

ACCORDO 29 marzo 2007

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in ordine al Piano nazionale alcol e salute. (Rep. atti n. 68/CSR). (G.U. n. 88 del 16.04.2007)

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 29 marzo 2007:

visto l'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che attribuisce a questa Conferenza la facoltà di sancire accordi tra Governo, regioni e province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

vista la legge 30 marzo 2001, n. 125 «Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati» la quale prevede una serie di adempimenti finalizzati alla prevenzione, cura e reinserimento sociale degli alcolcodipendenti, di competenza sia delle amministrazioni centrali sia delle regioni e delle province autonome;

vista la prima stesura della proposta di Piano nazionale in oggetto, pervenuta dal Ministero della salute con nota del 6 dicembre 2004 ed esaminata in sede tecnica il 13 dicembre 2004;

considerato che la regione Toscana, coordinatrice della commissione salute, con nota del 2 settembre 2005, ha formalizzato le modifiche apportate dal coordinamento tecnico delle regioni alla proposta di Piano Nazionale;

considerato che la predetta proposta di Piano è stata esaminata dalla Consulta nazionale sull'alcol e i problemi correlati, presso il Ministero delle politiche sociali, nella seduta del 12 dicembre 2005;

vista la nota in data 8 novembre 2006, con la quale il Ministero della salute ha inviato una nuova stesura dello schema di Piano nazionale alcol e salute, che recepisce le osservazioni delle regioni e della Consulta nazionale alcol;

considerato che nel corso della riunione tecnica del 20 novembre 2006, le regioni hanno presentato un documento concernente osservazioni sullo schema in esame;

vista la nota in data 6 dicembre 2006, con la quale il Ministero della salute, a seguito delle osservazioni formulate dalle regioni nel citato incontro tecnico del 20 novembre 2006, ha trasmesso una nuova stesura dello schema di accordo di cui trattasi che contempla un'insieme di strategie e azioni di prevenzione e di contenimento del danno alcolcorrelato, da realizzarsi in collaborazione tra Stato e regioni e province autonome, finalizzate alla puntuale attuazione della predetta legge 30 marzo 2001, n. 125;

considerato che la regione Toscana, coordinatrice interregionale in sanità, con nota del 29 gennaio 2007, ha comunicato il parere favorevole ed ha chiesto di espungere la parte relativa al «Regime transitorio»;

vista la nota in data 5 febbraio 2007, con la quale il Ministero della salute ha inviato la definitiva stesura della proposta di accordo che recepisce quanto da ultimo richiesto dalle regioni;

considerato che, su quest'ultimo testo, la regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, con nota del 2 marzo u.s., ha comunicato il parere tecnico favorevole;

acquisito, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei presidenti delle regioni e delle province autonome;

Sancisce accordo
tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di

Bolzano nei termini di seguito riportati.

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 gennaio 1999 ha inserito il coordinamento delle attività relative all'alcoldipendenza nell'ambito delle attività dei Dipartimenti per le dipendenze delle aziende U.S.L., 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 18 febbraio 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 giugno 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 agosto 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 marzo 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 alcol dipendenti, 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 (Euro 516.457,00 annue dal 2001) e per le azioni di informazione e di prevenzione negli ambienti scolastici, militari, penitenziari, di aggregazione giovanile (Euro 1.032.914 annue dal 2001), 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 e' 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 formazione/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 Piano di azione europeo per l'alcol promosso dall'O.M.S. per gli anni 2000-2005 (III fase), il documento O.M.S. «Framework from Alcohol Policy in the European Region», la risoluzione WHA 58.26 dell'O.M.S. «Public health problem caused by harmful use of alcohol» 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 morbilità e disabilità psicofisica nonché 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, talvolta in sostituzione degli stessi, e in occasioni ricreative, con uso di bevande ad alto contenuto alcolico e in quantità spesso eccessive. In queste condizioni l'alcol diviene un possibile facilitatore al consumo di altre droghe.

Un ulteriore elemento di problematicità è rappresentato dai consumi di bevande alcoliche tra i migranti con modalità, per

culture, tradizioni e scopi, differenti da quelle finora descritte. 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 Piano di azione europeo per l'alcol, I fase, promosso dall'O.M.S. con lo scopo di aiutare gli Stati membri ad ottenere una riduzione significativa nel consumo di alcol nocivo per la salute e l'adozione di misure di lotta contro i comportamenti ad alto rischio. In relazione a ciò l'Italia ha adottato strategie di sviluppo per le attività del settore alcologico e raggiunto risultati importanti, centrando il target proposto dall'O.M.S. della riduzione del 25% dei consumi annuali pro-capite di alcol puro, cui ha fatto riscontro negli stessi anni la riduzione del tasso di mortalità per cirrosi epatica.

L'Italia ha altresì aderito nonché partecipato attivamente alla formulazione del II piano di azione europeo per l'alcol proposto dall'O.M.S. per gli anni 2000-2005.

Col piano di azione europeo, II fase, l'O.M.S., preso atto che il consumo dei prodotti alcolici è responsabile del 9% del totale delle cause di morte nella regione europea, e correlato a incidenti e a episodi di violenza ed è responsabile di larga parte della riduzione delle aspettative di vita in molti Paesi, propone agli Stati membri un programma di ampio respiro, che investe le competenze e le responsabilità di autorità non soltanto sanitarie ma anche di altri settori quali quello economico e sociale, il cui obiettivo ultimo è quello di prevenire e ridurre i danni alcolcorrelati nella regione europea.

L'Italia ha rafforzato negli ultimi anni il sistema di servizi sociali e sanitari finalizzato a prevenzione, trattamento e riabilitazione della dipendenza da alcol, e con la legge n. 125/2001 è stata introdotta una regolamentazione in settori non direttamente sanitari, quali la pubblicità, la vendita, il lavoro, ecc. D'altra parte la legge n. 125/2001 non è ancora completamente attuata e molto rimane da fare. Il valore degli indicatori di danno alcolcorrelato è ancora elevato nel nostro Paese e il sistema di prevenzione e assistenza ancora lontano dal far fronte ai bisogni. Per quanto attiene l'aspetto socio-sanitario, in molte regioni le associazioni del volontariato appaiono ancora svolgere, in particolare per quanto riguarda l'incentivazione e il sostegno al cambiamento dei comportamenti e alla promozione di stili di vita sani per la persona, la famiglia e la comunità, nonché per la riabilitazione, un ruolo di supplenza (e non solo di supporto e di collaborazione) nei riguardi dell'intervento pubblico.

Per tutte queste ragioni, tenuto conto che l'attuale assetto normativo, istituzionale e culturale del nostro Paese costituisce un contesto sufficientemente maturo per la realizzazione di più puntuali interventi, il Ministero della salute intende adottare un Piano nazionale alcol e salute, facendo propri gli obiettivi proposti dal II piano di azione europea dell'O.M.S. reinterprete secondo gli intenti della raccomandazione del Consiglio U.E. sul consumo alcolico di bambini e adolescenti e delle conclusioni U.E. sulla strategia

comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati.

Il Piano nazionale alcol e salute (PNAS) recepisce gli obiettivi, le strategie e le azioni di interesse piu' specificamente sanitario proposte dal II piano O.M.S., ferma restando la necessita', sulle problematiche alcolcorrelate, di un approccio interistituzionale, in grado di coinvolgere in modo piu' diretto e puntuale tutte quelle amministrazioni non sanitarie che possono svolgere un ruolo strategico per il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza connessi con la riduzione del danno alcolcorrelato.

Il Ministero della salute si impegna a sensibilizzare e coinvolgere progressivamente le amministrazioni coinvolte.

L'esigenza di un approccio interistituzionale si pone in relazione a un duplice ordine di problemi:

il rischio di danni alla salute psicofisica sta assumendo nel nostro Paese un andamento preoccupante, con particolare riferimento alla popolazione giovanile ma anche alle donne e alla popolazione anziana, e deve essere quindi contenuto prima che arrivi ad assumere quei caratteri di gravita' gia' presenti in altri Paesi europei.

Dato il carattere legale, diffuso e socialmente accettato del consumo di alcol, e' necessario dunque contemplare tutte quelle strategie ed azioni di piu' ampia e specifica valenza sociale, economica, giuridica e quant'altro che possono scaturire da una presa d'atto da parte di tutta la societa' sui pericoli connessi e favorire una ridefinizione culturale dell'immagine della bevanda alcolica, che sottolinei i possibili effetti dannosi dell'alcol;

il sistema sanitario si trova a dover sostenere, in relazione ai danni alcolcorrelati, costi elevatissimi per garantire le prestazioni di assistenza sanitaria e sociosanitaria nelle due macroaree dell'assistenza ospedaliera e distrettuale ai vari livelli essenziali di intervento previsti. Di fronte a tali oneri l'autorita' responsabile del Servizio sanitario nazionale non puo' non rilevare l'esistenza di responsabilita' in tante altre istituzioni e soggetti, pubblici e privati, ivi compresi il mondo della produzione e della distribuzione, che e' necessario pertanto richiamare e coinvolgere in un ruolo attivo per la prevenzione del danno alcolcorrelato.

D'altra parte va preso atto che i costi del danno alcolcorrelato non si ripercuotono solo sul sistema sanitario, ma si pagano anche in termini sociali ed economici in senso lato, in anni di vita persi, anni di lavoro persi, sofferenza delle famiglie e dell'individuo, violenza e disadattamento sociale.

Per tali motivi il Piano nazionale alcol e salute non puo' non richiedere un successivo e piu' ampio Piano nazionale alcol.

Le dimensioni del problema.

L'O.M.S. nel 2003 ha rilevato per l'Italia, sulla base di un trend decrescente iniziato dagli anni '80, un consumo medio annuo pro capite di alcol puro di 7,6 litri, contro i 13,9 del 1980 e i 9,8 del 1990 (tab. 1).

In relazione alla popolazione di 15 anni ed oltre, il valore rilevato al 2003, di 10,5 litri pro capite (tab. 2), e' in calo nel lungo periodo (17,9 nel 1980 e 11,7 litri nel 1990) mentre risulta in crescita rispetto al 2002 (9,2 litri) ed agli anni immediatamente precedenti. Sebbene l'O.M.S. consideri auspicabile per il 2015 un consumo molto piu' ridotto, che ammonta a 6 litri l'anno per la popolazione di 15 anni e piu' ed a zero litri per la popolazione d'eta' inferiore, il dato Italia al 2003 si attesta al di sotto della media europea (11,4 litri pro capite), cosi' come di numerosi Paesi che vi appartengono, tra i quali Germania (12,7), Francia (12,3), Spagna (11,7), Regno Unito (11,4) e Portogallo (11,1).

L'indagine ESPAD 2003 (Europea School Survey Project on Alcohol and

other Drugs) condotta in Italia su un campione di studenti fra i 15 e i 16 anni dal Consiglio nazionale delle ricerche in collaborazione con il Dipartimento nazionale per le politiche antidroga, rileva che, in relazione alla tendenza ad ubriacarsi, il 13% dei giovani italiani intervistati opera un'assunzione di alcolici finalizzata all'ubriacatura (il 19% dei maschi e l'8% delle femmine), che va sotto il nome di «binge drinking», ovvero consumo contestuale di cinque o più bevande alcoliche, più di tre volte nel corso degli ultimi trenta giorni dall'intervista. Il dato risulta in lieve diminuzione per le femmine rispetto al 1999 ed al 1995, anni in cui si è registrato il 9% di risposte affermative, mentre tra i maschi si è rilevato un decremento di sei punti percentuali rispetto al 25% del 1995 (il dato al 1999 relativo all'indagine ESPAD per i maschi non è risultato disponibile), (tab. 3).

Nel contesto internazionale, relativamente alle intossicazioni acute da alcol (dieci o più ubriacature nel corso dei dodici mesi precedenti l'intervista), l'Italia con il 7% per i ragazzi ed il 2% per le ragazze si pone, insieme con la Francia, agli ultimi posti della graduatoria a livello europeo (comunicato del CNR). Inoltre sia maschi che femmine, in relazione alle ubriacature avvenute venti volte o più nell'intero arco della vita ed al superamento del limite delle tre ubriacature negli ultimi trenta giorni dall'intervista, si pongono tra il diciassettesimo ed il diciannovesimo posto in una graduatoria decrescente che vede coinvolti ventitre Paesi europei (tab. 4).

L'indicatore relativo all'intossicazione etilica avvenuta tre volte o più nei trenta giorni precedenti l'intervista, risulta complessivamente in aumento rispetto al 1999 (il 7% rispetto al 3%) sebbene si mantenga ancora al di sotto dell'8% registrato nel 1995, con il più forte incremento rilevato per i maschi (il 9% nel 2003, rispetto al 5% nel 1999 ed all'8% del 1995), (tabelle 4-5).

L'indicatore relativo agli episodi di ubriachezza (ubriachi più di venti o più volte nel corso della vita) registra nel 2003 un incremento, con un valore complessivo del 5% (8% per i ragazzi, 3% per le ragazze) rispetto al 2% del 1999 (4% per i ragazzi, 2% per le ragazze), (tab. 6). Il Progetto del WHO Health Behaviours in Schoolaged Children (HBSC), attraverso l'indagine 2001-2002, rileva, tra i giovani 11-15enni italiani per specifica età anagrafica, le seguenti prevalenze di ubriacature avvenute due o più volte: a 11 anni il 5,1% ed il 1,0% rispettivamente per maschi e femmine; a 13 anni il 7,4% ed il 5,2% e a 15 anni il 22,8% ed il 16,8%. Il posizionamento dell'Italia rispetto ai trentacinque Paesi partecipanti all'indagine, per i ragazzi undicenni, è al di sopra della media HBSC, sia per i maschi che per le femmine (media rispettivamente del 4,3% ed 1,5%), mentre in relazione ai 13 e 15 anni l'Italia si posiziona agli ultimi posti (32^a) mostrando per entrambi i sessi dei valori percentuali che corrispondono circa alla metà rispetto alla media dei Paesi rilevati (vedi fig. 3.12 HBSC). Secondo i dati dell'indagine «Eurobarometro» 2002 della Commissione europea, riportati in «Health, Food and Alcohol and Safety», l'Italia, seconda solo al Portogallo, è una delle nazioni in cui risulta il numero più elevato di giorni in cui sono stati consumati alcolici (nelle quattro settimane precedenti l'intervista), a dispetto della più bassa concentrazione del consumo nei singoli giorni, il che appare correlato all'abitudine molto diffusa del consumo di vino durante i pasti. Il numero di italiani che dichiara di non ritenere pericoloso il consumo di alcol è pari al 66%, quota superiore alla media europea (62%).

Inoltre l'Italia presenta la minor frequenza di abusi alcolici, il

piu' basso consumo medio giornaliero di alcol ma la piu' precoce eta' di avvio al bere con una media di 12,2 anni rispetto ai 14,6 dell'Unione europea. Secondo le stime dell'Osservatorio nazionale alcol-OssFAD dell'Istituto superiore di sanita' sono circa 800.000 i giovani 14-16enni al di sotto dell'eta' legale che dichiarano di consumare bevande alcoliche (Alcol Prevention Day 2005, OssFAD); rappresentando il 40% dell'intera popolazione dei 14-16enni in Italia.

Riguardo alla distribuzione del consumo e alla popolazione a rischio, l'Osservatorio nazionale alcol-OssFAD stima pari al 14,4% della popolazione gli individui a maggior rischio che non si attengono alle linee guida per una sana alimentazione (20 grammi di alcol al giorno per le donne, pari a 1-2 unita' alcoliche di 12 grammi, 40 grammi al giorno per gli uomini, pari a 2-3 unita' alcoliche di una qualsiasi bevanda alcolica) (rapporto Osservasalute 2004 e 2005, ISBN 88-343- 5016-2 Vita e Pensiero ed.). Le prevalenze piu' elevate si registrano nelle classi di eta' 45-64 e 65-74 anni per entrambi i sessi. Il 9,8% dei consumatori di bevande alcoliche ed il 2,0% circa delle consumatrici secondo i dati dell'Osservatorio nazionale alcol-OssFAD sono considerabili «heavy drinkers» secondo le definizioni del WHO.

Analizzando piu' nel dettaglio la qualita' dei consumi del nostro Paese, in base ai dati ISTAT che si evincono dall'indagine Multiscopo, tra il 2002 ed il 2003 tende a diminuire il numero di persone che consumano vino almeno una volta l'anno (dal 57,4% del 2002 al 55,9% del 2003), (tab. 7), mentre risulta in crescita quello dei consumatori di birra (dal 46,3% del 2002 al 47,2% del 2003), e l'abitudine al consumo di alcolici fuori pasto (dal 23,2% del 2002 al 25,8% del 2003).

E' stata al contempo rilevata una crescita dell'abitudine agli alcolici fuori pasto, complessivamente piu' elevata tra gli uomini (il 38,0% nel 2003 rispetto al 35,1 nel 2002) rispetto alle donne (il 14,3% nel 2003 rispetto al 12,1% nel 2002). La crescita e' per entrambi i sessi piu' forte nella fascia d'eta' compresa tra i 18 ed i 39 anni (il 34,2% nel 2003 rispetto al 30,1% nel 2002), mentre si posiziona al secondo posto la fascia dei giovani d'eta' compresa tra i 14 ed i 17 anni (il 18,6% nel 2003 rispetto al 15,1% nel 2002). Tra questi ultimi le donne presentano il piu' forte incremento dei consumi di alcolici fuori pasto con una differenza che ammonta a 4,7 punti percentuali tra il 2002 ed il 2003 (il 16,2% del 2003 rispetto all'11,5% del 2002), (tab. 8).

Il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol e' di 177,1 (valore per 100.000 abitanti) nel 2002 (tab. 9), in aumento rispetto al 172,2 del 2000, con il piu' elevato incremento rilevato per gli uomini di 55 anni e piu' (il 505,1 nel 2002 rispetto al 486,9 del 2000), ed un decremento nella fascia d'eta' compresa tra i 15 ed i 35 anni (il 124,7 nel 2002 rispetto al 131,6 del 2000). Tra le donne la piu' forte crescita e' stata registrata nella fascia d'eta' compresa tra i 36 ed i 55 anni (il 120,3 nel 2002 rispetto al 109,5 del 2000) mentre si e' rilevato un lieve decremento del tasso tra le donne con piu' di 55 anni d'eta' (il 102,9 del 2002 rispetto al 104,8 del 2000). In relazione alla fascia giovane, risulta in aumento il tasso di ospedalizzazione specifico per la classe di eta' 0-14 anni per patologie totalmente attribuibili all'alcol, da 3,9 a 4,6 per mille abitanti maschi e da 1,8 a 2,4 per mille abitanti di sesso femminile prevalentemente legati alla diagnosi «Effetti tossici dell'alcol» (16,8 per mille abitanti), con circa la meta' delle regioni italiane al di sopra della media nazionale.

La distribuzione percentuale delle diagnosi totalmente attribuibili all'alcol nell'anno 2002 ci mostra i valori piu' elevati tra i soggetti di oltre 55 anni d'eta' (tab. 10), con la prevalenza delle diagnosi di cirrosi epatica, cardiomiopatia, steatosi e gastrite alcolica. Nei giovani tra i 15 e 35 anni prevalgono le diagnosi di abuso alcolico, effetti tossici dell'alcol ed avvelenamento da antagonisti dell'alcol.

Nell'anno 2004 sono stati rilevati dall'ISTAT 16.192 incidenti stradali (tab. 11) avvenuti nelle notti tra venerdi' e sabato, circostanze temporali nelle quali e' piu' forte la correlazione tra incidente stradale e abuso di sostanze ivi compreso l'alcol, piu' numerosi rispetto ai 15.326 del 2000. Le conseguenze hanno comunque fatto registrare una contrazione della mortalita' pari al 9,6% rispetto al 2000 (829 morti nel 2004 rispetto ai 917 morti del 2000), con un indice di mortalita' media pari al 5,1% nel 2004, a dispetto del 6,0% del 2000.

Per i giovani tra i 15 ed i 24 anni l'incidente stradale (accidentalita' stradale da veicolo a motore, secondo la classificazione ISTAT delle cause di morte) costituisce la causa primaria di decesso con il 46,2% sul totale dei decessi rilevati nel 2002, in aumento rispetto al 44,1% del 2000 (tab. 12).

Nel 2003 sono risultati in carico presso i servizi territoriali per le alcoldipendenze operanti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale 51.186 soggetti alcoldipendenti (38.620 uomini e 12.566 donne, (tab. 13). Rispetto ai livelli del 1996 (tab. 14) si e' registrato un incremento costante degli alcolisti afferenti alle strutture sanitarie pubbliche, con un incremento complessivo degli alcoldipendenti in carico del 138,0% in sette anni. Cresce tra il 2002 ed il 2003 il numero di coloro che hanno tra i 20 ed i 29 anni eta', i quali rappresentano nel 2003 il 9,3% del totale, rispetto al 9,1% del 2002, mentre sono in calo i soggetti che appartengono alla fascia d'eta' compresa tra i 30 ed i 49 anni (il 52,4% nel 2003 rispetto al 53,1 del 2002). L'eta' media dei nuovi utenti nei servizi e' in lieve diminuzione tra gli uomini (43,0 anni nel 2003 rispetto a 43,3 anni nel 2002), e risulta in lieve aumento tra le donne (45,9 anni nel 2003 rispetto a 45,2 nel 2002), (tab. 14); in relazione agli utenti gia' in carico aumenta di circa un anno l'eta' media dell'utenza femminile (47,9 nel 2003 rispetto a 46,8 nel 2002), mentre subisce un leggero calo l'utenza maschile (45,7 anni nel 2003 rispetto a 45,9 anni nel 2002).

Obiettivi e sub obiettivi del Piano nazionale alcol e salute

Il Piano nazionale alcol e salute si articola in un insieme di strategie e azioni che affrontano i problemi posti dalla specifica duplice valenza dell'alcol in quanto:

1) componente di bevande liberamente prodotte e commercializzate, socialmente accettate e inserite in schemi comportamentali ben integrati nella cultura del nostro Paese;

2) sostanza fortemente psicotropa in grado di provocare gravi problemi acuti e cronici (fisici, psichici e sociali) nonche' gravi dipendenze al pari delle droghe.

Tenendo conto di tale duplice valenza, sono stati individuati alcuni obiettivi prioritari e, in relazione ad essi, un insieme di aree strategiche e azioni prioritarie per il triennio 2007-2009, da attivarsi secondo i modelli organizzativi propri delle singole regioni, e i cui risultati saranno monitorati e verificati secondo specifici indicatori.

In considerazione di quanto detto sopra, il PNAS assume quale obiettivo finale la prevenzione e riduzione della mortalita' e morbilita' alcolcorrelate nel nostro Paese, ponendosi i sottoindicati

obiettivi intermedi:

aumentare la consapevolezza del rischio connesso con il consumo delle bevande alcoliche nella popolazione generale e in alcune fasce di popolazione particolarmente esposte (anziani, giovani, donne), nonché il sostegno a favore delle politiche di salute pubblica finalizzate alla prevenzione del danno alcolcorrelato;
ridurre i consumi a rischio (e in particolare quelli eccedentari e al di fuori dei pasti) nella popolazione e in particolare nei giovani, nelle donne e nelle persone anziane;
ridurre la percentuale dei giovani minori di 18 anni che assumono bevande alcoliche, nonché l'età del primo contatto con le stesse;
ridurre il rischio di problemi alcolcorrelati che può verificarsi in una varietà di contesti quali la famiglia, il luogo di lavoro, la comunità o i locali dove si beve;
ridurre la diffusione e la gravità di danni alcolcorrelati quali gli incidenti e gli episodi di violenza, gli abusi sui minori, la trascuratezza familiare e gli stati di crisi della famiglia;
mettere a disposizione accessibili ed efficaci trattamenti per i soggetti con consumi a rischio o dannosi e per gli alcolodipendenti;
provvedere ad assicurare una migliore protezione dalle pressioni al bere per i bambini, i giovani e coloro che scelgono di astenersi dall'alcol.

In relazione agli obiettivi suddetti, si assumono i seguenti sub obiettivi:

aumentare la diffusione dei metodi e strumenti per l'identificazione precoce della popolazione a rischio;
aumentare la percentuale di consumatori problematici avviati, secondo modalità adeguate alla gravità dei problemi, al controllo dei propri comportamenti di abuso, con particolare riferimento ai giovani;
garantire l'adeguamento dei servizi secondo le previsioni della legge n. 125/2001 e aumentare la qualità e la specificità dei trattamenti nei servizi specialistici per la dipendenza da alcol.

Aree strategiche.

Per raggiungere gli obiettivi e i sub obiettivi indicati, si propongono le seguenti aree strategiche di intervento prioritario, con l'indicazione dei risultati attesi per ciascuna di esse nonché delle azioni da implementare:

- 1) informazione/educazione;
- 2) bere e guida;
- 3) ambienti e luoghi di lavoro;
- 4) trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcolodipendenza;
- 5) responsabilità del mondo della produzione e distribuzione;
- 6) capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol;
- 7) potenzialità delle organizzazioni di volontariato e mutuo aiuto e delle organizzazioni non governative;
- 8) monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto.

Resta ferma, quale indispensabile strumento per la realizzazione degli obiettivi indicati, la necessità di promuovere la cultura alcolologica di tutti gli operatori a qualsiasi titolo coinvolti e di provvedere adeguatamente alla formazione e aggiornamento del personale interessato nell'ambito delle aree sanitaria, sociale, educativa e psicologica, da realizzare anche favorendo l'applicazione dell'art. 5 della legge n. 125/2001 sulle modifiche agli ordinamenti didattici universitari.

Area «In formazione ed educazione»

Risultati attesi:

sviluppo nella popolazione generale e nei gruppi piu' vulnerabili di una maggiore conoscenza e consapevolezza del danno provocato dall'alcol sulla salute e sul benessere individuale, familiare e sociale;

sviluppo nei bambini e nei ragazzi della consapevolezza e delle abilita' necessarie a fare scelte a favore della salute in relazione al bere;

sviluppo nelle comunita' e nelle famiglie di atteggiamenti tutelanti la crescita e l'educazione a stili di vita sani dei minori, compresa la protezione dalle pressioni al bere.

Azioni:

attuare programmi di informazione, comunicazione e promozione della salute, sia locali che nazionali, anche tramite i mass media, per informare sui danni prodotti dall'alcol alla salute e al benessere di individui, famiglie e comunita' e per promuovere il sostegno pubblico alle politiche sanitarie e sociali che contrastano il danno alcolcorrelato;

attivare una collaborazione con il mondo della scuola (dalla materna alle superiori) per l'adozione di un programma di promozione della salute di ampio respiro, in cui trovino spazio adeguato la prevenzione del danno alcolcorrelato e l'insegnamento delle abilita' necessarie a fronteggiare le pressioni sociali al bere.

Area «Bere e guida»

Risultati attesi:

riduzione del numero degli incidenti alcolcorrelati, nonche' del numero di morti e feriti, in particolare tra i giovani.

Azioni:

attivare interventi informativi volti a promuovere la diffusione di corrette conoscenze sulle conseguenze prodotte dall'uso di alcol nella guida;

attivare una collaborazione con le istituzioni locali responsabili dei controlli dell'aria espirata, per promuovere una capillare attivazione sulle strade di controlli sia mirati che randomizzati nonche' per organizzare azioni preventive di comunita' che pongano in grande evidenza i controlli casuali dell'aria espirata, soprattutto nei luoghi e nelle occasioni del divertimento giovanile a rischio di abuso alcolico;

favorire l'integrazione delle commissioni mediche per le patenti secondo quanto previsto dall'art. 6, comma 1a) della legge n. 125/2001.

Area «Ambienti e luoghi di lavoro»

Risultati attesi:

riduzione del danno prodotto dall'alcol sui luoghi di lavoro, in particolare nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e la sicurezza di terzi, soprattutto per quanto attiene alla violenza e agli incidenti.

Azioni:

attivare la collaborazione del mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le amministrazioni regionali del lavoro e nell'ambito di quanto previsto dalle normative sulla sicurezza nonche' dalla legge n. 125/2001, per promuovere nei luoghi di lavoro una politica sull'alcol fondata sull'educazione, la promozione della salute, la tempestiva identificazione, o autoidentificazione, dei soggetti a rischio e la possibilita' di intraprendere, nel pieno rispetto della privacy, trattamenti integrati resi disponibili presso le strutture sanitarie e sociosanitarie.

Area «Trattamento del consumo alcolico dannoso e

dell'alcoldipendenza»

Risultati attesi:

disponibilita' per i singoli e per le famiglie di un trattamento accessibile ed efficace per tutto l'arco dei problemi alcolcorrelati, dal consumo a rischio e dannoso all'alcoldipendenza.

Azioni:

provvedere al coinvolgimento e alla formazione degli operatori della medicina di base, e in particolare dei medici di medicina generale, pediatri e medici dei dipartimenti di prevenzione, per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio, anche tramite strumenti di screening comportamentale mirati e attendibili, nonche' per l'intervento breve nei confronti del consumo alcolico nocivo; favorire un approccio integrato che coinvolga, oltre ai servizi sanitari, i medici di medicina generale, i servizi sociali, i gruppi di autoaiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate; costruire un sistema complesso di trattamento accessibile, efficace, flessibile e affidabile, basato su evidenze scientifiche e su una adeguata valutazione dei bisogni; assicurare risposte per tutte le varie fasi del trattamento, provvedendo alla disintossicazione, valutazione, confronto dei trattamenti possibili, prevenzione dalle ricadute e riabilitazione, anche tramite metodi di gestione complessiva per gli alcolisti conclamati arruolati in programmi di astinenza.

Area «Responsabilita' del mondo della produzione e distribuzione»

Risultati attesi:

maggior responsabilizzazione e disponibilita' alla collaborazione nei programmi di prevenzione dei danni alcolcorrelati da parte del mondo della produzione e distribuzione; implementazione di misure atte a favorire in particolare il rispetto dei limiti legali di eta' per la somministrazione di bevande alcoliche e a limitare, comunque, l'accesso dei giovani alle bevande alcoliche; riduzione degli incidenti alcolcorrelati all'uscita di ambienti e contesti dove si beve abitualmente.

Azioni:

attivare un monitoraggio permanente per la stima dell'impatto dell'alcol sulla salute e per la valutazione dei costi relativi, nonche' per la valutazione dell'adeguatezza delle politiche sociali ed economiche nel settore della produzione di bevande alcoliche; favorire l'inserimento dei soggetti che lavorano nel campo della vendita e somministrazione di bevande alcoliche in specifici programmi di formazione che ne accrescano la consapevolezza e il senso della responsabilita' personale, etica e legale.

Area «Capacita' sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol»

Risultati attesi:

incremento delle azioni di comunita' finalizzate alla riduzione locale di problemi quali gli incidenti stradali alcolcorrelati, la somministrazione e vendita ai minori, i consumi dei minori e in particolare quelli piu' a rischio; incremento della consapevolezza e della sensibilita' per i problemi alcolcorrelati nell'ambito di tutti quei settori di governo della comunita' che possono influire per l'adozione di efficaci politiche alcolologiche.

Azioni:

attivare, partendo dalle esigenze fondamentali di salute e sicurezza della popolazione, la collaborazione di settori non sanitari quali quello educativo, sociale e giudiziario, per

assicurare agli operatori una educazione ed un training professionale in campo alcolologico, ai fini di garantire un effettivo approccio multisettoriale;

promuovere e supportare programmi socio-sanitari che rafforzino la mobilitazione della comunita', lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi collegati all'alcol; avviare la sperimentazione nell'ambito regionale di almeno un progetto di comunita' coordinato e sostenibile per prevenire i problemi alcolcorrelati.

Area «Potenzialita' delle organizzazioni non governative di volontariato e di mutuo aiuto»

Risultati attesi:

incremento del sostegno alle organizzazioni non governative, di volontariato e di mutuo aiuto che promuovono iniziative finalizzate alla prevenzione o alla riduzione del danno alcolcorrelato.

Azioni:

supportare, anche attraverso un sostegno all'attivita' ordinaria, le organizzazioni non governative e di volontariato e mutuo aiuto che hanno esperienza e competenza ad operare sia a livello professionale che a livello di azione civile ai fini della riduzione del danno provocato dall'alcol, per migliorare l'informazione e sostenere lo sviluppo e l'implementazione di politiche efficaci in campo alcolologico.

Area «Monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto»

Risultati attesi:

implementazione in ogni regione di efficaci politiche sociosanitarie in campo alcolologico, di portata quanto piu' ampia possibile per quanto consentito dalla collaborazione delle altre istituzioni non sanitarie;

implementazione di un sistema informativo e di monitoraggio/sorveglianza sul consumo di alcol e sui modelli comportamentali connessi, sui danni alcolcorrelati e sulle politiche alcolologiche realizzate a livello regionale e locale.

Azioni:

sviluppare in ciascuna regione un piano che recepisca il PNAS, ne individui le specifiche modalita' in ambito regionale, secondo le priorita' di salute emergenti e le peculiarita' organizzative di ciascuna regione;

creare una rete a cui aderiscono tutte le Regioni, che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, degli indicatori del danno alcolcorrelato, dell'efficacia degli interventi adottati e delle risposte istituzionali ai vari livelli di interesse, con la funzione, tra l'altro, di orientare l'investimento delle risorse pubbliche disponibili per i problemi alcolologici verso interventi di buona pratica, la cui efficacia sia stata adeguatamente dimostrata.

Metodologia:

le azioni strategiche del PNAS saranno implementate dalle regioni e coinvolgeranno varie strutture e soggetti del sistema sanitario nazionale quali i servizi alcolologici organizzati secondo i vari modelli regionali, i Dipartimenti delle dipendenze, i Dipartimenti di salute mentale, medici di medicina generale, le aziende ospedaliere ed universitarie, le associazioni di mutuo aiuto e di volontariato.

Saranno altresì coinvolti, per quanto possibile in questa prima fase del PNAS, altre strutture, istituzioni e soggetti non sanitari che possono influire sulla popolazione target del PNAS, quali le scuole di ogni ordine e grado, le organizzazioni ricreative e dello sport di

interesse per i giovani, i centri ricreativi per gli anziani, i consultori materno infantili, le imprese e le organizzazioni sindacali, le istituzioni giudiziarie e di polizia, il mondo della produzione e della distribuzione delle bevande alcoliche; le attività del PNAS prevedono l'attivazione e la standardizzazione di adeguati flussi informativi e/o sistemi di sorveglianza riguardo alla prevalenza dei fenomeni interessati, con particolare riferimento ai più nuovi e pericolosi, anche tramite indagini periodiche sulla frequenza dei fattori di rischio comportamentali.

Collaborazione interistituzionale:

le regioni attivano un gruppo tecnico interregionale sulle problematiche alcolcorrelate, individuando una regione capofila; viene definito un gruppo tecnico congiunto (sottocomitato CCM e sottocommissione «Alcol» delle regioni) per affrontare prioritariamente i seguenti argomenti:

a. nuovi criteri di monitoraggio dei dati con individuazione degli indicatori, tenendo conto che questi dovranno essere funzionali alla predisposizione della relazione al Parlamento prevista dalla legge n. 125/2001;

b. individuazione delle azioni prioritarie rivolte alla protezione ed alla promozione della salute;

le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano si raccordano, tramite i propri referenti, per:

1. implementare le azioni del PNAS a livello territoriale;

2. sviluppare e incrementare un sistema informativo integrato, concordando metodi e strumenti di rilevazione, definizione dei fenomeni da rilevare, strumenti di misura, linee guida e training per il personale reclutato;

3. individuare ed estendere la pratica delle buone prassi a tutti i servizi deputati alla prevenzione, al trattamento e alla riabilitazione dei soggetti che presentano problematiche alcolcorrelate;

4. realizzare interventi di formazione degli operatori ai vari livelli, finalizzate a migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione, la capacità di rilevazione e valutazione e le competenze necessarie per collaborare, operare e comunicare in rete;

5. raccordare le azioni con le iniziative e i progetti nazionali e interregionali già in corso o da attuare, e in particolare per definire nel piano nazionale della prevenzione percorsi in materia di protezione e promozione della salute particolarmente orientati all'alcol, agli stili di vita, alle life skill, alla peer education;

6. stabilire modalità omogenee per la redazione di una relazione annuale circa le azioni implementate a livello di ciascuna regione e provincia autonoma;

7. valutare le attività realizzate;

8. confermare o rimodulare, sulla base dei feedback ottenuti, le azioni condivise;

il piano nazionale alcol e salute ha valenza triennale a partire dal 1° gennaio 2007 al 31 dicembre 2009.

Risorse economiche:

nell'ambito delle strategie ed azioni contemplate nel piano alcol e salute, il Ministero della salute identifica, d'intesa con le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano una o più azioni prioritarie che verranno sviluppate nei singoli territori;

il Ministero della salute, nell'ambito delle risorse annuali ad esso assegnate ai sensi della legge n. 125/2001 art. 3 comma 1,

lettera c) per l'attuazione delle azioni, trasferisce la quota da destinare alle regioni;
il Ministero della salute contribuisce con un apposito finanziamento alle regioni e province autonome di Trento e Bolzano all'attuazione di azioni di informazione e prevenzione concordate tra il Ministero e le regioni e province autonome;
le azioni previste avranno durata triennale e la loro realizzazione avverrà sulla base di un adeguato trasferimento di risorse per il triennio;
le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano a tal fine si impegnano a relazionare al Ministero sull'attività di monitoraggio, di prevenzione e di informazione realizzate sulla base delle indicazioni e degli strumenti di valutazione concordati tra il Ministero e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, attraverso il gruppo tecnico interistituzionale;
alle regioni che non avranno presentato la relazione annuale o la presenteranno oltre le scadenze stabilite, non saranno ripartite le quote di competenza, il cui importo complessivo confluirà nel fondo stanziato a favore di tutte le regioni per gli anni successivi.

Roma, 29 marzo 2007

Il presidente: Lanzillotta

Il segretario: Busia

TABELLE ALLEGATE AL PARAGRAFO

«Le dimensioni del problema»