una tradizione e di una cultura piuttosto radicate. Non è semplice, all'interno di un contesto montano, quindi, promuovere politiche dedicate al consumo responsabile di alcol.
Dal 1999, con l'istituzione del servizio di alcologia, corredato di una équipe multidisciplinare e di un day hospital specificamente dedicato e inserito all'interno del Servizio per le dipendenze patologiche dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, che la Regione promuove politiche dedicate alla prevenzione e alla cura dell'alcol dipendenza. Questa sensibilità, condivisa con la regione Veneto, ha portato, all'interno del gruppo interregionale per le dipendenze, ad uno spazio di riflessione e di progettazione ai sensi della Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati", art. 3 comma 4.
Il progetto nasce in primis dagli approfondimenti specifici delle tematiche trattate nel Libro Bianco, "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcologia italiana" a cura del Ministero della Salute e in continuità e coerenza con i progetti contenuti 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 negli anni 2021 e 2022.
La scrivente, in stretta collaborazione con il collega della Regione Veneto e con il supporto dei clinici e degli operatori delle unità operative che hanno poi sviluppato concretamente il progetto stesso, ha definito l'articolazione delle attività attraverso un cronoprogramma e partendo dall'analisi del contesto di riferimento:
· le problematiche culturali tipiche delle aree di montagna che tollerano e favoriscono il consumo di alcol anche tra i giovanissimi;
· il ridotto numero di spazi socializzanti per i giovani, che spesso soffrono per un senso di alienazione e di isolamento, trovando nel bar uno dei principali luoghi di ritrovo e di condivisione della propria condizione giovanile;
· il consumo dell'alcol in maniera smodata, in particolare nel fine settimana, secondo un modello importato dal nord Europa noto con la denominazione di "*Binge Drinking*";
· il consumo smodato e mutuato nelle sagre paesane, nelle conclusioni di manifestazioni sportive, al termine di percorsi scolastici e universitari.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Il progetto ha individuato il target tra i giovani nella fascia di età tra gli 11 e i 18 anni di rispondere:

- all'abbassamento dell'età di avvicinamento al consumo di alcolici;
- all'aumento del numero dei giovani vulnerabili e dei consumatori a rischio;
- alla frequenza di intossicazioni che non sono prese in carico a causa della tendenza a minimizzare il problema;
- all'incremento degli accessi al Pronto Soccorso e dei ricoveri di giovani per diagnosi alcolcorrelate.

Lo sviluppo di obbiettivi raggiungibili e misurabili ha tracciato un percorso partecipato e caratterizzato da interventi che potessero determinare delle soluzioni efficaci alle problematiche evidenziate rendendole "spendibili" e "replicabili" in altri contesti nazionali.
L'obbiettivo generale voleva definire un processo che partisse dall'intercettare precoce dei giovani vulnerabili attraverso una stretta collaborazione con il Pronto Soccorso, per poi attivare dei processi dedicati agli approfondimenti delle dinamiche socio educative, anche famigliari, con il supporto di una mini équipe muldisciplinare come alternativa al setting del Ser.D. che indicativamente si occupa della presa in carico della dipendenza conclamata.
Le azioni poste in essere sono state caratterizzate dalla collaborazione interistituzionale e intraaziendale con la partecipazione del Pronto soccorso, della Centrale Unica del Soccorso (CUS), delle politiche sociali e con la direzione strategica dell'Azienda USL della Valle d'Aosta.

Si è proceduto a definire un cronoprogramma condiviso che ha portato ai seguenti risultati:

- **Intercettazione precoce dei giovani vulnerabili.**

Il progetto si è incentrato sull'intercettazione dei giovani vulnerabili attraverso:
· lo studio e la realizzazione di una formazione specifica anche per gli operatori di Pronto Soccorso e in particolare per gli infermieri (inclusi quelli addetti al Triage);
· lo studio e la realizzazione di un protocollo di rete tra Pronto Soccorso, reparti di degenza ospedaliera e Ser.D, attraverso la strutturazione di un codice dedicato che faciliti la registrazione e la rilevazione dei casi sia per consentire una pronta intercettazione da parte della micro équipe dedicata, sia ai fini epidemiologici;
· l'attivazione di un codice specifico da utilizzare nei casi di abuso alcolico da parte di un minore;

La collaborazione con il Pronto Soccorso e la CUS ha rappresentato un momento di crescita e di scambio professionali. I corsi di formazione studiati e tenuti dagli operatori del Ser.D. non solo sulle dipendenze, ma anche sulle tematiche riguardanti l'adolescenza e la pre-adolescenza, hanno effettivamente aiutato gli operatori del PS e della CUS a comprendere meglio la portata del fenomeno, attivando una collaborazione più stretta tra colleghi di diverse discipline.

- **Attivazione di una micro équipe del Ser.D per colloqui conoscitivi, di supporto e di consulenza dedicati ai giovani e alle loro famiglie in seguito all'accesso in Pronto Soccorso.**

Si è ritenuto necessario promuovere la realizzazione di una mini équipe dedicata ai giovanissimi e che operasse al di fuori del contesto del Ser.D.. L'équipe multiprofessionale è diventata un riferimento attivo nella prevenzione secondaria ed è percepita anche dai famigliari come un supporto alle situazioni definite "a rischio".
Si è proceduto come segue:
· creazione della micro équipe dedicata ai giovani vulnerabili;

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

· creazione di un percorso di aggancio e presa in carico precoci dei giovani vulnerabili e consumatori a rischio;
· miglioramento del supporto ai giovani interessati ed ai loro familiari;
· promozione della montagna terapia e di altre attività outdoor per una diversa qualificazione del tempo libero e della socialità da parte dei giovani e dei giovanissimi

Concretamente l'équipe ha realizzato "Re-attivi", un progetto nel progetto che ha favorito la creazione di spazi riabilitativi e socializzanti per i giovani vulnerabili intercettati, attraverso attività sportive ed il gioco degli scacchi.
Sono state organizzate attività di outdoor e escursioni in montagna con la collaborazione della UISP, promuovendo l'attività sportiva come sostegno alle fatiche evolutive e prodromiche al superamento delle barriere e degli ostacoli attraverso lo sviluppo della "resistenza" e della "tenuta", accettando le frustrazioni e concentrandosi sulla soddisfazione data dal raggiungimento del risultato prefisso.
Ponendo i giovani a confronto con i propri limiti ha fatto sì che li riconoscessero, li accettassero, ma soprattutto li affrontassero superandoli e stimolando l'apprendimento di nuove competenze individuali e abilità socio-relazionali nel gruppo dei pari.

Un altro progetto nel progetto ha preso il nome di "Sotto il cielo azzurro". Il progetto, a carattere riabilitativo, ha promosso attività per giovani in carico al Ser.D per il superamento dei problemi di *Binge Drinking* e di dipendenza. Il percorso terapeutico si è integrato con un'esperienza emozionante in mongolfiera. L'attività ha favorito la consapevolezza di poter vivere emozioni forti e sane attraverso un processo di cambiamento positivo senza "ausili" artificiali.

- **Contrasto alla disinformazione, mediante attività di informazione e formazione e con l'implementazione del sapere esperienziale (peer to peer).**

La recente diffusione del fenomeno del *Binge Drinking* ha determinato la necessità di proporre un'informazione corretta ai ragazzi in età scolare e ai loro insegnanti. Gli operatori del Ser.D. hanno studiato e realizzato un'attività che fosse formativa, ma al tempo stesso potesse sviluppare un messaggio efficace nella comunicazione peer to peer per contrasto all'uso dell'alcol come "mediatore" delle difficoltà evolutive e strumento di socialità.
Il Ser.D. ha, quindi, proposto alle classi secondarie di primo e secondo grado una *challenge* sul tema della prevenzione del Binge Drinking. Gli studenti hanno seguito gli incontri di formazione insieme ai loro insegnanti e sono stati invitati a progettare e realizzare un messaggio per i loro coetanei che veicolasse le tematiche trattate e avesse come obbiettivo il contrasto del fenomeno del *Binge Drinking*.
Sotto la guida dei loro insegnanti i ragazzi hanno prodotto video, cortometraggi, spot, foto, audio, animazioni varie, gif molto interessanti e creativi, segno di un gradimento dell'attività proposta e del loro coinvolgimento attivo.
Una commissione individuata dall'Azienda USL Valle d'Aosta ha valutato i prodotti pervenuti secondo i criteri di originalità, di pertinenza e di efficacia. La "*Challenge Binge Drinking*" ha coinvolto gli studenti in maniera attiva e tra pari, consentendo loro di confrontarsi sui contenuti appresi e sugli aspetti critici, stimolando la comunicazione efficace e l'empowerment. Le prime tre classi classificate sono state premiate nel corso di un evento finale, avvenuto al Palazzo Regionale nella sala Maria Ida Viglino il 24 maggio 2024 alla presenza delle autorità.
Sottolineo che la Challenge ha previsto la premiazione dei vincitori nel corso dell'evento finale e che i premi sono stati acquistati dall'Azienda USL della Valle d'Aosta cofinanziando parte del progetto.
Hanno partecipato 10 classi per un numero complessivo di 190 alunni interessati.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

- **Miglioramento della formazione e dell'informazione dedicate ai professionisti della salute e agli attori sociali coinvolti (amministrazioni comunali, Pro Loco, realtà associative).**

L'abbassamento dell'età legata al consumo di alcol e il diffondersi del Binge Drinking, ha generato **la necessità di creare una campagna di sensibilizzazione**.
La costruzione dei messaggi informativi si è incardinata:
· sull'incremento della consapevolezza dei problemi alcolcorrelati da parte dei gestori dei pubblici esercizi di somministrazione di alcolici;
· sul contrasto all'uso dell'alcol come "mediatore" delle difficoltà evolutive;
· sulle alternative legate alla qualificazione del tempo libero e della socialità da parte dei giovani e dei giovanissimi anche attraverso attività di outdoor.
Il processo di realizzazione della campagna è stato caratterizzato da una forte partecipazione inter istituzionale al fine di garantirne l'efficacia e aumentarne la promozione sul territorio in maniera più capillare possibile.
Il Ser.D. ha, quindi, promosso una serie di azioni cardine del processo di formazione e informazione presso le amministrazioni comunali, le pro loco e le realtà associative.
Sono stati elaborati e realizzati i percorsi formativi dedicati ai servizi, alle realtà associative, alle pro loco e alle agenzie educative che, a vario titolo, si interfacciano con i giovani.
Le azioni informative e formative possono essere di seguito riassunte:
· incontri periodici con le equipe dei servizi pubblici e privati che lavorano con gli adolescenti;
· incontri con gli amministratori locali e i tecnici del settore, come le assistenti sociali, per favorire una riflessione sulla cultura alcolica presente nel proprio territorio e sulla promozione della salute;
· incontri con i presidenti delle Pro Loco per favorire il contrasto alla cultura tollerante nei confronti del consumo di alcol tra i giovanissimi e giovanissimi, attraverso la conoscenza dei falsi miti e dei danni veri;
· incontri con i gestori dei locali per promuovere esperienze di intercettazione precoce;
· incontri con le società sportive allo scopo di favorire alleanze educative, anche individuando e riattivando spazi di aggregazione per i giovani.
La campagna di formazione e di informazione si è articolata anche attraverso la realizzazione di prodotti comunicativi con un design grafico giovanile, visivamente attraente e con un linguaggio semplice ed accessibile.
Sono stati installati dei totem e distribuiti dei *dépliants* negli ambulatori pediatrici, nel consultorio adolescenti e nei consultori familiari di tutto il territorio valdostano.
Nella diffusione del materiale comunicativo con contenuti chiari ed esplicativi a contrasto del *Binge Drinking* sono stati impiegati sia i canali informativi ufficiali che i principali social. Grazie alla collaborazione di Confcommercio, della rete delle Pro Loco e il CELVA (Consorzio Enti Locali della Valle d'Aosta).
Si segnala che nel comune di Arvier, posto nell'alta valle, il progetto di prevenzione all'uso di alcolici e sostanze nei giovani si è concretizzato attraverso l'attivazione di una unità di strada durante le manifestazioni estive (palchetti, sagre etc.) e, aldilà, delle aspettative è diventato un punto di incontro e di confronto.

Tutto il materiale prodotto e realizzato nell'arco del progetto è a disposizione e consta di:

- i contenuti della formazione realizzata nei vari contesti;
- il codice di segnalazione di pronto soccorso;
- il protocollo di collaborazione con il pronto soccorso;
- il materiale grafico;
- il materiale prodotto dagli studenti delle scuole per il progetto "*Challenge Binge Drinking*";
- il materiale fotografico che documenta la campagna di formazione di informazione.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Conclusioni.
L'analisi e la valutazione dell'operato fa emergere un quadro di rinnovata attenzione nei confronti delle problematiche legate al consumo di alcol, sia da un punto di vista culturale sia da un punto di vista legato alla prevenzione primaria e secondaria. Aldilà delle criticità che, inevitabilmente un progetto così complesso comporta, il fondo ha permesso, nel complesso, di andare oltre alla realizzazione di iniziative *pro tempore* attivando procedure e buone prassi nell'intercettazione dei giovani vulnerabili a rischio. La forte partecipazione inter istituzionale ha permesso, inoltre, di promuovere un cambiamento culturale attenzionando la problematica del *Binge Drinking* non come una "Goliardata", ma come un problema emergente e di implementare politiche dedicate alla riqualificazione del tempo libero, specialmente dei più giovani.

Bibliografia
AA.VV., *Libro Bianco. "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcologia italiana"*, Roma: Ministero della Salute, 2022;
AA.VV., *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: anno 2021*, Roma: Ministero della Salute, 2022;
Deliberazione della Giunta Regionale della Valle d'Aosta n. 1654 del 6 dicembre 2021 "Approvazione
del Piano regionale della prevenzione 2021-2025, in attuazione delle Intese Stato-Regioni del 6 agosto
2020 e del 5 maggio 2021. Prenotazione di spesa".

Progetto: "Contrasto al binge drinking: interventi a favore dei giovani vulnerabili"
REGIONE VENETO
ABSTRACT a cura dei referenti scientifici: Dott.ssa Amalia Manzan e Dott. Giovanni Greco

Le aree di montagna della Regione del Veneto sono caratterizzate da un ridotto numero di spazi socializzanti utilizzabili dai giovani. Questi soffrono per un senso di alienazione e isolamento: il bar è uno dei principali luoghi di ritrovo e di condivisione. Nei locali dei bar si consuma alcol in maniera smodata, in particolare nel fine settimana, secondo un modello importato dal nord Europa (*binge drinking*). Altre occasioni per grandi bevute sono le sagre paesane, le conclusioni di manifestazioni sportive, il termine di percorsi scolastici e universitari. Inoltre, nel Veneto gli effetti distruttivi sono potenziati da una cultura che tollera e favorisce il consumo di alcol anche tra i giovanissimi.
Il progetto si prefigge di intercettare le situazioni problematiche di questo tipo nella popolazione del territorio delle Aziende ULSS 1 Dolomiti e 7 Pedemontana, nella fascia di età dagli 11 ai 18 anni di età.
Per la realizzazione di quanto proposto si è prevista la creazione di un codice specifico per il Pronto Soccorso da utilizzare nei casi di abuso alcolico da parte di un minore; il coinvolgimento di tutti gli attori sociali (inclusi i gestori di sagre e locali) e delle famiglie, anche attraverso percorsi di formazione e informazione; la promozione di una maggiore consapevolezza del problema da parte dei Professionisti della Salute e l'attivazione di una *microequipe* del Ser.D per colloqui di supporto post accesso ai servizi ospedalieri; la realizzazione di attività e laboratori outdoor rivolti a ragazzi/e e giovani.
Il metodo utilizzato è di tipo partecipativo ed è fondato sul confronto nell'ambito di gruppi di lavoro.

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

APPENDICE

Tabelle e Grafici

Paragrafo 1.9 “Alcoldipendenza: i servizi alcologici e l’utenza”

Tab.1- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI ANNO 2023

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	TOTALE
PIEMONTE	60	-	-	1	61
VALLE D'AOSTA	-	1	-	-	1
LOMBARDIA	23	-	-	9	32
P. A. BOLZANO	5	1	-	-	6
P. A. TRENTO	1	-	-	-	1
VENETO	16	1	-	8	25
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	-	-	-	6
LIGURIA	6	-	-	-	6
EMILIA ROMAGNA	10	-	-	25	35
TOSCANA	36	-	1	-	37
UMBRIA	11	-	-	-	11
MARCHE	14	-	1	1	16
LAZIO	19	-	1	12	32
ABRUZZO	6	-	-	-	6
MOLISE	5	-	-	1	6
CAMPANIA	30	-	-	-	30
PUGLIA	48	-	-	4	52
BASILICATA	5	-	-	2	7
CALABRIA	8	-	-	6	14
SICILIA	47	-	-	2	49
SARDEGNA	8	-	-	1	9
ITALIA	**364**	**3**	**3**	**72**	**442**

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Tab. 2 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2023

REGIONE	MEDICI			PSICOLOGI			ASSISTENTI SOCIALI			EDUCATORI PROFESSIONALI		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	11	91	102	7	88	95	8	65	73	13	101	114
VALLE D'AOSTA	1	2	3	1	4	5	2	3	5	2	3	5
LOMBARDIA	10	77	87	10	73	83	11	63	74	7	42	49
PROV.AUTON.BOLZANO	4	8	12	9	27	36	2	6	8	2	1	3
PROV.AUTON.TRENTO	1	5	6	0	2	2	0	4	4	1	4	5
VENETO	9	39	48	7	39	46	8	36	44	8	44	52
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	13	19	7	12	19	6	8	14	5	5	10
LIGURIA	3	31	34	0	26	26	0	28	28	1	14	15
EMILIA ROMAGNA												
TOSCANA	6	70	76	2	53	55	2	50	52	4	39	43
UMBRIA	2	15	17	2	12	14	2	10	12	0	4	4
MARCHE	2	31	33	1	28	29	2	22	24	0	8	8
LAZIO	23	82	105	28	78	106	9	41	50	0	3	3
ABRUZZO	7	16	23	6	9	15	4	12	16	1	5	6
MOLISE	2	10	12	1	3	4	2	6	8	0	0	0
CAMPANIA	30	91	121	16	83	99	14	52	66	3	23	26
PUGLIA	3	73	76	1	74	75	2	73	75	1	44	45
BASILICATA	3	10	13	5	7	12	2	3	5	7	5	12
CALABRIA	13	19	32	7	9	16	8	8	16	2	2	4
SICILIA	0	81	81	0	52	52	0	70	70	0	7	7
SARDEGNA	10	11	21	6	6	12	4	7	11	4	5	9
ITALIA	**146**	**775**	**921**	**116**	**685**	**801**	**88**	**567**	**655**	**61**	**359**	**420**

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

REGIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI			AMMINISTRATIVI			ALTRO			TOTALE		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	11	119	130	3	23	26	6	25	31	59	512	571
VALLE D'AOSTA	2	4	6	2	2	4	2	2	4	12	20	32
LOMBARDIA	8	93	101	3	24	27	1	1	2	50	373	423
PROV.AUTON.BOLZANO	3	15	18	1	6	7	0	2	2	21	65	86
PROV.AUTON.TRENTO	2	1	3	0	0	0	5	1	6	9	17	26
VENETO	10	72	82	2	11	13	4	16	20	48	257	305
FRIULI VENEZIA GIULIA	25	22	47	1	5	6	6	0	6	56	65	121
LIGURIA	2	61	63	0	6	6	0	5	5	6	171	177
EMILIA ROMAGNA										0	0	0
TOSCANA	12	92	104	0	4	4	0	8	8	26	316	342
UMBRIA	5	15	20	0	2	2	1	1	2	12	59	71
MARCHE	0	35	35	0	11	11	0	15	15	5	150	155
LAZIO	43	80	123	0	7	7	22	26	48	125	317	442
ABRUZZO	11	16	27	1	3	4	1	3	4	31	64	95
MOLISE	6	18	24	0	0	0	1	0	1	12	37	49
CAMPANIA	31	110	141	4	12	16	1	14	15	99	385	484
PUGLIA	3	144	147	0	9	9	0	14	14	10	431	441
BASILICATA	16	10	26	0	3	3	4	7	11	37	45	82
CALABRIA	11	23	34	3	1	4	0	3	3	44	65	109
SICILIA	0	115	115	0	7	7	0	21	21	0	353	353
SARDEGNA	20	14	34	2	2	4	0	2	2	46	47	93
ITALIA	**221**	**1.059**	**1.280**	**22**	**138**	**160**	**54**	**166**	**220**	**708**	**3.749**	**4.457**

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

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

UTENTI TOTALI

REGIONE	2018				2019				2020				2021				2022				2023			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	2.752	1.108	3.860	2,5	4.931	1.706	6.637	2,9	4.369	1.536	5.905	2,8	4.302	1.586	5.888	2,7	4.320	1.548	5.868	2,8	4.092	1.482	5.574	2,8
VALLE D'AOSTA	216	68	284	3,2	228	82	310	2,8	208	85	293	2,4	230	84	314	2,7	228	92	320	2,5	227	102	329	2,2
LOMBARDIA	8.391	2.375	10.766	3,5	8.862	2.699	11.561	3,3	6.189	1.901	8.090	3,3	7.473	2.319	9.792	3,2	5.472	1.723	7.195	3,2	5.280	1.663	6.943	3,2
PROV.AUTON.BOLZANO	2.169	574	2.743	3,8	2.226	581	2.807	3,8	1.998	559	2.557	3,6	2.104	550	2.654	3,8	2.160	555	2.715	3,9	2.249	599	2.848	3,8
PROV.AUTON.TRENTO	1.944	350	2.294	5,6	1.850	352	2.202	5,3	1.651	318	1.969	5,2	1.766	341	2.107	5,2	1.934	392	2.326	4,9	1.845	542	2.387	3,4
VENETO	7.327	2.709	10.036	2,7	3.011	813	3.824	3,7	6.344	2.158	8.502	2,9	4.277	1.389	5.666	3,1	5.714	1.899	7.613	3,0	5.476	1.762	7.238	3,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.716	873	3.589	3,1	2.556	798	3.354	3,2	2.383	755	3.138	3,2	2.398	808	3.206	3,0	2.480	826	3.306	3,0	2.935	946	3.881	3,1
LIGURIA	1.399	522	1.921	2,7	1.412	545	1.957	2,6	1.325	561	1.886	2,4	1.458	600	2.058	2,4	1.431	585	2.016	2,4	1.404	697	2.101	2,0
EMILIA ROMAGNA	3.765	1.520	5.285	2,5	4.208	1.722	5.930	2,4	3.970	1.658	5.628	2,4	3.887	1.646	5.533	2,4	3.767	1.621	5.388	2,3	4.136	1.799	5.935	2,3
TOSCANA	3.956	1.471	5.427	2,7	4.024	1.539	5.563	2,6	3.697	1.434	5.131	2,6	3.787	1.547	5.334	2,4	3.756	1.488	5.244	2,5	3.538	1.472	5.010	2,4
UMBRIA	2.404	612	3.016	3,9	2.195	567	2.762	3,9	1.430	511	1.941	2,8	2.065	639	2.704	3,2	806	326	1.132	2,5	1.105	435	1.540	2,5
MARCHE	1.300	524	1.824	2,5	1.562	565	2.127	2,8	1.306	536	1.842	2,4	1.330	523	1.853	2,5	1.118	416	1.534	2,7	1.628	609	2.237	2,7
LAZIO	627	235	862	2,7	1.921	659	2.580	2,9	2.513	903	3.416	2,8	2.114	771	2.885	2,7	2.583	920	3.503	2,8	2.866	1.095	3.961	2,6
ABRUZZO	1.008	227	1.235	4,4	882	220	1.102	4,0	965	216	1.181	4,5	797	180	977	4,4	719	184	903	3,9	541	144	685	3,8
MOLISE	276	54	330	5,1	282	56	338	5,0	302	53	355	5,7	277	65	342	4,3	270	73	343	3,7	149	42	191	3,5
CAMPANIA	2.665	532	3.197	5,0	2.967	582	3.549	5,1	2.359	486	2.845	4,9	2.130	387	2.517	5,5	2.698	543	3.241	5,0	2.983	588	3.571	5,1
PUGLIA	2.034	456	2.490	4,5	1.325	320	1.645	4,1	2.014	444	2.458	4,5	1.435	309	1.744	4,6	1.460	336	1.796	4,3	1.882	438	2.320	4,3
BASILICATA	384	70	454	5,5	526	114	640	4,6	386	87	473	4,4	409	112	521	3,7	475	112	587	4,2	477	120	597	4,0
CALABRIA	988	149	1.137	6,6	1.009	155	1.164	6,5	319	64	383	5,0	850	156	1.006	5,4	1.093	199	1.292	5,5	1.449	241	1.690	6,0
SICILIA	1.499	309	1.808	4,9	2.751	579	3.330	4,8	3.435	737	4.172	4,7	3.358	719	4.077	4,7	3.070	651	3.721	4,7	3.060	703	3.763	4,4
SARDEGNA	2.131	530	2.661	4,0	1.625	380	2.005	4,3	1.873	489	2.362	3,8	1.817	495	2.312	3,7	2.277	566	2.843	4,0	1.666	389	2.055	4,3
ITALIA	**49.951**	**15.268**	**65.219**	**3,3**	**50.353**	**15.034**	**65.387**	**3,3**	**49.036**	**15.491**	**64.527**	**3,2**	**48.264**	**15.226**	**63.490**	**3,7**	**47.831**	**15.055**	**62.886**	**3,2**	**48.988**	**15.868**	**64.856**	**3,1**

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

UTENTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI

REGIONE	2018				2019				2020				2021				2022				2023			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	1.798	656	2.454	2,7	3.626	1.300	4.926	2,8	3.474	1.264	4.738	2,7	3.357	1.275	4.632	2,6	3.244	1.237	4.481	2,6	2.975	1.169	4.144	2,5
VALLE D'AOSTA	208	59	267	3,5	220	76	296	2,9	183	72	255	2,5	222	80	302	2,8	202	86	288	2,3	199	86	285	2,3
LOMBARDIA	5.871	1.596	7.467	3,7	6.337	1.935	8.272	3,3	4.641	1.428	6.069	3,2	5.369	1.601	6.970	3,4	3.895	1.205	5.100	3,2	3.665	1.134	4.799	3,2
PROV.AUTON.BOLZANO	1.699	444	2.143	3,8	1.775	444	2.219	4,0	1.676	457	2.133	3,7	1.670	431	2.101	3,9	1.651	429	2.080	3,8	1.784	464	2.248	3,8
PROV.AUTON.TRENTO	1.391	244	1.635	5,7	1.218	246	1.464	5,0	1.143	215	1.358	5,3	1.214	227	1.441	5,3	1.316	264	1.580	5,0	1.486	418	1.904	3,6
VENETO	5.747	2.192	7.939	2,6	2.178	579	2.757	3,8	4.941	1.657	6.598	3,0	3.335	1.096	4.431	3,0	4.130	1.379	5.509	3,0	3.950	1.290	5.240	3,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.020	655	2.675	3,1	1.815	589	2.404	3,1	1.747	581	2.328	3,0	1.818	624	2.442	2,9	1.942	637	2.579	3,0	2.270	721	2.991	3,1
LIGURIA	1.066	407	1.473	2,6	1.092	430	1.522	2,5	1.045	468	1.513	2,2	1.131	472	1.603	2,4	1.055	455	1.510	2,3	1.071	530	1.601	2,0
EMILIA ROMAGNA	2.950	1.217	4.167	2,4	3.264	1.359	4.623	2,4	3.254	1.345	4.599	2,4	2.990	1.294	4.284	2,3	2.944	1.280	4.224	2,3	3.128	1.381	4.509	2,3
TOSCANA	2.986	1.145	4.131	2,6	2.980	1.160	4.140	2,6	2.890	1.135	4.025	2,5	2.923	1.152	4.075	2,5	2.946	1.145	4.091	2,6	2.763	1.142	3.905	2,4
UMBRIA	979	232	1.211	4,2	739	199	938	3,7	1.027	383	1.410	2,7	917	353	1.270	2,6	261	122	383	2,1	307	115	422	2,7
MARCHE	915	388	1.303	2,4	1.143	423	1.566	2,7	1.026	428	1.454	2,4	961	380	1.341	2,5	783	299	1.082	2,6	1.204	462	1.666	2,6
LAZIO	432	177	609	2,4	1.065	372	1.437	2,9	1.511	565	2.076	2,7	1.453	528	1.981	2,8	1.528	544	2.072	2,8	1.722	679	2.401	2,5
ABRUZZO	699	164	863	4,3	627	156	783	4,0	728	154	882	4,7	590	124	714	4,8	561	126	687	4,5	405	113	518	3,6
MOLISE	211	42	253	5,0	200	42	242	4,8	223	46	269	4,8	229	52	281	4,4	218	53	271	4,1	111	33	144	3,4
CAMPANIA	2.100	413	2.513	5,1	2.276	452	2.728	5,0	1.945	376	2.321	5,2	1.657	286	1.943	5,8	2.074	371	2.445	5,6	2.345	405	2.750	5,8
PUGLIA	1.516	326	1.842	4,7	1.030	222	1.252	4,6	1.670	358	2.028	4,7	1.086	212	1.298	5,1	1.085	235	1.320	4,6	1.431	309	1.740	4,6
BASILICATA	293	56	349	5,2	428	95	523	4,5	275	67	342	4,1	284	75	359	3,8	336	79	415	4,3	342	92	434	3,7
CALABRIA	582	84	666	6,9	535	89	624	6,0	207	46	253	4,5	414	86	500	4,8	786	146	932	5,4	547	114	661	4,8
SICILIA	1.160	230	1.390	5,0	2.090	436	2.526	4,8	2.714	528	3.242	5,1	2.640	529	3.169	5,0	2.271	474	2.745	4,8	2.171	463	2.634	4,7
SARDEGNA	1.561	406	1.967	3,8	1.229	299	1.528	4,1	1.475	392	1.867	3,8	1.448	386	1.834	3,8	1.852	464	2.316	4,0	1.123	278	1.401	4,0
ITALIA	**36.184**	**11.133**	**47.317**	**3,3**	**35.867**	**10.903**	**46.770**	**3,3**	**37.795**	**11.965**	**49.760**	**3,2**	**35.708**	**11.263**	**46.971**	**3,2**	**35.080**	**11.030**	**46.110**	**3,2**	**34.999**	**11.398**	**46.397**	**3,1**

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

UTENTI NUOVI

REGIONE	2018				2019				2020				2021				2022				2023			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	954	452	1.406	2,1	1.305	406	1.711	3,2	895	272	1.167	3,3	945	311	1.256	3,0	1.076	311	1.387	3,5	1.117	313	1.430	3,6
VALLE D'AOSTA	8	9	17	0,9	8	6	14	1,3	25	13	38	1,9	8	4	12	2,0	26	6	32	4,3	28	16	44	1,8
LOMBARDIA	2.520	779	3.299	3,2	2.525	764	3.289	3,3	1.548	473	2.021	3,3	2.104	718	2.822	2,9	1.577	518	2.095	3,0	1.615	529	2.144	3,1
PROV.AUTON.BOLZANO	470	130	600	3,6	451	137	588	3,3	322	102	424	3,2	434	119	553	3,6	509	126	635	4,0	465	135	600	3,4
PROV.AUTON.TRENTO	553	106	659	5,2	632	106	738	6,0	508	103	611	4,9	552	114	666	4,8	618	128	746	4,8	359	124	483	2,9
VENETO	1.580	517	2.097	3,1	833	234	1.067	3,6	1.403	501	1.904	2,8	942	293	1.235	3,2	1.584	520	2.104	3,0	1.526	472	1.998	3,2
FRIULI VENEZIA GIULIA	696	218	914	3,2	741	209	950	3,5	636	174	810	3,7	580	184	764	3,2	538	189	727	2,8	665	225	890	3,0
LIGURIA	333	115	448	2,9	320	115	435	2,8	280	93	373	3,0	327	128	455	2,6	376	130	506	2,9	333	167	500	2,0
EMILIA ROMAGNA	815	303	1.118	2,7	944	363	1.307	2,6	716	313	1.029	2,3	897	352	1.249	2,5	823	341	1.164	2,4	1.008	418	1.426	2,4
TOSCANA	970	326	1.296	3,0	1.044	379	1.423	2,8	807	299	1.106	2,7	864	395	1.259	2,2	810	343	1.153	2,4	775	330	1.105	2,3
UMBRIA	1.425	380	1.805	3,8	1.456	368	1.824	4,0	403	128	531	3,1	1.148	286	1.434	4,0	545	204	749	2,7	798	320	1.118	2,5
MARCHE	385	136	521	2,8	419	142	561	3,0	280	108	388	2,6	369	143	512	2,6	335	117	452	2,9	424	147	571	2,9
LAZIO	195	58	253	3,4	856	287	1.143	3,0	1.002	338	1.340	3,0	661	243	904	2,7	1.055	376	1.431	2,8	1.144	416	1.560	2,8
ABRUZZO	309	63	372	4,9	255	64	319	4,0	237	62	299	3,8	207	56	263	3,7	158	58	216	2,7	136	31	167	4,4
MOLISE	65	12	77	5,4	82	14	96	5,9	79	7	86	11,3	48	13	61	3,7	52	20	72	2,6	38	9	47	4,2
CAMPANIA	565	119	684	4,7	691	130	821	5,3	414	110	524	3,8	473	101	574	4,7	624	172	796	3,6	638	183	821	3,5
PUGLIA	518	130	648	4,0	295	98	393	3,0	344	86	430	4,0	349	97	446	3,6	375	101	476	3,7	451	129	580	3,5
BASILICATA	91	14	105	6,5	98	19	117	5,2	111	20	131	5,6	125	37	162	3,4	139	33	172	4,2	135	28	163	4,8
CALABRIA	406	65	471	6,2	474	66	540	7,2	112	18	130	6,2	436	70	506	6,2	307	53	360	5,8	902	127	1.029	7,1
SICILIA	339	79	418	4,3	661	143	804	4,6	721	209	930	3,4	718	190	908	3,8	799	177	976	4,5	889	240	1.129	3,7
SARDEGNA	570	124	694	4,6	396	81	477	4,9	398	97	495	4,1	369	109	478	3,4	425	102	527	4,2	543	111	654	4,9
ITALIA	**13.767**	**4.135**	**17.902**	**3,3**	**14.486**	**4.131**	**18.617**	**3,5**	**11.241**	**3.526**	**14.767**	**3,2**	**12.556**	**3.963**	**16.519**	**3,2**	**12.751**	**4.025**	**16.776**	**3,2**	**13.989**	**4.470**	**18.459**	**3,1**

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Tab.4- DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2023

CLASSI DI ETA'	Nuovi utenti						Utenti già in carico o rientrati						Totale utenti					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<20	214	1,5	81	1,8	295	1,6	198	0,6	78	0,7	276	0,6	412	0,8	159	1,0	571	0,9
20-29	1.468	10,5	443	9,9	1.911	10,4	1.781	5,1	596	5,2	2.377	5,1	3.249	6,6	1.039	6,5	4.288	6,6
30-39	2.698	19,3	831	18,6	3.529	19,1	5.087	14,5	1.380	12,1	6.467	13,9	7.785	15,9	2.211	13,9	9.996	15,4
40-49	3.858	27,6	1.210	27,1	5.068	27,5	9.521	27,2	2.963	26,0	12.484	26,9	13.379	27,3	4.173	26,3	17.552	27,1
50-59	3.593	25,7	1.162	26,0	4.755	25,8	11.166	31,9	3.677	32,3	14.843	32,0	14.759	30,1	4.839	30,5	19.598	30,2
>=60	2.158	15,4	743	16,6	2.901	15,7	7.246	20,7	2.704	23,7	9.950	21,4	9.404	19,2	3.447	21,7	12.851	19,8
TOTALE	**13.989**	**100,0**	**4.470**	**100,0**	**18.459**	**100,0**	**34.999**	**100,0**	**11.398**	**100,0**	**46.397**	**100,0**	**48.988**	**100,0**	**15.868**	**100,0**	**64.856**	**100,0**

Tab.5 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%) - ANNO 2023

REGIONE	SUPERALCOLICI			APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI			VINI			BIRRA			ALTRO		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	9,7	10,0	9,8	4,3	4,0	4,2	38,3	47,1	40,7	29,0	22,0	27,1	18,7	16,8	18,2
VALLE D'AOSTA	7,4	10,3	8,3	1,5	1,0	1,3	33,5	35,1	34,0	25,1	22,7	24,3	32,5	30,9	32,0
LOMBARDIA	11,0	10,6	10,9	5,1	5,6	5,2	36,4	51,3	39,8	40,6	26,1	37,3	6,8	6,5	6,7
PROV.AUTON.BOLZANO	6,9	0,0	4,8	1,7	3,8	2,4	48,3	76,9	57,1	43,1	19,2	35,7	0,0	0,0	0,0
PROV.AUTON.TRENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	7,8	6,9	7,6	5,6	7,5	6,1	51,9	56,6	53,2	28,5	23,7	27,2	6,2	5,3	5,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	4,1	5,9	4,6	4,0	8,3	5,1	43,0	47,2	44,0	27,7	19,4	25,7	21,1	19,1	20,6
LIGURIA	14,5	15,1	14,7	6,8	6,2	6,6	36,0	50,5	39,5	40,5	26,3	37,1	2,2	1,9	2,1
EMILIA ROMAGNA	11,9	10,2	11,4	4,7	5,3	4,9	45,6	59,2	49,8	36,7	24,6	33,0	1,1	0,7	1,0
TOSCANA	12,6	9,9	11,8	6,7	7,2	6,8	46,9	52,5	48,5	29,1	25,9	28,1	4,8	4,5	4,7
UMBRIA	15,8	8,7	13,7	10,4	7,2	9,4	43,3	55,7	47,0	30,5	28,4	29,9	0,0	0,0	0,0
MARCHE	6,6	7,4	6,8	3,6	2,6	3,3	38,1	48,3	40,9	22,1	16,7	20,6	29,7	24,9	28,4
LAZIO	7,6	7,2	7,5	3,4	3,6	3,5	21,6	29,0	23,6	24,2	21,3	23,4	43,1	38,9	42,0
ABRUZZO	17,2	20,1	17,8	3,2	5,7	3,8	46,0	34,0	43,3	31,5	39,6	33,3	2,1	0,6	1,8
MOLISE	10,8	9,3	10,5	9,0	4,7	8,1	35,3	37,2	35,7	26,9	30,2	27,6	18,0	18,6	18,1
CAMPANIA	17,6	13,5	16,9	9,3	10,0	9,4	43,9	48,7	44,7	29,1	27,8	28,9	0,0	0,0	0,0
PUGLIA	19,0	13,6	18,0	7,1	10,0	7,6	34,8	43,4	36,4	34,6	26,9	33,2	4,5	6,1	4,8
BASILICATA	16,7	13,6	16,1	9,4	15,2	10,5	35,1	27,3	33,6	34,0	27,3	32,8	4,9	16,7	7,1
CALABRIA	11,3	11,0	11,3	7,0	8,9	7,3	37,7	46,7	39,0	28,3	27,6	28,2	15,7	5,7	14,2
SICILIA	17,7	16,2	17,5	8,3	8,3	8,3	33,7	38,5	34,6	37,3	32,8	36,5	2,8	4,2	3,1
SARDEGNA	4,8	3,1	4,5	2,5	5,8	3,1	22,1	25,2	22,7	25,0	21,4	24,3	0,0	0,0	0,0
ITALIA	11,4	9,9	11,1	5,8	6,4	5,9	40,0	48,9	42,2	32,4	24,9	30,5	10,4	10,0	10,3

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Tab.6 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2022

REGIONE	*Medico farmacologico ambulatoriale*	*Psicoterapeutico*		*Counseling all'utente o alla famiglia*	*Inserimento nei gruppi di auto/muto aiuto*	*Trattamento socio-riabilitativo*	*Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.*	*Ricovero ospedaliero o day hospital per:*			*Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:*			*Altro*
		individuale	di gruppo o familiare					sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	
PIEMONTE	25,0	6,7	1,5	26,9	1,8	24,8	3,0	0,8	0,4	0,2	2,7	0,0	0,3	6,0
VALLE D'AOSTA	28,4	9,9	4,4	13,7	1,2	17,9	6,0	5,7	5,8	7,2	0,0	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	28,7	13,5	4,7	27,9	2,1	17,6	2,7	0,9	0,6	0,1	0,9	0,2	0,0	0,0
PROV.AUTON.BOLZANO	26,1	29,0	0,0	30,5	0,0	10,9	1,3	0,6	0,3	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0
PROV.AUTON.TRENTO	36,4	0,8	0,0	43,7	3,1	13,0	0,5	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0
VENETO	31,4	6,0	2,8	25,8	8,3	18,2	3,5	1,3	0,9	0,0	1,1	0,0	0,0	0,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	24,7	10,0	9,2	22,1	4,7	12,7	3,3	3,4	1,8	0,0	0,4	0,0	7,5	0,0
LIGURIA	28,2	9,6	2,3	31,8	1,7	18,9	3,3	2,1	0,4	0,1	0,5	0,0	0,0	1,1
EMILIA ROMAGNA	46,9	4,4	0,7	5,9	0,7	24,5	6,4	0,4	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0	9,8
TOSCANA	31,4	2,9	0,6	25,6	8,4	19,4	2,9	0,5	1,2	0,1	1,4	3,9	0,1	1,7
UMBRIA	25,6	11,6	4,6	36,2	4,4	11,9	1,5	1,2	0,4	0,0	1,5	0,1	0,0	1,0
MARCHE	37,0	7,8	1,9	29,2	1,9	12,4	2,6	2,2	0,5	0,0	2,8	0,1	0,0	1,6
LAZIO	40,7	12,8	1,9	24,0	1,3	6,6	3,4	3,0	0,6	0,4	1,5	0,2	0,0	3,5
ABRUZZO	21,4	5,8	0,5	27,8	5,0	9,8	14,6	0,4	0,2	0,0	1,2	0,7	0,0	12,6
MOLISE	24,8	5,0	1,4	48,1	3,5	10,0	5,8	0,6	0,5	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
CAMPANIA	32,8	12,0	3,2	29,8	3,2	8,1	2,9	1,1	1,7	0,0	1,1	0,3	0,1	3,6
PUGLIA	27,4	11,8	2,2	21,2	1,8	28,4	3,4	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	2,9
BASILICATA	36,1	8,4	4,5	26,2	10,2	9,9	3,5	0,8	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CALABRIA	24,3	14,8	9,4	21,4	0,5	18,9	2,9	1,0	2,3	0,0	0,2	0,1	0,0	4,3
SICILIA	25,3	12,0	3,8	30,3	1,1	23,9	2,0	0,8	0,2	0,0	0,4	0,2	0,0	0,0
SARDEGNA	30,9	11,2	5,2	31,3	1,9	14,6	2,0	1,4	1,4	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
ITALIA	31,1	9,9	3,2	26,5	3,2	16,8	3,2	1,2	0,8	0,1	1,1	0,3	0,4	2,2

Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

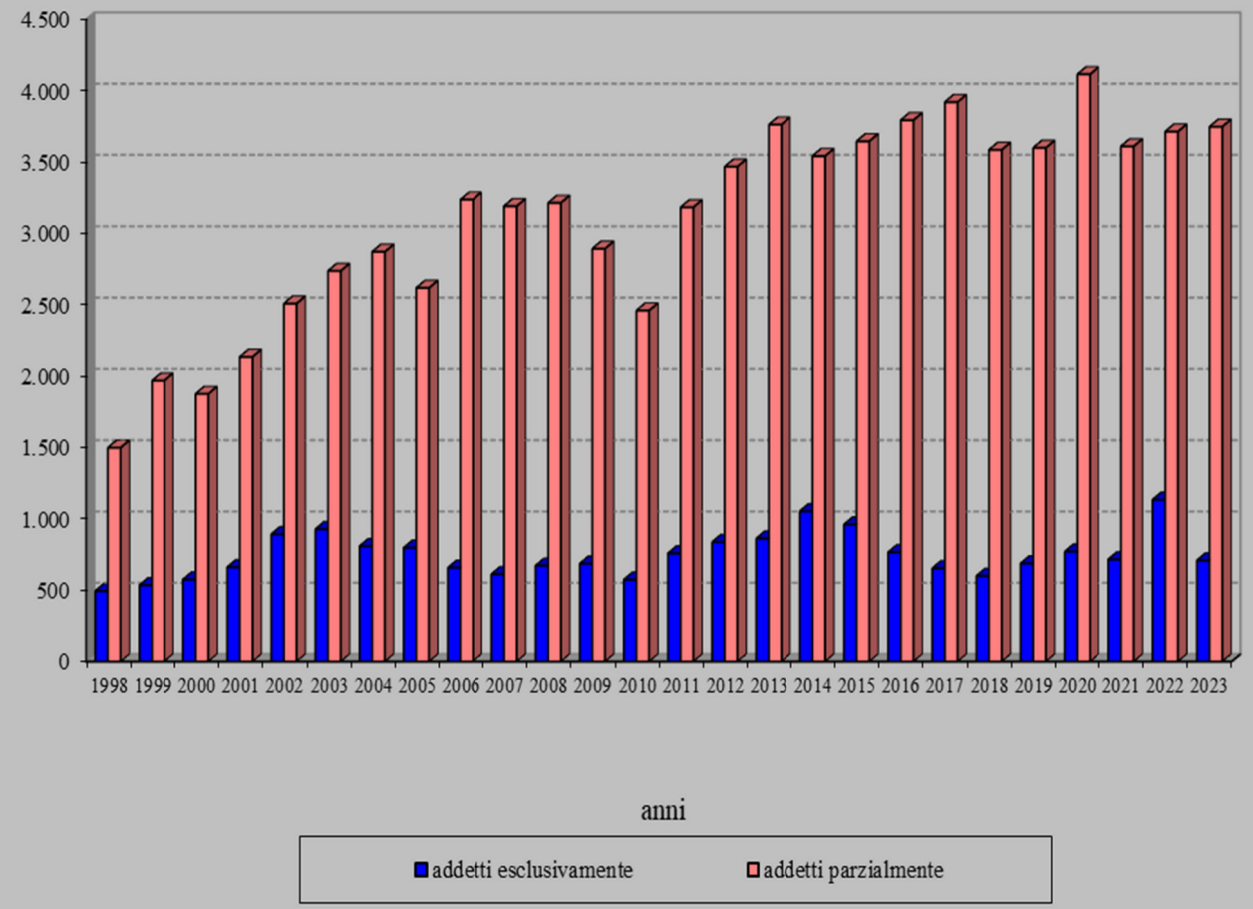
Tab.7 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO

percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Medico farmacologico ambulatoriale		28,2	30,3	29,4	30,0	28,9	27,0	26,8	27,3	27,1	25,7	27,3	28,1	30,1	29,3	30,2	32,0	31,4	32,0	31,1
Psicoterapeutico	*individuale*	7,0	7,1	6,6	6,7	6,9	8,1	7,9	7,5	8,3	8,2	9,1	8,7	9,2	8,8	9,0	10,0	10,3	10,4	9,9
	di gruppo o familiare	4,6	4,1	3,0	3,6	3,3	4,6	3,4	3,5	3,5	2,9	2,9	3,4	3,6	3,8	3,8	3,1	2,8	3,0	3,2
Counseling all'utente o alla famiglia		26,1	26,4	28,3	26,5	26,5	27,2	29,0	26,5	28,3	24,8	25,3	25,5	24,7	26,2	25,7	25,7	26,0	25,0	26,5
Inserimento nei gruppi di auto/mutuo aiuto		9,8	8,8	8,5	7,8	7,0	7,0	7,4	6,3	5,6	5,5	4,5	5,0	4,8	4,7	3,8	3,6	3,2	3,7	3,2
Trattamento socio-riabilitativo		12,1	13,0	13,7	14,0	14,5	14,6	13,3	13,5	12,1	15,8	16,0	15,3	16,3	16,6	17,4	16,6	15,9	16,0	16,8
Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.		2,5	2,5	2,9	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	2,5	2,5	2,9	2,9	2,9	3,0	3,0	3,0	3,2	3,1	3,2
Ricovero ospedaliero o day hospital per:	*sindrome di dipendenza da alcool*	2,7	2,8	2,3	2,3	2,1	2,3	1,7	1,9	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,7	1,4	1,1	1,2	1,0	1,2
	altre patologie alcoolcorrelate	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,3	1,0	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,7	0,6	0,7	0,7	0,8
	altro	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:	*sindrome di dipendenza da alcool*	1,6	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	0,7	0,8	1,0	0,9	1,0	0,9	1,0	1,2	1,1
	altre patologie alcoolcorrelate	0,4	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3
	altro	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4	0,4	0,0	0,2	0,5	0,5	0,9	0,3	0,5	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,4
Altro		2,8	1,8	2,1	3,5	5,2	3,1	5,3	8,8	8,5	10,4	7,6	7,1	4,2	3,7	3,7	2,8	3,7	3,5	2,2

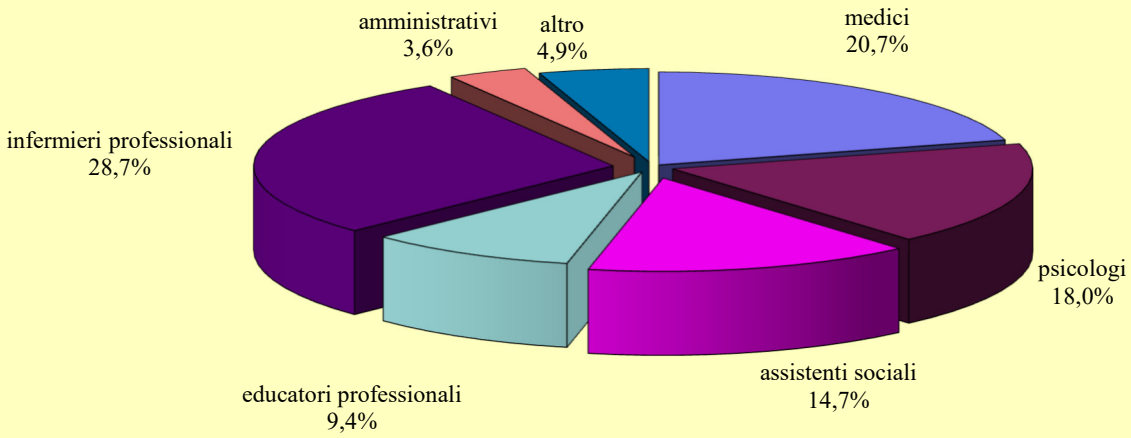
Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

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



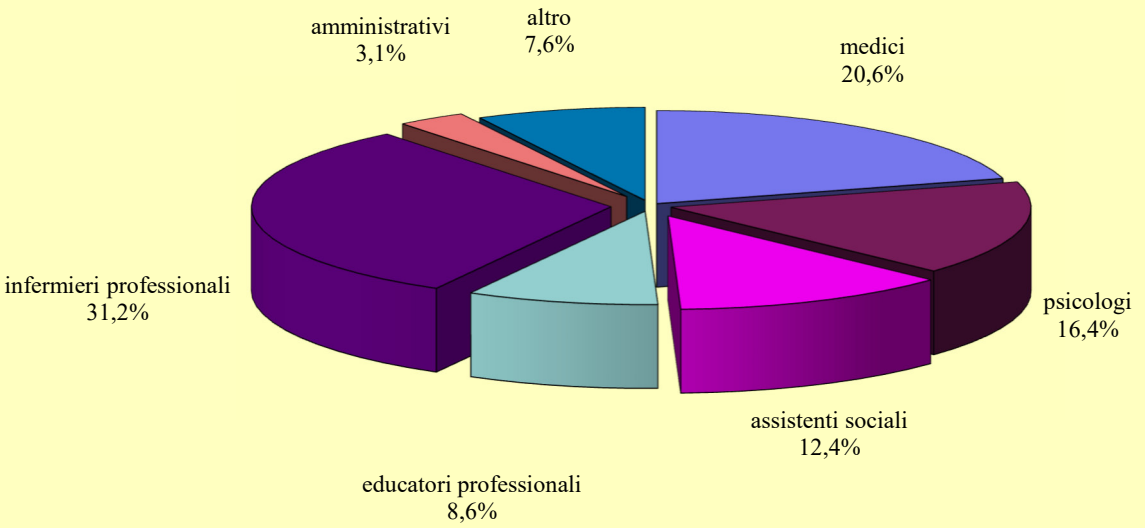
Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

Graf.2 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE (TOTALE) PER QUALIFICA
ANNO 2023

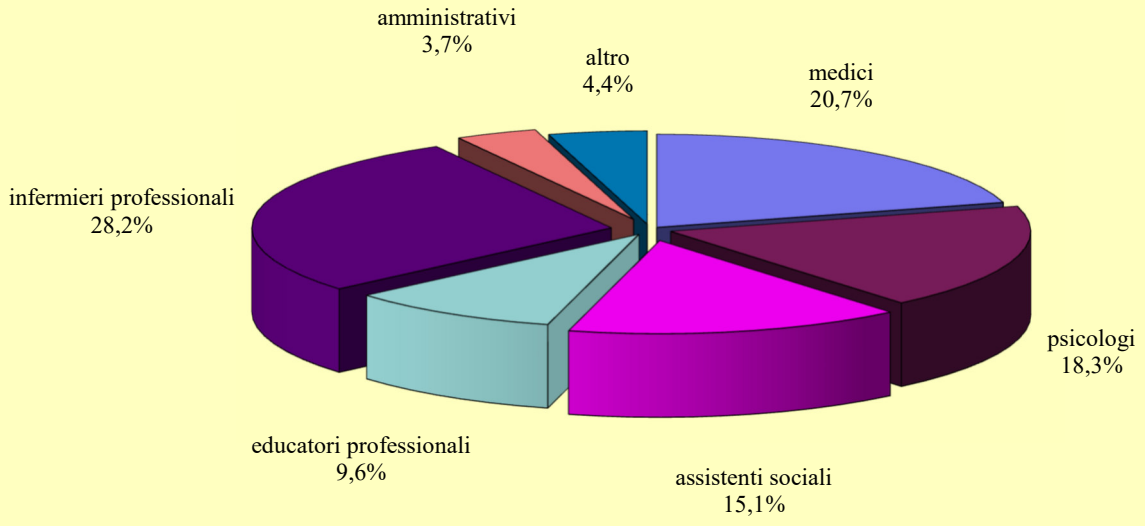


Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN

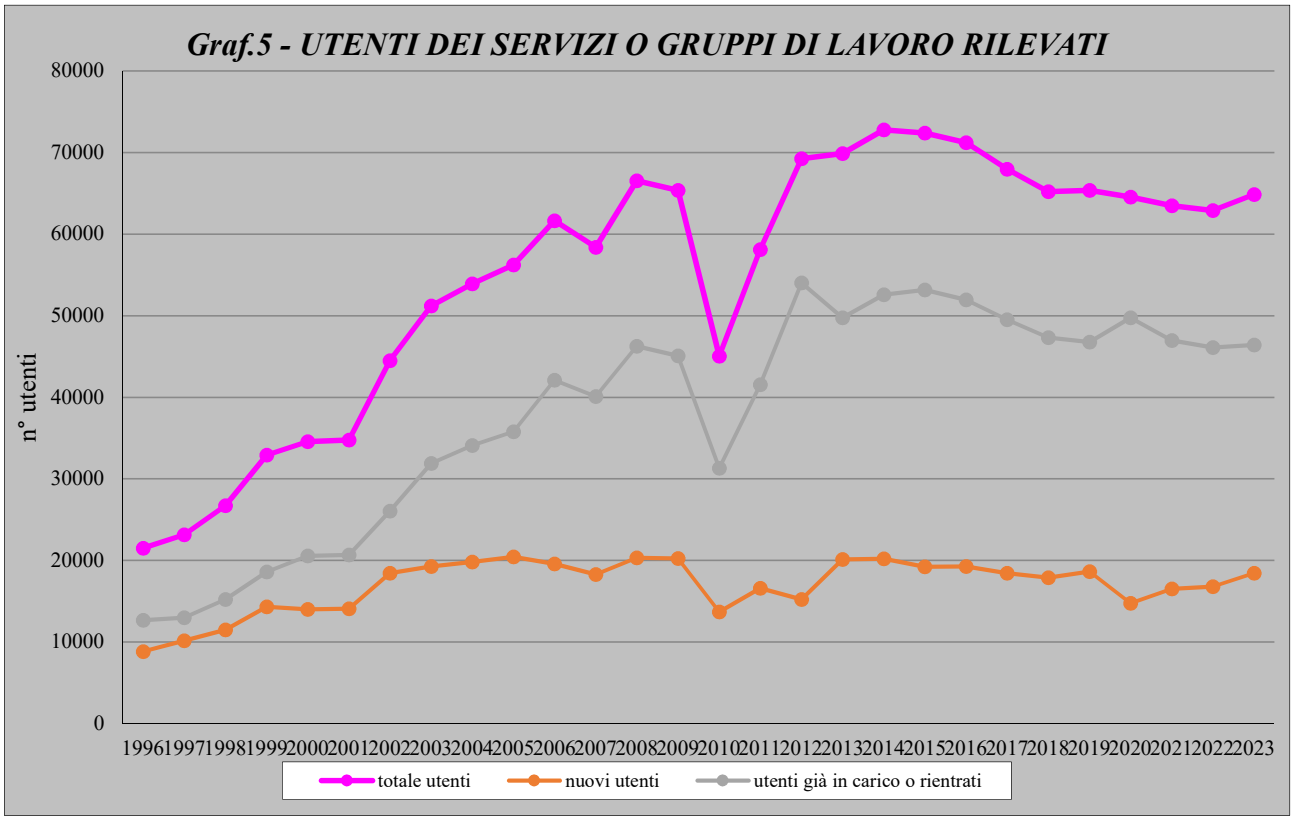
Graf.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2023

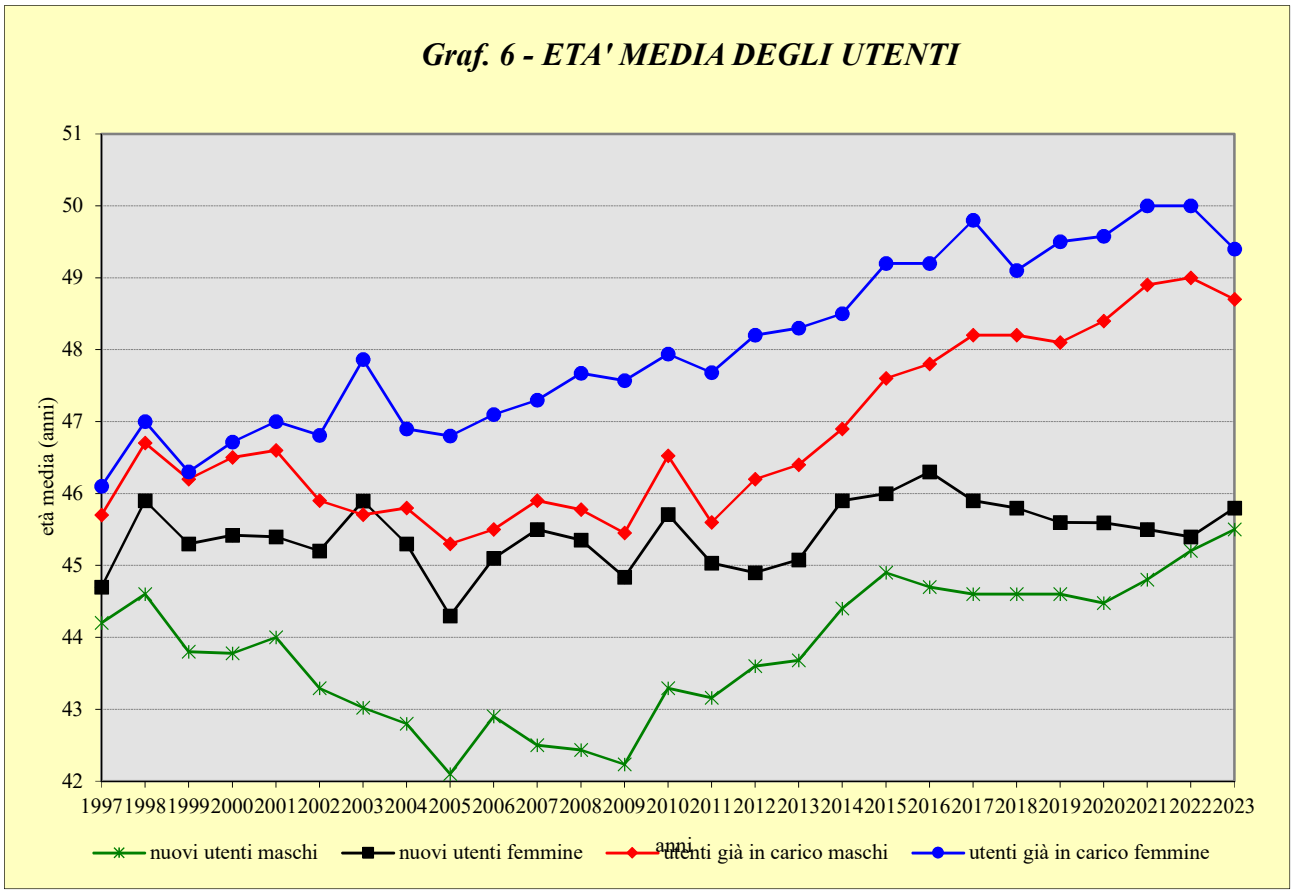


Graf.4 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO PARZIALMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2023



Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN





Camera dei Deputati ARRIVO 14 novembre 2025 Prot: 2025/0001919/TN