

ATTI PARLAMENTARI

XVII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CXXV
n. 4

RELAZIONE

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

(Anni 2015 e 2016)

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

Presentata dal Ministro della salute

(LORENZIN)

Trasmessa alla Presidenza il 21 marzo 2017

PAGINA BIANCA



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO VI

**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 2016

INDICE

PREMESSA

PRESENTAZIONE

I**PARTE I**

1.	IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO	1
1.1	I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo	1
	<i>Il consumo di bevande alcoliche nel Mondo ed in Europa</i>	1
	<i>Il consumo di bevande alcoliche nella popolazione italiana</i>	
	<i>I modelli di consumo dei giovani</i>	
	<i>I modelli di consumo degli anziani</i>	9
	<i>I comportamenti di consumo a rischio</i>	11
	<i>L'alcol nelle Linee Guida</i>	21
1.2	L'alcoldipendenza	
1.3	La morbilità e la mortalità alcol correlate	25
	<i>Dimissioni ospedaliere con diagnosi di patologie totalmente alcol attribuibili</i>	26
	<i>Le stime di mortalità dell'Istituto Superiore di Sanità</i>	36
	<i>Gli incidenti stradali</i>	41
2.	LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE	52

PARTE II

3.	I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N.125 ANNO 2015	62
3.1	Il personale dei Servizi	63
3.2	Le caratteristiche demografiche dell'utenza	63
3.3	I consumi alcolici dell'utenza	64
3.4	I modelli di trattamento	64
3.5	La collaborazione dei Servizi con gli Enti e le Associazioni del volontariato, privato sociale e privato	64
	<i>Le Associazioni di Auto Mutuo Aiuto – AICAT, AA</i>	65

Tabelle e grafici

PARTE III

4.	GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125	76
4.1	Gli interventi di indirizzo	76
4.2	Gli interventi in materia di informazione e comunicazione	86
4.3	L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001 ai fini del monitoraggio	88
4.4	La partecipazione alle politiche internazionali	90

PARTE IV

5.	I CONSUMI ALCOLICI E I MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI	99
6.	LA RILEVAZIONE DEGLI INTERVENTI E DELLE ATTIVITA' DELLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 n. 125	111
6.1	Iniziative adottate per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali e per migliorarne la qualità	112
6.2	Iniziative adottate per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcol correlati	131
6.3	Iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto	151
6.4	Iniziative adottate per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario	161
6.5	Iniziative adottate per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del Privato sociale <i>no profit</i>	167
6.6	Strutture di accoglienza realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'art.11	175
6.7	Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge	183
6.8	Attività di collaborazione con le competenti istituzioni dell'Amministrazione dell'Interno, municipali o altre per il rispetto delle disposizioni in materia di pubblicità, vendita e guida	193
6.9	Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro	200
6.10	Provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o <i>anticraving</i> dell'alcolismo	208
6.11	Progetti o iniziative di particolare rilevanza realizzati dalle Regioni in adesione agli orientamenti e ai principi della legge 125/2001	213

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 della stessa legge da predisporre sulla base delle relazioni che le Regioni e Province Autonome sono annualmente tenute a trasmettere al Ministero ai sensi dell'art. 9 comma 2 della legge medesima.

La presente Relazione si riferisce agli interventi effettuati dalle Regioni nel corso dell'anno 2015 e dal Ministero della Salute nell'anno 2016.

La Relazione al Parlamento viene annualmente curata dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio VI, avvalendosi anche di informazioni pertinenti fornite da diversi uffici delle Direzioni Generali del Ministero della Salute: Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Uff. VIII; Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Uff. VI; Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti europei e internazionali - Uff. III.

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.

Pertanto si ringrazia:

*I'Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio Nazionale Alcol e C. C. del WHO

*I'Istituto Superiore di Sanità - Ufficio di Statistica

*I'ISTAT - Multiscopo

*I'ISTAT - Direzione Centrale delle Statistiche socio-demografiche e ambientale, Servizio Sanità, Salute ed Assistenza Incidentalità stradale

*CRA-NUT, Centro di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione del CRA (ex INRAN)

*AICAT, Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti Territoriali

*AA, Alcolisti Anonimi

*Gruppo Interregionale Alcol - FVG

*Centro Alcolologico Regionale Toscano

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 e purtroppo non meno preoccupante 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 al di fuori dei pasti, condizione ancor più dannosa per le patologie e le problematiche correlate.

Secondo i dati ISTAT, nel corso del 2015, ha consumato almeno una bevanda alcolica il 64,5% degli italiani di 11 anni e più (pari a 35 milioni e 64 mila persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (77,9%) rispetto alle femmine (52,0%). Si registra un incremento dei consumi rispetto all'anno precedente, infatti nel 2014 ha consumato almeno una bevanda alcolica il 63% degli italiani di 11 anni e più (pari a 34 milioni e 319 mila persone). Tale osservazione risulta confermata anche dai dati forniti dal database europeo *Health For All* (HFA-DB), che mostra nella rilevazione dei litri di alcol puro medio *pro capite* consumati nella popolazione ultra quindicenne in Italia, nel corso degli ultimi quattro anni, un nuovo incremento in controtendenza rispetto agli anni precedenti.

Nell'anno 2015 si osserva una sostanziale stabilità rispetto all'anno precedente dei consumatori giornalieri, mentre continuano a crescere i consumatori fuori pasto (nel 2013 erano il 25,8%, nel 2014 erano il 26,9%, nel 2015 risultano il 27,9%).

I consumatori giornalieri nel 2015 sono il 22,2% dei consumatori, 12 milioni circa di persone (33,3% tra i maschi e 11,8% tra le femmine).

Nell'ambito dell'arco di tempo 2005-2015 l'ISTAT ha rilevato:

- la diminuzione della quota di consumatori (dal 69,7% al 64,5%)
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 31% al 22,2%)
- l'aumento dei consumatori occasionali (dal 38,6% al 42,3%)
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 25,7% al 27,9%).

I cambiamenti nelle abitudini a distanza di 10 anni sono diffusi in tutte le fasce d'età, ma in maniera differenziata. Tra i giovani 18-24enni e tra gli adulti 25-44enni diminuiscono maggiormente i consumatori giornalieri; 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.

I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2015 il 38,9% degli uomini e il 17,7% delle donne, pari a circa quindici milioni persone di età superiore a 11 anni. L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 18-44 anni, con la metà delle persone che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24=52,9% e 25-44=52,5%). Tra le donne i valori massimi sono nella classe di età 18-24 anni (40,2%); per entrambi i sessi, oltre tali classi di età, le percentuali diminuiscono nuovamente. Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età ad eccezione di quelle al di sotto dei 17enni per i quali invece le differenze non risultano significative. La prevalenza dei consumatori fuori pasto è aumentata rispetto al 2013; tra le donne si registra nel corso degli anni un incremento della prevalenza delle consumatrici fuori pasto, in particolare, nel corso dell'ultimo anno, la prevalenza è aumentata

di 1,2 punti percentuali (pp); tra le donne l'incremento risulta statisticamente significativo anche nella classe di età 25-44 anni.

Resta allarmante il fenomeno del *binge drinking*, che comporta l'assunzione di numerose unità alcoliche al di fuori dei pasti e in un breve arco di tempo: nel 2015 è stato pari a 10,8% tra gli uomini e 3,1% tra le donne di età superiore a 11 anni, identificando oltre 3.700.000 *binge drinker* di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età della popolazione. Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=22,2%; F=8,6%); oltre questa fascia di età le percentuali diminuiscono nuovamente. La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione degli adolescenti, ossia quella fascia di popolazione per la quale la percentuale dovrebbe essere zero a causa del divieto per legge della vendita e somministrazione di bevande alcoliche al di sotto della maggiore età. L'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* condotta, separatamente per maschi e femmine, sulla popolazione di età superiore a 11 anni, mostra che rispetto al 2003 la prevalenza dei consumatori *binge drinking* è diminuita tra gli uomini, mentre si è mantenuta pressoché stabile tra le donne. Rispetto alla precedente rilevazione, tuttavia, si registra un incremento della prevalenza dei *binge drinkers* sia tra gli uomini (+0,8 pp) che tra le donne (+0,6 pp), in particolare nella classe di età dei 25-44enni.

Al fine di individuare interventi di Sanità Pubblica mirati al contenimento di **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 – CNESPS), 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 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 2015 del 23% per uomini e dell'9% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.500.000 individui (M=6.000.000, F=2.500.000).

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=47,4%, F=32,3%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei "giovani anziani", cioè i 65-74enni. Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 750.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone

quindi che non sono identificate precocemente e sensibilizzate sui loro consumi non conformi 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 nel corso degli ultimi otto anni si è registrata una progressiva diminuzione della prevalenza di consumatori a rischio di età superiore a 11 anni per entrambi i sessi, sebbene nel corso dell'ultimo anno tra le donne si è assistito ad un incremento delle consumatrici a rischio che sono passate da 8,2% a 9%.

Lo **studio sui consumi alcolici nelle Regioni Italiane** dimostra che il consumo di alcol nell'anno 2015 è decisamente aumentato rispetto all'anno precedente sia al Nord e sia al Centro Italia, mentre non si rilevano variazioni statisticamente significative al Sud e nelle Isole. Come negli anni precedenti, le Regioni appartenenti alla ripartizione territoriale dell'Italia Nord Orientale sono quelle che presentano le maggiori criticità sia in termini di tipologia di bevande consumate che in termini di comportamenti dannosi per la salute. Nella predetta area geografica, la percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è stata pari al 79,4% tra gli uomini e al 59,5% tra le donne e per queste ultime, il valore è il più elevato di tutte le realtà territoriali ed è aumentato di +3,2 pp rispetto al 2014.

Dall'analisi del **tipo di bevande** consumate si conferma la tendenza già registrata negli ultimi dieci anni che vede una progressiva riduzione della quota di consumatori che bevono solo vino e birra, soprattutto fra i più giovani e le donne, e un aumento della quota di chi consuma, oltre a vino e birra, anche aperitivi, amari e superalcolici, aumento che si registra nei giovani e giovanissimi ma in misura percentuale maggiore negli adulti oltre i 44 anni e gli anziani. Tra i giovani di 18-24 anni è in crescita il consumo di altri alcolici (aperitivi alcolici, *alcolpops*) oltre a vino e birra. Per tutte le altre classi di età si osserva, tra gli uomini, una diminuzione sia del numero di quanti consumano solo vino e birra sia della quota di chi beve anche altri alcolici come aperitivi, amari e superalcolici; tra le donne è stabile la quota di chi beve anche altri alcolici ed è in diminuzione il numero di coloro che bevono solo vino e birra. In ogni caso complessivamente tra le bevande consumate nel 2015 il vino resta al primo posto seguito dalla birra e quindi al terzo posto altri alcolici (aperitivi, amari e superalcolici).

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 alcolodipendenti 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 alcolodipendenti in trattamento nei Servizi alcolologici 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 2015 sono stati presi in carico presso i Servizi o gruppi di lavoro rilevati 72.377 soggetti. L'utenza è andata tendenzialmente aumentando nel tempo; negli anni più recenti il trend crescente è soprattutto evidente per gli utenti già in carico e rientrati. Circa il 26,6% 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 3,4 per il totale degli utenti. L'analisi per età evidenzia che la classe modale è 40-49 anni (circa 31% dei soggetti), sia per l'utenza totale che per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti. Il 76,4% dell'utenza ha un'età compresa tra i 30 e i 59 anni, mentre i giovani al di sotto

dei 30 anni rappresentano il 7,2% dei soggetti trattati; non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre pari al 16,4%. Nel tempo si è assistito ad un progressivo invecchiamento dell'utenza, particolarmente evidente nell'ultimo triennio, che ha riguardato tutte le categoria di utenti.

Analizzando i programmi di trattamento, si osserva che nel 2015 il 27,3% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,3% al “*counseling*” rivolto all'utente o alla famiglia, il 4,5% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 16,0% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,9% degli alcolodipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 12,0% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 4,3% del totale degli utenti rilevati (2,6% in istituti pubblici, 1,7% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol.

Dall'anno della loro prima costituzione, avvenuta con D.M. del 1996, il numero dei Servizi alcolologici è progressivamente aumentato, accompagnandosi a un contestuale, progressivo calo dei ricoveri ospedalieri per sindrome di dipendenza da alcol. Al 31.12.2015 sono stati rilevati circa 499 Servizi o gruppi di lavoro per l'alcolodipendenza; l'85,0% sono di tipo territoriale (Ser.D). Tuttavia resta ancora come rilevante criticità la frammentazione dell'organizzazione dei Servizi nelle varie Regioni.

E' cresciuto nel contempo anche il numero complessivo delle unità di personale addette al trattamento dell'alcolodipendenza: gran parte di tale personale tuttavia risulta addetto solo parzialmente ai Servizi alcolologici e il numero degli addetti esclusivi resta ancora troppo basso rispetto al fabbisogno, soprattutto tra i medici e gli psicologi. Il buon funzionamento dei Servizi alcolologici 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 2015 il 50,3% dei Servizi ha collaborato con i Club Alcolologici Territoriali (CAT), il 39,1% con gli Alcolisti anonimi (A.A.) e il 12,4% 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 43,5% e il 20,4% dei Servizi; la percentuale dei Servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 33,3%. nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei Servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli Enti privati cioè con case di cura convenzionate (20,0%) o private (1,0%). Si ripropone, come per molti altri aspetti del fenomeno in esame, l'assenza di una omogeneità territoriale, qui ancora più accentuata per la presenza di situazioni “estreme” (regioni con scostamenti molto significativi, in una direzione o in quella opposta, rispetto al valore centrale di riferimento).

Il trend (2007-2015) del consumo complessivo farmaceutico (convenzionata + non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta a quasi 53 milioni e 300 mila dosi. Il 75% di tale consumo è attribuibile ai farmaci acquistati dalle Strutture sanitarie pubbliche, (comprendente la distribuzione diretta e la distribuzione per conto), il restante 25% è relativo al canale delle farmacie aperte al pubblico. L'andamento dei consumi complessivi (convenzionata + non convenzionata) è aumentato nel 2015 rispetto al 2007 del +38%, attribuibile per il +37% all'assistenza farmaceutica non convenzionata e per il 41% a quella convenzionata, viceversa rispetto all'anno precedente il consumo totale per questa categoria di farmaci è diminuito del -7% corrispondente a una riduzione del -12% in ambito territoriale e un -6% in ambito ospedaliero.

Il trend (2007-2015) della spesa farmaceutica complessiva (convenzionata + non convenzionata) dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica a carico del SSN ammonta a circa 60 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. L'andamento della spesa complessiva (convenzionata e non convenzionata) è aumentata nel 2015 rispetto al 2007 del +79%, corrispondente a un incremento della spesa (+97%) in regime di assistenza convenzionata e a un altrettanto aumento della farmaceutica non convenzionata (+77%). Come già riportato nelle analisi dei consumi, anche la variazione della spesa per il 2015, rispetto all'anno precedente, ha registrato una riduzione, seppur minima del -1%, dovuta essenzialmente alla contrazione della spesa in regime di assistenza convenzionata, viceversa un incremento minimo del +1% si registra in ambito ospedaliero.

In conclusione, l'andamento generale dei consumi e della spesa registra uno spostamento delle prescrizioni verso le Strutture sanitarie pubbliche; tale fenomeno è essenzialmente attribuibile al forte incremento dell'utilizzo del sodio oxibato in ambito ospedaliero, sebbene tale medicinale registri un lieve calo dei consumi (-8%) rispetto all'anno precedente. Per quanto riguarda il contesto territoriale, sia la spesa che i consumi per questa categoria di medicinali registrano entrambi una riduzione delle vendite presso le farmacie aperte al pubblico, ascrivibile sostanzialmente all'acamprosato per quanto concerne la spesa e al disulfiram per i consumi.

L'elaborazione dei dati provenienti dalle **Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)** confermano anche per l'anno 2015 l'andamento in calo del numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili nelle donne, mentre per i maschi si osserva un lieve incremento. Per i ricoveri in regime ordinario, la diagnosi principale è da attribuire prevalentemente a disturbi mentali (23%), a seguire, patologie dell'apparato digerente (17%), tumori (11%) e malattie del sistema circolatorio (10%). Per i ricoveri diurni i tumori rappresentano le patologie prevalenti. Inoltre si osserva che la numerosità dei ricoveri cresce all'aumentare dell'età, con valore massimo per la fascia 50-59 anni, sia per i maschi che per le femmine, per poi gradualmente decrescere.

I dati relativi ai **decessi totalmente alcol-attribuibili** sono forniti dall'ISTAT ed elaborati dall'ISS (ONA-CNESPS e Ufficio di Statistica) i dati più recenti attualmente disponibili si riferiscono ai decessi avvenuti in Italia nel 2013 e le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri). Si evince che nell'anno 2013 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.180, di cui 924 (78,3%) uomini e 256 donne (21,7%); questi numeri, se rapportati alla popolazione, corrispondono a circa 37 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e circa 1 decesso 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 **sindromi psicotiche indotte da alcol**, che nel complesso causano oltre il 90% dei decessi alcol-attribuibili sia tra gli uomini che tra le donne.

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) e la guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (Art. 187), Polizia Stradale, Carabinieri e Polizie

Locali dei Comuni capoluogo hanno contestato, complessivamente nel 2015, 42.857 violazioni per la guida sotto l'effetto di alcol e 4.518 sotto l'effetto di stupefacenti. Per la guida in stato di ebbrezza aumentano lievemente solo le sanzioni rilevate dai Carabinieri (+0,2% rispetto al 2014).

Il numero di controlli mirati alla rilevazione di comportamenti scorretti, in particolare legati alla guida in stato di ebbrezza, dipende sicuramente anche dalle dotazioni di etilometri e precursori a disposizione delle Forze dell'Ordine. Grazie alla collaborazione con il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e con Ministero dell'interno, Servizio Polizia Stradale, è stato possibile effettuare alcune elaborazioni aggiuntive mirate al sottoinsieme di **incidenti stradali alcol correlati**. Pertanto si osserva che sono 4.060 gli incidenti stradali, rilevati dai Carabinieri nel 2015, per i quali almeno uno dei conducenti coinvolti era in stato di ebbrezza, 66 le vittime coinvolte e 4.437 i feriti. Calcolando il rapporto sul totale degli incidenti stradali, morti e feriti, risulta che il 13,2% degli incidenti, il 5,2% delle vittime e il 9,2% dei feriti è alcol correlato. Tale informazione, assolutamente inedita, rappresenta un primo importante passo per un conteggio esaustivo degli incidenti stradali legati alla guida sotto l'effetto di alcol in Italia.

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. A tale proposito particolare valenza strategica ha rivestito la **Strategia Comunitaria 2006-2012** per la riduzione dei danni alcol correlati, "**European Alcohol Action Plan 2006-2012**", alla quale hanno fatto seguito lo **Scoping Paper** per una rinnovata Strategia Comunitaria sull'Alcol e, in accordo con la Strategia Globale 2010 dell'OMS per la riduzione del consumo dannoso di alcol ("**WHO Global Strategy on alcohol**"), l' "**European Alcohol Action Plan 2012-2020**" dell'OMS; più recentemente anche il Piano d'azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 dell'OMS "**WHO Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Disease 2013-2020**" contiene un obiettivo specifico per l'alcol.

Un altro importante documento di riferimento al quale si continua a lavorare in ambito Europeo è l' "**European Action Plan on Youth and on binge drinking 2014-2016**".

Le strategie e i piani elaborati in ambito U.E. e nel contesto internazionale hanno ripetutamente sottolineato e rafforzato nel tempo l'importanza di sviluppare e sostenere un sistema locale di monitoraggio alcol-correlato in grado di garantire da un lato, una valutazione dell'impatto socio-sanitario del consumo di alcol nella popolazione, dall'altro, di fornire informazioni puntuali sullo stato di avanzamento delle iniziative di contrasto adottate ed eventualmente riadattate sulla base di bisogni socio-sanitari emergenti. Per il raggiungimento dei predetti obiettivi il Ministero della Salute, tramite l'Istituto Superiore di Sanità- ONA CNESPS, collabora all'attuazione delle azioni finalizzate alla definizione, monitoraggio e valutazione delle politiche europee ed internazionali sull'alcol. In particolare l'impegno è stato rivolto al supporto e all'attivazione di attività formali di *data collection* e *reporting* annuale per lo "**EU Status Report on Alcohol**" e per il "**Global Status Report on alcohol**" ed alla collaborazione tecnico-scientifica nei gruppi e nei contesti formali della Commissione Europea, nell'ambito del **Committee for National Alcohol Policy and Action - CNAPA**.

Le riunioni svolte nel corso del 2016 sono state prevalentemente orientate alla valutazione periodica del "**Piano di Azione sui Giovani e sul binge drinking**" e alla discussione di merito delle priorità identificate dallo **Scoping Paper** per una rinnovata Strategia Comunitaria sull'Alcol.

Inoltre l'Italia ha partecipato a numerosi meeting comunitari dedicati alla **Joint Action RARHA 2014-2016**, alla quale il Ministero della Salute ha contribuito tramite l'ISS/ONA.

Le principali priorità emergenti dal lavoro della Joint Action RARHA hanno riguardato la predisposizione di proposte per *policy* comuni identificate in vari ambiti, tra i quali: la prevenzione delle patologie cronico-degenerative, le relazioni tra alcol e droghe illegali, la proposta di una nuova direttiva sulle modalità di comunicazione commerciale delle bevande alcoliche, sulle modalità di etichettatura delle bevande alcoliche, la prevenzione della sindrome fetoalcolica, l'esposizione dei minori alla pubblicità e al marketing, le linee guida del bere a basso rischio.

L'Italia ha partecipato a Ljubljana, il 21-23 novembre 2016, alla "7° *European Conference on Alcohol Policy*" presentando i risultati della propria *alcohol policy* relativa all'identificazione precoce del rischio alcolcorrelato. Inoltre sempre a Ljubljana, il 24-25 novembre 2016, l'Italia ha partecipato alla *Regional Consultation* dell'OMS, nel corso della quale sono state presentate le politiche e le iniziative nazionali di prevenzione della Sindrome Feto-alcolica (FASD).

Nel corso delle riunioni del CNAPA in Lussemburgo è stato, inoltre, come di consueto, assicurato l'aggiornamento periodico sull'implementazione nazionale delle misure legislative, delle iniziative di prevenzione e delle strategie specifiche indicate dalla **Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni e del rischio alcol correlati** e risultando in una serie di azioni ritenute efficaci secondo un approccio multisettoriale, tramite interventi o Piani di azione nazionali, come il Piano sanitario nazionale e il Piano di prevenzione.

Il **Piano Nazionale di Prevenzione (PNP)** per il quinquennio 2014-2018, approvato con l'Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014, 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, predispongono ed implementano Piani Regionali di Prevenzione per il quinquennio di interesse, indicando le azioni da realizzare nei loro territori, i tempi e gli indicatori per la valutazione. E' stata stanziata la somma di 200 milioni di euro finalizzata a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del nuovo PNP, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale. Le Regioni hanno recepito il PNP con apposita delibera, adottando i Piani Regionali di Prevenzione. Tutte le Regioni, nell'ambito dei propri Piani Regionali, 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 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 noncommunicable 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.).

Il Centro Nazionale di Prevenzione e Controllo delle Malattie (CCM) ha approvato, tra le azioni centrali di sostegno alle Regioni per la verifica e valutazione del conseguimento degli obiettivi di prevenzione alcolica contemplati nel nuovo PNP 2014-2018, il progetto “*SisMA. Sistema di Monitoraggio alcol correlato*” affidato all’Istituto Superiore di Sanità. Il progetto, concluso nel 2016, ha raggiunto l’obiettivo previsto: “Sistematizzazione delle attività di raccolta, elaborazione, analisi, studio e reporting di dati e di flussi informativi utili ai fini del monitoraggio epidemiologico, della programmazione sociosanitaria e dell’azione di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione”.

Altro progetto che si è concluso nell’anno 2016 è il progetto CCM “*ITA-RARHA*”, finalizzato a sostenere le attività di supporto al progetto europeo “*RARHA: Joint Action on reducing Alcohol related harm*”, al quale si è accennato sopra.

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 linea con le indicazioni espresse dall’*Action Plan on Youth Drinking on Heavy Episodic Drinking* per gli anni 2014-2016”, sul contrasto al consumo di alcol tra i giovani e sul fenomeno del *binge-drinking* approvato dall’Unione Europea, la Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti Europei e Internazionali ha realizzato, nel corso del 2016, l’iniziativa di informazione e

sensibilizzazione: **“Alcol Snaturato - Una serata speciale”**. Avviata nel corso del 2015 e continuata nel 2016, la campagna si è avvalsa della collaborazione del gruppo musicale “Elio e le Storie Tese”. L’obiettivo è stato quello di rendere “poco appeal”, nei confronti dei ragazzi, il modello comportamentale di chi abusa di sostanze alcoliche e di correggere il difetto di percezione alimentato dai media che nei giovanissimi descrive l’alcol come facilitatore di successo. “Alcol Snaturato” è il titolo della canzone che il Ministero ha prodotto e veicolato sul web facendo ricorso ai canali di comunicazione social abitualmente più utilizzati dai giovani.

Inoltre, nell’ambito dell’accordo di collaborazione “Promozione di iniziative di comunicazione per la prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol” con l’Istituto Superiore di Sanità, si è dato seguito e continuità all’iniziativa on line **“Non perderti in un bicchiere”** avviata in collaborazione con l’Agenzia Dire Giovani. Per coinvolgere attivamente i ragazzi e avviare con loro un dialogo costruttivo sulla problematica, sul sito www.diregiovani.it sono stati realizzati una rubrica informativa ed uno sportello d’ascolto *on-line* gestito in collaborazione con medici ed psicologi.

E’ stata anche realizzata, sempre con l’ISS, la Campagna di Comunicazione: **“In ogni serata c’è chi beve e chi si diverte. E tu?”**, ancora finalizzata a contrastare l’abuso di alcol da parte dei giovani (fenomeno del *binge drinking*). Per tale campagna sono stati realizzati uno spot televisivo di 30” andato in onda sui canali televisivi Italia1, Canale5, Telelombardia e Telenorba, nonché uno spot radiofonico andato in onda sulle emittenti a diffusione nazionale Rtl 102.5, Radio DJ, Radio 105, Radio Dimensione Suono, Radio Italia e Radio Subasio.

Il Ministero della Salute ha sostenuto e finanziato la quindicesima edizione dell’**Alcol Prevention Day**, che si è tenuta il 14 aprile 2016 a Roma presso l’Istituto Superiore di Sanità, in stretta collaborazione con la Società Italiana di Alcologia, l’Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali ed EUROCARE. Durante il convegno, che rappresenta da anni il momento centrale nel calendario degli eventi di sensibilizzazione ed informazione sull’alcol organizzati dalla comunità scientifica, sono stati presentati gli ultimi dati emersi da studi e monitoraggi istituzionali raccolti in vari paesi europei ed extra europei. Tutti gli interventi presentati dai partecipanti al convegno sono stati pubblicati sul sito <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd16.asp>.

Il 17 aprile 2016, allo Stadio delle Terme di Caracalla, successivamente al convegno dell’Alcol Prevention Day, si è svolta la XVIII edizione della tradizionale “Roma **Appia Run**”, che quest’anno ha corso per l’**Alcohol Prevention Race**, gara podistica non competitiva. Hanno aderito alla manifestazione circa 5000 appassionati provenienti da tutte le regioni italiane.

Le Regioni e Province Autonome proseguono lo svolgimento delle funzioni loro assegnate dalla **legge 125/2001** per la programmazione di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, per l’organizzazione di Servizi dedicati, per la formazione e l’aggiornamento del personale. Il Ministero della Salute monitora annualmente lo svolgimento delle attività regionali tramite l’esame delle relazioni predisposte dalle stesse Regioni ai sensi della legge 125/2001. Da tali relazioni emerge un crescente impegno nelle attività di prevenzione, che sempre più frequentemente si ispirano al modello di approccio interdisciplinare e intersettoriale raccomandato dai Piani e Programmi nazionali. Secondo tale modello, le Regioni favoriscono la collaborazione tra interlocutori di vari ambiti istituzionali e l’integrazione delle diverse risorse disponibili, promuovendo i contatti dei Servizi sociosanitari con le Scuole, i Servizi sociali, le Forze dell’Ordine, il mondo del lavoro, il mondo del divertimento giovanile, le Associazioni sportive, il mondo del volontariato e i Gruppi di auto-mutuo aiuto. Purtroppo si registra ancora una notevole frammentazione e disomogeneità nell’organizzazione

dei Servizi di Alcolologia nelle diverse Regioni e realtà territoriali, per i quali sarebbe auspicabile una più puntuale definizione delle caratteristiche e degli standard.

Al fine di migliorare il coordinamento degli interventi sul territorio nazionale ed in coerenza con quanto disposto dalla legge 125/2001, che aveva previsto l'istituzione di una Consulta Nazionale Alcol, attiva sino ad alcuni anni or sono, per il conseguimento degli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione alcolica, appare sempre più opportuna l'attivazione di un Tavolo di lavoro permanente presso il Ministero della Salute con la partecipazione di tutti gli Stakeholders, anche al fine di supportare il Gruppo tecnico interregionale per l'alcolologia della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni che ha interagisce direttamente sul territorio con le Autorità locali.

Beatrice Lorenzin