

PRESENTAZIONE

Con la presente Relazione vengono illustrati al Parlamento gli interventi realizzati nell'anno 2004 in attuazione della legge 30. 3. 2001 n. 125 "*Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati*", secondo quanto disposto dall'art. 8 della medesima legge e sulla base delle relazioni a tale scopo predisposte dalle Regioni.

La legge 125/2001 ha costituito un importante strumento di consolidamento delle politiche alcolologiche del nostro Paese, e la sua attuazione contribuisce ad accrescere l'impegno dell'Italia nella riduzione dei danni sanitari e sociali alcolcorrelati, considerato un importante obiettivo di salute pubblica dalla maggior parte degli Stati europei.

Le relazioni inviate dalle Regioni sulle attività realizzate nel campo della prevenzione, trattamento e riabilitazione nonché i dati rilevati dal Ministero della Salute sulle attività dei servizi territoriali per le alcoldipendenze consentono di evidenziare un ampliamento e una qualificazione del quadro degli interventi nel settore alcolologico.

I servizi territoriali si prendono carico di un crescente numero di utenti e i problemi alcolcorrelati sempre più possono essere affrontati nella loro complessità bio-psico-sociale, nell'ambito di spazi e contesti appropriati, mobilitando risorse ad ampio raggio, anche in settori diversi da quelli dell'intervento più propriamente sanitario, in un'ottica di approccio integrato che bene interpreta la volontà del legislatore.

Contestualmente al crescente impegno dei servizi alcolologici territoriali, l'invio al ricovero ospedaliero appare in continuo decremento, ed anche il più recente dato sul tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (167,9 per 100.000 abitanti nel 2003) appare in diminuzione.

L'aggiornamento del quadro epidemiologico fa emergere peraltro alcune criticità rilevanti sul piano della prevenzione dei danni alcolcorrelati, quali l'aumento dei consumi alcolici al di fuori dei pasti, la diffusione di modelli di consumo a rischio nelle fasce di età giovanili, l'elevata mortalità giovanile per incidente stradale.

Per affrontare tali criticità e incrementare le attività di prevenzione finalizzate a ridurre la mortalità e morbidità alcolcorrelate il Ministero della Salute ha messo a punto, fra l'altro, un Piano Nazionale Alcol e Salute, attualmente all'esame delle Regioni e della Consulta Nazionale per l'Alcol, finalizzato a coinvolgere in modo coordinato Ministero e Regioni nell'implementazione di azioni nell'ambito di alcune aree strategiche ritenute prioritarie.

L'esame del quadro degli interventi realizzati nell'anno 2004 a livello nazionale e regionale conferma comunque la maturazione di una cultura istituzionale in campo alcolologico e una crescente capacità di corrispondere agli obiettivi di politica sanitaria elaborati in materia nelle sedi istituzionali di ambito nazionale e internazionale.

Francesco Storace

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 legge stessa, da predisporre sulla base delle relazioni che le Regioni e Province Autonome sono tenute a trasmettere al Ministero, ai sensi dell'art. 9 comma 2, entro il 30 giugno.

In considerazione dei tempi richiesti per l'elaborazione e l'analisi dei dati e delle informazioni, la Relazione annuale viene predisposta nella seconda metà di ciascun anno, con riferimento agli interventi posti in essere nell'anno precedente.

La presente Relazione al Parlamento si riferisce agli interventi attivati nel corso dell'anno 2004.

PARTE PRIMA

1. Il quadro epidemiologico

1.1. I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo

Come risulta dai documenti delle principali agenzie sanitarie di livello internazionale quali l'O.M.S. e dai risultati di importanti ricerche e studi comparativi promossi dalla stessa Unione Europea, il consumo di alcol si configura sempre più come uno dei principali determinanti per la salute della popolazione, e in particolare di quella europea.

L'Italia è un Paese in cui l'assunzione moderata di alcol, e in particolare di vino, continua ad essere abitudine alimentare molto diffusa e radicata in una solida tradizione culturale.

Anche per l'anno 2003 si conferma peraltro nel nostro Paese, secondo una tendenza iniziata a partire dall'inizio degli anni ottanta, il progressivo calo del consumo medio annuo pro-capite di alcol puro nell'ambito di tutta la popolazione italiana, pari, secondo i dati forniti dall'O.M.S., a 7,61 litri, contro i 7,85 litri del 2001, gli 8,03 litri del 2000 e gli 8,04 litri del 1999.

Prendendo in considerazione la sola popolazione di età superiore ai 15 anni, questa tendenza sembra peraltro interrompersi negli ultimi anni, con un consumo medio pro capite di alcol puro pari a 10,45 litri nel 2003, contro i 9,2 litri del 2002 e i 9,1 litri del 2001.

Tale livello di consumo appare ancora molto al di sopra di quello raccomandato dall'O.M.S. (Target 12 del Programma "Health 21/ 1999") ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015, pari a 6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e a 0 litri per quella di età inferiore.

Secondo le più recenti indagini multiscopo ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana delle famiglie, si conferma nell'ultimo biennio, sia tra i maschi che fra le femmine, il calo del numero dei consumatori di vino, che nell'anno 2003 sono pari al 55,9% della popolazione (71,2% nei maschi e 41,6% nelle femmine), contro il 57,4% del 2002 (71,6% nei maschi e 44,1% nelle femmine) e il 59,6% del 2001 (73,8% tra i maschi e 46,4% tra le femmine) (tab.1a).

Non è stata pertanto confermata la tendenza all'aumento del numero dei consumatori di vino che era sembrata delinearsi tra gli anni 2000 e 2001 (tab.1b).

La tendenza all'aumento viene invece confermata per i consumatori di birra, che nel 2003 sono pari al 47,2% della popolazione (63,9% nei maschi e 31,7% nelle femmine) contro il 46,3% del 2002 (62,0% nei maschi e 31,7% nelle femmine), interrompendo il calo rilevato in quest'ultimo anno rispetto al 2001 (48,4%) (tab.1a).

Fenomeno simile si manifesta per il numero dei consumatori di liquori, che nel 2003 appaiono in crescita con il 25,8% (38,9% nei maschi e 13,5% nelle femmine) contro il 24,1% del 2002 (37% nei maschi e 12,1% nelle femmine), interrompendo il calo che era sembrato delinearsi in quest'ultimo anno rispetto al 2001 (26,1% di consumatori, di cui 39,9% nei maschi e 13,2% nelle femmine) (tab.1a).

Un fenomeno analogo riguarda il numero dei consumatori di bevande alcoliche al di fuori dei pasti, che rappresentano un importante indicatore di esposizione della popolazione al rischio alcolcorrelato. Essi infatti appaiono in crescita nel 2003, con il 25,8% (38,0% nei

maschi e 14,3% nelle femmine) contro il 23,2% del 2002 (35,1% tra i maschi e 12,1 % tra le femmine), interrompendo il calo rilevato in quest'ultimo anno rispetto al 2001 (25% di cui 37,8% tra i maschi e 13,1% tra le femmine) e confermando la tendenza all'aumento evidenziabile fin dal 1993, particolarmente evidente nel passaggio dal 2000 al 2001 (tab.1a e 1b).

Continua a crescere la tendenza al consumo fuori pasto tra i giovanissimi di età compresa fra 14 e 17 anni, particolarmente evidente a partire dal 1998 (tab.1c).

In particolare fra i maschi tale tendenza non sembra manifestare interruzioni, con un progressivo passaggio dal 9,8% del 1993 al 15,2% del 1998, al 17,1% del 2001, al 18,3% del 2002, al 20,7% del 2003.

Fra le femmine l'aumento registrato fra il 2002 e il 2003, pari a quasi 5 punti percentuali, appare particolarmente rilevante, se si considera che tra esse la tendenza all'aumento appare, benché evidente, meno accentuata nel tempo e che in particolare tra il 2001 e il 2002 era stato registrato un discreto calo.

La tendenza all'aumento viene confermata fra il 2002 e il 2003 anche per le altre fasce di età giovanile (tab. 1f).

In particolare, nella fascia di età tra i 18 e i 19 anni viene rilevato nel 2003 il 44,3% dei consumatori fra i maschi e il 28,5% fra le femmine, dopo che fra il 2002 e il 2001 si era evidenziato un calo (dal 43,4% del 2001 al 37,5% del 2002 nei maschi; dal 27,5% del 2001 al 26,3% del 2002 nelle femmine).

Nella fascia di età tra i 20 e i 24 anni si rileva per il 2003 il 47,1% fra i maschi (contro il 43,3 % del 2002) e il 30,0% fra le femmine (contro il 26,6% del 2002), interrompendo per i maschi il calo rilevato tra il 2001 (47,3%) e il 2002 (43,3 %), mentre per le femmine la tendenza all'aumento non si è mai interrotta, essendosi registrato un aumento delle consumatrici fuori pasto anche tra il 2001(24,4%) e il 2002 (tab.1f).

Complessivamente in diminuzione appare il numero dei consumatori di oltre ½ litro di vino al giorno, che rappresenta anch'esso un importante indicatore di danno alcolcorrelato e che riguarda per il 2003 il 4,5% della popolazione, contro il 5,3% rilevato sia per il 2002 che per il 2001 (tab.1a).

Il fenomeno riguarda entrambi i sessi, rilevandosi una diminuzione sia tra i maschi (8,1% nel 2003 contro il 9% del 2002 e il 9,3% del 2001) che tra le femmine (1,1% nel 2003 contro l' 1,8% del 2002), per le quali tuttavia si era delineata una crescita tra il 2001 (1,5%) e il 2002 (1,8%) (tab.1d).

Si conferma dunque nettamente nella popolazione maschile quella tendenza al calo dei consumi eccedentari di vino già evidenziatasi da qualche anno, come si può rilevare dall'esame della serie storica del dato a partire dal 1993, quando tale consumo interessava ben il 14% dei maschi; mentre nella popolazione femminile, nel complesso meno interessata ai consumi eccedentari, tale tendenza, anche se confermata, incontra alcuni periodi di chiara interruzione.

Tenendo conto dei parametri di rischio definiti dall'O.M.S., secondo cui la dose alcolica giornaliera non deve superare 40 g. per gli uomini e 20 g. per le donne (corrispondenti, rispettivamente, a circa 3 bicchieri e a 1 bicchiere e mezzo di vino di media gradazione alcolica), considerando i soli consumatori di oltre ½ litro di vino al giorno, il numero delle

persone a rischio di sviluppare problematiche alcolcorrelate non può stimarsi comunque in Italia inferiore a 2.230.000 per l'anno 2003.

Per quanto riguarda la distribuzione nel territorio nazionale dei fenomeni rilevati, nelle Regioni centrali si riscontrano le maggiori percentuali di consumatori di oltre mezzo litro di vino al giorno (tab. 1e).

Molise, Basilicata, Toscana ed Emilia Romagna sono, nell'ordine, le Regioni dove tale consumo eccedentario è più diffuso.

Toscana, Marche, Umbria ed Emilia Romagna sono le Regioni in cui è più diffuso il consumo moderato di vino (uno o due bicchieri al giorno).

I consumi fuori pasto hanno la più alta diffusione nelle Regioni del Nord Est e in Valle D'Aosta, ma anche in Lombardia, Emilia Romagna e Sardegna (tab.1e).

Di particolare rilievo appaiono i dati relativi alle fasce di età giovanili.

Secondo le stime dell'Osservatorio Nazionale Fumo-Alcol-Droga (OssFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità, 800.000 giovani italiani al di sotto dell'età legale (14-16 anni), corrispondenti al 40 % dell'intera popolazione di tale età, dichiarano di consumare bevande alcoliche.

Secondo i dati dell'indagine "Eurobarometro" 2002 della Commissione Europea, l'Italia presenta l'età più bassa di avvio al consumo di bevande alcoliche, con una media di 12,2 anni contro i 14,6 anni che rappresentano la media dell'età di avvio nell'Unione Europea.

Secondo lo studio europeo ESPAD, fra i giovani studenti italiani di età compresa fra i 15 e i 19 anni continuano a crescere i consumatori di bevande alcoliche, che rappresentano nel 2003 il 90,8% del totale, contro l'89% del 2002 (tab. 2a).

Il 56,4% di tali studenti riferisce inoltre di essersi ubriacato almeno una volta nella vita, contro il 54,6% del 2002, confermando la tendenza all'aumento di tale comportamento a rischio rilevabile a partire dal 1999.

In aumento anche i comportamenti di ubriachezza ripetuta (tre o più ubriacature negli ultimi trenta giorni), che nel 2003 hanno riguardato il 7% dei giovani studenti contro il 3% del 1999; nonché la persistenza del comportamento nel corso della vita (venti o più ubriacature nel corso della vita), che nel 2003 ha interessato il 5% degli studenti contro il 2% del 1999.

Sembra affermarsi tra i più giovani, rispetto agli anni passati, una maggiore consapevolezza del rischio rappresentato dal consumo eccessivo. Si abbassa infatti al 2,3% la percentuale di studenti che non percepisce alcun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri ogni giorno, contro il 4% del 2002 e 2001 e il 3,0% del 2000 e 1999 (tab.2 b).

A tale accresciuta consapevolezza non sembrano peraltro corrispondere comportamenti e atteggiamenti consequenziali; infatti comportamenti di trasgressione ed eccesso quali le ubriacature sembrano riscuotere nel tempo sempre meno disapprovazione, secondo una tendenza che si va progressivamente affermando fin dal 1999 (tab. 2b) e gli episodi di ubriacatura riguardano un numero sempre maggiore di soggetti.

Variabile negli anni l'atteggiamento dei giovani studenti verso il bere "moderato" (1-2 bicchieri al giorno), in relazione al quale si può rilevare comunque una approvazione maggiore rispetto ai primi anni dell'indagine, in linea con la progressiva diffusione del numero dei consumatori di bevande alcoliche. Il fenomeno della diffusione dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla percentuale di giovani alcol dipendenti in carico

presso i servizi sociosanitari per l'alcoldipendenza, che continua ad aumentare nel tempo rispetto al totale dell'utenza.

Come emerge dai dati rilevati dal Ministero della Salute, nel 2004 i minori di 20 anni rappresentano lo 0,6% dell'utenza (contro lo 0,5% del 2003) e i giovani fra i 20 e i 29 anni ne rappresentano il 9,8%, contro il 9,1% del 2003 (tab. 2c).

Tra gli utenti di età fra i 20 e i 29 anni si rileva, rispetto alle altre fasce di età, la crescita maggiore nel tempo, a partire dal 1996.

La tendenza all'aumento appare ancora più evidente con riferimento ai soli nuovi utenti di tale età, che passano dal 10,7% del 1998 al 14% del 2004 (V. Parte II della Relazione).

Tra i giovani italiani il fenomeno dell'uso e abuso di bevande alcoliche appare dunque in pericolosa ascesa, e deve essere affrontato risolutamente in tempi adeguati, prima che raggiunga i livelli di rischio già consolidati in molti dei Paesi del Nord Europa dai quali il nostro Paese sta negli ultimi anni mutuando i modelli di consumo.

1.2. La mortalità e la morbidità alcolcorrelata

Le stime della mortalità alcolcorrelata si differenziano a seconda degli indicatori e delle metodologie adottate, delle diverse fonti (Ministero della Salute, Società italiana di Alcologia, Osservatorio permanente su giovani e alcol, specifici studi ad hoc) e dell'anno di riferimento.

Attualmente il numero annuale delle morti per cause alcolcorrelate è stimato in un intervallo compreso tra 17.000 e 42.000.

Le diverse stime si basano su indicatori di danno sia diretto, correlato ad abuso cronico (psicosi alcolica, cirrosi epatica, alcuni tumori, etc.) che indiretto e correlato anche a consumi relativamente limitati (incidenti stradali, sul lavoro, domestici etc.).

Tra gli indicatori del primo tipo l'O.M.S. considera il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica e patologie croniche del fegato uno dei più importanti.

Tale dato è stato calcolato nel nostro Paese pari a 13,64 per 100.000 abitanti nel 2001, confermando la tendenza alla diminuzione ormai in atto da molti anni (22,60 nel 1990, 17,91 nel 1995, 13,89 nel 2000), in concomitanza con la diminuzione della quantità del consumo medio pro capite di alcol puro nella popolazione.

Tra gli indicatori di danno indiretto va segnalata la mortalità per incidente stradale, che in Italia è stata stimata come correlata all'uso di alcol alla guida per una quota compresa tra il 30% e il 50% del totale della mortalità per questa causa.

Nell'anno 2004 sono stati rilevati dall'ISTAT 224.553 incidenti stradali (contro i 231.740 del 2003) che hanno provocato 5.625 morti (contro i 6.065 del 2003), con un indice di mortalità (rapporto tra numero di morti e numero di incidenti) pari a 2,5% (contro il 2,6% del 2003).

Nell'anno 2004 si registra rispetto al 2003 una riduzione del numero degli incidenti (-3,1%), dei morti (-7,3%) e dei feriti (-3,3%), e sembra proseguire la tendenza alla riduzione dei danni che già era stata registrata per l'anno 2003 in rapporto al 2002.

La fascia di età tra i 25 e i 29 anni appare nel 2004 quella più colpita dagli incidenti stradali, con 614 morti e 43.354 feriti.

In corrispondenza di tale fascia di età si presenta nel 2004 anche il valore massimo della mortalità tra i conducenti, con 481 morti.

Valori molto alti di mortalità si presentano anche tra i conducenti di età compresa fra i 21 e i 24 anni, con 395 morti.

Quest'ultima fascia di età risulta essere quella più colpita per quanto riguarda la mortalità fra i trasportati, con 145 morti, immediatamente seguita dalla fascia di età tra i 18 e i 20 anni, con 131 morti.

Nell'ambito della fascia di età tra i 15 e i 24 anni, l'incidente stradale ha rappresentato la causa del 46,2% del totale dei decessi rilevati nel 2002, con un dato in aumento rispetto al 44,1% rilevato nel 2000 (tab. 3a).

Sempre secondo l'ISTAT, tra tutti gli incidenti stradali dell'anno 2004, 16.192 sono avvenuti nelle notti di venerdì e sabato (contro i 17.713 del 2001 e i 15.326 del 2000), provocando 829 morti (contro i 909 morti del 2001 e i 917 del 2000), con un indice di mortalità del 5,1 % (contro il 5,5% nei due anni 2001 e 2002).

Nel 2004 gli incidenti del venerdì e sabato notte hanno rappresentato il 44,1% del totale degli incidenti notturni, e i morti e feriti in tali incidenti rappresentano, rispettivamente, il 49,1 ed il 46,9% del totale degli incidenti notturni.

Tale dato appare particolarmente allarmante data l'elevata correlazione tra questo tipo di incidente stradale e l'abuso di alcol o sostanze illegali, soprattutto tra i giovani.

Le cause di incidente stradale imputabili a stato di ebbrezza alcolica rappresentano nel 2004 il 72% del totale delle cause dovute allo stato psicofisico del conducente, con 4.140 casi rilevati (contro i 3.548 del 2003).

Sul totale delle cause accertate o presunte di incidente stradale, quelle correlate a stato di ebbrezza rappresentano nel 2004 l'1,5% del totale, in aumento dello 0,3% rispetto al dato del 2003 (1,2%), e vengono accertate per la maggior parte nelle strade urbane (tab. 3b).

Nell'anno 2003 il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente attribuibili all'alcol è pari a 108.294 (tab.4c), contro 113.651 nel 2002.

Il numero delle dimissioni ospedaliere che presentano le suddette diagnosi (tanto in causa principale di ricovero che nelle cause successive) ammonta a 96.262 unità, contro le 99.321 unità rilevate nell'anno 2000.

Il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (valore per 100.000 abitanti) è di 167,9, in diminuzione rispetto al dato del 2002 (177,1) e del 2000 (172,2) (tab.4d).

In controtendenza rispetto all'andamento del dato nazionale, il tasso di ospedalizzazione appare in aumento tra il 2000 e il 2002 nelle Regioni Valle D'Aosta, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna (tab.4d).

Valle D'Aosta, con 459,8, P.A. di Bolzano, con 420,9 e P.A. di Trento, con 349,0, appaiono anche nel 2003 le Regioni a più alto tasso di ospedalizzazione, seguite da Molise e Friuli V.Giulia (considerando complessivamente i ricoveri di residenti e non residenti) (tab.4a).

I tassi di ospedalizzazione più bassi si hanno in Campania (82,7) e Sicilia (84,5).

Delle diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, 84.963 (78,5%) si riferiscono a maschi, e 23.331 (21,5%) a femmine (tab.4c). La distribuzione fra i sessi registra pertanto un lieve aumento a favore dei maschi rispetto al 2002.

La distribuzione percentuale delle diagnosi totalmente alcolattribuibili ci mostra anche per il 2003 i valori più elevati (44,9%) nelle fasce di età più alte (oltre i 55 anni), che si riferiscono, in ordine di prevalenza, a cirrosi epatica alcolica, cardiomiopatia alcolica, gastrite alcolica e steatosi epatica (tab.4b).

Nelle fasce di età più giovani (15-35 anni), a cui si riferisce il 12,2 % delle diagnosi di ricovero totalmente alcolattribuibili, i valori più elevati riguardano abuso di alcol ed effetti tossici dell'alcol.

Alla fascia di età fino a 14 anni si riferisce lo 0,2% delle diagnosi, con riferimento quasi esclusivo agli effetti tossici dell'alcol.

Tra il 2000 e il 2003 aumentano le diagnosi totalmente attribuibili all'alcol nella fascia d'età tra i 36 e i 55 (+1%) e, in minor misura, in quella oltre i 55 anni (+0,6%), mentre una diminuzione si riscontra nella fascia di età tra i 15 e i 35 anni (-1,6%) (tab.4e).

Nell'anno 2003 la cardiomiopatia alcolica si caratterizza ancora più che nel 2002 come diagnosi di ricovero prevalente per i maschi (86,8%) in rapporto alle femmine (13,2%), assieme al danno epatico da alcol non specificato (tab.4c).

Le diagnosi che interessano maggiormente le femmine in rapporto ai maschi riguardano la gastrite alcolica (29,8% nelle femmine contro 70,2% nei maschi) e gli effetti tossici dell'alcol (28,5 % nelle femmine contro 71,5% nei maschi) (tab. 4c).

Fra il 2000 e il 2003 la distribuzione percentuale fra le diverse diagnosi totalmente alcolcorrelate si mantiene sostanzialmente stabile nel tempo, o tendente a una lieve diminuzione per alcune diagnosi, con la sola eccezione della diagnosi di cirrosi epatica alcolica, per la quale si passa dal 26,3% al 30,0% (tab. 4f).

Nell'anno 2004 sono stati presi in carico presso i servizi alcologici territoriali 53.914 soggetti alcol dipendenti, con un aumento del 5,3% rispetto al dato dell'anno precedente (V. Parte II della Relazione).

1.3. Considerazioni critiche

Continua la tendenza al calo dei consumi medi pro-capite di alcol puro già in atto dal 1981 (-33,3% tra il 1981 e il 1998), anche se il dato più recente per i consumi della popolazione al di sopra dei 15 anni, riferito all'anno 2003, interrompe la tendenza affermata negli ultimi due decenni.

Per la popolazione italiana sembrano peraltro complessivamente confermarsi, per l'anno 2003, le tendenze rilevate a partire da metà degli anni 90 relativamente all'espandersi della platea dei consumatori (fatta eccezione per i consumatori di vino, compresi quelli eccedentari) e alla diffusione di modelli di consumo a rischio e lontani dalla tradizione nazionale quali i consumi al di fuori dei pasti, con particolare riferimento ai giovanissimi.

Fra questi ultimi, in particolare, continuano a crescere sia l'uso di bevande alcoliche che i comportamenti di abuso e gli atteggiamenti ad esso favorevoli, nonostante una più diffusa percezione del rischio correlato.

Sono da tenere in particolare considerazione, alla luce dei dati disponibili per il 2003:

- l'aumento, rispetto al 2002, dei consumatori di birra e liquori;

- l'aumento dei comportamenti di consumo fuori pasto, che erano sembrati in calo nel 2002 sia tra i maschi che tra le femmine;

-il persistere della tendenza all'aumento dei consumi fuori pasto tra i giovani fra i 14 e i 17 anni, già ben rilevabile nel 2002 nella classe maschile e confermata nel 2003 anche tra le ragazze, con una crescita di 4,7 punti percentuali;

-l'alta percentuale e l'aumento della mortalità per incidente stradale tra i giovani.

La diminuzione del tasso di ospedalizzazione per patologie totalmente riferibili all'alcol, evidente sia rispetto al dato del 2002 che del 2000, deve essere interpretata anche tenendo conto della crescita dell'utenza dei servizi territoriali per l'alcoldipendenza, in continua espansione dal 1996, contestualmente al rafforzamento della rete dei servizi (V. Parte II della Relazione).

I dati relativi alla popolazione giovanile inducono a rafforzare la vigilanza già in atto per la situazione degli anni precedenti, anche perché esistono numerose evidenze sulla tendenza dei giovani che consumano alcol a praticare altri comportamenti a rischio e a utilizzare spesso l'alcol secondo le stesse modalità e motivazioni che sottendono l'uso di altre sostanze illecite.

I più recenti modelli di consumo e abuso da parte dei giovani possono spiegarsi anche con l'influenza dei modelli di altri Paesi, soprattutto del Nord Europa, che hanno favorito la sostituzione del modello di consumo mediterraneo, caratterizzato da assunzione moderata di vino a completamento dei pasti, con l'uso di bevande ad alto contenuto alcolico e in quantità spesso eccessive, al di fuori dei pasti e in occasioni di tipo ricreazionale. Né a questa trasformazione sembrano sottrarsi le giovani donne, che sempre più paiono adeguarsi ai comportamenti di consumo adottati dai coetanei maschi.

L'innesto di tali diversi modelli comportamentali nella tradizionale cultura di tolleranza e approvazione sociale del bere moderato del nostro Paese può rappresentare, se non correttamente compreso, un ulteriore specifico elemento di rischio per i soggetti più giovani, che potrebbero non percepire adeguatamente i pericoli correlati ai nuovi modelli di consumo.

Elemento cruciale delle politiche di prevenzione appare dunque ancora, e in particolare per la protezione della salute psico-fisica dei più giovani, l'adozione di politiche e azioni adeguate alle trasformazioni culturali in atto, che tengano conto dell'aumento dei comportamenti di consumo a rischio, favoriscano, sulla base di univoci orientamenti di sicura evidenza scientifica, la corretta conoscenza e percezione dei rischi correlati ai vari comportamenti, e promuovano nella società la crescita di fattori protettivi nei diversi contesti.

2. Gli interventi del Ministero della Salute in attuazione della legge 30.3.2001 n. 125

2.1. Gli interventi di indirizzo

In linea con gli orientamenti dell'ultimo Piano Sanitario Nazionale per gli anni 2003-2005, nell'ambito del quale, anche in adesione ai principi sanciti dalla legge 125/2001, la riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol viene riconosciuta come uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica, il Ministro della Salute ha predisposto un Piano Nazionale Alcol e Salute, per coinvolgere in modo coordinato Ministero e Regioni nell'implementazione di un insieme di azioni nell'ambito di alcune aree strategiche

ritenute prioritarie, con l'obiettivo finale di incrementare le attività di prevenzione e ridurre la mortalità e morbidità alcolcorrelata nel nostro Paese.

Il Piano nazionale Alcol e Salute è stato predisposto quale specifico progetto del Centro per la Prevenzione e il Controllo delle malattie, la nuova struttura operativa costituita presso il Ministero della Salute con la legge 26 marzo 2004 n. 138 al fine di contrastare e prevenire le emergenze di salute pubblica.

Per le importanti valenze in relazione alla attuazione della legge 125/2001, per l'adozione del Piano Nazionale Alcol il Ministro della Salute ha presentato alla Conferenza Stato Regioni una proposta di accordo, in relazione alla quale è stato deciso, nella seduta del 16 dicembre 2004, dati i tempi necessari per un approfondito esame, di rimandare ad altra data ogni definitiva determinazione.

Attualmente il Ministero della Salute sta esaminando le proposte fatte pervenire in merito dalle Regioni, ed è altresì in attesa di ricevere, secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 1 della legge 125/2001, il parere della Consulta nazionale sull'alcol, insediatasi presso il Ministero del Lavoro e Politiche sociali in data 14.12.2004, in attuazione dell'art. 4 della stessa legge.

Stante il carattere ancora provvisorio del documento che definisce il Piano Nazionale Alcol e Salute, che potrà subire modifiche fino al completamento dell'iter previsto per la sua definitiva adozione, se ne riportano qui solo le parti principali che ne illustrano gli aspetti programmatici, tratti dal documento trasmesso alla Conferenza Stato Regioni nel dicembre 2004.

Ministero della Salute

Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie

***Piano nazionale Alcol e Salute
(Schema)***

Roma, 15 Novembre 2004

Riferimenti normativi

Quest'ultimo decennio ha visto un notevole incremento di atti normativi e programmatici di ambito nazionale e internazionale relativi alle problematiche alcolologiche, che possono costituire una solida base per l'implementazione di adeguati interventi ai bisogni emergenti nelle varie realtà territoriali del Paese in relazione ai problemi alcolcorrelati.

L'Accordo Stato/Regioni del 21.1.1999 ha inserito il coordinamento delle attività relative all'alcoldipendenza nell'ambito delle attività dei Dipartimenti per le dipendenze delle Aziende USL, vincolando ad assicurare per i problemi alcolcorrelati l'erogazione di interventi interdisciplinari integrati e la disponibilità di risorse adeguate alla complessità dei problemi.

La legge 181.2.1999 n. 45 ha esteso i finanziamenti del Fondo nazionale per la lotta alla droga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri anche a progetti regionali e nazionali in materia di "alcoldipendenza correlata".

Il Decreto legislativo 19.6.1999 n.229 ha previsto espressamente, all'art. 3 septies comma 4, la collocazione della dipendenza da alcol nell'ambito delle aree cui attengono prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, da assicurarsi da parte delle aziende sanitarie in quanto comprese nei livelli essenziali di assistenza.

L'Atto di intesa Stato-Regioni del 5.8.1999, determinando i requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento degli enti e delle associazioni private che operano nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze di abuso, costituisce evidentemente una regolamentazione anche degli enti operanti nel settore della dipendenza da alcol.

La Legge 30.3.2001 n.125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati" prevede un insieme di adempimenti finalizzati alla prevenzione, cura e reinserimento sociale degli alcoldipendenti, di competenza sia delle Amministrazioni centrali, e in particolare Salute e Solidarietà sociale, che delle Amministrazioni regionali.

La legge prevede in particolare uno stanziamento di fondi per il monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati (€ 516.457,00 annue dal 2001) e per le azioni di informazione e di prevenzione negli ambienti scolastici, militari, penitenziari, di aggregazione giovanile (€ 1.032.914 annue dal 2001) che sono stati assegnati al Ministero della Salute. E' previsto altresì uno stanziamento di fondi al Ministero dell'Interno ai fini dell'intensificazione dei controlli sulla guida.

Nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 la riduzione dei consumi e degli abusi di alcol è stata assunta quale specifico obiettivo da conseguire tramite un insieme di azioni finalizzate alla acquisizione di stili di vita più compatibili col mantenimento di un buon livello di salute da parte della popolazione.

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005, confermando tra gli strumenti fondamentali di prevenzione l'adozione di stili di vita sani, configura la prevenzione dell'abuso alcolico, e in particolare di quello giovanile, quale specifica tematica da inserire nei programmi di abbattimento dell'uso e abuso di sostanze. In tal modo il Piano sanitario pone le premesse per l'attuazione nel nostro Paese dei due più recenti, sottoindicati provvedimenti sanitari dell'Unione Europea in materia alcolologica:

-Raccomandazione del Consiglio "Consumo di bevande alcoliche da parte di bambini e

adolescenti", approvata dal Consiglio dell'U.E. nel giugno 2001, finalizzata alla protezione delle giovani generazioni dal rischio rappresentato dai nuovi modelli di consumo. Con essa il Consiglio invita gli Stati ad esprimere un particolare impegno, nel quadro delle misure da adottare in relazione al problema dei giovani e l'alcol, in due settori principali :

-quello attinente agli interventi di informazione/sensibilizzazione/promozione della salute/prevenzione, da attuarsi anche tramite gli strumenti individuati dalla ricerca finalizzata e la partecipazione dei giovani alle attività di politica sanitaria che li riguardano;

-quello attinente agli interventi sulla promozione, commercializzazione e vendita delle bevande, da attuarsi tramite la cooperazione con i settori economici interessati;

-Conclusioni del Consiglio su una strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati, anch'esse approvate dal Consiglio dell'U.E. nel giugno 2001, in cui la Commissione è invitata a studiare la possibilità di sostenere una strategia comunitaria globale volta a ridurre il danno alcolcorrelato, a completamento delle politiche nazionali e per l'avvio di un piano per le diverse azioni.

Nel documento si prende atto che il consumo di alcol è uno degli elementi determinanti per la salute nell'Unione Europea, e vengono a tale proposito proposte strategie di ampio respiro, che includano misure da adottarsi anche in settori diversi da quelli di sanità pubblica, quali la ricerca, la tassazione, i consumi, la salvaguardia del consumatore, i trasporti, la pubblicità, il commercio, la sponsorizzazione. Adottando quali fondamentali punti di riferimento il II Piano di Azione europeo per l'alcol promosso dall'O.M.S. per gli anni 2000-2005 nonché la Dichiarazione di Stoccolma sui giovani e l'alcol, viene in particolare indicata la necessità di basare le strategie e le azioni sullo sviluppo di sistemi informativi e di monitoraggio relativi ai consumi alcolici, ai danni alcolcorrelati, alle politiche e alla loro efficacia in ambito comunitario.

Razionale

Il consumo di alcol è uno degli elementi determinanti per la salute di una popolazione ed è ormai evidente a livello scientifico la correlazione tra l'elevato consumo di alcol e l'aumento del rischio di mortalità per alcune cause.

L'Italia è un Paese in cui il consumo di bevande alcoliche, e in particolare di vino, fa parte di una radicata tradizione culturale e l'assunzione moderata di alcol è una consuetudine alimentare molto diffusa. Negli ultimi anni si stanno inoltre diffondendo, soprattutto tra i giovani, modelli di consumo importati dai Paesi del Nord Europa che comportano notevoli variazioni nella quantità e qualità dei consumi, con un progressivo passaggio da un bere incentrato sul consumo di vino o bevande a bassa gradazione

alcolica, a completamento dei pasti, a un bere al di fuori dei pasti e in occasioni ricreative, con uso di bevande ad alto contenuto alcolico e in quantità spesso eccessive.

Tali nuovi modelli convivono ancora con quelli tradizionali, variamente distribuiti tra le diverse classi di età e i sessi, e ciò rende piuttosto complessa in questo momento storico la realtà italiana.

Ogni modello di consumo comporta d'altra parte rischi specifici per la salute e la sicurezza, ed è pertanto importante rivolgere grande attenzione allo studio e al monitoraggio della distribuzione dei consumi e dei modelli di consumo nelle varie fasce di popolazione, valutando i rispettivi rischi di morbilità, mortalità e danno sociale per poter predisporre un adeguato sistema di interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Per gli anni 1992-1999 l'Italia ha aderito al I Piano di azione europeo per l'alcol promosso dall'O.M.S. con lo scopo di aiutare gli Stati Membri ad ottenere una riduzione significativa nel