

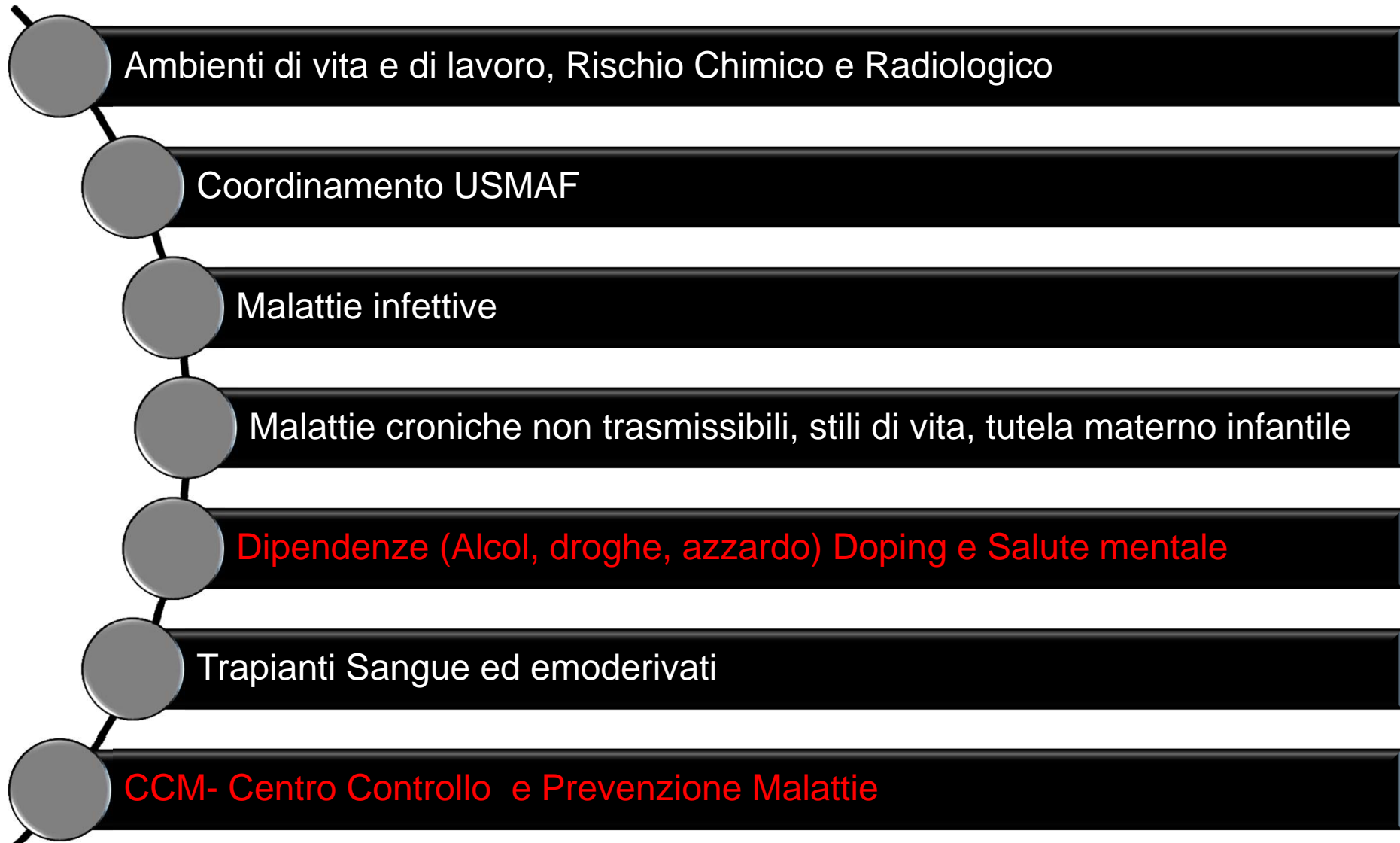
2017 Alcohol Prevention Day Roma 12 aprile 2017



**Dott.ssa Liliana La Sala
DG Prevenzione Sanitaria
Ufficio 6
Prevenzione Dipendenze, Doping,
Salute mentale**

Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria



GLOBAL HEALTH





[Home](#)

[About 2015](#)

[Secretary-General](#)

[Goals](#)

[Take action](#)

[Key Dates](#)

[Media](#)

[Watch and Listen](#)



SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



1 NO POVERTY



2 ZERO HUNGER



3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING



4 QUALITY EDUCATION



5 GENDER EQUALITY



6 CLEAN WATER AND SANITATION



7 AFFORDABLE AND CLEAN ENERGY



8 DECENT WORK AND ECONOMIC GROWTH



9 INDUSTRY, INNOVATION AND INFRASTRUCTURE



10 REDUCED INEQUALITIES



11 SUSTAINABLE CITIES AND COMMUNITIES



12 RESPONSIBLE CONSUMPTION AND PRODUCTION



13 CLIMATE ACTION



14 LIFE BELOW WATER



15 LIFE ON LAND



16 PEACE, JUSTICE AND STRONG INSTITUTIONS



17 PARTNERSHIPS FOR THE GOALS



SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

169 TARGETS

Goal 3 Good Health and Well Being
13 targets sanitari





Goal 3 - 13 targets

- Health throughout the life course
- CDs, NCDs and risk factors
- Resilient communities and environments
- Health systems and emergencies

**Across all Goals:
> 25 health targets**

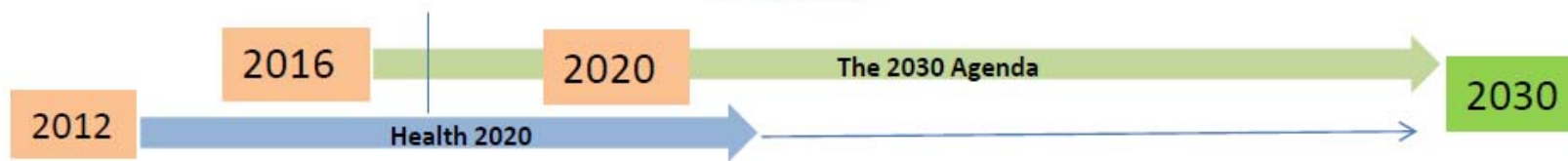
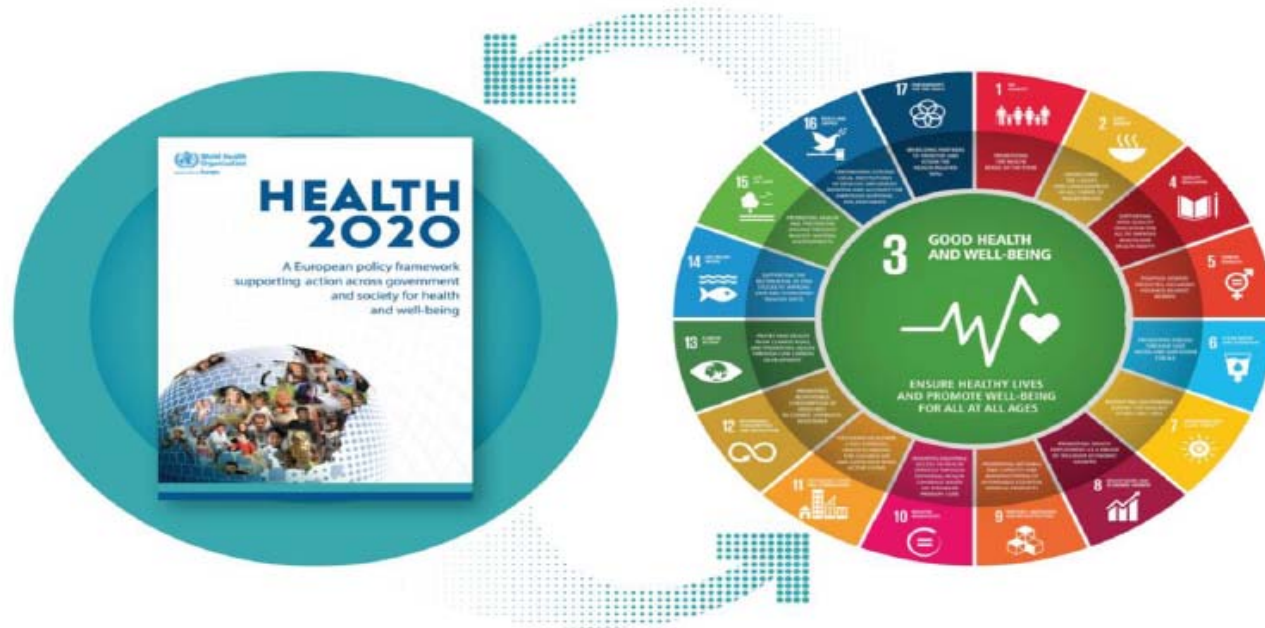
Regional Committee Europe 2012
Policy Framework and Strategy
for Public Health in 21st century

HEALTH 2020:

Supporting Action Across Government and Society for Health and Well-Being

- **migliorare** la salute ed il benessere (approccio “life course” e di “empowerment”)
- **ridurre** le disuguaglianze
- **potenziare** la sanità pubblica
- **garantire** sistemi sanitari centrati sulla persona
- **creare** ambienti favorevoli e comunità resilienti





Alcohol in HEALTH 2020

1. **Global Strategy on Alcohol 2010**
2. **Alcohol Action Plan 2012-2020**
3. **Action Plan on NCD 2013-2020** (ob.2 almeno 10% riduzione abuso alcol, in relazione a contesto nazionale)





UNIONE EUROPEA

1. European Alcohol Action Plan 2006-2012
2. European Action Plan on Youth and on binge drinking 2014-2016
3. CNAPA Scoping Paper





Piano Nazionale di Prevenzione

- **Un piano** condiviso tra **Stato e Regioni** per realizzare **programmi di prevenzione e promozione della salute** in tutti i **“setting”** con approccio **“life course”** e di **“empowerment”**, come fattori di sviluppo della società
- attenzione anche ai **determinanti ambientali, sociali ed economici di salute**
- mira soprattutto a **ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili**
- Contrasto delle **disuguaglianze**, attenzione ai **gruppi fragili**

LA STRUTTURA

Macro obiettivi		Obiettivi centrali	Indicatori centrali
MO1	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	15	26
MO2	Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	2	2
MO3	Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani	2	2
MO4	Prevenire le dipendenze da sostanze	1	1
MO5	Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	3	4
MO6	Prevenire gli incidenti domestici	5	6
MO7	Prevenire gli infortuni e le malattie professionali	8	6
MO8	Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	12	16
MO9	Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	13	14
MO10	Attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	18	36
TOTALE	10	79	113



Piani Regionali di Prevenzione

- **Programmi e progetti contestualizzati in setting (scuola, lavoro, comunità, ambito sanitario)**
- **Punti di forza: chiarezza dei ruoli e delle responsabilità a livello locale, promozione di lavoro integrato e partecipazione degli stakeholders**
- **ruolo di coordinamento dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL, advocacy per setting sanitario (MMG e pediatri)**

Legge 125/2001 – Competenze del Ministero della Salute

❖ **Relazione annuale al Parlamento**

❖ Stanziamento annuo di **risorse finanziarie** finalizzate a:

1. Comunicazione Istituzionale

2. **Monitoraggio dati provenienti dalle Regioni** in merito alle azioni di contrasto alle problematiche e alle patologie alcol correlate poste in essere nei propri territori.

Anno Finanziario 2016, secondo quanto proposto dalla Commissione Salute, le risorse finanziarie sono state attribuite ad un **unico progetto Nazionale** che fa capo alla **Regione Piemonte**, con la finalità di ***assicurare una migliore conoscenza dell'offerta dei Servizi per la prevenzione, cura e riabilitazione di soggetti con un consumo rischioso e dannoso di alcol.***

I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo

DATI ISTAT 2015

Nell'anno 2015 si osserva una sostanziale stabilità rispetto all'anno precedente dei consumatori giornalieri, mentre continuano a crescere i **consumatori fuori pasto:**

2013 – 25%

2014 – 27%

2015 – 28% = **15 milioni di persone** di cui il 39% uomini ed il 18% donne

Fasce di età con valori massimi per consumi fuori pasto:

Uomini 18-44 anni

Donne 18-24 anni – valori progressivamente in crescita negli ultimi anni

BINGE DRINKING

Nel 2015 sono stati 3.700.000 *binge drinker*

10,8% uomini – 3,1% donne

valori massimi nella fascia di età 18-24 anni

CONSUMATORI A RISCHIO sanitario e sociale

Consumo abituale eccedentario + binge drinking

Circa 8.500.000 persone > 11 anni di età

23% uomini – 9% donne

(Stime ISS)

2015 ALCOLDIPENDENZA

- In carico presso i Servizi **72.377** soggetti
- **Nuovi Utenti 27%** Già in carico o rientranti 73%
- L'utenza è andata aumentando nel tempo soprattutto per gli utenti già in carico e rientranti, dato che spiega anche il progressivo **invecchiamento dell'utenza.**
- Rilevati circa **500 Servizi o Gruppi di Lavoro** per l'alcoldipendenza:
85% Territoriale (SER.D)
- PROGRAMMI DI TRATTAMENTO:
 - 27,3% medico-farmacologici in regime ambulatoriale
 - 25,3% «*counseling*» rivolto all'utente e alla famiglia
 - 4,5% inseriti in Gruppi di Auto Mutuo Aiuto
 - 16% trattamento socio-riabilitativo
 - 2,9% inseriti in Comunità Residenziali o semi residenziali
 - 12% trattamenti psicoterapeutici
 - 4,3% ricovero (2,6% in istituti pubblici, 1,7% case di cura private)

2015 DIAGNOSI OSPEDALIERE PER PATOLOGIE TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (SDO)

Nel 2015 risulta **in calo** il numero di diagnosi **nelle donne** mentre negli **uomini** risulta un **lieve incremento**.

• Ricoveri in regime ordinario:

- **disturbi mentali associati** all'alcol (23%)
- patologie dell'apparato digerente (17%)
- tumori (11%)
- malattie del sistema circolatorio (10%)

• Ricoveri Diurni (Day Hospital) i **tumori** rappresentano le patologie prevalenti

DECESSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI

(Fonte ISTAT ed elaborazioni ISS)

Nell'ultimo anno di rilevazione – **2013** – sono stati **1.180** decessi di persone per patologie totalmente alcol-attribuibili, **lieve diminuzione** rispetto all'anno precedente, di cui 78,3% uomini e 21,7% donne.

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi alcol-attribuibili sono:

- **Epatopatie alcoliche**
- **Sindromi psicotiche**

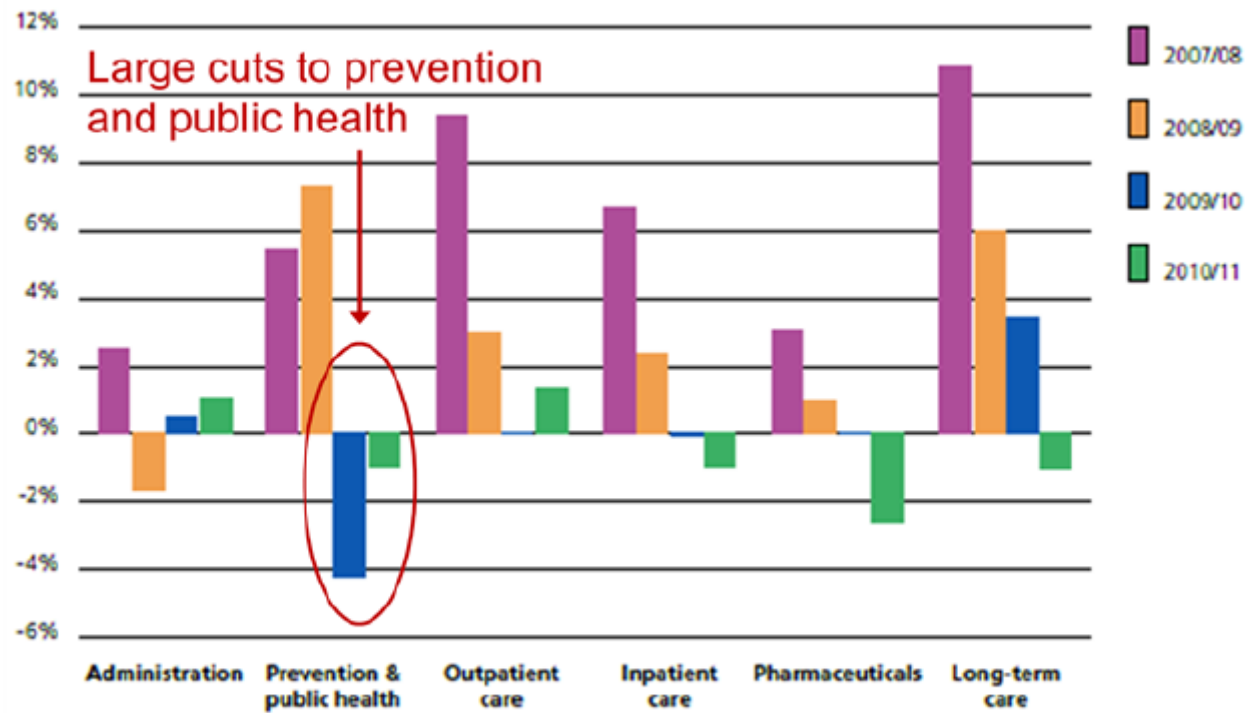
2015 Incidenti stradali alcol-correlati

manca di un'unica Banca Dati alla quale fare afferire le informazioni rilevate dalle Forze dell'Ordine, tuttavia, grazie alla collaborazione del Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri, il Ministero dell'Interno e la Polizia Stradale, è stato possibile ottenere elaborazioni aggiuntive relative agli incidenti alcol correlati.

Nel 2015 sono stati rilevati 4.060 incidenti stradali con almeno uno dei conducenti in stato d'ebbrezza, 66 le vittime coinvolte e 4.437 i feriti.

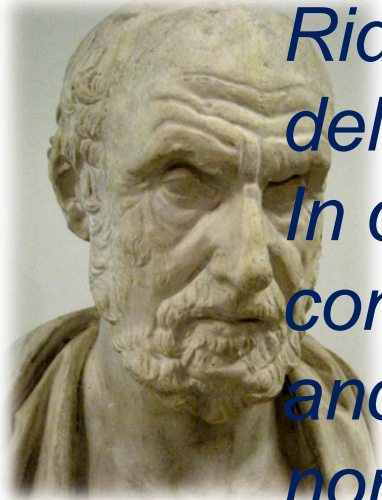
Sul totale degli incidenti stradali risulta essere alcol-correlato:

- 3,2% degli incidenti**
- 5,2% delle vittime**
- 9,2% dei feriti**



Source: Thomson et al 2014 using OECD-WHO-Eurostat data for EU and Iceland, Norway, Switzerland

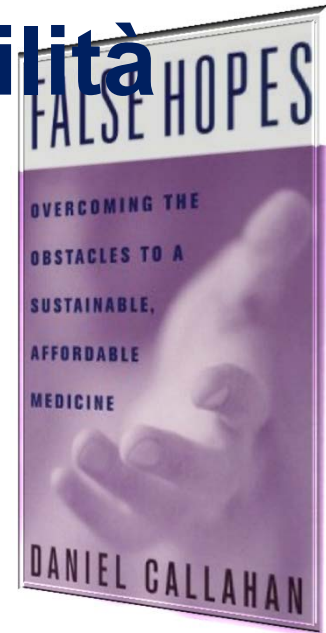
Salute pubblica e responsabilità individuale



Ridurre i rischi è il primo compito della sanità pubblica .

In questo ambito essa deve contribuire a focalizzare l'attenzione anche sui rischi dei comportamenti non salutari.

Se vogliamo garantire una medicina sostenibile, dobbiamo associare ad interventi di sanità pubblica “classici” quelli di promozione di stili di vita sani ed “empowerment” (consentire alle persone di operare scelte consapevoli).





Grazie per l'attenzione



l.lasala@sanita.it