ATTI PARLAMENTARI

XVII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **CXXV**
n. **5**

RELAZIONE

SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOLCORRELATI

(Anni 2016 e 2017)

(Articolo 8 della legge 30 marzo 2001, n. 125)

Presentata dal Ministro della salute

(LORENZIN)

Trasmessa alla Presidenza il 21 marzo 2018

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

INDICE III

PREMESSA V

PRESENTAZIONE VI

PARTE I

1. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO 1
1.1 I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo 1
Il consumo di bevande alcoliche nel Mondo ed in Europa 1
Il consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana 2
I comportamenti di consumo a rischio 8
I consumatori a rischio, analisi dell'ISS 13
L'alcol nelle Linee Guida 15
1.2 L'alcoldipendenza 16
1.3 La morbilità e la mortalità alcol correlate 17
Dimissioni ospedaliere con diagnosi di patologie totalmente alcol attribuibili 18
Accessi in Pronto Soccorso con diagnosi di patologie totalmente alcol attribuibili 28
Le stime di mortalità dell'Istituto Superiore di Sanità 37
Gli incidenti stradali 41

2. LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE 48

PARTE II

3. I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N.125 ANNO 2015 57
3.1 Il personale dei Servizi 58
3.2 Le caratteristiche demografiche dell'utenza 58
3.3 I consumi alcolici dell'utenza 59
3.4 I modelli di trattamento 59
3.5 La collaborazione dei Servizi con gli Enti e le Associazioni del volontariato, e del Privato Sociale 59
3.6 Le Associazioni di Auto Mutuo Aiuto – AICAT, AA 60

4. CRITICITA' DEL SISTEMA 69

TABELLE E GRAFICI

Camera dei Deputati ARRIVO 22 Marzo 2018 Prot: 2018/0000388/TN

PARTE III

5. GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 95
5.1 Gli interventi di indirizzo 95
5.2 Gli interventi in materia di informazione e comunicazione 105
5.3 L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001ai fini del monitoraggio 107
5.4 La partecipazione alle politiche internazionali 108

PARTE IV

6. I CONSUMI ALCOLICI E I MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI 112

7. PROGETTO NAZIONALE ALCOL: “Valutazione e monitoraggio delle politiche e delle azioni sanitarie e sociali in tema di alcol e problemi alcol correlati” 122

Camera dei Deputati ARRIVO 22 Marzo 2018 Prot: 2018/0000388/TN

PREMESSA

L'art. 8 della legge 30.3.2001 n. 125 dispone che il Ministro della Salute trasmetta al Parlamento una relazione annuale sugli interventi realizzati ai sensi dell'art. 9 comma 2 della legge medesima.
La presente Relazione illustra il quadro epidemiologico che descrive il fenomeno correlato al consumo di bevande alcoliche nel nostro Paese aggiornato al 2016, i modelli di trattamento per l'alcoldipendenza e la capacità di assistenza dei Servizi alcologici con le eventuali criticità emerse, ed inoltre illustra gli interventi e le iniziative intraprese dal Ministero della Salute nell'anno 2017.
Infine, la Relazione di quest'anno prevede, come concordato con la Commissione Salute, la presentazione dei risultati conseguiti dal Progetto Nazionale finanziato con i fondi previsti dalle Legge 125/2001 (art. 3, comma 4) per l'Anno Finanziario 2016.

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

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

Pertanto si ringraziano:
Prof. Emanuele Scafato, dott.ssa Silvia Ghirini e dott.ssa Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol e WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità
*Dott.ssa Vichi Monica, Servizio Tecnico Scientifico di Statistica - Istituto Superiore di Sanità.
*Dott.ssa Emanuela Bologna, Direzione centrale delle statistiche socio-demografiche e ambientali - ISTAT
* Dott.ssa Baldassarre Giordana e Dott.ssa Bruzzone Silvia, Direzione Centrale delle Statistiche socio-demografiche e ambientale, Servizio Sanità, Salute ed Assistenza Incidentalità stradale - ISTAT
*Dott.ssa Rossi Laura, Dott. Ghiselli Andrea CRA-NUT, Centro di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione del CRA - ex INRAN
*Dott. Orsega Marco, dott. Severi Pierfranco e dott.ssa Petrini Federica, AICAT, Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti Territoriali
*AA, Alcolisti Anonimi
*Dott. Patussi Valentino, Centro Alcologico Regionale-Regione Toscana
*Dott. Manna Gaetano e dott. Diecidue Roberto, coordinamento progetto nazionale-Regione Piemonte

Camera dei Deputati ARRIVO 22 Marzo 2018 Prot: 2018/0000388/TN

PRESENTAZIONE

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

Secondo i dati acquisiti dall' **ISTAT,** nel corso del 2016, ha consumato almeno una bevanda alcolica il 64,7% degli italiani di 11 anni e più (pari a 35 milioni e 171 mila persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (77,3%) rispetto alle femmine (52,9%). Il 21,4% dei consumatori (11 milioni 641 mila persone) beve quotidianamente, di cui il 32,4% tra i maschi e l'11,2% tra le femmine.

Nell'anno 2016 si osserva una diminuzione rispetto all'anno precedente dei consumatori giornalieri (nel 2015 erano il 22,2%), **mentre cresce la quota di quanti consumano alcol occasionalmente** (dal 42,2% al 43,3%) **e quella di coloro che bevono alcolici fuori dai pasti** (nel 2014 erano il 26,9%, nel 2015 erano il 27,9%, nel 2016 risultano il 29,2%).

Nell'ambito dell'arco di tempo 2006-2016, l'ISTAT ha rilevato:

- la diminuzione della quota di consumatori (dal 68,3% al 64,7%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 29,5% al 21,4%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 38,8% al 43,3%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 26,1% al 29,2%).

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

Nel tempo si assiste anche a sensibili cambiamenti, in tutte le classi di età, nel tipo di bevande consumate. Tra gli adolescenti fino a 17 anni diminuiscono i consumi di tutte le bevande alcoliche. Tra i giovani maschi da 18 a 24 anni si nota invece un aumento apprezzabile del consumo esclusivo di vino mentre per le coetanee c'è, in questo, una netta diminuzione ma un quasi equivalente aumento di altri alcolici, che si mantiene, intensificandosi, in tutte le età successive. Solo a partire dai 45 anni anche per gli uomini si stima un robusto aumento nel consumo di altri alcolici. Nel 2016, **nella popolazione di 11 anni e più che ha consumato alcolici nell'anno**, beve vino il 51,7% di cui 64,9% maschi e 39,3% femmine. Nella stessa popolazione considerata beve birra il 47,8%, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile (62,5%) doppia rispetto a quella femminile (34%). Gli aperitivi alcolici, amari e superalcolici sono consumati nel 2016 dal 43,2% della popolazione di età superiore a 11 anni e come nel caso della birra, la prevalenza tra i maschi (56,0%) è circa il doppio rispetto a quella tra le femmine (31,1). Nell'anno 2016 **i consumatori giornalieri** di bevande alcoliche che hanno bevuto **vino** sono stati il 19,4% (29,1% maschi e 10,3% femmine), mentre hanno bevuto **birra** il 4,3% (7,4% maschi e 1,5% femmine) ed infine hanno bevuto **aperitivi, amari, superalcolici** lo

Camera dei Deputati ARRIVO 22 Marzo 2018 Prot: 2018/0000388/TN

0,5% (0,9% maschi e 0,2% femmine).

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

La quota di consumatori di bevande alcoliche aumenta al crescere del titolo di studio conseguito. Ciò avviene soprattutto per le donne, quelle con licenza elementare consuma alcol almeno una volta all'anno il 52,0%, quota che sale al 77,6% fra le laureate. Le differenze di genere, pur permanendo, diminuiscono all'aumentare del titolo di studio, anche a parità di età. Andamento inverso ha, invece, **il consumo quotidiano**, che risulta crescente al diminuire del titolo di studio, per entrambi i sessi ma soprattutto per gli uomini.

Lo studio sui modelli di consumo tra i giovani mostra che nel 2016, il 51,5% dei ragazzi e il 42,1% delle ragazze di età compresa tra 11 e 24 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; per entrambi i generi si rileva una diminuzione della prevalenza rispetto all'anno 2007 ma rispetto all'anno precedente si osserva un aumento delle prevalenze. Nella fascia di età 11-24 anni è soprattutto diffusa la consuetudine di bere alcolici fuori dai pasti, con una frequenza di almeno una volta a settimana, ciò indica un comportamento nel consumo di alcol adottato in modo abituale e potenzialmente a rischio. Pertanto, possiamo considerare il consumo di alcol tra i giovani, a tutt'oggi, una criticità che suggerisce di mantenere alta l'attenzione su questa fascia di popolazione. I comportamenti a rischio sul consumo di alcol nella popolazione giovanile sono particolarmente diffusi nella **fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni**. Il fenomeno è comunque differenziato per genere, tra i ragazzi è circa il doppio rispetto alle ragazze. Nel 2015 il consumo abituale eccedentario, nella classe di età 18-24 anni era il 2,1%, di cui il 2,8% maschi e l'1,4% femmine. Nel 2016 il consumo abituale eccedentario, nella stessa classe di età è stato l'1,6%, di cui il 2% maschi e l'1,3% femmine.

Tra i comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche tra i giovani il ***binge drinking,*** che comporta l'assunzione di numerose unità alcoliche al di fuori dei pasti e in un breve arco di tempo, rappresenta l'abitudine più diffusa e consolidata. Nel 2015 il fenomeno del *binge drinking* riguardava il 15,6% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 22,2% erano maschi e il 8,6% erano femmine. Nel 2016 il fenomeno del *binge drinking* ha riguardato il 17% dei giovani tra i 18 ed i 24 anni di età, di questi il 21,8% maschi e l'11,7% femmine.

Al fine di individuare interventi di Sanità Pubblica mirati al contenimento d**i comportamenti di consumo a rischio,** che comportano non solo rischi per la salute del singolo bevitore ma anche rischi per la comunità e per la sicurezza sociale, soprattutto in relazione agli incidenti stradali, agli incidenti sul lavoro e alle violenze di vario genere, si è ritenuto necessario individuare strumenti idonei a monitorare attentamente il fenomeno. L'Istituto Superiore di Sanità (Osservatorio Nazionale Alcol), tenendo conto anche delle indicazioni dell'OMS, della Società Italiana di Alcologia (SIA), e dei nuovi livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN), ha costruito un indicatore di sintesi, per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana. L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale e quotidiano eccedentario ed il *binge drinking*. Le nuove indicazioni scientifiche hanno stabilito di considerare il livello di consumo zero come livello di riferimento per la popolazione non a rischio di età inferiore ai 18 anni di entrambi i sessi: di conseguenza è opportuno considerare a rischio gli individui al di sotto della maggiore età (18 anni) che hanno consumato una qualsiasi bevanda alcolica; sono invece da considerare a maggior rischio gli uomini che hanno superato un consumo quotidiano di due Unità Alcoliche standard (UA), le donne e gli anziani che hanno superato un consumo quotidiano di una UA e

Camera dei Deputati ARRIVO 22 Marzo 2018 Prot: 2018/0000388/TN

tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi, è stata nel 2016 del 23,2% per uomini e del 9,1% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di circa 8.600.000 individui (M=6.100.000, F=2.500.000) che nel 2016 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica. L'analisi per classi di età mostra che **la fascia di popolazioni più a rischio per entrambi i generi è quelle dei 16-17enni (M=49,3%, F=40,0%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei "giovani anziani" (65-75 anni).** Pertanto, verosimilmente a causa di una scarsa conoscenza o di consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 800.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone quindi che necessiterebbero di essere identificate precocemente e sensibilizzate sul loro consumo non conforme alle raccomandazioni di sanità pubblica. Le quote percentuali di consumatori a rischio di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età, ad eccezione di quella dei minorenni, dove invece le differenze non raggiungono la significatività statistica. L'analisi del trend mostra che, a fronte della diminuzione registrata rispetto agli anni 2007-2011, dal 2012 la prevalenza è rimasta pressoché invariata sia per gli uomini che per le donne.

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

Nel 2016 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati (n=496) 71.219 soggetti. Il 27,0% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. Il rapporto M/F è pari a 3,5 per il totale degli utenti. A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati). L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni (circa il 30% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Il 75,2% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 7,9% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 16,9%. Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati. 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 26,5% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 21,2% delle femmine mentre gli ultracinquantenni sono pari al 43,4% nei maschi e al 48,7% nelle femmine. Nel tempo si è assistito ad un progressivo invecchiamento dell'utenza che ha riguardato tutte le categoria di utenti.

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2016 il 28,1% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,5% al

Camera dei Deputati ARRIVO 22 Marzo 2018 Prot: 2018/0000388/TN

"*counseling*" rivolto all'utente o alla famiglia, il 5,0% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 15,3% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,9% degli alcoldipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 12,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 3,9% del totale degli utenti rilevati (2,6% in istituti pubblici, 1,3% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol.

Il buon funzionamento dei Servizi alcologici viene favorito da una diffusa collaborazione con la rete dei gruppi di auto-mutuo aiuto, grande risorsa per il Sistema Sanitario Nazionale ed espressamente prevista dalla legge 125/2001. I Gruppi di auto-mutuo aiuto svolgono attività che riguardano prevalentemente la riabilitazione degli alcol dipendenti, ma spesso anche la sensibilizzazione e informazione della popolazione generale. Si osserva che nel 2016 il 50,0% dei Servizi ha collaborato con i Club Alcologici Territoriali (CAT), il 38,7% con gli Alcolisti anonimi (A.A.) e il 13,1% con altri gruppi. Le attività di collaborazione con le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali e con le cooperative sociali per la gestione dei servizi sociosanitari ed educativi riguardano rispettivamente il 43,8% e il 23,6% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 35,7%. Nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei Servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli Enti privati cioè con case di cura convenzionate (21,0%) o private (0,8%).

Il consumo a carico del SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica, erogati dalle farmacie aperte al pubblico e acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, ammonta nel 2016 a circa 6,4 milioni di dosi. Il 73% di tale consumo è attribuibile ai farmaci acquistati dalle Strutture sanitarie pubbliche (comprendente sia i consumi interni alla struttura sia tramite la distribuzione diretta e la distribuzione per conto) e il restante 27% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico.Il consumo SSN è aumentato nel 2016 rispetto al 2007 del +39,5%; in particolare i consumi in regime di assistenza convenzionata sono aumentati del +53,1% e del +35,0% quelli in regime di assistenza non convenzionata. Rispetto all'anno precedente, il consumo totale per questa categoria di farmaci ha registrato una lieve crescita del +0,9%, a fronte di una lieve riduzione (-1,7%) nell'ambito degli acquisti delle strutture sanitarie pubbliche e un aumento dei consumi in regime di assistenza convenzionata (+8,4%).

La spesa farmaceutica SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica, erogati dalle farmacie aperte al pubblico e acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, ammonta nel 2016 a circa 8,2 milioni di euro. L'88% di tale valore è attribuibile agli acquisti effettuati dalle strutture sanitarie pubbliche (comprendente sia i consumi interni alla struttura che tramite la distribuzione diretta e la distribuzione per conto) e il restante 12% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico. La spesa SSN è aumentata nel 2016 rispetto al 2007 del +83,4%, corrispondente a un incremento pari al +108,3% della spesa in regime di assistenza convenzionata e pari al +80,4% della spesa non convenzionata. Rispetto all'anno precedente, la spesa SSN nel 2016 ha registrato un aumento del +2,2% dovuto essenzialmente alla crescita della spesa in regime di assistenza convenzionata (+5,6%), mentre cresce lievemente la spesa in regime di assistenza non convenzionata (+1,7%). In conclusione, come si evince dalle analisi, l'andamento generale dei consumi e della spesa per questa categoria di farmaci è pressoché stabile nell'ultimo triennio.

Camera dei Deputati ARRIVO 22 Marzo 2018 Prot: 2018/0000388/TN

L'elaborazione dei dati provenienti dalle **Schede di Dimissione Ospedaliera** (SDO) per l'anno 2016 rilevano complessivamente 56.773 dimissioni a seguito di ricovero, caratterizzate dall'aver segnalata almeno 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. La distribuzione per categorie diagnostiche delle diagnosi rilevate mostra la netta prevalenza delle patologie epatiche croniche, come steatosi, epatite e cirrosi (56,4% delle dimissioni); seguono le sindromi da dipendenza da alcol, come intossicazione acuta (ubriacatezza acuta in corso di alcolismo) e alcolismo cronico e dipsomania (23,4%). I ricoveri per effetti postumi all'eccessiva assunzione più o meno occasionale di alcol, *hangover*, ebbrezza ed ubriachezza, si collocano al terzo posto (14,2%). La distribuzione delle dimissioni per genere evidenzia una netta prevalenza dei ricoveri di maschi (77,7%) rispetto alle femmine (22,3%). Sulla base della modalità di ricovero, si distingue il 94,3% dei ricoveri avuti in regime ordinario ed il 5,7% dei ricoveri avuti in regime diurno per i necessari accertamenti diagnostici e terapie. Altro aspetto interessante da rilevare è che il 67,6% dei ricoveri con diagnosi attribuibili all'alcol avvengono per urgenza, mentre il 27,3% sono ricoveri programmati. Vi sono inoltre 557 ricoveri (circa 1%) che avvengono con TSO, ossia trattamento sanitario obbligatorio.

Nel corso del 2016 si sono verificati complessivamente **40.756 accessi in Pronto Soccorso** caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 70% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 30% ad accessi di femmine. La distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per triage medico mostra che il 65% degli accessi avviene in codice verde, il 20% in codice giallo, il 12,7% in codice bianco e il 2% in codice rosso. Si rileva che al 16,6% degli accessi in pronto Soccorso viene assegnata una diagnosi principale di abuso di alcol, non specificato, a seguire in ordine di frequenza, al 13,52% viene attribuita una diagnosi di abuso di alcol, episodico, mentre al 12,52% una diagnosi di effetti tossici dell'alcol etilico.

I dati relativi ai **decessi totalmente alcol-attribuibili** sono forniti dall'ISTAT ed elaborati dall'ISS (ONA e Ufficio di Statistica) i dati più recenti attualmente disponibili si riferiscono ai decessi avvenuti in Italia nel 2014 e le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri). Si evince che nell'anno 2014 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.174, di cui 965 (82,2%) uomini e 209 donne (17,8%); queste percentuali corrispondono a circa 38 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e quasi 1 decesso per milione tra le donne. Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi per entrambe i sessi sono le **epatopatie alcoliche** e **sindromi psicotiche indotte da alcol** che, nel complesso, causano il 94,3% dei decessi alcol-attribuibili tra gli uomini e il 94,8% tra le donne. Nel 2014, il tasso standardizzato di mortalità, nella popolazione di 15 anni e più, per le patologie totalmente causate dal consumo di alcol è stato pari a 3,89 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,73 per le donne; con un lieve incremento rispetto all'anno precedente per il genere maschile ed una riduzione per il femminile. La mortalità alcol-attribuibile è più elevata nella popolazione di età più avanzata; infatti, tra la popolazione di 55 anni e più il tasso di mortalità standardizzato assume il valore di 7,30 per 100.000 abitanti tra gli uomini e di 1.34 per 100.000 tra le donne. L'analisi del trend mostra che dal 2007 al 2013, la mortalità per patologie alcol-attribuibili è diminuita per entrambi i generi sebbene nell'ultimo anno di disponibilità del dato, per il genere maschile, si è registrato un incremento del tasso di mortalità.

Camera dei Deputati ARRIVO 22 Marzo 2018 Prot: 2018/0000388/TN

Di grande rilievo per completare la panoramica inerente la morbosità e la mortalità alcol-correlata rientra anche l'analisi del fenomeno riguardante **l'incidentalità stradale**. Il tema degli incidenti stradali alcol correlati rappresenta un argomento di estrema rilevanza per la sicurezza stradale, per il quale sono ancora presenti lacune informative soprattutto a causa della mancanza di un'unica Banca Dati alla quale possano afferire tutte le informazioni raccolte dalle diverse fonti ufficiali attualmente esistenti. **Per la guida in stato di ebbrezza alcolica** (Artt. 186 e 186 bis) la Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie Locali dei Comuni capoluogo hanno contestato, complessivamente nel 2016, **40.466 violazioni per la guida sotto l'effetto di alcol**. Per la guida in stato di ebbrezza diminuiscono in modo consistente le sanzioni elevate dai Carabinieri (-12% rispetto al 2015) e diminuiscono i modo lieve le sanzioni della Polizia Stradale e della Polizia locale (entrambe -2%).Nel 2016, sono stati 2.579 gli **incidenti stradali** con lesioni a persone, rilevati dai Carabinieri, per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, pari all'8,1% del totale degli incidenti con lesioni verbalizzati sempre dall'Arma dei Carabinieri. Rispetto al 2015 si registra, però, una diminuzione degli incidenti stradali con lesioni alcol correlati, tale proporzione era, infatti, pari a 8,6 per cento nell'anno precedente. Le vittime coinvolte in incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza, nel 2016, sono state 58 (4,6% sul totale) e i feriti 4.257 (8,6% sul totale). Tali percentuali erano rispettivamente 5,2% e 9,2% nel 2015. Gli incidenti stradali alcol correlati con soli danni alle cose ammontano, invece, nel 2016 a 1.179 e nel 2015 a 1.161.

Le proporzioni calcolate approssimano, comunque, per difetto la reale portata del fenomeno; occorre infatti considerare che i Carabinieri intervengono per circa il 32% degli incidenti su strade extraurbane (escluse le autostrade) e solo in circa il 14% per quelli in ambito urbano. Per un conteggio esaustivo occorrerà quindi, proseguire la già proficua collaborazione anche con la Polizia Stradale e le Polizie Locali, per completare il quadro informativo sul fenomeno.

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

In relazione all'Organizzazione Mondiale della Sanità, un'attività sostanziale è stata la partecipazione al gruppo consultivo di esperti sullo strumento per la misurazione dell'implementazione delle politiche sull'alcol, come richiesto dalla risoluzione EUR/RC61/R4 che ha approvato il Piano di Azione Europeo sull'Alcol 2014-2020 (EAAP). Il Comitato regionale dell'OMS per l'Europa ha raccomandato agli Stati membri della regione europea di utilizzare l'EAAP per formulare politiche nazionali in materia di alcol e piani d'azione, in modo tale da permettere di monitorare i progressi compiuti dagli Stati Membri, l'impatto e l'attuazione nazionale del piano d'azione europeo. L'ISS- ONA ha contribuito, anche in funzione dell'esigenze specifiche nazionali e tecniche del Ministero della Salute, ad elaborare un elenco di

Camera dei Deputati ARRIVO 22 Marzo 2018 Prot: 2018/0000388/TN

indicatori, da utilizzare come strumento per la valutazione dei progressi delle singole azioni e degli obiettivi previsti dal Piano d'azione europeo e dalle politiche nazionali e dai piani di prevenzione nazionali e regionali in materia di alcol. Il Ministero della Salute, tramite ISS - ONA, ha inoltre contribuito al monitoraggio annuale europeo ed internazionale sull'alcol, in particolare per lo "**EU Status Report on Alcohol** " e per il "**Global Status Report on alcohol**".

Il Ministero della Salute, il 23 Ottobre 2017, ha partecipato a Lisbona al meeting dell'OMS per l'aggiornamento periodico e la consultazione degli Stati membri inerenti le *alcohol policy*. Nel corso della riunione è stata lanciata la nuova pubblicazione "Alcohol Brief Intervention training manual for Primary Health Care".

Infine, al termine del semestre europeo a Presidenza Estone, luglio-dicembre 2017, il Consiglio dell'Unione Europea (EPSCO), l'08 Dicembre del 2017 a Bruxelles, ha presentato un documento, approvato da tutti gli Stati Membri, contenente le conclusioni su alcune tematiche, fino ad ora non sufficientemente affrontate, in particolare su aspetti transfrontalieri nella politica sull'alcol. Le tematiche citate nel documento, che andranno sviluppate nel corso dei prossimi anni, sono: **1) Regolamentazione della pubblicità e del marketing** delle bevande alcoliche attraverso i nuovi mezzi di comunicazione **online**, proteggendo i soggetti più esposti a questo fenomeno mediatico, come soprattutto bambini e giovani; **2)Regolamentazione del trasporto transfrontaliero** di bevande alcoliche definite *ad uso personale*, poiché tale fenomeno oggi comporta il trasferimento di alcolici da un Paese con costi più bassi ad un Paese con costi più alti, compromettendo gli esiti di politiche nazionali; **3) Regolamentazione dell'etichettatura delle bevande alcoliche**. La Commissione auspica che l'opportunità di autoregolamentazione data all'industria dell'intero settore delle bevande alcoliche, riguardante le informazioni da inserire nella etichettatura giunga ad una proposta condivisibile entro marzo del 2018, diversamente si procederà ad una preliminare valutazione d'impatto e quindi, entro la fine del 2019, a definire le informazioni da inserire nella etichettatura delle bevande alcoliche.

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

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

Tutte le Regioni, nell'ambito dei propri Piani, hanno attivato programmi volti a ridurre il consumo a rischio di alcol, privilegiando in particolare interventi specifici nel *setting* scuola e nei luoghi di lavoro. Il PNP ha fatto proprio l'approccio strategico del Programma nazionale "Guadagnare Salute" che, secondo i principi della "Salute in tutte le politiche", mira a

Camera dei Deputati ARRIVO 22 Marzo 2018 Prot: 2018/0000388/TN

contrastare l'epidemia di malattie cronico degenerative, intervenendo principalmente attraverso strategie di popolazione finalizzate a diffondere e facilitare la scelta di stili di vita corretti, sviluppando interventi "intersettoriali" e "trasversali", volti sia a modificare i comportamenti individuali non salutari (alimentazione non corretta, sedentarietà, tabagismo, abuso/uso scorretto di alcol), sia a creare condizioni ambientali atte a favorire l'adozione di corretti stili di vita. La collaborazione intersettoriale permette lo sviluppo di azioni sui determinanti di salute secondo modalità più efficaci, efficienti o sostenibili rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario, da attivare nei luoghi o nei contesti sociali in cui le persone vivono, lavorano o interagiscono tra loro, in linea con gli obiettivi del "***WHO - Global Action Plan for the prevention and control of non communicable diseases 2014–2020***".

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

Proprio in virtù di quanto suggerito dal PNP, i nuovi **Livelli Essenziali di Assistenza** (LEA - DPCM del 12 gennaio 2017) hanno inserito l'offerta di ***counseling*** **individuale**, quale prestazione individuale da erogare per la promozione dell'attività fisica, della sana alimentazione, della prevenzione e contrasto del tabagismo e del **consumo rischioso di alcol**, nonché per la promozione, la protezione e il sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare. E' di fondamentale importanza l'inserimento di tali prestazioni individuali finalizzate alla promozione della salute in una area che aveva sinora escluso tale tipologia di interventi.

Inoltre, nell'allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" dei "nuovi" LEA sono riportate, alla lettera F "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e

Camera dei Deputati ARRIVO 22 Marzo 2018 Prot: 2018/0000388/TN

prevenzione nutrizionale", una serie di prestazioni finalizzate alla promozione di stili di vita salutari e alla prevenzione delle MCNT, relative ad attività di cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, alla sorveglianza dei principali fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione.

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

La Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" ha previsto diversi interventi da realizzare ai fini della prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie e delle problematiche alcol correlate. Tra questi sono da annoverare anche gli interventi per i quali la legge prevede uno stanziamento di risorse economiche (art. 3 comma 4), al fine di promuovere Campagne di Informazione Istituzionale, volte alla prevenzione dei danni alcol correlati e risorse destinate alle Regioni, al fine di monitorare le attività regionali in attuazione del disposto legislativo. Le **Campagne di Comunicazione** del Ministero hanno l'obiettivo di motivare al cambiamento, diffondere *empowerment*, far sì che i destinatari dell'intervento assumano spontaneamente atteggiamenti e stili di comportamento salutari, negli ultimi anni tali campagne di comunicazione si sono focalizzate in modo particolare sui giovani. In particolare si annoverano le iniziative di seguito riportate: 1) La campagna di comunicazione "In ogni serata c'è chi beve e chi si diverte. E tu?", avviata nel corso del 2016 e proseguita nel corso del 2017, in collaborazione con l'ISS-ONA, finalizzata a contrastare l'abuso di alcol da parte dei giovani (fenomeno del *binge drinking*). 2) Anche nel 2017 si è svolto, come di consueto, l'Alcohol Prevention Day, finanziato dal Ministero della Salute e realizzato dall'ISS in collaborazione con la Società Italiana di Alcologia, l'Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali (AICAT) ed EUROCARE. 3) Il 17 aprile 2017, allo Stadio delle Terme di Caracalla, si è svolta la quinta gara podistica non competitiva "Alcohol Prevention Race" all'interno della XIX edizione della tradizionale "Roma **Appia Run**". Hanno aderito alla manifestazione circa 4000 appassionati provenienti da tutte le regioni italiane.

La legge 125/2001, all'art. 3 comma 4, prevede che il Ministero della Salute predisponga l'assegnazione alle Regioni e Province Autonome delle risorse disponibili finalizzate al monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcol correlati. Secondo gli accordi assunti nelle sedi della Conferenza Stato-Regioni le risorse per il monitoraggio dei dati alcologici sono sempre state ripartite tra le stesse Regioni secondo specifici criteri concordati.

Camera dei Deputati ARRIVO 22 Marzo 2018 Prot: 2018/0000388/TN

Con nota pec del 12/01/2016, la Commissione Salute Coordinamento tecnico interregionale c/o Regione Emilia Romagna proponeva lo sviluppo di una progettualità unica tra le Regioni alla quale vincolare la somma stanziata per l'anno finanziario 2016, pari ad € 89.341,00.

Con nota pec del 15/06/2016, la Commissione Salute Coordinamento tecnico interregionale c/o Regione Piemonte di aver individuato, per l'AF 2016, comunicava di aver individuato la Regione Piemonte per la stesura del progetto nazionale e per il coordinamento tra le Regioni, al fine di sviluppare le attività progettuali previste.

Il progetto nazionale successivamente sviluppato ha per titolo "Valutazione e monitoraggio delle politiche e delle azioni sanitarie e sociali in tema di alcol e problemi alcol correlati", con una durata di dodici mesi. A conclusione del progetto è previsto un convegno di presentazione dei risultati raggiunti, con l'opportunità per i rappresentanti regionali di confrontarsi sulle strategie e le attività da implementare, ai fini del contrasto alle patologie e alle problematiche alcol correlate. I risultati di tale progetto sono illustrati nella parte IV della presente Relazione al Parlamento.

In conclusione si sottolinea che la Legge 125/2001 prevedeva una serie di adempimenti, che in parte sono stati attuati ed in parte non si sono tradotti in iniziative realizzate, pur mantenendo a tutt'oggi una riconosciuta validità. La modifica del Titolo V della Costituzione (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3), subentrata poco dopo la Legge 125/2001, ha, come noto, rimodulato la competenza legislativa e amministrativa tra Stato e Regioni e questo ha avuto ripercussioni sulla attuazione della Legge stessa.

Tra le maggiori inadempienze resta ancora oggi l'assenza di norme che regolino l'identificazione, l'organizzazione e la funzione dei Servizi per l'Alcologia. Ciò ha comportato una notevole frammentazione della risposta alle problematiche alcol correlate a livello regionale. Negli ultimi anni la tendenza delle Regioni è stata prevalentemente quella di collocare i Servizi di alcologia all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze, mentre in alcune realtà regionali gli stessi Servizi sono collocati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Inoltre, i Servizi Alcologici e i Gruppi di Lavoro per l'alcoldipendenza risultano essere inseriti nei Servizi Territoriali (Ser.T) insieme alla presa in carico di altre forme di dipendenza (tossicodipendenza, dipendenza da gioco d'azzardo ecc), spesso con personale non esclusivamente dedicato ai pazienti con problemi alcologici. In pochi altri casi invece i Servizi di alcologia si trovano collocati in Strutture Ospedaliere o Universitarie. Poiché sull'alcol non esistono ad oggi delle indicazioni univoche per i Servizi territoriali che si occupano di Problemi e Patologie Alcol Correlate, sarebbe auspicabile prevedere Linee di indirizzo che definiscano gli ambiti e gli interventi specialistici inerenti il Disturbo da Uso di Alcol e Alcoldipendenza così come invece esistono per il Tabacco. Questa lacuna, tra l'altro, porta alcune Regioni a unificare, nel Catalogo Aziendale delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, sotto la definizione di Visita Tossicologia, anche quella Alcologica.

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

Camera dei Deputati ARRIVO 22 Marzo 2018 Prot: 2018/0000388/TN

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

Beatrice Lorenzin

Camera dei Deputati ARRIVO 22 Marzo 2018 Prot: 2018/0000388/TN