

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 alcolico 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 II Piano di Azione 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, è 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 125/2001 è stata introdotta una regolamentazione in settori non direttamente sanitari, quali la pubblicità, la vendita, il lavoro, etc. .

D'altra parte la legge 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 il solo aspetto socio-sanitario, ad esempio, il ruolo svolto dalle associazioni del volontariato nella disassuefazione dell'alcolismo appare ancora in molte Regioni sostitutivo del ruolo del servizio pubblico, e non, come sarebbe auspicabile, di collaborazione sul piano della prevenzione e riabilitazione.

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. reinterpretati 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, nel breve periodo, gli obiettivi, le strategie e le azioni di interesse più specificamente sanitario proposte dal II Piano O.M.S., ma nel medio-lungo periodo dovrà essere inglobato nell'ambito di un più ampio Piano di Azione Alcol (PNA) di valenza interistituzionale, in grado di coinvolgere in modo più 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, in qualità di massima autorità sanitaria a livello nazionale, tali Amministrazioni, per la loro adesione al PNAS. L'esigenza di questo più ampio Piano si pone in relazione a un duplice ordine di problemi, uno di carattere etico-sanitario e l'altro di carattere economico:

-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 gravità già presenti in altri Paesi europei di cui l'Italia sta mutuando le abitudini di consumo.

Dato il carattere legale, diffuso e socialmente accettato del consumo di alcol, è necessario dunque contemplare tutte quelle strategie ed azioni di più ampia e specifica valenza sociale, economica, giuridica e quant'altro che possono scaturire da una presa d'atto da parte di tutta la società sui pericoli connessi e favorire una ridefinizione culturale dell'immagine della bevanda alcolica, che non rimuova 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'autorità responsabile del Servizio sanitario nazionale non può non rilevare l'esistenza di responsabilità in tante altre istituzioni e soggetti, pubblici e privati, ivi compresi il mondo della produzione e della distribuzione, che è 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 può non richiedere un successivo e più ampio Piano nazionale Alcol.

Le dimensioni del problema

Pur persistendo in Italia la tendenza al calo del consumo medio annuo pro-capite di alcol, secondo un trend iniziato a partire dai primi anni ottanta, il più recente valore (anno 2001) di tale consumo calcolato dall'Ufficio regionale O.M.S. per l'Europa (9,14

litri nella popolazione di età superiore ai 15 anni) è ancora molto al di sopra di quello ritenuto auspicabile dall'O.M.S. per l'anno 2015, che è di 6 litri l'anno per la popolazione di età superiore ai 15 anni, e di 0 litri per quella di età inferiore.

Contestualmente alla diminuzione dei consumi, continua nel nostro Paese la tendenza all'aumento della quota di popolazione che consuma bevande alcoliche, già rilevata a partire dal 1998, e si accresce di conseguenza la quota di popolazione a rischio di patologie e danni alcolcorrelati. Secondo l'ISTAT il numero dei consumatori di vino almeno una volta l'anno è passato tra il 2000 e il 2001 dal 57,1% al 59,6% , e quello dei consumatori di birra dal 42,6% del 1993 al 48,4% del 2001.

L'aumento della diffusione del consumo riguarda soprattutto le donne e le fasce di popolazione più giovane.

In netto aumento dal 2000 al 2001 la prevalenza dei consumatori al di fuori dei pasti, che passa dal 23,3% al 25%, a conferma di un trend che, evidenziabile fin dal 1993, era sembrato ridimensionarsi negli anni 1999 e 2000.

Particolarmente preoccupante è la conferma della crescita di questi consumi per le fasce di età tra i 14 e i 17 anni, dove i maschi passano, fra il 1995 e il 2001, dal 12,9 % al 17,1%, e le femmine dal 6,0% al 13,8%.

Si conferma per gli ultimi anni la tendenza delle giovani generazioni a comportamenti di abuso quali le ubriacature, e un atteggiamento di crescente tolleranza verso l'abuso di alcol e i comportamenti correlati.

Nel 2002 è cresciuta la percentuale dei giovani utenti dei servizi territoriali per le alcoldipendenze del S.S.N. di età compresa fra i 20 e i 29 anni (9,1%).

Il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol è di 177,1 nel 2002.

La distribuzione percentuale delle diagnosi totalmente alcolattribuibili nell'anno 2002 ci mostra i valori più elevati nei soggetti di oltre 55 anni, fra i quali prevalgono cirrosi epatica, cardiomiopatia, steatosi e gastrite alcolica. Nei soggetti tra 15 e 35 anni prevalgono le diagnosi di abuso alcolico, effetti tossici dell'alcol e avvelenamento da antagonisti dell'alcol.

Gli incidenti stradali vengono stimati in Italia, a seconda delle varie fonti, correlati all'abuso di alcol per una percentuale compresa fra il 33% e il 40% del totale. Nell'anno 2000 sono stati rilevati dall'ISTAT 15.326 incidenti stradali avvenuti nelle notti tra venerdì e sabato, circostanze temporali nelle quali si rileva una più forte correlazione tra incidente stradale e abuso di sostanze, ivi compreso l'alcol. Tali incidenti hanno provocato 917 morti, con un indice di mortalità media del 5,53%.

Particolarmente grave appare la situazione per i giovani fra i 15 e i 24 anni, per i quali l'incidente stradale costituisce la causa di più del 40% dei decessi, ed è comunque la prima causa di morte.

Nel 2002 sono stati presi in carico presso i servizi territoriali per le alcoldipendenze operanti nell'ambito del S.S.N. 44.490 soggetti alcoldipendenti (34.191 maschi e 10.299 femmine). Fra di loro crescono i soggetti fra i 20 e i 29 anni, che rappresentano nel 2002 il 9,1% del totale, mentre calano nel tempo gli utenti delle fasce di età più mature.

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 dipendenze, al pari delle droghe più pesanti.*

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 2005-2007, 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 mortalità e morbilità 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 alcoldipendenti

- 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

-Aumentare la qualità e la specificità dei trattamenti nei servizi specialistici per il trattamento della 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'alcoldipendenza*
- 5) Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione*
- 6) Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol*
- 7) Potenzialità delle Organizzazioni non governative*
- 8) Monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto.*

Area "Informazione ed Educazione"

Risultati attesi

- Sviluppo nella popolazione generale e nei gruppi più vulnerabili di una maggiore conoscenza e consapevolezza del danno provocato dall'alcol sulla salute e il benessere individuale, familiare e sociale

- Sviluppo nei bambini e nei ragazzi delle abilità necessarie a fare scelte a favore della salute e a resistere alle pressioni al bere.

Azioni

-Attuare campagne attraverso i mass media per informare sui danni prodotti dall'alcol alla salute e al benessere di individui, famiglie e comunità 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 abilità necessarie a fronteggiare le pressioni sociali al bere.

Area "Bere e Guida"**Risultati attesi**

-Riduzione del numero degli incidenti alcolcorrelati, nonché del numero di morti e feriti, in particolare tra i giovani.

Azioni

-Attivare una collaborazione con le istituzioni locali responsabili dei controlli dell'aria espirata, per organizzare azioni preventive di comunità 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.

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 nonché dalla legge 125/2001, per promuovere nei luoghi di lavoro una politica sull'alcol fondata sull'educazione, la prevenzione, la tempestiva identificazione, o autoidentificazione, dei soggetti a rischio e la possibilità di intraprendere, nel pieno rispetto della privacy, trattamenti integrati resi disponibili presso le strutture sanitarie.

Area "Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza"**Risultati attesi**

-Disponibilità 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, per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio, anche tramite strumenti di screening comportamentali mirati e attendibili, nonché per l'intervento breve nei confronti del consumo alcolico nocivo

-Allocare adeguate risorse finanziarie e strategie contrattuali per assicurare in merito ai suddetti interventi la più ampia disponibilità, accessibilità e produttività di interventi nella medicina di base

-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 disease management per gli alcolisti conclamati arruolati in programmi di astinenza.

Area "Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione"

Risultati attesi

-Maggiore responsabilizzazione e disponibilità alla collaborazione nei programmi di prevenzione dei danni alcolcorrelati da parte del mondo della produzione e distribuzione

-Implementazione di misure atte a favorire il rispetto dei limiti legali di età per la somministrazione delle bevande alcoliche ai giovani e per 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, nonché per valutare l'affidabilità delle politiche sociali ed economiche relative all'industria degli alcolici

-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 responsabilità personale, etica e legale.

Area "Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol"

Risultati attesi

-Incremento delle azioni di comunità finalizzate alla riduzione locale di problemi quali gli incidenti stradali alcolcorrelati, la somministrazione e vendita ai minori, i consumi e gli abusi dei minori

-Incremento della consapevolezza e della sensibilità per i problemi alcolcorrelati nell'ambito di tutti quei settori di governo della comunità 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

comunità, lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi collegati all'alcol

- Stabilire l'attuazione nell'ambito regionale di almeno un progetto di comunità coordinato e sostenibile per prevenire i problemi alcolcorrelati
- Assicurare che una politica comunale sull'alcol sia sviluppata ed implementata in almeno una città in ciascuna Regione.

Area "Potenzialità delle Organizzazioni non governative"

Risultati attesi

-Incremento del sostegno alle organizzazioni non governative e ai movimenti di autoaiuto che promuovono iniziative finalizzate alla prevenzione o alla riduzione del danno alcolcorrelato

Azioni

-Supportare le organizzazioni non governative 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

-Supportare le organizzazioni non governative che operano per l'informazione e la mobilitazione della società civile a sostenere lo sviluppo e l'implementazione di politiche efficaci in campo alcologico.

Area "Monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto"

Risultati attesi

-Implementazione in ogni Regione di efficaci politiche sociosanitarie in campo alcologico, di portata quanto più 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 alcologiche realizzate a livello regionale e locale.

Azioni

-Sviluppare in ciascuna Regione un programma esecutivo che recepisca il PNAS, ne individui le specifiche modalità in ambito regionale, secondo le priorità di salute emergenti e le peculiarità organizzative di ciascuna Regione

-Creare, con la collaborazione in rete di tutte le Regioni, il coordinamento del Ministero della Salute e il supporto tecnico dell'I.S.S.-CNESPS - un Osservatorio nazionale Alcol che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcologico, 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 alcologici verso interventi di buona pratica, la cui efficacia sia stata adeguatamente dimostrata

-Provvedere a un adeguato finanziamento per le funzioni di coordinamento tecnico dell'Osservatorio nazionale, che dovrà operare tenendo conto della multisettorialità dei problemi alcolcorrelati e della loro valenza interistituzionale, anche sviluppando, ove necessario, strumenti di ricerca appropriati e standardizzati.

2.2. L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge per il monitoraggio dei dati

L'art. 3 comma 4 della legge 125/2001 dispone l'autorizzazione di una spesa annuale pari a € 516.457,00, assegnata in termini di competenza e di cassa su apposito capitolo del Ministero della Salute, ai fini del monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati, da realizzarsi secondo modalità che garantiscano l'elaborazione e la diffusione dei dati a livello regionale e nazionale.

Ai fini dell'utilizzo delle risorse relative all'anno 2004, in considerazione di quanto previsto dall'art. 3 circa la necessità che le attività di monitoraggio siano realizzate secondo modalità che garantiscano l'elaborazione e la diffusione dei dati a livello regionale e nazionale, il Ministero della Salute ha sottoposto all'esame della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, per il parere ai sensi dell'art. 2, comma 4 del decreto legislativo 28.8.1997 n. 281, una proposta di riparto secondo la tabella sottoindicata, approvata nella seduta del 16 dicembre 2004.

RIPARTO DEI FONDI PER IL MONITORAGGIO DEI DATI ALCOLOGICI -ANNO 2004-	
REGIONI E PROV. AUT.	QUOTA (in Euro)
PIEMONTE	40.709,38
VALLE D'AOSTA	1.330,61
LOMBARDIA	84.659,43
P.A. BOLZANO	3.754,92
P.A. TRENTO	4.039,70
VENETO	43.809,84
FIULI-VENEZIA GIULIA	11.434,84
LIGURIA	15.221,77
EMILIA-ROMAGNA	40.077,49
TOSCANA	34.403,90
UMBRIA	8.502,85
MARCHE	14.997,40
LAZIO	46.770,79
ABRUZZO	11.813,88
MOLISE	3.052,10
CAMPANIA	46.210,94
PUGLIA	34.143,35
BASILICATA	5.634,59
CALABRIA	16.994,69
SICILIA	34.343,89
SARDEGNA	14.550,65
TOTALE	516.457,00

Lo schema di ripartizione, analogamente a quanto fatto per gli anni precedenti, è stato costruito sulla base di indicatori relativi all'entità della popolazione regionale residente, al numero di consumatori di vino, birra e liquori e al numero di bevitori eccedentari di vino rilevati dall'ISTAT nell'ambito dei territori regionali.

Nell'anno 2004 il Ministero ha provveduto a erogare le quote di riparto già assegnate ai fini del monitoraggio dei dati per gli anni precedenti (2001,2002 e 2003) alle Regioni che hanno inviato i dati richiesti in relazione ai seguenti indicatori:

- prevalenza e incidenza delle patologie alcolcorrelate nei ricoveri ospedalieri regionali;
- rapporto tra n. di utenti alcolodipendenti e n. di servizi rilevati (pubblici e privati, convenzionati o accreditati);
- rapporto tra popolazione regionale e utenza dei gruppi di auto-mutuo aiuto;
- consumi annuali pro capite di alcol puro della popolazione regionale; consumi annuali pro-capite di bevande alcoliche suddivise nei tre grandi gruppi (vino, birra, liquori);
- modelli di consumo e abuso e altre variabili comportamentali e sociologiche relative, con dati disaggregati almeno per fasce d'età, sesso e condizioni socioeconomiche; fenomeni eventualmente emergenti ritenuti di interesse per la conoscenza e l'interpretazione sociale del danno derivante dall'uso di bevande alcoliche.

Nella tabella seguente è illustrata la situazione, aggiornata al 4.10.2005, delle attività di monitoraggio svolte dalle Regioni nonché dei relativi finanziamenti erogati dal Ministero alle Regioni ai sensi dell'art. 3 comma 4.

MONITORAGGIO DATI ALCOL-ATTIVITA' SVOLTE E PAGAMENTI EFFETTUATI

CAPITOLO 4392

Situazione al 4.10.2005

REGIONI	ANNO 2001			ANNO 2002			ANNO 2003		
	FINANZIAMENTO ANNO 2001	Attività svolte	Pagamenti effettuati	FINANZIAMENTO ANNO 2002	Attività svolte	Pagamenti effettuati	FINANZIAMENTO ANNO 2003	Attività svolte	Pagamenti effettuati
Piemonte	40.709,38	x	40.709,38	40.709,38	x	40.709,38	40.709,38	x	40.709,38
Valle D'Aosta	1.330,61			1.330,61			1.330,61		
Lombardia	84.659,43	x	84.659,43	84.659,43	x	84.659,43	84.659,43	x	84.659,43
Prov. Aut. Trento	4.039,70			4.039,70			4.039,70		
Prov. Aut. Bolzano	3.754,92	x	3.754,92	3.754,92	x	3.754,92	3.754,92	x	3.754,92
Veneto	43.809,84	x	43.809,84	43.809,84	x		43.809,84		
Friuli Venezia Giulia	11.434,84	x	11.434,84	11.434,84	x	11.434,84	11.434,84		
Liguria	15.221,77	x		15.221,77	x		15.221,77	x	15.221,77
Emilia Romagna	40.077,49	x	40.077,49	40.077,49	x		40.077,49	x	40.077,49
Toscana	34.403,90	x	34.403,90	34.403,90	x	34.403,90	34.403,90	x	34.403,90
Umbria	8.502,85	x		8.502,85	x		8.502,85	x	8.502,85
Marche	14.997,40	x		14.997,40	x		14.997,40		
Lazio	46.770,79	x	46.770,79	46.770,79	x		46.770,79	x	46.770,79
Abruzzo	11.813,88	x	11.813,88	11.813,88	x	11.813,88	11.813,88		
Molise	3.052,10			3.052,10			3.052,10		
Campania	46.210,94	x	46.210,94	46.210,94	x	46.210,94	46.210,94	x	46.210,94
Puglia	34.143,35	x	34.143,35	34.143,35	x	34.143,35	34.143,35	x	34.143,35
Basilicata	5.634,58	x		5.634,58	x		5.634,59	x	5634,59
Calabria	16.994,69			16.994,69			16.994,69		
Sicilia	34.343,89	x	34.343,89	34.343,89	x	34.343,89	34.343,89		
Sardegna	14.550,65			14.550,65			14.550,64		
	516.457,00		432.132,65	516.457,00		301.474,53	516.457,00		360.089,41

2.3. Gli interventi in materia di informazione e prevenzione

L'art. 3 comma 4 della legge 125/2001 autorizza una spesa annuale pari a € 1.032.914 per le azioni di informazione e prevenzione da realizzarsi negli ambienti scolastici, militari, penitenziari e di aggregazione giovanile.

A tali fini nel corso del 2004 la Direzione generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero della Salute, cui è assegnata la competenza per la relativa spesa, ha posto in atto le procedure per una gara europea finalizzata alla scelta di un'agenzia di comunicazione ai fini della realizzazione di una campagna di informazione ed educazione sul consumo di alcol rivolta alla popolazione più giovane.

Tale gara si è conclusa con la stipula, in data 23 dicembre 2004, di un contratto con l'Agenzia vincitrice, registrato alla Corte dei Conti in data 11 marzo 2005.

E' stato inoltre realizzato, a seguito di un'ulteriore gara d'appalto, uno spot televisivo da mandare in onda sulle emittenti più seguite dal target di riferimento della campagna.

La campagna di informazione e prevenzione prevede, a partire dal maggio 2005, interventi nell'ambito della stampa periodica specializzata più letta dagli adolescenti, affissioni fisse e mobili nei luoghi di aggregazione giovanile più frequentati, programmazione di uno spot radiofonico, programmazione di un videoclip che vede come *testimonial* il cantante Gigi D'Alessio.

E' stato inoltre pianificato il monitoraggio per la valutazione dell'efficacia della campagna. In data 14 luglio 2004 è stata altresì stipulata una convenzione con l'Istituto superiore di Sanità, registrata alla Corte dei Conti il 24 settembre 2004, per il potenziamento del Numero verde Alcol.

Il budget complessivo per la realizzazione di tutte le attività suddette ammonta a Euro 2.300.000,00, stanziati per l'anno 2003 sul capitolo 4128 del Ministero della Salute.

2.4. La collaborazione con altre amministrazioni centrali

Nel corso dell'anno 2004 sono proseguite le attività di confronto e collaborazione tecnica del Ministero della Salute con il Ministero del Lavoro e Politiche sociali ai fini della predisposizione dello schema di Decreto interministeriale previsto dall'art. 15 comma 1 della legge 125/2001, per l'individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortunio sul lavoro e per le quali dovrà essere adottato il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche.

Sono in via di conclusione le procedure necessarie per la formalizzazione del concerto tra i due Ministeri ai fini dell'emanazione del previsto Decreto, per il quale il Ministero del Lavoro ha la competenza primaria.

2.5. L'implementazione dei progetti sull'alcol finanziati a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga

Con l'approvazione della Legge 18.2.1999 n. 45 "Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze" la possibilità di finanziamento a carico del Fondo nazionale per la lotta

alla droga è stata estesa anche a progetti relativi alla “alcoldipendenza correlata”, presentati dalle Regioni e dai Ministeri interessati.

Dopo l’approvazione della legge 125/2001 il Ministero della Salute ha presentato al suddetto Fondo richiesta di finanziamento per n. 3 progetti predisposti sulla base delle finalità e degli obiettivi enunciati dalla stessa legge, per favorire interventi e azioni utili alla sua puntuale attuazione. I finanziamenti sono stati concessi.

Si illustrano di seguito i progetti indicati, e il relativo stato di avanzamento, facendo presente che:

- per i progetti n. 1) e 2) (finanziati con i fondi dell’anno 2001) sono state identificate, tramite il Coordinamento permanente delle Regioni italiane sulla tossicodipendenza presso la Regione Veneto, le Regioni interessate a partecipare e in particolare quelle disponibili a svolgere un ruolo di capofila per la gestione amministrativa e il coordinamento tecnico;
- per il progetto n. 3) (finanziato con i fondi relativi all’anno 2002) le attività sono state oggettivamente ritardate da motivi relativi alla temporanea indisponibilità dei fondi medesimi, per motivi non dipendenti dal Ministero della Salute, e sono ancora in corso le procedure per consentire l’affidamento delle relative attività.

1) Progetto *“Impatto dei problemi alcolcorrelati nella popolazione afferente alle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere: epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi”*.

(Finanziamento approvato: € 464.811,21)

In considerazione del fatto che la legge 125/2001 impegna il Ministero della Salute alla definizione dei requisiti e standard minimi di funzionamento dei servizi, e le Regioni ad una specifica programmazione di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati, questo progetto intende sostenere l’efficace e proficua messa a punto di validi strumenti a ciò finalizzati, creando una solida base conoscitiva, operativa e organizzativa su cui innestare un’efficace attività istituzionale, anche tramite la sperimentazione di attività innovative.

Rivestendo valore cruciale, per le esigenze conoscitive del sistema, il dato relativo all’impatto dei problemi e patologie alcolcorrelate nella popolazione afferente alle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, in termini di epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi, il progetto è stato elaborato per approfondire su queste basi la conoscenza dei fenomeni di abuso e dipendenza da alcol nel nostro Paese, individuandone le tipologie e le correlazioni con altre patologie e altri tipi di dipendenza, nonché con i ricoveri ospedalieri e altre variabili demografiche, socioeconomiche e culturali.

Il progetto consentirà di porre le basi per la messa a punto di un sistema di monitoraggio permanente, adeguato alle esigenze conoscitive di un sistema di assistenza integrato, così come configurato in relazione alla recente normativa.

Il ruolo di capofila del progetto è stato assegnato congiuntamente alle Regioni Toscana e Lombardia, che devono coordinare le Regioni Piemonte, Liguria, Veneto, Abruzzo, Umbria, Marche, Calabria, Campania, Puglia e Sardegna.

Sono state attivate le prime attività di implementazione del progetto, che è attualmente alle sue fasi preliminari, e non sono stati pertanto ancora richiesti dalle Regioni i previsti finanziamenti relativi al primo stato di avanzamento.

2) Progetto *“Un progetto sperimentale per l'alcoldipendenza: autogestione teleassistita, tecniche cognitivo-comportamentali e trattamento individualizzato per ottimizzare gli interventi integrati di prevenzione secondaria dell'abuso alcolico nei servizi”*.

(Finanziamento approvato: € 206.582,76)

Dopo l'approvazione della legge 125/2001, nel momento in cui i servizi per l'alcoldipendenza sono diventati, per volontà del legislatore, un segmento importante nell'ambito del sistema preposto alla salute dei cittadini, è apparso particolarmente utile e opportuno predisporre le basi per la costruzione di un modello di assistenza alcolologica operativamente valido, sperimentando, in relazione ad ipotesi di lavoro scientificamente fondate e preliminarmente validate, interventi operativi in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni degli utenti.

Poiché le ricadute nell'abuso da parte di soggetti già disintossicati costituiscono un nodo cruciale e ancora irrisolto nel trattamento degli alcolisti e vengono rilevate, nonostante la correttezza e l'efficacia dei metodi di disintossicazione, percentuali di ricaduta mediamente molto elevate, è stato elaborato uno specifico progetto di carattere sperimentale finalizzato a costruire un modello di intervento che faciliti l'accesso degli utenti alcolisti al sistema, prolunghi la loro permanenza nei programmi di trattamento e accresca nel tempo e nello spazio le occasioni di rapporto con i servizi, assicurando periodici contatti a lungo termine, anche tramite teleassistenza, in grado di contenere nel lungo periodo i fenomeni di ricaduta. Si prevede di sostenere a tal fine anche la diffusione sul territorio di esperienze di auto-mutuo aiuto promosse o protette dal servizio pubblico.

Il progetto prevede inoltre una fase di formazione per mettere in grado gli operatori di gestire rapporti, anche limitati e a distanza, ma continui e attenti, con i singoli pazienti, e di interagire con le loro energie di autoregolazione e di cambiamento, cogliendo tutte le possibilità presenti nell'ambito di un percorso pluriennale, dove la ricaduta è gestita quale momento critico ma non risolutivo del rapporto terapeutico.

Il ruolo di capofila del progetto è stato assegnato alla Regione Lazio, che ne ha curato le prime fasi di implementazione coordinando le Regioni Piemonte, Toscana, Abruzzo, Umbria, Molise, Campania, Puglia e Sicilia, che hanno aderito al progetto.

Sono state finora realizzate le attività previste per il primo stato di avanzamento del progetto, con la nomina del responsabile scientifico e dei responsabili amministrativi, l'elaborazione di un progetto esecutivo con un dettagliato piano finanziario, l'attivazione di incontri del gruppo sperimentale con i referenti regionali, e la formale adesione di tutte le altre Regioni partecipanti alle azioni pianificate.

Essendo stata acquisita la relativa documentazione, il Ministero della Salute ha attivato le procedure per il pagamento della prima delle tre rate di finanziamento previste.

3) *“Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione dell'abuso di alcol e dei rischi alcolcorrelati, per la costruzione di nuovi modelli di intervento che utilizzino i giovani come 'risorsa'”*.

(Finanziamento approvato: € 480.930,00)

La legge 125/2001 contempla fra le sue finalità, al comma 1 punto a), la tutela del diritto di bambini e adolescenti ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze

legate all'abuso di bevande alcoliche. D'altra parte sta emergendo tra i giovani del nostro Paese una crescente diffusione del consumo di bevande alcoliche secondo modalità ad alto rischio, con la conseguente necessità di adottare adeguate misure di prevenzione.

Tenendo conto della centralità e della criticità della scuola quale luogo di apprendimento conoscitivo e relazionale anche rispetto ai problemi che attengono alla salute psicofisica, è stato elaborato un progetto per la valutazione di impatto e di risultato degli interventi e degli strumenti di prevenzione dell'abuso alcolico nella scuola.

Il progetto si propone di individuare i punti di forza o di criticità, a livello comunicativo, cognitivo, relazionale o quant'altro, delle strategie educative e dei programmi adottati, di studiare opinioni, credenze, condizionamenti e situazioni che favoriscono l'attrazione dei giovani verso modelli di consumo alcolico a rischio, di costruire e sperimentare, sulla base delle conoscenze acquisite, un modello operativo in grado di coinvolgere i giovani in modo attivo nella gestione degli interventi preventivi nella scuola e di valorizzarli come risorsa.

2.6. La partecipazione alle politiche internazionali

I principi sanciti dalla legge 125/2001 per la tutela della popolazione, e in particolare di bambini e adolescenti, dai danni alcolcorrelati sono stati sostenuti e hanno trovato pieno riscontro nelle attività istituzionali esercitate dal Ministero della Salute nell'ambito delle attività istituzionali di ambito U.E..

In particolare nel corso del 2004 il Ministero della Salute ha garantito, tramite i suoi rappresentanti, la partecipazione dell'Italia alle attività della Commissione Europea dedicate alla valutazione periodica prevista dalla Raccomandazione del Consiglio "Consumo di bevande alcoliche da parte di bambini e adolescenti" e dalla Conclusione del Consiglio per l'adozione di una strategia comunitaria tesa a ridurre l'impatto sociale e sanitario dell'alcol nell'ambito della popolazione generale.

Tale partecipazione è stata espressa nell'ambito degli organi formali della Commissione ed in particolare nel Gruppo di lavoro "Alcol e salute" insediato presso la Direzione Generale Salute e Tutela dei Consumatori della Commissione europea (DG SANCO), che ha svolto riunioni periodiche cui sono stati chiamati a partecipare, nell'ambito di sessioni dedicate, oltre ai rappresentanti del Ministero, anche rappresentanti del mondo della produzione e industria delle bevande alcoliche, del settore pubblicitario, degli organismi di autodisciplina e delle Organizzazioni non governative di tutela degli alcolisti.

Le politiche europee in campo alcolologico hanno avuto a partire dall'anno 2003 un forte impulso con l'adozione del nuovo Programma di azione comunitario nel campo della Sanità pubblica per gli anni 2003-2008, che sostituisce gli otto programmi comunitari precedenti.

Il Programma aveva previsto infatti, fra i settori di lavoro prioritari per l'anno 2003, quelli relativi ai determinanti di salute e alle informazioni di salute, nell'ambito dei quali i comportamenti e gli stili di vita riferiti all'uso e abuso di alcol sono stati specificamente contemplati.

Per quanto riguarda l'alcol è stata discussa e condivisa l'esigenza di istituire una rete di organismi esperti per sostenere l'applicazione della Raccomandazione del Consiglio U.E.

sul consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani e per contribuire all'ulteriore elaborazione di una strategia comunitaria destinata a ridurre i danni provocati dall'alcol.

In relazione a tale specifica esigenza è stato finanziato il progetto *"Alcohol Policy Network in the context of a larger Europe: Bridging the Gap"*, al fine di delineare un documento di indirizzo che contribuisca alla definizione delle iniziative collegate alle politiche di prevenzione da privilegiare nella programmazione di ambito europeo e nazionale. Un'attenzione specifica viene dedicata alla promozione della partecipazione dei giovani nell'elaborazione di politiche e attività di lotta contro l'alcolismo, quale priorità enunciata nella Raccomandazione del Consiglio sul consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani.

Il Programma 2003-2008 ha rappresentato anche un'importante opportunità di finanziamento per progetti riguardanti l'alcol relativi alle azioni previste, fra i quali il Progetto PHEPA, finalizzato alla creazione di linee guida europee per l'identificazione precoce del rischio alcol-correlato, per un conseguente intervento breve e per la definizione di standard e contenuti per la formazione specifica del personale sanitario e dei medici di medicina generale.

In tutte le attività europee l'Italia ha partecipato e fornito i contributi specifici attraverso l'Osservatorio Nazionale Alcol - OssFAD ed il Centro OMS per la ricerca sull'alcol dell'Istituto Superiore di Sanità.

Per una migliore attuazione del Programma 2003-2008 sono stati elaborati specifici piani per la riorganizzazione della citata Direzione Generale Salute e Tutela dei consumatori (DG SANCO) tramite la costituzione di tre unità operative strutturate in funzione delle tre parti del programma di sanità pubblica, fra le quali l'unità "Informazioni sulla salute" e l'unità "Determinanti di salute," nell'ambito delle quali sono trattati i problemi legati all'alcol e le modalità collegate al sistema di monitoraggio dello stato di salute.

Le azioni finora avviate con il Programma 2003-2008 hanno riguardato soprattutto la raccolta di dati su alcol e stili di vita, finalizzata alla elaborazione di indicatori relativi al consumo, il monitoraggio della pubblicità e delle modalità di marketing dell'alcol e la legislazione esistente; tali attività sono svolte in stretta collaborazione con l'OMS e con gli Stati Membri che già contribuiscono al mantenimento di una base di dati specifici confluenti nell'Alcohol Control Database, attualmente gestito per l'Italia dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Ministero della Salute.

E' stata altresì programmata la predisposizione, nell'ambito delle Relazioni sulla sanità pubblica identificate come prioritarie dalla Commissione, di una relazione sull'impatto economico e sociale dell'alcol nella U.E.

Tutte le azioni riguardanti l'alcol forniranno un contributo basilare per la preparazione di una Conferenza sull'alcol, la salute e la società, da tenersi nel 2006.

Sono proseguiti i lavori della Commissione U.E. in merito al provvedimento "Conclusioni del Consiglio su una strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati", attraverso cui il Consiglio, nel giugno 2001, invitava la Commissione a studiare la possibilità di sostenere una strategia comunitaria globale volta a ridurre il danno alcolcorrelato a completamento delle politiche nazionali.

Sono state esaminate in particolare proposte relative a misure da adottarsi anche in ambiti politici diversi da quelli specificamente sanitari, quali la ricerca, la tassazione, i consumi,

la salvaguardia del consumatore, i trasporti, la pubblicità, il commercio, la sponsorizzazione.

Per quanto riguarda le attività di collaborazione con l'O.M.S., il Ministero della Salute ha partecipato, tramite un proprio *National Counterpart* per il Piano d'Azione Europeo sull'alcol dell'O.M.S., alla definizione dei contenuti di una Risoluzione sui problemi derivanti dall'abuso di alcol da sottoporre all'Assemblea Mondiale dell'OMS, alla predisposizione del *draft* della fase finale del Piano d'Azione per gli anni 2005-2010 e alla valutazione di impatto delle precedenti fasi delle strategie di prevenzione a livello dei 52 Stati Membri della Regione Europea dell'O.M.S..

Il Ministero della Salute ha partecipato inoltre alla promozione delle attività del *Centro di collaborazione dell'O.M.S. per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcolcorrelati*, attivo dal 2000 presso l'Istituto Superiore di Sanità con finalità di impulso e supporto di attività nazionali e internazionali di ricerca, formazione, valutazione e coordinamento ai fini della riduzione dei rischi per la salute legati all'uso e abuso di alcol.