Sig. Presidente, Onorevoli colleghi,

l'emanazione della legge 30.3.2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati" ha indubbiamente rappresentato un momento di rafforzamento delle politiche del nostro Paese nel settore alcologico, poiché ha posto le premesse per l'adozione di adeguati interventi e azioni da parte di un'ampia gamma di istituzioni e investe la sfera di competenze di altri Ministeri che con il Ministero della Salute debbono condividere le responsabilità della salute e della sicurezza dei cittadini. La legge riguarda infatti ambiti di valenza non solo specificamente sanitaria, quali la prevenzione, la cura e il reinserimento sociale degli alcoldipendenti, ma anche di interesse più prettamente sociale e culturale, quali la pubblicità, la regolamentazione della vendita, la formazione universitaria degli operatori, la sicurezza sui luoghi di lavoro, la sicurezza del traffico stradale, la disponibilità dei farmaci.

In tal senso la legge quadro appare in linea con quel modello di intervento politico di ampio respiro che l'Organizzazione mondiale della Sanità raccomanda agli Stati membri dell'Unione europea per il raggiungimento degli obiettivi di salute connessi con la prevenzione dei danni alcolcorrelati.

Con la presente Relazione, predisposta ai sensi dell'art. 8 della legge, il Ministro della Salute è chiamato, quale massima autorità sanitaria di livello centrale, a illustrare al Parlamento gli interventi realizzati a livello centrale e regionale per dare attuazione alla legge stessa.

Ai fini di favorire la migliore comprensione del ruolo esercitato dal Ministero e dalle Regioni ho ritenuto opportuno illustrare preliminarmente, in questa prima Relazione, il contesto normativo e organizzativo preesistente, anche perché la legge entra in vigore proprio quando, in risposta ai crescenti problemi e bisogni del settore, erano appena arrivati a compimento alcuni importanti atti di politica sociosanitaria nazionale e internazionale di interesse alcologico, che hanno poi a vari livelli influenzato gli indirizzi di attuazione della legge stessa.

D'altro canto ritengo che, almeno per quanto riguarda il settore sanitario, la legge 125/2001 abbia consolidato un circuito virtuoso di provvedimenti e interventi in campo alcologico inaugurato nel nostro Paese fin dal 1993, nell'ambito dei quali ha rappresentato certamente il momento culminante e di maggior forza, producendo a sua volta importanti ricadute a livello normativo e organizzativo. Queste ricadute, anche se non sempre riconducibili a un' attuazione formale della legge, ne hanno tuttavia interpretato e attuato lo spirito e le finalità generali enunciate nei primi articoli.

Allo stato attuale possiamo affermare che le politiche sanitarie in campo alcologico hanno avuto in questi ultimi anni nel nostro Paese certamente uno sviluppo molto positivo. L'approvazione della legge 125/2001 ha confermato e coronato questa tendenza di progresso, e oggi esiste ormai nel nostro Paese un quadro organico di riferimenti normativi abbastanza forte per supportare iniziative e azioni adeguate a risolvere i problemi che vanno emergendo contestualmente all'evoluzione di costumi e culture, e che oggi investono in modo particolarmente preoccupante il mondo giovanile e adolescenziale.

Ritengo quindi che il compito più importante per i prossimi anni sia di attuare adeguatamente e far funzionare al meglio i nuovi istituti introdotti dalla legge, compito che investirà in particolare la responsabilità delle Regioni, che sono allo stato attuale gli Enti istituzionalmente preposti alla gestione diretta del sistema di prevenzione, trattamento e riabilitazione dei problemi alcolcorrelati. Al Ministro della Salute, completato il proprio

compito istituzionale di delineare, d'intesa con le Regioni e Province autonome, gli indirizzi e i requisiti minimi previsti dalla legge, resta il compito, pur importante, di monitorare il funzionamento del sistema delineato dalla legge, valutarne l'impatto e vigilare sul rispetto dei principi da essa sanciti, informandone puntualmente questo Parlamento per gli interventi di competenza.

Sono lieto di constatare come dalle Relazioni inviate dalle Regioni al Ministero ai sensi dell'art. 9 comma 2 emerga in linea generale, sia pure con le inevitabili disomogeneità derivanti anche dai diversi contesti sociali e culturali, un ruolo attivo e un notevole impegno da parte regionale nella messa a punto di un sistema di servizi adeguato ai problemi posti dalla dipendenza da alcol, sia per quanto attiene al trattamento e alla riabilitazione, sia relativamente alle azioni di informazione e prevenzione destinate alla popolazione generale e in particolare ai giovani. Mi pare che tutto ciò sia stato reso possibile, nonostante la limitata disponibilità di risorse, dalla capacità di utilizzare in rete tutte le strutture e i presidi pubblici adeguati alle finalità della legge nonché di saper correttamente valorizzare il prezioso apporto degli Enti e delle associazioni del volontariato e dell'auto-mutuo aiuto, da sempre particolarmente attivi ed efficaci nel settore della riabilitazione dei soggetti con problemi alcolcorrelati.

Dalla presente Relazione, che illustra il quadro degli interventi realizzati nell'arco del secondo semestre 2001 fino a tutto l'anno 2002, sembra emergere inoltre, pur nella differenziazione organizzativa e operativa dei diversi contesti regionali, il delinearsi sul campo di una più matura cultura istituzionale in campo alcologico, che riflette sicuramente, oltre ad esserne uno strumento, la crescente integrazione del nostro Paese nel quadro delle culture e società dell'intera Regione Europea. D'altra parte, l'esplicita adesione della legge 125/2001 ai principi fondamentali enunciati negli atti ufficiali del Parlamento e del Consiglio dell'Unione Europea nonché dell'Organizzazione mondiale della Sanità in relazione ai problemi alcolcorrelati ne sancisce la piena appartenenza alla sfera culturale dell'Europa, rafforzando le ragioni di una sua puntuale attuazione.

Molto naturalmente rimane da fare, sopratutto in alcune Regioni, e in particolare per la attribuzione di una più specifica identità ai servizi alcologici, per una maggiore qualificazione scientifica degli interventi e degli operatori, per il miglioramento della collaborazione in rete tra strutture territoriali e strutture ospedaliere, per la realizzazione delle strutture intermedie di accoglienza.

In questo senso la Relazione al Parlamento potrà fungere nel tempo, oltre che da mezzo di verifica dell'attuazione della legge, anche da stimolo e occasione di confronto e dibattito per l'approfondimento dei problemi emergenti e la definizione di opportuni eventuali adeguamenti organizzativi e normativi.

Prof. Girolamo Sirchia

PREMESSA

L'art. 8 della legge 30.3.2001 n. 125 dispone che il Ministro della Salute trasmetta al Parlamento una relazione annuale sugli interventi realizzati ai sensi della legge stessa, da predisporre sulla base delle relazioni che le Regioni e Province Autonome sono tenute a trasmettere al Ministero, ai sensi dell'art. 9 comma 2, entro il 30 giugno di ciascun anno, sugli interventi realizzati in attuazione della legge.

La presente Relazione al Parlamento si riferisce pertanto agli interventi attivati a livello centrale e regionale, a partire dall'entrata in vigore della legge stessa, nel corso del secondo semestre 2001 e fino a tutto il 2002.

Alle Regioni è stato chiesto di procedere all'invio degli elementi informativi riguardanti il periodo indicato in conformità a una griglia di argomenti individuata allo scopo di facilitare la rilevazione dello stato di attuazione della legge secondo uno schema uniforme a livello nazionale.

La data del 30.6.2003 è stata posta quale termine ultimo e improrogabile per la chiusura da parte del Ministero della Salute della raccolta di informazioni regionali relative agli anni 2001-2002 ai fini della predisposizione della presente Relazione.

In considerazione dei tempi richiesti per l'elaborazione e l'analisi dei dati e delle informazioni, si ritiene di poter predisporre a regime le prossime Relazioni annuali nella seconda metà di ciascun anno, con riferimento agli interventi posti in essere nell'anno precedente.

PARTE PRIMA

1.Lo stato dell'arte al momento dell'entrata in vigore della legge 25.3.2001 n. 125

1.1. Il quadro normativo e organizzativo del sistema di contrasto alle alcoldipendenze nell'ambito del S.S.N.

Già dal 1993 con il D.M. "Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcoldipendenza" il Ministero della Sanità aveva inaugurato una politica attiva nel settore alcologico, stabilendo che le Regioni, gradualmente e compatibilmente con le caratteristiche organizzative dei loro servizi sanitari, senza creare specifiche nuove strutture ma utilizzando tutte le risorse logistiche, strumentali e umane disponibili e adeguate, dovessero programmare gli opportuni interventi per provvedere alla prevenzione dell'alcoldipendenza e al trattamento e riabilitazione dei soggetti con problemi alcolcorrelati nell'ambito di ciascuna Unità sanitaria locale. Si prevedeva la costituzione di apposite équipes interdisciplinari in grado di affrontare i problemi sul piano medico, psicologico e sociale coordinandosi con tutti i servizi contigui disponibili sul territorio, ivi compresi gli ospedali.
Successivamente, col Decreto del Ministro della Sanità 4 settembre 1996 "Rilevamento delle attività nel settore dell'alcoldipendenza", veniva istituita una rilevazione nazionale di periodicità annuale per la raccolta e la elaborazione, in collaborazione con le Regioni e le Province Autonome, di dati riguardanti le attività, il personale e l'utenza dei servizi o gruppi di lavoro comunque operanti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale in materia di alcoldipendenza, compresi gli Enti del volontariato, del privato sociale e del privato in rapporto di collaborazione o convenzione con le strutture pubbliche.
Finalità di tale rilevazione, tuttora attiva, era quella di

- istituire un'anagrafe dei servizi pubblici o dei gruppi di lavoro che erogano prestazioni sociosanitarie in materia di alcoldipendenza, nonché degli Enti del volontariato, del privato sociale o privati che a vario titolo collaborano con i servizi socio-sanitari;
- raccogliere i dati relativi agli utenti, al personale e ai trattamenti praticati in tali servizi.

Il Decreto stabiliva che i dati e le informazioni rilevati tramite modelli ad hoc predisposti dovessero essere raccolti annualmente dalle Regioni e Province Autonome tramite le Aziende USL e le Aziende ospedaliere, ed inviati, dopo le opportune verifiche, al Ministero della Salute per l' elaborazione e la successiva divulgazione.
Col successivo 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) veniva prevista l'organizzazione di specifiche attività per la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione dei problemi alcolcorrelati nell'ambito dei Dipartimenti per le dipendenze delle Aziende USL, con interventi integrati sul piano medico, psicologico e sociale. Secondo tale Accordo, i Dipartimenti devono provvedere al contrasto di tutte le sostanze d'abuso e pertanto anche dell'alcol. A tali fini essi si dotano almeno di una équipe alcologica di carattere multidisciplinare, collocata nell'ambito del servizio o dei servizi ritenuti più idonei, che costituirà il punto focale per gli interventi di diagnosi, trattamento e riabilitazione, nonché per il concreto raccordo con gli altri luoghi della rete funzionale definiti dalla programmazione dipartimentale, ivi comprese le strutture ospedaliere, le agenzie del volontariato, dell'associazionismo, del privato sociale e del privato disponibili sul territorio.

L'inserimento delle attività alcologiche nell'ambito delle attività coordinate dal Dipartimento per tutte le dipendenze si propone come obiettivi specifici l'incremento delle attività e della diffusione dei servizi alcologici in relazione ai bisogni territoriali, il miglioramento qualitativo degli interventi, la razionalizzazione organizzativa e il risparmio sui costi.

L'aspetto più importante di questo Accordo è il riconoscimento di uno spazio istituzionale adeguato e specifico, tra le altre dipendenze, alla dipendenza da alcol, e l'individuazione di un servizio al quale i diversi problemi possono far capo per trovare risposte adeguate e organizzate nel territorio.

Con l'Atto di intesa Stato-Regioni recante "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso" (Provvedimento 5.8.1999 pubblicato in G.U. n. 231 del 1.10.1999), emanato ai sensi 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", sono stati successivamente determinati i requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento degli Enti e Associazioni che operano, nell'ambito delle attività sanitarie o socio-assistenziali di rilievo sanitario, nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze d'abuso. Sono pertanto potenzialmente incluse in tale regolamentazione le attività dei servizi per le dipendenze da alcol.

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" ha consentito l'accesso di Ministeri e Regioni al finanziamento del Fondo nazionale per la lotta alla droga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri per l'implementazione di progetti finalizzati alla prevenzione e recupero dall'alcoldipendenza correlata. Tramite i finanziamenti contemplati in tale legge lo stesso Ministero della Salute ha potuto avviare alcuni progetti nazionali, dei quali si riferisce al successivo punto 1.3., relativi alla formazione dei medici di Medicina Generale, degli insegnanti della scuola e delle famiglie, nonché alla prevenzione nei luoghi di lavoro e alla promozione di nuovi modelli di trattamento e riabilitazione.

Un altro importante strumento predisposto anteriormente alla legge 125/2001 per il contrasto dei danni alcolcorrelati è costituito dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, nel quale veniva proposto, tra l'altro, il raggiungimento di alcuni specifici obiettivi di prevenzione dei danni da alcol tramite un insieme di azioni da implementare in vari ambiti.

Venivano proposte in particolare la diminuzione del 20% nel triennio della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche oltre i 40-20 grammi die di alcol e la diminuzione del 30% dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto.

Per quanto attiene la partecipazione alle politiche alcologiche di ambito internazionale, già dal 1992 l'Italia aveva aderito al I Piano di azione europeo per l'alcol predisposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ai fini di costruire le basi per lo sviluppo e la realizzazione di politiche e programmi alcologici nei Paesi membri della Regione europea.

Successivamente, nella Conferenza di Firenze del Settembre 1999, l'Italia partecipava alla approvazione del II Piano di azione europeo per l'alcol predisposto dall'O.M.S per gli anni 2000-2004. Questo II Piano di azione fa in particolare specifico riferimento all'Obiettivo n. 12 del Programma O.M.S. "Health 21", secondo il quale con l'anno 2015 gli effetti negativi sulla salute causati dal consumo di alcol dovrebbero essersi ridotti in tutti gli Stati membri, i quali devono pertanto assicurare che i consumi alcolici pro capite non aumentino o non superino comunque i 6 litri annui negli adulti e lo zero nei minori di 15 anni.

Le proposte del II Piano d'azione orientano gli Stati ad assumere iniziative sopratutto nelle aree dell'informazione e dell'educazione, negli ambienti pubblici e privati e nei luoghi di

lavoro, nel campo della guida sicura e del controllo della disponibilità di bevande alcoliche, della pubblicità, del trattamento dell'abuso e della dipendenza, delle capacità sociali di risposta ai problemi, della promozione di politiche alcologiche nazionali ad ampio raggio, del supporto alle Organizzazioni non governative.
L'anno 2000 ha visto l'Italia contribuire attivamente anche ai lavori preparatori per la definizione di due importanti documenti di politica sanitaria dell'Unione Europea, che hanno visto la definitiva approvazione successivamente alla emanazione della legge 125/2001. Si tratta della "Raccomandazione del Consiglio sul Consumo di bevande alcoliche da parte di bambini e adolescenti" e delle "Conclusioni del Consiglio su una strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati", per i quali si rimanda alla parte II della presente Relazione.

1.2. Le attività dei servizi per l'alcoldipendenza

Nell'anno 2000, sono stati rilevati 315 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza distribuiti in 17 Regioni, dei quali il 94,9% sono di tipo territoriale, il 4,1% di tipo ospedaliero e l'1,0% di tipo universitario.
Per le attività relative all'alcoldipendenza sono state utilizzate nel 2000 2.450 unità di personale di varia qualifica, di cui 574 (23,4% del totale) addette a tempo pieno, e 1.876 (76,4%) occupate solo parzialmente in tali attività.
Per quanto attiene ai programmi di trattamento nel 2000 il 28,4% degli utenti è stato sottoposto a trattamento medico-farmacologico in regime ambulatoriale, il 25,6% a trattamento di "*counseling*" rivolto al singolo o alla famiglia, il 12,2% è stato inserito in Gruppi di auto-mutuo aiuto e il 9,6% in altri programmi socio-riabilitativi. I trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 10,5% degli utenti, con terapia individuale (per 57,1%) o terapia di gruppo o familiare (42,9%).
Il ricovero ospedaliero ha riguardato il 9,1% degli utenti (6,9% in istituti pubblici e 2,2% in case di cura private convenzionate). La causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (69,6% per il ricovero ospedaliero o in day hospital e 63,6% per il ricovero in casa di cura privata convenzionata).
Nella tipologia dei trattamenti è presente una forte variabilità regionale. Si nota, ad esempio, il ricorso al trattamento medico farmacologico per più del 40% dei casi in Liguria e in Emilia Romagna e solo per il 12,9% dei casi in Umbria; per il *counseling* si oscilla dal valore del 47,0% dell'Umbria al 15,1% delle Marche. In quest'ultima Regione, viceversa, sono presenti valori elevati per la psicoterapia (11,2% per la psicoterapia individuale e 6,9% per quella di gruppo) e per il trattamento in regime di ricovero in casa di cura privata (19,0%).
Nel 2000 si registra, rispetto al 1996, un aumento della percentuale di trattamenti medico-farmacologici (dal 20,6% al 28,4%) e di trattamenti di *counseling* (dal 22,9% al 25,6%); si registra inoltre una diminuzione del ricorso alla psicoterapia e al ricovero ospedaliero o day hospital a partire dal 1997 (dal 10,9% al 6,9%).
Oltre il 90% dei servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi (94,3%), ha definito (92,4%) e/o attuato (93,3%) programmi terapeutico-riabilitativi, ha effettuato interventi di prevenzione (87,6%).
Appare elevata l'attività di coordinamento dei servizi con il medico di famiglia (87,9%), con i servizi ospedalieri (86,0%) e con il servizio sociale pubblico (89,8%).
Il 74,0% dei servizi rilevati sono stati interessati da piani operativi di formazione e sensibilizzazione del personale.

Per quanto attiene alle attività di collaborazione con gli Enti e le Associazioni del volontariato e privato sociale, nel 2000 il 72,4% dei servizi pubblici ha collaborato con i Clubs degli alcolisti in trattamento (C.A.T.), il 46,7% con i Gruppi di alcolisti anonimi (A.A.) e il 14 % con altri gruppi. A livello nazionale, ogni servizio ha mediamente collaborato, nel corso del 2000, con 8,8 C.A.T., con 3,0 Gruppi di A.A..

1.3. I progetti avviati dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga

Con la Legge 26.6.1990 n. 162 in materia di tossicodipendenza, successivamente recepita nel D.P.R. 9.10.1990 n. 309, veniva costituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga per l'implementazione di progetti finalizzati alla prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze, da presentarsi da parte di alcuni Ministri tra cui quello della Salute. Poiché tale legge, pur finalizzata in maniera specifica a dettare nuove norme in materia di sostanze stupefacenti, fa precisi riferimenti anche alle problematiche dell'alcoldipendenza e attribuisce al Ministro della Salute competenze di determinazione degli indirizzi per le politiche alcologiche, il Ministero della Salute ha presentato fin dal 1996 richiesta di finanziamento al predetto Fondo per la realizzazione di progetti relativi alle problematiche alcolcorrelate, ottenendo i finanziamenti richiesti.
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" ha consolidato formalmente, come si è già detto, la possibilità di accesso di Ministeri e Regioni al finanziamento del Fondo anche per l'implementazione di progetti finalizzati alla prevenzione e recupero dall'alcoldipendenza correlata.
Con le risorse del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga sono stati pertanto avviati dal Ministero della Salute, a partire dal 1996 e anteriormente all'emanazione della legge 125/2001, i progetti sottoindicati, la cui realizzazione è stata affidata alle Regioni o ad altri Enti ad hoc selezionati tramite apposite gare.
L'implementazione di molti di questi progetti si è protratta per gli anni 2001 e 2002, e per alcuni è ancora in corso.

Progetti (annuali) finanziati con le risorse relative all'anno 1996

"Programma di sensibilizzazione e formazione dei medici di Medicina Generale per la prevenzione primaria e secondaria dell'uso inadeguato e della dipendenza da alcol".
Scopo del progetto è la realizzazione di un manuale teorico pratico destinato ai medici di Medicina Generale e di un pacchetto didattico per i formatori, quale fase preliminare di un più ampio progetto di formazione da sviluppare successivamente con la concreta realizzazione di corsi decentrati in tutto il territorio nazionale.
Per l'implementazione del progetto sono state coinvolte alcune Regioni e Province Autonome coordinate dalla Regione Veneto.
Il progetto si è concluso con la produzione e stampa in 60.000 copie di un Manuale per i Medici di Medicina generale, di due pacchetti didattici rispettivamente per i formatori e per i medici, nonché di un manifesto da affiggere negli ambulatori dei Medici di famiglia.

"Programma di formazione per gli insegnanti della scuola finalizzato ad incrementare, nell'ambito delle attività svolte dai C.I.C., la trattazione delle problematiche connesse all'uso inadeguato ed all'abuso di alcol".

Scopo del progetto è la predisposizione di un adeguato strumento didattico per la sensibilizzazione e la formazione sui problemi alcolcorrelati del personale insegnante delle scuole superiori, anche con la finalità di stimolare e favorire la realizzazione in ambito scolastico di concrete iniziative informative e didattiche dirette agli studenti, tenendo conto della configurazione dei problemi nell'ambito dei diversi territori regionali e assicurando un utile collegamento tra la scuola e i servizi sanitari interessati.
La realizzazione del progetto è stata affidata ad un gruppo di Regioni coordinate dalla Regione Emilia Romagna.
Il progetto si è concluso con la produzione in 4.000 esemplari di un pacchetto didattico, realizzato anche con la collaborazione degli studenti di alcune scuole, composto da due CD interattivi destinati, rispettivamente, agli studenti e agli insegnanti, di una videocassetta e di una minimostra di manifesti creata dagli stessi studenti.

Progetti (triennali) finanziati con le risorse relative al triennio 1997-1998-1999

"Individuazione di punti di forza e vulnerabilità delle famiglie di alcolisti".
Il progetto si riferisce alla individuazione dei punti di forza e di vulnerabilità delle famiglie nel far fronte ai problemi di alcoldipendenza (e/o di tossicodipendenza) di un loro membro, in una prospettiva in cui la famiglia è vista quale soggetto attivatore di risorse "naturali", capace di influenzare gli individui e i loro stili di adattamento e dunque di ridurne la vulnerabilità e potenziarne la salute psicofisica. Esso ha come obiettivi specifici la raccolta di dati e informazioni sul modo con cui le famiglie che si trovano a gestire situazioni di tossicodipendenza e alcolismo al loro interno.affrontano con proprie risorse il problema, nonché la messa a punto di strumenti efficaci per migliorarne le risorse naturali e i punti di forza .
La realizzazione del progetto è stata affidata all'Università degli Studi "Federico II" di Napoli, Dipartimento di Scienze relazionali.

"Corsi master per la formazione di formatori e corsi destinati a medici di Medicina Generale per la prevenzione dell'uso inadeguato e della dipendenza da alcol".
Finalità del progetto è la realizzazione di una esperienza pilota per la creazione delle premesse culturali e operative ai fini del miglioramento delle conoscenze e della sensibilità dei medici di Medicina Generale per i problemi alcolcorrelati, nonché per l'approfondimento della loro preparazione professionale su questo tema.
Esso va considerato come il prosieguo del progetto già citato e concluso, che ha visto lo studio e la produzione del materiale da utilizzare per i corsi sia dei formatori che dei medici.
Il progetto si propone pertanto di sperimentare, partendo dal materiale di base già predisposto, un modulo di corso per la formazione di circa 4500 medici di Medicina Generale nonché di 180 medici formatori.
La realizzazione del progetto è stata affidata ad un gruppo di Regioni e P.A. coordinate dalla Regione Veneto.

"Corsi di formazione per gli insegnanti della scuola superiore finalizzati all'incremento della conoscenza e dell'impegno didattico per la prevenzione delle problematiche connesse all'abuso di alcol".
Scopo del progetto è la realizzazione, nell'ambito di un triennio, di corsi pilota per la formazione degli insegnanti delle scuole superiori, ai fini di accrescerne la sensibilità, la conoscenza e la capacità operativa in materia di problemi alcolcorrelati.

Il progetto va considerato come il prosieguo del progetto, già citato e concluso, per la produzione e distribuzione di un pacchetto didattico interattivo. Tale pacchetto didattico, realizzato in forma di CD, costituisce il materiale di base intorno al quale saranno organizzati dei corsi pilota decentrati, anche con la partecipazione delle strutture sanitarie locali e di altre risorse professionali e del volontariato comunque impegnate nel territorio, con la finalità di completare la formazione degli insegnanti e di fornire stimoli per creare momenti di approfondimento con gli studenti e di collaborazione tra mondo scolastico e sanitario in relazione ai problemi alcolcorrelati.
La realizzazione del progetto è stata affidata ad un gruppo di Regioni coordinate dalla Regione Emilia Romagna.

"Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell'uso inadeguato di alcol, diretto al personale dipendente delle aziende".
Scopo del progetto è la sperimentazione di un modello di intervento di prevenzione dell'uso inadeguato di alcol negli ambienti di lavoro, individuati come luoghi di convergenza di dinamiche individuo-collettività e persona-territorio, che appaiono dunque particolarmente adeguati per la realizzazione di interventi relativi alle problematiche alcolcorrelate, sia nel campo della educazione alla salute e prevenzione che in quello della identificazione precoce del rischio e facilitazione dell'avvio al trattamento nei casi opportuni.
La realizzazione del progetto è stata affidata ad un gruppo di Regioni e Province Autonome coordinate dalla Regione Toscana.

Progetti (triennali) finanziati con le risorse relative all'anno 2000

"Potenziamento e riconversione specialistica degli interventi in categorie di tossicodipendenti e alcoldipendenti di particolare marginalità e fragilità sul piano psicosociale".
Il progetto intende fare specifico riferimento alle seguenti categorie di soggetti con problematiche di abuso o dipendenza da alcol e sostanze psicoattive: soggetti con complicanze psicopatologiche o psichiatriche; donne e coppie con figli minori o in situazione di gravidanza; immigrati.
Obiettivo generale del progetto è di rendere disponibili, in relazione a queste tipologie di soggetti, modelli sperimentati e validati di intervento nell'ambito delle strutture del Servizio sanitario nazionale o di Enti accreditati, per contenerne i problemi a livello medico, psicologico e sociale, che si presentano di particolare complessità.
La realizzazione del progetto è stata affidata ad un gruppo di Regioni coordinate dalla Regione Lombardia.

"Rafforzamento e riconversione specialistica del trattamento del disagio psicoaffettivo e relazionale giovanile ai fini della prevenzione secondaria precoce dei problemi droga e alcolcorrelati".
Il progetto intende mettere a punto un piano di interventi rafforzati e per certi aspetti straordinari onde favorire il recupero precoce dei soggetti più giovani già nella fase dei loro primi approcci con la droga e con l'abuso di alcol.
Obiettivo prioritario è l'intercettazione precoce di tali soggetti nell'ambito dei diversi contesti e la successiva presa in carico, eventualmente estesa al contesto familiare e sociale di riferimento (famiglia, insegnanti, gruppo di aggregazione o di pari, altre istituzioni eventualmente coinvolte), secondo modalità il più possibile individualizzate e

personalizzate, agevolando l'integrazione degli interventi da parte dei servizi sanitari e sociali competenti nonché degli altri interlocutori istituzionali interessati.
La realizzazione del progetto è stata affidata ad un gruppo di Regioni coordinate dalle Regioni Veneto e Abruzzo.

1.4. Il quadro epidemiologico

I consumi e i modelli di consumo
Nell' anno 2000 il consumo medio annuo pro-capite di alcol (da intendersi come consumo dell'alcol contenuto nel complesso di tutte le diverse tipologie di bevanda alcolica) è stato stimato in 7,5 litri, a conferma di una tendenza al calo dei consumi registrata nel nostro Paese già a partire dagli anni Ottanta. Tale livello è comunque ancora notevolmente al di sopra di quello ritenuto auspicabile dall'O.M.S. per la Regione europea per l'anno 2015, individuato, nell'ambito del Programma "Health 21/ 1999", in 6 litri l'anno per tutta la popolazione al di sopra dei 15 anni e in 0 litri per quella di età inferiore.
Il calo dei consumi complessivi di alcol è da attribuirsi per buona parte al calo dei consumi di vino, e in parte dei superalcolici, mentre in aumento appaiono i consumi di birra.
Contestualmente alla diminuzione dei consumi, nel 2000 viene rilevato un aumento del numero dei consumatori, con un trend molto evidente che, secondo i dati ISTAT, ha portato la percentuale complessiva dal 71% nel 1998 al 75% nel 2000. Contestualmente nello stesso periodo si può vedere una diminuzione del numero di astemi, che passano dal 26,7 al 25 % della popolazione. Secondo l'ISTAT nel 2000 l'87, 2 % della popolazione maschile e il 63,6 % di quella femminile ha consumato bevande alcoliche.
L'aumento della diffusione del consumo riguarda sopratutto le donne e le fasce di popolazione più giovane. Secondo la IV Indagine Doxa condotta per l'Osservatorio permanente su giovani e alcol, le donne consumatrici sono passate dal 61,1% nel 1994 al 69,9% nel 1997 e al 73,2 % nel 2000.
Resta alta, benché in calo, la prevalenza del consumo quotidiano di vino in quantità eccedentarie nei maschi (nel 2000 è stato rilevato dall'ISTAT un consumo quotidiano superiore al ½ litro nel 9,8% dei maschi, contro il 12,2% del 1995). Secondo la citata IV Indagine Doxa, gli individui adulti ubriacatisi più di una volta negli ultimi tre mesi rappresentano nel 2000 l'1,4% della popolazione, contro lo 0,9% rilevato nel 1993.
Il fenomeno dei consumi eccedentari appare in crescita nelle donne.
Secondo un'elaborazione Istituto superiore di Sanità-OSSFAD su dati ISTAT, a fronte di un calo del 19 % del numero dei maschi consumatori eccedentari di vino (più di ½ litro di vino al giorno) tra il 1995 e il 2000, risulta incrementata dell'8,7 % nello steso periodo la relativa quota di consumatrici che dichiara di bere più di ½ litro di vino al giorno.

Prevalenza Consumatori di più di 1/2 litro vino - Generale									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
Maschi	14,0	12,1	12,2		10,7	9,7	9,3	9,8	-19,0
Femmine	2,2	1,9	1,8		1,9	1,5	1,5	2,0	8,7

Fonte:I.S.S-OSSFAD

Inoltre, mentre al calo registrato tra i consumatori eccedentari di sesso maschile contribuiscono tutte le classi di età, all'incremento del numero delle consumatrici eccedentarie contribuiscono in particolare le giovani donne di età tra i 18 e i 24 anni, che crescono tra il 1995 e il 2000 di circa il 29 %.

Prevalenza Consumatori di più di 1/2 litro vino - Femmine									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescenti	0,1	0,2	0,4		0,5	0,1	0,2	0,4	-
18-24 giovani	0,6	0,5	0,4		0,4	0,2	0,3	0,5	29,0
25-44 giovani adulti	2,2	1,7	1,4		1,5	1,0	1,0	1,3	-6,0
45-64 adulti	3,2	2,9	3,0		2,8	2,3	2,7	3,1	3,0
65-74 giovani anziani	2,5	2,1	2,5		2,2	2,1	2,1	3,1	21,7
75+ anziani	1,5	1,4	1,4		2,2	1,7	1,2	1,8	26,9

Fonte: I.S.S.-OSSFAD

Per quanto attiene a quantità di consumi ancora più a rischio (più di 1 litro di vino al giorno), anche qui assistiamo a un fenomeno analogo di riduzione della popolazione maschile e a un incremento di quella femminile, come evidenziato dalla sottostante tabella.

Prevalenza % consumatori di più di 1 litro vino al giorno									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Incr.% 95-00
maschi	1,36	1,16	1,10		1,08	1,07	1,02	0,97	-11,5
femmine	0,21	0,16	0,15		0,21	0,18	0,15	0,22	41,0

Fonte: I.S.S.-OSSFAD

Sempre secondo l'I.S.S-OSSFAD il numero dei consumatori e delle consumatrici di birra è risultato incrementato tra il 1995 e il 2000, rispettivamente, del 2,6% e del 9,5 %.
In relazione ai consumi di birra superiori al ½ litro giornaliero, tra il 1995 e il 2000 il numero dei maschi appare incrementato del 7,3 % , quello delle donne del 13,5 %.

Prevalenza consumatori di più di 1/2 litro birra									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Incr.% 95-00
Maschi	1,73	2,05	1,92		1,90	2,02	1,92	2,06	7,25
Femmine	0,28	0,23	0,26		0,23	0,28	0,31	0,30	13,50

Fonte: I.S.S.-OS.F.A.D.

Secondo un'elaborazione Osservatorio permanente su giovani e alcol-Doxa-World Drink Trends nel 2000 i giovani consumatori di bevande alcoliche dai 15 ai 24 anni rappresentano il 77% del totale, contro il 74% del 1991. Tra loro i soggetti che si sono ubriacati più di una volta in tre mesi sono passati dal 1,8% nel 1994 al 3,2% nel 2000.
Secondo lo studio europeo ESPAD risultano in aumento nel 2000 tra i giovani studenti italiani tra i 15 e i 19 anni gli episodi di intossicazione alcolica (nel 2000 il 55% riferisce di essersi ubriacato almeno una volta, contro il 52,7 del 1999).
Questi dati 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.
Se si considera che secondo l'O.M.S. la dose giornaliera consentita di alcol è di non oltre 40 g. per gli uomini e di 20 g. per le donne (corrispondente rispettivamente a circa 3 bicchieri e a 1 bicchiere e mezzo di vino a media gradazione alcolica) si vede come nel 2000 una consistente parte della popolazione è a rischio di sviluppare problematiche alcolcorrelate di varia natura e gravità.
Per valutare lo stato di esposizione al rischio alcolcorrelato di una popolazione in un determinato momento è necessario anche tener conto delle modalità di assunzione delle bevande alcoliche, partendo dall'evidenza del dato fisiologico secondo il quale il consumo durante i pasti, assicurando un allungamento dei tempi di assorbimento dell'alcol, ne

diminuisce l'impatto per la salute. Anche in base a questo parametro, appare in aumento l'esposizione al rischio delle donne. Secondo l'I.S.S.-OSSFAD infatti, mentre nel 2000 risulta sostanzialmente invariato, rispetto alle percentuali del 1995, il numero di maschi che dichiara di consumare bevande alcoliche fuori pasto, il numero delle donne registra un aumento del 22% .

Prevalenza Consumatori di alcolici fuori pasto - Maschi									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescenti	9,8	13,4	12,9		18,4	15,2	18,0	16,8	30,7
18-24 giovani	30,9	36,5	35,2		40,6	39,9	39,3	42,5	20,6
25-44 giovani adulti	37,6	39,5	39,8		42,1	46,2	40,3	39,4	-1,0
45-64 adulti	36,8	39,2	39,5		38,7	42,3	36,7	37,3	-5,5
65-74 giovani anziani	27,0	29,3	28,5		29,8	30,0	26,9	28,2	-1,0
75+ anziani	22,0	18,8	21,6		20,0	21,2	19,1	16,4	-24,4

Fonte: I.S.S-OSSFAD

Prevalenza Consumatori di alcolici fuori pasto - Femmine									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescenti	7,1	8,0	6,0		10,8	9,7	12,8	12,2	103,7
18-24 giovani	13,2	15,0	16,5		22,4	20,8	25,2	24,8	50,2
25-44 giovani adulti	12,3	13,2	12,8		15,1	15,4	15,4	15,4	20,7
45-64 adulti	9,1	9,9	9,5		11,6	12,4	11,4	10,9	15,1
65-74 giovani anziani	5,8	5,7	5,1		6,4	6,4	6,2	5,6	9,9
75+ anziani	4,6	3,6	3,9		4,0	3,7	4,0	4,1	3,7

Fonte: I.S.S-OSSFAD

Dal quadro complessivo dei consumi e dei modelli di consumo le criticità fondamentali emergenti all'anno 2000 sembrano attenere pertanto soprattutto:

- all'aumento della popolazione dei consumatori e alla conseguente maggiore esposizione della popolazione al rischio di danni sociali e sanitari correlati;
- all'ingresso nella popolazione dei consumatori di categorie socio-demografiche particolarmente esposte al rischio di danno alcolcorrelato, quali le donne e i giovani;
- all'aumento di comportamenti di consumo a rischio, quali i consumi fuori pasto, i consumi eccedentari e le ubriacature, in particolare nell'ambito delle categorie socio-demografiche più esposte al rischio di danni sul piano sanitario e sociale.

La mortalità, la morbilità e l'utenza dei servizi per l'alcoldipendenza

Anche per l'anno 2000 le stime della mortalità alcolcorrelata si riferiscono a valori ancora elevati, posti, a seconda delle diverse fonti (Ministero della Salute, Gruppo Epidemiologico Società italiana di Alcologia, Osservatorio permanente su giovani e alcol), fra 15.000 e 22.000 morti l'anno. Nel calcolo della mortalità si deve tener conto che l'alcol provoca danni all'organismo non solo in forma diretta e a seguito di un cronico abuso (psicosi alcolica, cirrosi epatica, alcuni tumori) ma anche in forma indiretta e a seguito di consumi limitati (incidenti stradali, domestici e sul lavoro).

La guida in stato di alterazione psicofisica derivante dalla assunzione di bevande alcoliche e di altre sostanze d'abuso è considerata tra le principali cause determinanti l'incidente stradale, sopratutto fra i giovani. La mortalità per incidente stradale si stima correlata all'uso di alcol alla guida per il 33 o il 40% del totale della mortalità per questa causa, a seconda delle fonti.