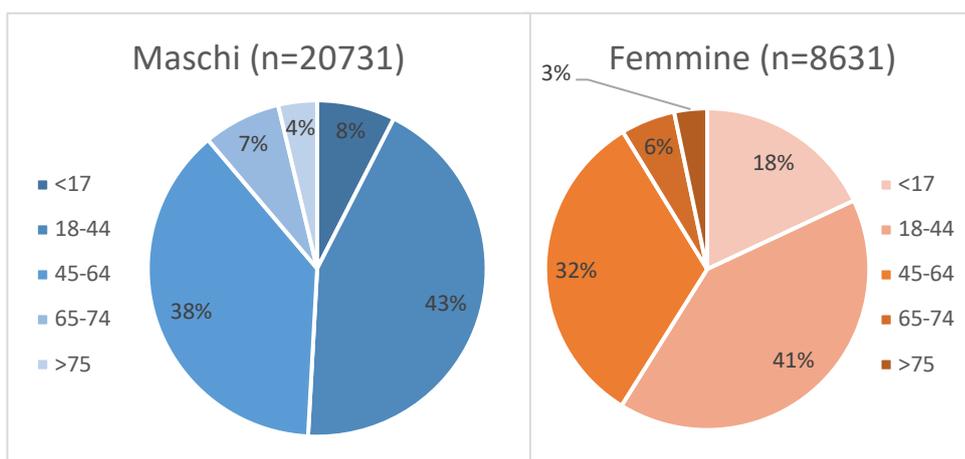


29.362 ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO e 43.445 DIMISSIONI OSPEDALIERE per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol con forte riduzione della fruizione delle strutture e prestazioni sanitarie influenzata dalla carenza di posti letto negli ospedali e dalla restrizione agli accessi in PS per l'emergenza COVID. I pazienti hanno sofferto ovunque della sospensione prolungata delle attività ordinarie e di screening delle patologie croniche e condizioni alcolcorrelate. L'8% di tutti gli accessi maschili al Pronto Soccorso e il 18% di quelli femminili ha riguardato 3.103 minori per intossicazione alcolica o per effetti dannosi dell'alcol, complessivamente l'11% del totale. Permane il riscontro dell'assenza di modalità formalizzate uniformi di *case management* dei minori intossicati, dimessi dopo la disintossicazione e la fase acuta senza alcun invio per valutazioni di merito. Forte contrazione dei ricoveri e quindi delle dimissioni ospedaliere durante la pandemia (-20%) sia per le epatopatie croniche che per le sindromi da dipendenza e da disturbi da uso di alcol.

Roma, 15 marzo 2022

Il sistema EMUR (DM 17 dicembre 2008) del Ministero della Salute ha rilevato 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.



Nel corso del 2020 si sono verificati **29.362 accessi in Pronto Soccorso (rispetto a 43.148 nel 2019)** con diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi, il **71%** erano **maschi** e il restante **29%** femmine.

Figura 1. Accessi di pronto soccorso con diagnosi totalmente alcol-attribuibili. Anno 2020

La distribuzione per fasce d'età mostra che **la maggior parte degli accessi si riferisce a persone tra i 25 e i 64 anni** per entrambi i generi, **ma non hanno escluso i minori, 1.550 maschi e 1.553 femmine pari all'8% e al 18% rispettivamente del totale.**

La distribuzione dei tassi di accesso, calcolati sulla popolazione residente, mostra un'elevata variabilità tra regioni all'interno di ciascuna classe d'età considerata. Con riferimento ai maschi, **nelle classi 18-24 e 25-44 si evidenziano i tassi di accesso più elevati nella P.A. di Bolzano e nelle regioni Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana e Marche; per la classe 65-74 anni, si evidenziano tassi di accesso più elevati rispetto al valore medio nazionale nella P.A. di Bolzano e in Friuli-Venezia Giulia.**

Al 16% degli accessi in pronto Soccorso è stata assegnata una diagnosi principale di abuso di alcol non specificato, al 15% una diagnosi di abuso di alcol episodico, mentre al 13% una diagnosi di effetti tossici dell'alcol etilico.

Ospedalizzazioni

La tossicità dell'alcol è causa di danni diretti a molte cellule dell'organismo, soprattutto quelle del fegato e del sistema nervoso centrale, specie connessi allo stato d'intossicazione causato dall'alcol ma, in causa di danno cronico e persistente, a numerose patologie che richiedono frequentemente il ricorso alle cure ospedaliere. Il flusso informativo relativo alle dimissioni ospedaliere (SDO), rileva la diagnosi principale alla dimissione del paziente, ossia la principale responsabile delle cure erogate in regime di ricovero e diagnosi secondarie concomitanti.

Nel 2020 si sono registrate 43.445 dimissioni ospedaliere (in diminuzione rispetto alle 54.001 del 2019), a causa di una patologia attribuibile all'alcol, o come diagnosi principale di dimissione, o come una delle diagnosi secondarie, che coesistono al momento del ricovero e che influenzano il trattamento terapeutico somministrato con la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (58,2% delle dimissioni rispetto al 55,9% del 2019) e delle sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriachezza acuta in corso di alcolismo), alcolismo cronico e dipsomania (19,6%). I ricoveri per uso dannoso di alcol, effetti postumi all'eccessiva assunzione più o meno occasionale di alcol, *hangover*, ebbrezza ed ubriachezza, si collocano al terzo posto (16,3%) senza variazioni percentuali rispetto al 2019. La distribuzione delle dimissioni per genere evidenzia una netta prevalenza dei ricoveri maschili (77,4%) rispetto a quelli femminili (22,6%). Le patologie epatiche croniche sono state diagnosticate più frequentemente nei maschi che nelle femmine (61,4% vs 47,2%), le sindromi da dipendenza da alcol risultano meno frequenti nei maschi rispetto alle femmine, rispettivamente 18,2% vs 24,1% mentre l'abuso di alcol è più frequentemente causa di ricovero per le donne (23,1 %) rispetto agli uomini (14,3%).

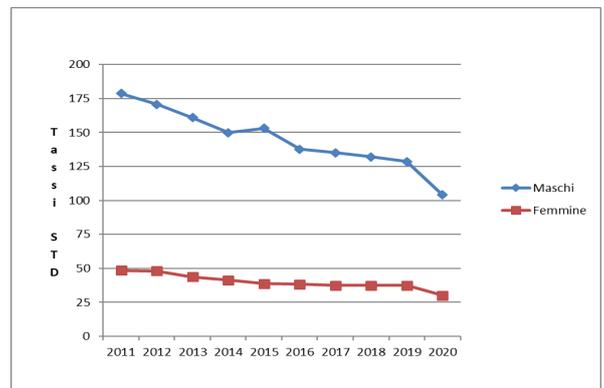


Figura 2. Trend dei tassi (STD) di dimissione (x100.000 residenti) con diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (*). ANNI 2011-2020

Dal 2011 al 2020 si è assistito ad una progressiva riduzione dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera per entrambi i sessi: il trend temporale, da una riduzione più o meno costante di circa il 2% annuo dal 2011 ha mostrato una forte contrazione dei ricoveri di circa il 20% nel 2020 rispetto all'anno precedente (Figura 2).

Il tasso standardizzato di ricovero ospedaliero caratterizzato da diagnosi totalmente alcol-attribuibili è di 66,9 ricoveri per 100.000 residenti. Il 75,5% dei ricoveri in regime ordinario avvengono per urgenza, di cui 1,1% è costituito dai ricoveri per trattamento sanitario obbligatorio (TSO), mentre il restante 24,5% è costituito da ricoveri programmati, non urgenti.

A causa della pandemia da nuovo Coronavirus, nel 2020 si è avuta una drastica riduzione del numero complessivo dei ricoveri ospedalieri con ripercussioni sugli screening, sulla continuità assistenziale e i livelli essenziali di assistenza minati dalla prolungata inaccessibilità delle strutture con liste di attesa che è urgente provvedere a smaltire attraverso più opportuna riprogrammazione delle risorse a disposizione. Mancano a livello territoriale protocolli di case management per garantire vera tutela al minore disintossicato e rimandato a casa ma non indirizzato ad alcuna competenza specifica di valutazione di merito in grado di poter prospettare un eventuale intervento di counselling. Ciò si traduce nel mancato aggancio in Pronto Soccorso per una problematica correlata all'alcol in fase acuta, mentre sarebbe fondamentale disporre l'attivazione di competenze collaborative con dipartimenti competenti della stessa struttura ospedaliera e con il territorio (Centri Alcolologici e Ser.D).

Riferimenti: Relazione al Parlamento del Ministro della Salute ai sensi della Legge 125/2001 (anno 2022)