

2.6. La partecipazione alle politiche internazionali

Il Ministero della Salute ha partecipato nel corso del 2008 a numerose attività internazionali ed europee finalizzate alla definizione di strategie utili alla prevenzione e promozione della salute della popolazione e alla tutela delle fasce più deboli dal rischio di danni alcolcorrelati.

Tramite le competenze dell'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia (CNESPS) presso l'ISS, *national counterpart* governativo deputato alla consulenza in merito all'*alcohol policy* e alle tematiche alcolcorrelate, la partecipazione del Ministero della Salute è stata assicurata in particolare in merito alle attività della Commissione Europea dedicate all'implementazione della Strategia Comunitaria finalizzata a ridurre l'impatto sociale e sanitario dell'alcol nell'ambito della popolazione generale e della relativa Risoluzione del Parlamento Europeo approvata nel dicembre 2007.

Il "*Committee on National Alcohol Policy and Action*" insediato presso la Direzione Generale Salute e Tutela dei Consumatori della Commissione europea (DG SANCO) ha svolto riunioni formali per l'attuazione di attività della Commissione connesse alla valutazione congiunta e all'aggiornamento periodico delle azioni da implementare attraverso iniziative, buone prassi e politiche di prevenzione da parte degli Stati membri, che sono state oggetto di elaborazione da parte dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS e di pubblicazione sul sito di Public Health dell'Unione Europea sotto forma di tabelle di monitoraggio periodico concordate a livello europeo (*Overview of Member States policies aimed at reducing alcohol-related harm: Italy*) (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/italy_en.pdf).

Ulteriore occasione di confronto e di discussione sugli obiettivi di campagne di informazione/sensibilizzazione di valenza e priorità europee è stata la partecipazione in qualità di *observer* ai meeting periodici convocati a Bruxelles dall'*European Forum on Alcohol*, nel corso dei quali sono state presentate e accreditate le campagne di informazione e prevenzione del Ministero della Salute realizzate in attuazione della Legge 125/2001.

In merito al monitoraggio degli indicatori sono state assicurate attraverso l'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS le competenze richieste dall'OMS a livello europeo ed internazionale ai fini dell'aggiornamento periodico della base di dati europea dell'*Alcohol Control Database* e dell'*European Community Health Indicators for Monitoring (ECHIM)*.

Il Ministero ha partecipato attraverso il Centro Collaborativo OMS dell'ISS alle molteplici attività concordate nell'ambito del Piano di lavoro quadriennale OMS, che ha assicurato attività nazionali ed internazionali finalizzate a:

1. fornire consulenza e assistenza di un esperto all'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS - Programma Alcol e Droga - sul consumo di alcol, sui piani d'azione e sulle strategie di prevenzione in Europa;
2. partecipare alla ricerca, raccolta di dati, implementazione di progetti e fornire assistenza all'European Alcohol Information System dell'OMS;

3. rafforzare la prevenzione dei problemi alcolcorrelati e delle relative patologie attraverso la formazione multidisciplinare e la promozione della salute;
4. rafforzare le attività nazionali per l'identificazione precoce dell'uso dannoso di alcol, per la sensibilizzazione e per le strategie di intervento per la riduzione del danno alcolcorrelato nella popolazione generale;
5. coadiuvare l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS nella pianificazione e implementazione degli incontri e delle conferenze annuali;
6. supportare l'implementazione e la valutazione del Programma Quadro del Piano d'azione dell'Ufficio Regionale OMS.

Nei contesti europei ed internazionali le attività di prevenzione e comunicazione del Ministero realizzate ai sensi della Legge 125/2001 tramite l'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sono state oggetto di una presentazione acquisita nell'ambito dell'audizione pubblica OMS finalizzata alla segnalazione di proposte operative da recepire per la futura strategia internazionale dell'OMS, in corso di predisposizione e oggetto della prossima Assemblea Mondiale della Sanità prevista per maggio 2010.

Il Ministero ha inoltre supportato le attività nazionali ed europee svolte dal Centro di collaborazione dell'O.M.S. per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcolcorrelati, attivo dal 2000 presso il CNESPS dell'ISS. E' stata in particolare promossa la diffusione delle strategie di diagnosi precoce ed intervento breve per la riduzione del danno alcol-correlato secondo le metodologie validate dai progetti PRISMA e PHEPA, tramite la traduzione in italiano dei relativi materiali di formazione ed il finanziamento di corsi di formazione per il personale socio-sanitario interessato. Tramite un apposito accordo di collaborazione il Ministero ha altresì finanziato il Centro di collaborazione dell'OMS per la realizzazione di attività di informazione e prevenzione nonché di una serie di iniziative di valenza internazionale relative ad attività di ricerca, formazione, valutazione e coordinamento di progetti finalizzati alla riduzione del danno alcolcorrelato.

Tramite il Centro di collaborazione dell'OMS il Ministero ha provveduto nel corso del 2008 ad adattare le strategie OMS di prevenzione alle esigenze nazionali nell'ambito di gruppi di lavoro specifici, documenti di elaborazione statistica e varie altre iniziative di promozione della salute, informazione e prevenzione.

3. La spesa farmaceutica per la terapia farmacologica delle patologie alcolcorrelate¹

Il trattamento farmacologico della dipendenza alcolica prevede l'impiego di diverse classi di farmaci quali:

-antipsicotici, antidepressivi, benzodiazepine, antiepilettici, etc., utilizzati nel trattamento dell'astinenza da alcol e/o delle patologie alcol-correlate e per prevenire le ricadute nell'abuso di alcolici

-disulfiram, sodio ossidato e metadoxina, aventi un'indicazione terapeutica autorizzata ad un impiego esclusivo nel trattamento della dipendenza alcolica

-naltrexone che, pur avendo un'indicazione autorizzata nel trattamento della dipendenza alcolica, è anche autorizzato per il trattamento della dipendenza da oppiacei, che rappresenta la principale motivazione di consumo di questo medicinale (tab.1).

Tabella 1

Dosi prescritte farmaceutica convenzionata (tramite le farmacie aperte al pubblico)

N° dosi prescritte					
Molecola	N° confezioni in commercio	2007	2008	Var. assoluta	Var. %
Disulfiram	2	1.018.931	1.086.246	67.315	6,61%
Naltrexone	8	123.355	116.910	-6.445	-5,22%
Metadoxina	3	980	788	-192	-19,56%
Totale	13	1.143.266	1.203.944	60.678	5,31%

Durante il 2008, attraverso il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico, sono state dispensate oltre un milione di confezioni, per il 90% specialità medicinali a base di disulfiram, determinando un incremento di quasi il 7% dei consumi rispetto all'anno precedente. Da notare che tra il 2006 e il 2007 l'incremento era stato dello 0,1%.

La metadoxina invece ha fatto registrare una forte flessione dei consumi (-20% circa), flessione comunque inferiore a quella registrata tra il 2006 e il 2007 (-25,2%).

¹

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

L'impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata nel 2008 è stato di poco più di 480 mila euro (tab.2), in lieve incremento rispetto all'anno precedente (+0,26%) attribuibile proprio al consumo di medicinali a base di disulfiram (+7,2%).

Da notare che tra il 2006 e il 2007 l'incremento della spesa complessiva era stato molto superiore (+ 7,4%).

Tabella 2

Spesa farmaceutica convenzionata (tramite le farmacie aperte al pubblico)

Spesa convenzionata Servizio San. Naz.					
(EURO)					
Molecola	N° confezioni in commercio	2007	2008	Var. assoluta	Var %
Naltrexone	5	313.829	303.324	-10.505	-3,35%
Disulfiram	2	164.739	176.590	11.851	7,19%
Metadoxina	3	723	624	-99	-13,76%
Totale	10	479.291	480.538	1.247	0,26%

E' bene sottolineare che la spesa farmaceutica del naltrexone deriva dal suo prevalente impiego nel trattamento della disassuefazione dalla dipendenza da oppiacei; pertanto un valore di impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata maggiormente rappresentativo delle reali motivazioni d'uso nel trattamento della dipendenza alcolica è pari a 177.214 euro.

Tabella 3

N° confezioni prescritte in farmaceutica non convenzionata (strutture pubbliche)

N° confezioni				
Molecola	2007	2008	var assoluta	var %
Sodio ossibato	1.568.581	1.633.452	64.871	4,14%
Disulfiram	41.327	38.301	-3.026	-7,32%
Naltrexone	17.365	15.756	-1.609	-9,27%
Metadoxina	14.654	12.916	-1.738	-11,86%
Totale	1.641.927	1.700.425	58.498	3,56%

In ambito ospedaliero si registra un incremento del volume complessivo di confezioni dispensate nel 2008 rispetto al 2007 pari al 3,56% (tab.3).

Tra il 2006 e il 2007 al contrario era stato registrato un decremento, pari a -13,4%.

Il sodio ossibato rappresenta oltre il 90% delle prescrizioni e dispensazioni di tali farmaci (comprensive dell'eventuale distribuzione diretta), con un volume complessivo di 1,7 milioni di unità e un incremento nell'utilizzazione del +4,1% (tra il 2006 e il 2007 l'utilizzazione aveva registrato un decremento pari a -13,8%).

Si registra anche sul versante ospedaliero un forte decremento del consumo di metadoxina (-11,9%), diversamente da quanto registrato tra il 2006 e il 2007 con un incremento pari a +3,8%.

L'impatto sulla spesa farmaceutica non convenzionata nel 2008 è stato di quasi 4 milioni di euro, con un lieve decremento rispetto all'anno precedente (-1,2%) (tab.4). Da notare che fra il 2006 e il 2007 il decremento era stato molto più consistente (-20%). Nel 2008 la spesa non convenzionata per il sodio ossibato è aumentata dello 0,5% a fronte dell'incremento delle confezioni consumate.

La metadoxina, pur avendo registrato un decremento del consumo, ha avuto un incremento della spesa che appare lieve in termini assoluti (poco più di 5.000 euro).

Infine il disulfiram, in controtendenza rispetto ai dati relativi alla sua dispensazione attraverso le farmacie aperte al pubblico, ha avuto una riduzione del consumo e della spesa non convenzionata (-17% circa).

Tabella 4

Spesa farmaceutica non convenzionata (strutture pubbliche)

Spesa non convenzionata (EURO)				
Molecola	2007	2008	var assoluta	var %
Sodio ossibato	3.611.223	3.629.586	18.363	0,51%
Disulfiram	288.627	240.137	-48.490	-16,80%
Naltrexone	86.662	63.380	-23.282	-26,87%
Metadossina	20.750	25.874	5.124	24,69%
Totale	4.007.262	3.958.977	-48.285	-1,20%

Il trend complessivo dell'incidenza sulla spesa farmaceutica a carico del SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica si delinea come sostanzialmente stabile, soprattutto negli ultimi due anni, registrando comunque una flessione rispetto all'anno 2006 (tab.5).

Tabella 5

Spesa farmaceutica totale (convenzionata + non convenzionata) per i farmaci per la cura della dipendenza da alcol (EURO)

Anno	Spesa convenzionata	Spesa non convenzionata	Spesa totale	% conv.	% non conv.
2006	446.142	5.037.411	5.483.553	8,1%	91,9%
2007	479.291	4.007.262	4.486.552	10,7%	89,3%
2008	480.538	3.958.977	4.439.514	10,8%	89,2%

Nel 2008 la spesa complessiva (convenzionata + non convenzionata) è pari a 4,4 milioni di euro, in lieve flessione rispetto a quella dell'anno precedente. Inoltre, escludendo il naltrexone, la spesa complessiva conseguente all'esclusivo impiego per la dipendenza da alcol nel 2008 si riduce ulteriormente a circa 4,1 milioni di euro.

4. Le attività della Consulta nazionale sull'alcol e i problemi alcolcorrelati

La Consulta nazionale sull'alcol, prevista dall'art. 4 della legge 125/2001 e presieduta dal Ministro per le Politiche Sociali, è stata regolamentata con DM 3 giugno 2004 n. 199.

I suoi componenti durano in carica tre anni e possono essere riconfermati.

La composizione della Consulta attualmente operante è stata stabilita con Decreto del Ministro della Solidarietà Sociale in data 18 Ottobre 2006. Dal Maggio 2008, con l'inizio dell'attuale legislatura, la presidenza della Consulta è stata assunta dal Sottosegretario del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali Eugenia Roccella. Nel corso del 2007 e 2008 la Consulta ha operato tramite 4 gruppi di lavoro per la trattazione e l'approfondimento dei seguenti temi:

- alcol e stili di vita;
- educazione, prevenzione e trattamento;
- legge 125/2001 e organizzazione della Conferenza nazionale sull'alcol;
- alcol, guida e lavoro.

Tutti i documenti prodotti dai singoli gruppi di lavoro sono stati oggetto di discussione e valutazione nel corso di riunioni plenarie della Consulta.

Particolarmente importante è stato il lavoro del gruppo addetto alla promozione e organizzazione della I Conferenza Nazionale sull'alcol, svoltasi nell'Ottobre 2008. I componenti del gruppo, con la collaborazione dell'intera Consulta, hanno espresso il massimo impegno per rendere possibile in tempi brevi la realizzazione della Conferenza e soddisfare in tal modo un'esigenza che da tempo veniva espressa nel mondo degli operatori e addetti ai problemi alcolcorrelati dei diversi contesti.

Rimandando al paragrafo successivo la descrizione dei lavori della Conferenza, si riportano di seguito i documenti elaborati dagli altri gruppi di lavoro in tema, rispettivamente, di giovani, alcol e lavoro ed evoluzione dei modelli di consumo, formalmente approvati dalla Consulta e fatti pervenire dalla Segreteria della Consulta ai fini della presente Relazione al Parlamento.

GRUPPO DI LAVORO "ALCOL E STILI DI VITA"

DOCUMENTO "CAMBIAMENTI E SFIDE RECENTI-PROPOSTE DI INTERVENTO"

1. Gli stili di vita nell'ambito dei consumi di alimenti, di bevande e di altri prodotti di assunzione orale sono soggetti ad una evoluzione che rispecchia i più generali cambiamenti sociali. Negli ultimi anni l'Italia si trova a confrontarsi con trend contraddittori, che vedono il diffondersi da un lato della consapevolezza dell'importanza degli stili di vita salutari e dall'altro lato di consumi rischiosi per la salute, sia nell'alimentazione che con le bevande, con i farmaci e con le sostanze psicoattive, per lo più collegati alla diffusione della cultura del tempo libero e della socialità. Nei casi più gravi gli abusi hanno a che vedere spesso con forme più o meno gravi di disagio e disadattamento, in un rapporto di causalità reciproca.

Per quanto riguarda le bevande alcoliche, l'Italia possiede una tradizione antica di consumo, soprattutto di vino nel corso dei pasti, per una quantità totale di alcol che si attestava sugli 11,5 litri pro-capite all'anno circa 30 anni fa, scesa oggi a 7,5-8 litri, valore questo moderato anche se ancora superiore a quanto raccomandato dall'OMS (6 litri). Anche l'incidenza degli abusi risulta inferiore a quella degli altri paesi, ed il consumo prevalentemente distribuito su tutti i giorni della settimana.

Ciononostante, l'Italia registra negli ultimi anni alcune tendenze preoccupanti, su cui occorre portare in maniera più approfondita l'attenzione, e che riguardano:

- *il diffondersi, soprattutto al nord, di un consumo alcolico fuori dai pasti, o in sostituzione dei pasti, soprattutto in particolari situazioni di socialità giovanile ed adulta, nelle quali prevalgono la ricerca di forme di piacere, di competizione prestazionale, di protagonismo, e di ricerca del rischio, lontane dalla convivialità tradizionale;*
- *la diminuzione dell'età di primo consumo di alcol da parte degli adolescenti soprattutto in contesti non familiari;*
- *il diffondersi di una cultura dello "sballo" attraverso il consumo di grandi quantità di alcol soprattutto in aree specifiche del paese (nord-est), della società (giovani emarginati, casalinghe), dell'economia (lavoratori frustrati o espulsi dal processo produttivo);*
- *l'aumento dei consumi di alcolici da parte delle giovani donne e delle donne sole.*

Oltre alle importanti considerazioni dei rischi sanitari, della violenza e della incidentalità stradale, che derivano dalle fenomenologie problematiche indicate, da un punto di vista più generale, sociale e degli stili di vita, va sottolineato come queste aree di criticità si colleghino innanzitutto ad un rischio diffuso che dipende dal livello globale di consumo, dalle modalità del consumo e dalla cultura collettiva nei confronti del consumo.

I problemi legati al bere dipendono, come è evidente, dal livello e dalle modalità di consumo ed occorre ricordare a questo proposito che i consumi medi in realtà nascondono ampie variazioni nei livelli individuali e nelle abitudini, in quanto vi sono individui che si astengono totalmente dal bere, una larga maggioranza di bevitori lievi o moderati, ed i forti bevitori che, pur essendo una minoranza, sono responsabili di una larga parte dei consumi totali.

Accanto a ciò non va dimenticata la crescita di fenomeni di disagio sociale nella società contemporanea, che rimandano a problemi di larga portata economica, che le istituzioni devono cominciare ad affrontare con maggiore impegno, anche per ottenere più duraturi e solidi risultati nella lotta agli abusi e nel contenimento dei consumi, secondo le prescrizioni concordate a livello di comunità internazionale.

I fenomeni di disagio e disadattamento di cui si segnala la crescita e che sono collegati spesso ad un consumo a rischio delle bevande alcoliche sono:

- *la sindrome da debolezza identitaria degli adolescenti e di molti giovani, dovuta ad una carenza nella trasmissione intergenerazionale dei valori, e che spinge verso la ricerca di riscatto e di identità in forme di sfida e trasgressione;*
- *le forme di isolamento sociale e lavorativo, che colpiscono in particolare molte casalinghe, pensionati, lavoratori prematuramente espulsi, disoccupati;*
- *il disagio di molti immigrati, dovuto all'abbandono forzato dei propri contesti di origine ed alla precarietà sociale e lavorativa;*
- *la amplificazione, ad opera dei mezzi di comunicazione di massa, di stili di vita e di comportamenti di consumo alcolico a rischio;*
- *l'indebolimento dei fattori di protezione spontanea che la società italiana possedeva, e cioè del ruolo della famiglia, della scuola, del controllo sociale diffuso, dei modelli positivi di riferimento, della cultura della qualità degli alimenti e delle bevande.*

Rispetto ad ambedue gli elementi indicati, occorre non perdere di vista l'importanza della diffusione di una cultura generale di eccessiva tolleranza nei confronti del consumo eccedentario di alcol in Italia, proprio a causa della tradizione antica di consumo di vino durante i pasti, oltre che di una cultura sociale complessivamente molto tollerante nei confronti delle varie forme di devianza.

Dato il carattere legale, diffuso e socialmente accettato del consumo di alcol, è necessario dunque contemplare con determinazione tutte quelle strategie ed azioni di ampia e specifica valenza sociale,