di diversa durata, alternati ad interventi redazionali e pillole informative inserite all'interno di numerose trasmissioni. Per meglio veicolare i messaggi e raggiungere i destinatari in maniera capillare sono stati utilizzati altri media come la radio, i canali satellitari, Internet.
Quale intervento di comunicazione partecipata, il Ministero della Salute ha inoltre stimolato l'adesione delle Aziende-USL del territorio alla Campagna "Quit and Win" (Q&W), "Smetti & Vinci" (S&V), promossa dall'OMS, che rappresenta il più esteso intervento di comunità per la disassuefazione dal fumo di tabacco, destinato ai fumatori di età superiore a 18 anni. Quit and Win si svolge in oltre cento Paesi utilizzando il meccanismo del concorso a premi con un regolamento unico internazionale tra i fumatori che si impegnano a smettere di fumare per un periodo determinato. La Campagna nazionale 2004 è stata coordinata dalla Regione Veneto e ha visto circa 8.000 iscritti. Alla terza edizione del concorso (maggio 2002) hanno partecipato 6.370 fumatori, con una percentuale totale di astinenti, ad un anno, del 36,7%.

I Centri per la disassuefazione dal fumo

L'Osservatorio su Fumo Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità, in accordo con il Coordinamento Tecnico delle Regioni sul Tabagismo e il Ministero della Salute, ha effettuato il censimento dei "Centri Antifumo" operanti in Italia. Attualmente sono attivi sul territorio nazionale 345 centri di cui 265 presso Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere e 80 presso le sedi provinciali della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (nel 2002 i centri censiti erano 279, di cui 195 istituiti presso ASL e Ospedali e 79 presso sedi della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori). Tale incremento testimonia la crescita costante dell'attenzione delle Amministrazioni regionali e del sistema dei servizi alla complessa problematica del tabagismo. Il bacino di utenza è di un Centro ogni 43.000 fumatori. La rilevazione delle tipologie d'intervento ha subito delle modificazioni nel corso del tempo; gli interventi comprendono valutazione clinico-funzionale, terapia farmacologia, terapia di gruppo, counselling individuale, terapia non convenzionale. Gli ultimi dati disponibili relativi agli utenti seguiti nei centri antifumo fanno riferimento all'anno 2002; da essi risulta che, in tale anno, sono stati seguiti 15.608 soggetti fumatori in 202 centri, con una media di 77 soggetti/centro/anno ed un aumento rispetto al 2001 (8.032 soggetti fumatori seguiti in 92 centri con una media di 87 soggetti/centro/anno).

Altre iniziative

Conseguentemente all'evoluzione della normativa e all'attivazione delle campagne di comunicazione, molte Regioni si sono mobilitate definendo ed attivando specifici programmi d'intervento, differenziati sulla base delle caratteristiche territoriali del "fenomeno fumo" e delle priorità individuate a livello locale. Gli interventi hanno riguardato diverse aree: formazione degli operatori, informazione ed educazione alla salute per la popolazione generale e per particolari gruppi a rischio, coinvolgimento dei medici di medicina generale, promozione del rispetto dei divieti, attivazione di centri per la prevenzione e la disassuefazione dal tabagismo.
Con l'Accordo di Cernobbio del 7 aprile 2004 il Ministero della Salute e le Regioni si sono tra l'altro impegnati a potenziare le misure di educazione sanitaria, di prevenzione e di diagnosi precoce, attraverso la definizione di un Piano di prevenzione attiva nel cui ambito la prevenzione oncologica e cardiovascolare non può non esprimersi anche attraverso strategie di contrasto al fumo.
Attualmente il Ministero della Salute si sta preparando per sostenere il Paese nell'applicazione estesa della nuova norma sul divieto di fumo nei locali chiusi; tale divieto non obbliga i fumatori all'astinenza bensì fa prevalere il diritto alla salute dei non fumatori. È necessario a tal fine, da un lato predisporre un sistema sanzionatorio di facile applicazione, dall'altro fornire materiali che illustrino ai responsabili degli uffici e ai conduttori di esercizi pubblici quali vantaggi otterranno dall'applicazione del divieto e come operare per far rispettare il divieto. Si tratta di una grande opportunità per fare salute, ma sarà necessario mobilitare le migliori energie per una effettiva applicazione estesa a tutto il Paese. Non bisogna sottovalutare infatti le difficoltà – che già altri Paesi hanno sperimentato – nell'applicazione del divieto di fumo.

Bibliografia essenziale

1. European Commission, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Tobacco or health in the European Union. Past, present and future, October 2004.
2. ISTAT (anni vari), Stili di vita e condizioni di salute. Collana Informazioni, Roma.
3. ISTAT, Rapporto annuale 2003.
4. http://www.espad.org/
5. Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Perucci C. Impatto sanitario dell'esposizione a fumo ambientale in Italia. Epidemiol. Prev. 2002 gen-feb; 26(1): 18-29.
6. http://www.ministerosalute.it/ccm/ccmDettaglioStili.jsp?id=8&label=stilivita-fumo&men=stili&lingua=italiano

2.3 Alcol e altre droghe

2.3.1 Introduzione

La correlazione tra l'elevato consumo di alcol nella popolazione e l'aumento del rischio di morbilità e mortalità per alcune cause appare oggi un'evidenza consolidata.

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 nel nostro Paese modelli di consumo importati dai Paesi del Nord Europa che comportano notevoli variazioni nella quantità e qualità dei consumi e di conseguenza nei rischi cui è esposta la popolazione. Appare pertanto molto importante individuare e monitorare gli indicatori del rischio connesso ai diversi comportamenti e modelli.

Tabella 1 Persone di 14 anni e più per consumo di vino, birra ed alcolici almeno qualche volta l'anno, classe di età e sesso - Anno 2001 (per 100 persone della stessa età)

Classi di età (anni)	Consuma vino	Consuma oltre 1/2 litro di vino al giorno	Consuma birra	Consuma alcolici fuori pasto
Maschi				
14-17	23,3	0,3	40,1	17,1
18-19	46,4	1,3	69,9	43,4
20-24	58,0	2,1	76,6	47,3
25-34	70,0	4,4	76,7	46,8
35-44	79,1	7,6	76,6	40,6
45-54	83,3	12,7	70,3	39,0
55-59	83,2	14,3	59,6	38,3
60-64	82,7	17,6	53,3	37,0
65-74	83,4	16,3	42,3	28,8
75 e più	77,4	12,1	28,1	21,6
Totale	**73,8**	**9,3**	**69,7**	**37,8**
Femmine				
14-17	15,6	0,2	57,3	13,8
18-19	25,7	0,2	42,6	27,5
20-24	34,9	0,4	43,8	24,4
25-34	41,8	0,7	47,9	18,7
35-44	49,9	1,2	46,9	13,8
45-54	55,8	1,9	40,3	13,4
55-59	54,5	2,8	30,6	11,1
60-64	53,7	3,3	24,3	8,9
65-74	48,8	2,2	14,3	6,1
75 e più	46,1	1,7	9,7	4,8
Totale	**46,4**	**1,5**	**34,1**	**13,1**
Maschi e Femmine				
14-17	19,5	0,3	33,9	15,5
18-19	36,2	0,8	56,4	35,5
20-24	46,5	1,2	60,4	36,0
25-34	56,0	2,6	62,4	32,9
35-44	64,6	4,5	61,9	27,3
45-54	69,4	7,2	55,0	26,0
55-59	68,9	8,5	45,1	24,7
60-64	67,7	10,2	38,3	22,5
65-74	64,3	8,5	26,9	16,3
75 e più	57,6	5,5	16,5	11,0
Totale	**59,6**	**5,3**	**48,4**	**25,0**

Fonte: ISTAT, Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"- Anno 2001

2.3.2 Presentazione dei dati

Dati sul consumo

Nell'anno 2001 (**Tabella 1**), in Italia l'ISTAT (Indagine multiscopo) calcola pari al 59,6% della popolazione ultraquattordicenne la proporzione di consumatori di vino almeno una volta all'anno (73,8% maschi e 46,4% femmine) e al 48,4% (69,7% maschi e 34,1% femmine) la percentuale dei consumatori di birra almeno una volta all'anno. Il consumo quotidiano di vino in quantità eccedentarie (oltre 1/2 litro) riguarda per il 2001 il 5,3% della popolazione (9,3% maschi e 1,5% femmine), la proporzione più alta (10,2%) si registra nella fascia 60-64 anni (17,6% e 3,3% delle femmine).

I bevitori di bevande alcoliche al di fuori dei pasti rappresentano il 25% della popolazione (37,8% maschi e 13,1% femmine).

Per l'anno 2001 l'OMS – Ufficio regionale per l'Europa – ha calcolato per l'Italia il consumo annuo pro capite di alcol puro (alcol di tutto il complesso delle bevande alcoliche consumate) in 9,14 litri per la popolazione di età superiore ai 15 anni.

Secondo lo studio europeo ESPAD, nel 2002 fra

Tabella 2 Distribuzione per età degli utenti dei servizi

Classi di età (anni)	Nuovi utenti Maschi N	%	Femmine N	%	Totale N	%
<20	108	0,8	28	0,7	136	0,7
20-29	1.941	13,5	307	7,5	2.248	12,2
30-39	3.793	26,5	982	23,9	4.775	25,9
40-49	3.815	26,6	1.319	32,1	5.134	27,8
50-59	3.026	21,1	979	23,8	4.005	21,7
≥60	1.647	11,5	500	12,2	2.147	11,6
TOTALE	14.330	100,0	4.115	100,0	18.445	100,0

Fonte: Ministero della Salute

i giovani studenti italiani di età compresa fra i 15 e i 19 anni i consumatori di bevande alcoliche rappresentano l'89%; il 54,6% degli studenti riferisce di essersi ubriacato almeno una volta nella vita, il 4% non percepisce alcun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri ogni giorno.

Dati sull'utilizzo dei servizi

Secondo i dati rilevati dal Ministero della Salute (**Tabella 2**), nel 2002 gli utenti dei servizi sociosanitari per l'alcoldipendenza sono complessivamente 44.490 (76,9% uomini e 23,1% donne), suddivisi in 18.445 (41,5%) nuovi utenti e 26.045 (58,5%) utenti già in carico o rientrati.
La fascia di età più interessata è quella fra i 40 e i 49 anni, che rappresenta il 28% del totale delle utenze, seguita dalle fasce 30-39 anni (24,8%) e 50-59 anni (23,7%).
I giovani al di sotto dei 20 anni rappresentano lo 0,5% dell'utenza complessiva, quelli fra i 20 e i 29 anni il 9,1%.
La bevanda di uso prevalente è il vino (59,8%), seguito dalla birra (20,4%) e dai superalcolici (10,0%).
Dai dati delle schede di dimissione ospedaliera (**Tabella 3**), risulta che nell'anno 2002 i ricoveri per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol ammontano a 113.651 (78,1% maschi e 21,9% femmine), pari ad un tasso di 177 ricoveri per 10.000 abitanti.
Le diagnosi di ricovero prevalenti sono la sindrome di dipendenza da alcol (32,2%), e la cirrosi epatica (28,3%).

Tabella 3 **Ricoveri per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol - Anno 2002**

Cod. ICD9-CM	Cause*	Maschi N	Maschi %	Femmine N	Femmine %	Totale N	Totale %
291	Sindromi psicotiche indotte da alcol	4.579	5,2	1.109	4,5	5.693	5,0
303	Sindrome di dipendenza da alcol	28.358	31,9	8.258	33,2	36.648	32,2
305.0	Abuso di alcol	7.549	8,5	2.742	11,0	10.300	9,1
357.5	Polineuropatia alcolica	2.352	2,6	563	2,3	2.918	2,6
425.5	Cardiomiopatia alcolica	653	0,7	117	0,5	771	0,7
535.3	Gastrite alcolica	649	0,7	290	1,2	940	0,8
571.0	Steatosi epatica alcolica	8.339	9,4	2.471	9,9	10.819	9,5
571.1	Epatite acuta alcolica	4.405	5,0	973	3,9	5.383	4,7
571.2	Cirrosi epatica alcolica	25.293	28,5	6.885	27,7	32.206	28,3
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	6.344	7,1	1.301	5,2	7.652	6,7
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	14	0,0	9	0,0	23	0,0
980	Effetti tossici dell'alcol	257	0,3	141	0,6	398	0,4
TOTALE		88.792	100,0	24.859	100,0	113.751	100,0

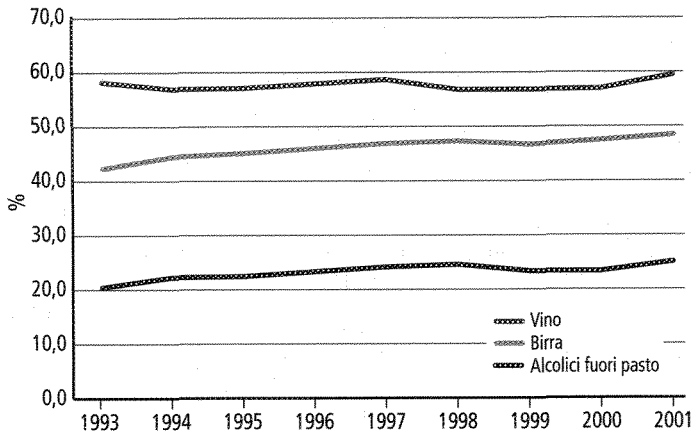
* Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie
Fonte: Ministero della Salute

2.3.3 Analisi quantitativa

Secondo un trend iniziato a partire dai primi anni ottanta, continua in Italia il calo del consumo medio annuo pro capite di alcol (secondo l'OMS, pari a litri 9,36 nel 1999, 9,32 nel 2000 e 9,14 nel 2001 per la popolazione di età superiore ai 15 anni).
Il valore di tale indicatore appare peraltro ancora notevolmente al di sopra di quello ritenuto auspicabile dall'OMS nella Regione europea per l'anno 2015, individuato in 6 litri all'anno per tutta la popolazione al di sopra dei 15 anni e in 0 litri per quella di età inferiore.
A spiegare il calo progressivo dei consumi complessivi di alcol è ancora prevalentemente il calo dei consumi di vino e in misura minore quel-

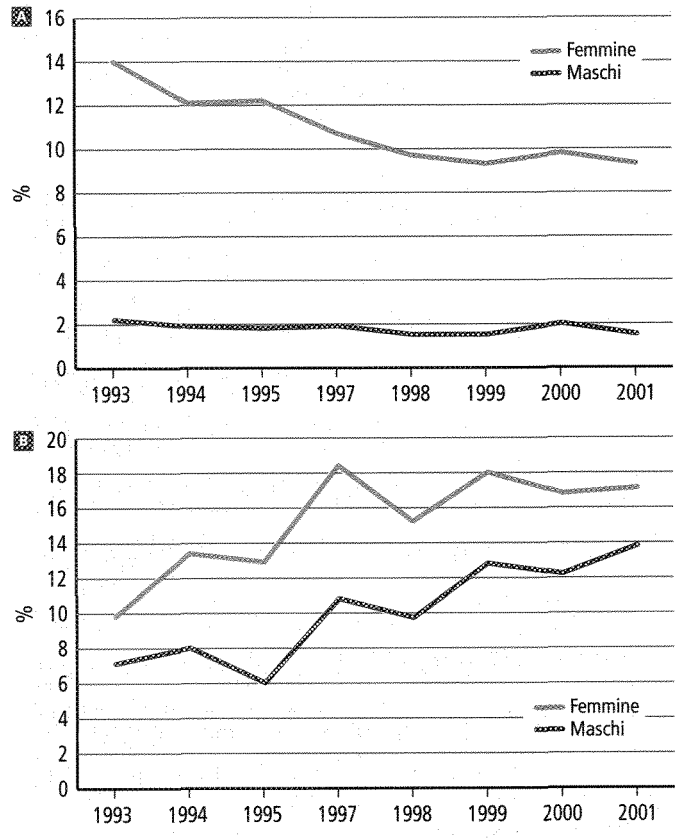
o gruppi di lavoro rilevati - Anno 2002

Utenti già in carico o rientrati						Totale utenti					
Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
57	0,3	14	0,2	71	0,3	165	0,5	42	0,4	207	0,5
1.510	7,6	306	4,9	1.816	7,0	3.451	10,1	613	6,0	4.064	9,1
4.833	24,3	1.410	22,8	6.243	24,0	8.626	25,2	2.392	23,2	11.018	24,8
5.570	28,0	1.907	30,8	7.477	28,7	9.385	27,4	3.226	31,3	12.611	28,3
4.903	24,7	1.653	26,7	6.556	25,2	7.929	23,2	2.632	25,6	10.561	23,7
2.988	15,0	894	14,5	3.882	14,9	4.635	13,6	1.394	13,5	6.029	13,6
19.861	100,0	6.184	100,0	26.045	100,0	34.191	100,0	10.299	100,0	44.490	100,0



Per 100 persone di 14 anni e più. Nel 1996 le informazioni non sono state rilevate
Fonte: ISTAT, Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2001

Figura 1 Persone di 14 anni e più che consumano almeno qualche volta all'anno vino, birra, alcolici fuori pasto - Anni 1993-2001.



Nel 1996 le informazioni non sono state rilevate
Fonte: ISTAT, Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" Anno 2001

Figura 2 (A) Prevalenza dei consumatori (%) di oltre 1/2 litro di vino al giorno. (B) Prevalenza dei consumatori (%) di alcolici fuori pasto nella classe di età 14-17 anni - Anni 1993-2001.

lo dei superalcolici, mentre i consumi di birra vengono rilevati ancora in aumento. Contestualmente alla diminuzione dei consumi, continua la tendenza all'aumento della quota di popolazione che consuma bevande alcoliche.

Dai dati disponibili emerge che:

- il trend relativo al consumo almeno una volta l'anno risulta tendenzialmente in diminuzione per il vino (con un aumento nell'ultimo biennio), in aumento per la birra (sopratutto nelle donne e nelle fasce di popolazione più giovane) e per gli alcolici fuori pasto (**Figura 1**);
- sembra persistere nella popolazione maschile la tendenza al calo dei consumi eccedentari di vino già evidenziatosi da qualche anno, come appare ben rilevabile dall'esame della serie storica del dato a partire dal 1993, quando tale consumo interessava il 14% dei maschi (**Figura 2A**);
- la popolazione femminile appare meno interessata dal fenomeno dei consumi eccedentari di vino; sembra peraltro interrompersi la tendenza alla crescita dei consumi eccedentari che si era andata delineando nella popolazione femminile a partire dal 1998 fino al 2000 (**Figura 2A**);
- un'altro indicatore importante per la valutazione dell'esposizione al rischio alcolcorrelato di una popolazione è la prevalenza dei bevitori di bevande alcoliche al di fuori dei pasti, in quanto il consumo durante i pasti, assicurando un allungamento dei tempi di assorbimento dell'alcol, ne diminuisce l'impatto per la salute. Dal 2000 al 2001 la percentuale di tali consumatori è in netto aumento, passando dal 23,3% al 25%, a conferma di un trend di crescita che, evidenziabile fin dal 1993, era sembrato ridimensionarsi negli anni 1999 e 2000 (**Figura 2A**);
- particolarmente preoccupante è la conferma della crescita di questi consumi nelle fascia di età tra i 14 e i 17 anni, per le quali si osserva, tra il 1995 e il 2001, un aumento della prevalenza di consumatori dal 12,9% al 17,1% per i maschi e dal 6,0% al 13,8% per le femmine (**Figura 2B**);
- evidente appare negli ultimi anni la tendenza delle giovani generazioni ad un aumento del consumo di bevande alcoliche e dei comportamenti di abuso particolarmente gravi, quali le ubriacature, sebbene nel 2002 quest'ultima tendenza registri un'interruzione. Secondo lo studio europeo ESPAD (**Tabelle 4** e **5**), fra i giovani studenti italiani di età compresa fra i 15 e i 19 anni i consumatori di bevande alcoliche passano progressivamente, fra il 1999 e il 2002, dall'86,5% all'89%. Tra loro risultano in aumento, fra il 1999 e il 2001, gli episodi di intossicazione alcolica e la percentuale dei giovani che rife-

risce di essersi ubriacato almeno una volta sale dal 52,7% nel 1999 al 55,2% nel 2001. Nel 2002 peraltro, come si è detto, tale percentuale scende al 54,6%. Fra gli stessi giovani emerge inoltre tra il 1999 e il 2002 un atteggiamento di crescente tolleranza verso l'abuso di alcol e i comportamenti correlati; aumentano costantemente tra il 1999 e il 2002 coloro che non disapprovano ubriacarsi una volta la settimana, passando dal 18% al 25%, e contestualmente sembra diminuire la percezione del rischio connesso ai comportamenti d'abuso: benché una rilevante maggioranza di giovani percepisca il rischio connesso col bere 4 o 5 bicchieri ogni giorno, la percentuale di coloro che non vedono alcun rischio in tale comportamento è in aumento passando dal 3% del 1999 al 4% del 2002;

• il fenomeno dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla percentuale di giovani utenti alcoldipendenti in carico ai servizi sociosanitari per l'alcoldipendenza (nel 2002 i giovani con meno di 30 anni sono 4.271, pari al 9,6% dell'utenza totale e in lieve aumento rispetto al 2001).

Il consumo inappropriato di alcol provoca all'organismo danni diretti, soprattutto in situazioni di abuso cronico (psicosi alcolica, cirrosi epatica, alcuni tumori ecc.), che richiedono spesso il ricorso al ricovero ospedaliero.

Il tasso nazionale di ospedalizzazione per 10.000 abitanti per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol passa dal 172,2 del 2000 al 177,1 del 2002. La Regione Valle d'Aosta e la P.A. di Bolzano appaiono nel 2002 quelle a più alto tasso di ospedalizzazione, seguite da Trento, Veneto e Liguria. Le stesse Regioni risultavano tali anche per l'anno 2000.

La distribuzione per età dei ricoveri per diagnosi totalmente alcol-attribuibili nell'anno 2002 mostra una prevalenza delle età più elevate (≥55 anni) per gran parte delle cause di ricovero (**Figura 3**), in particolare per la cirrosi epatica alcolica (66,7%) e per la cardiomiopatia alcolica (58,3%). Nelle fasce più giovani (15-35 anni) prevalgono le diagnosi di effetti tossici dell'alcol (33,7%), di abuso alcolico (35,3%), di avvelenamento da antagonisti dell'alcol (30,4%).

Il consumo inappropriato di alcol, anche se assunto in modiche quantità, provoca inoltre danni indiretti, quali incidenti stradali o domestici. Nell'anno 2003 sono stati rilevati dall'ISTAT 225.141 incidenti stradali, che hanno provocato 6.015 morti, con un indice di mortalità (rapporto percentuale tra numero di morti e numero di incidenti) pari al 2,7%. Tale dato, sebbene introduca una inversione di tendenza dopo un trend crescente per tutto il periodo 1991-2002 (sia nel numero di incidenti e di feriti sia, in modo più significativo, in quello dei decessi) è comunque preoccupante se si pensa che agli incidenti stradali è attribuibile oltre il 40% dei decessi dei giovani fra i 15 e i 24 anni.

Tabella 4 Uso di bevande alcoliche negli studenti tra i 15 e i 19 anni almeno una volta nella vita - Anni 1999-2002

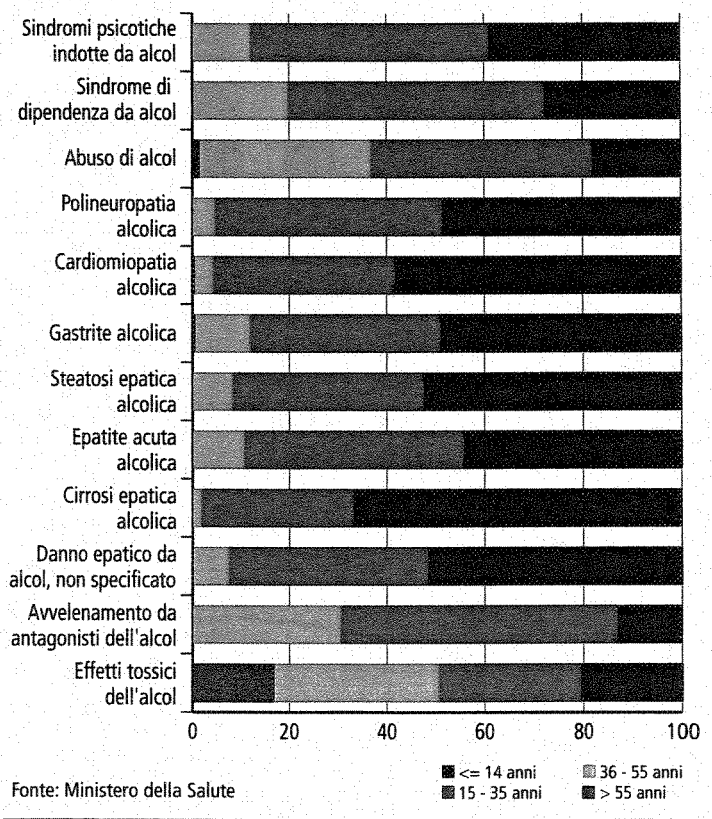
	1999	2000	2001	2002
Bevande alcoliche	86,5%	89,4%	87,4%	89,0%
Ubriacarsi	52,7%	55,0%	55,2%	54,6%

Fonte: Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2002: Progetto ESPAD

Tabella 5 Approvazione e percezione del rischio nell'uso di bevande alcoliche negli studenti tra i 15 e i 19 anni - Anni 1999-2002

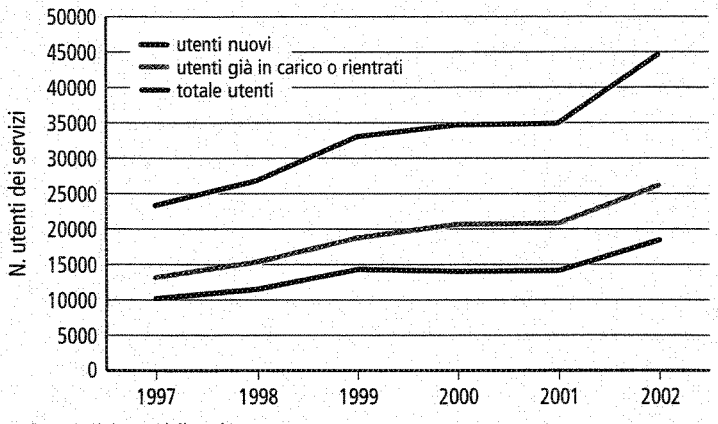
	1999	2000	2001	2002
Non disapprovo bere 1 o 2 bicchieri	75,0%	74,0%	79,0%	76,0%
Non disapprovo ubriacarsi 1 volta la settimana	18,0%	20,0%	23,0%	25,0%
Nessun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri quasi ogni giorno	3,0%	3,0%	4,0%	4,0%

Fonte: Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2002: Progetto ESPAD



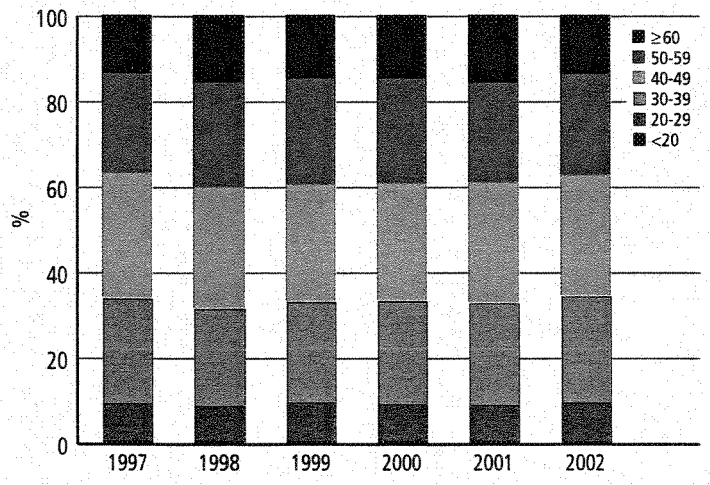
Fonte: Ministero della Salute

Figura 3 Ricoveri per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol – Distribuzione % per classi di età - Anno 2002.



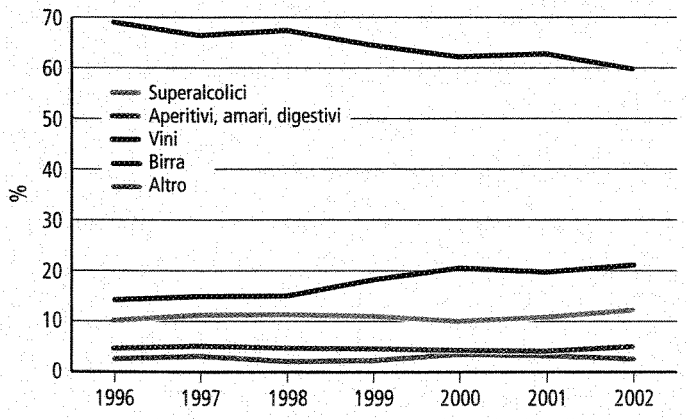
Fonte: Ministero della Salute

Figura 4 Utenti dei servizi pubblici per l'alcoldipendenza - Anni 1997-2002.



Fonte: Ministero della Salute

Figura 5 Utenti dei servizi pubblici per l'alcoldipendenza. Distribuzione % per classi di età - Anni 1997-2002.



Fonte: Ministero della Salute

Figura 6 Utenti dei servizi pubblici per l'alcoldipendenza. Distribuzione % per sostanza d'abuso prevalente - Anni 1996-2002.

Gli incidenti del venerdì e sabato notte, circostanza temporale in cui si rileva una più forte correlazione tra incidente stradale e abuso di sostanze, raggiungono oltre il 40% del totale degli incidenti notturni e analoghe proporzioni si registrano per morti e feriti. Lo stato psicofisico alterato, pur non rappresentando una percentuale alta del totale delle cause di incidente stradale (1,8% nel 2003), è nettamente caratterizzato dalla sottocausa "ebbrezza da alcol" (72% dei casi nel 2003).

Il numero complessivo di utenti dei servizi per l'alcoldipendenza mostra un andamento crescente nel tempo (**Figura 4**), in particolare nell'ultimo triennio diminuiscono gli utenti ultracinquantenni (da 39,2% nel 2000 a 37,3% nel 2002) e aumentano quelli di età compresa tra i 20 e i 29 anni (da 8,7% a 9,1%, **Figura 5**).

La tendenza alla riduzione del consumo di vino e all'aumento di quello di birra e di superalcolici viene confermata analizzando la distribuzione degli utenti dei servizi per sostanza d'abuso prevalente (**Figura 6**): la proporzione dei consumatori di vino scende dal 68,8% nel 1996 al 59,6% nel 2002, mentre risulta crescente la percentuale dei bevitori di birra (da 14,2% nel 1996 a 21,1% nel 2002) e di superalcolici (da 9,9% nel 1996 a 12% nel 2002).

In crescita anche la percentuale di coloro che assumono in concomitanza all'alcol sostanze stupefacenti (8,9% nel 2002 vs 7,3 nel 2000).

Riguardo alla tipologia di trattamento effettuato dai servizi territoriali, diminuisce la quota degli utenti avviati (prevalentemente con diagnosi di sindrome da dipendenza da alcol) al ricovero ospedaliero in strutture pubbliche o private (da 9,4% nel 1996 a 5,5% nel 2002); la tipologia prevalente di trattamento è tuttora rappresentata da quello farmacologico-ambulatoriale (da 20,6% nel 1996 a 30,3% nel 2002).

2.3.4 Valutazione critica

Dal quadro di dati sopra riportato, emergono fondamentalmente le seguenti criticità:

- aumento della popolazione dei consumatori e conseguente maggiore esposizione della popolazione al rischio di danni sociali e sanitari correlati;
- persistenza del trend dell'aumento dei consumatori appartenenti a categorie socio-demografiche particolarmente a rischio di danno alcol-correlato, quali le donne e i giovani;
- aumento dei comportamenti di consumo a rischio, quali i consumi fuori pasto, i consumi ec-

cedentari e le ubriacature, in particolare nell'ambito della popolazione giovanile di entrambi i sessi e, in minor misura rispetto al 2000, nella popolazione femminile.
Sembra ormai consolidato nel nostro Paese l'avvicinamento ai modelli di consumo prevalenti nei Paesi del Nord Europa, sopratutto tra i giovani, con un progressivo passaggio da un bere incentrato sul consumo di vino o bevande a bassa gradazione alcolica, assunti a completamento dei pasti, a un bere al di fuori dei pasti e in occasioni ricreazionali, con uso di bevande ad alto contenuto alcolico e in quantità spesso eccessive.
I dati relativi alla popolazione giovanile appaiono particolarmente gravi se si considera che esistono numerose evidenze sulla tendenza dei giovani che consumano alcol a praticare altri comportamenti a rischio, e che dunque l'abuso di alcol funge spesso, in quanto sostanza totalmente legale, da ponte verso altre sostanze illecite.
A questa evoluzione dei modelli di consumo partecipano ormai in misura considerevole anche le donne, che continuano ad accrescere progressivamente la loro presenza nella platea dei consumatori conformandosi sempre più, soprattutto le più giovani, alle abitudini maschili e ai nuovi modelli comportamentali.
D'altra parte la persistente coesistenza nel nostro Paese, accanto a questi fenomeni, del tradizionale modello di consumo alcolico, caratterizzato da un bere alimentare e moderato, associato a immagini familiari e socialmente positive, e a cui è riservata approvazione o almeno tolleranza sociale, potrebbe rappresentare un ulteriore specifico elemento di criticità e rischio, almeno per i più giovani. Si può infatti ipotizzare che la tradizionale cultura di approvazione e tolleranza del bere possa fungere da barriera ad un'adeguata percezione dei diversi e gravissimi rischi correlati ai nuovi modelli di consumo.
Particolarmente importante sembra quindi oggi per l'Italia, e sopratutto per la protezione dei più giovani e delle donne, l'adozione di politiche e azioni che intervengano sulla percezione culturale del bere, al fine di rendere evidenti le diverse implicazioni di rischio connesse ai diversi comportamenti, trasmettendo in proposito univoci e adeguati orientamenti.

2.3.5 Riferimenti normativi – Strumenti organizzativi e tecnologici

Dall'anno 2001 è in vigore in Italia la legge 30.3.2001 n. 125 "*Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati*", che ha regolamentato, in linea con gli orientamenti dell'U.E. e dell'O.M.S., ambiti non solo di portata più specificamente socio-sanitaria, quali la prevenzione, la cura e il reinserimento sociale degli alcoldipendenti, ma anche di portata socioculturale quali la pubblicità, la vendita, la formazione universitaria degli operatori, la sicurezza del traffico stradale, la disponibilità dei farmaci, la sicurezza sui luoghi di lavoro. Tale legge ha tra l'altro disposto l'abbassamento del tasso alcolemico legale dallo 0,8 allo 0,5 per mille, allineando l'Italia ai valori adottati nella maggior parte degli altri Paesi europei.
Gli orientamenti della legge in campo sociosanitario trovano peraltro riscontro in due Accordi tra Governo, Regioni e Province autonome ratificati in concomitanza con l'emanazione della legge.

- Accordo Stato-Regioni-Province autonome per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" (Provvedimento 21 gennaio 1999 pubblicato in G.U. n.61 del 15.3.1999), con cui viene prevista l'organizzazione, nell'ambito dei Dipartimenti per le dipendenze delle Aziende sanitarie locali, di specifiche attività per la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione dei problemi alcolcorrelati, con interventi integrati sul piano medico, psicologico e sociale.
- Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni (Accordo 22.11.2001 pubblicato in G.U. n. 19 del 23.1.2002), con cui si conferma l'inclusione nei livelli essenziali di assistenza di attività sanitarie e sociosanitarie a favore delle persone dipendenti da alcol, con interventi di assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare, e di attività riabilitative di carattere residenziale e semiresidenziale.

Nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 l'aspetto centrale del controllo degli stili di vita investe direttamente le problematiche connesse al consumo di bevande alcoliche, e la prevenzione dell'alcolismo, con particolare riferimento a quello giovanile, viene assunta 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 atti di politica sanitaria europea in materia alcologica, approvati dal Consiglio UE nel giugno 2001.

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

scenti", finalizzata alla protezione delle giovani generazioni dal rischio rappresentato dai nuovi modelli di consumo alcolico giovanile.

• Conclusioni del Consiglio per la adozione di una Strategia comunitaria intesa a ridurre i pericoli connessi con l'alcol nell'ambito della popolazione generale.

Bibliografia essenziale

1. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2001, ISTAT 2002.
2. Relazione del Ministero della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125-Anno 2003.
3. Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia - Anno 2002.
4. European Comparative Alcohol Study-ECAS. Final Report - Anno 2000.
5. Taggi F, De Cristofaro Longo G. I dati socio-sanitari della sicurezza stradale. I.S.S. 2001.