P R E F A Z I O N E

La riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol è, attualmente, uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica perseguiti da gran parte degli Stati europei.

Nell'intera Europa, circa un giovane su quattro, di età compresa tra i 15 e i 29 anni, muore a causa dell'alcol che rappresenta, secondo le ultime stime, il primo fattore di rischio di invalidità, mortalità prematura e malattia cronica tra i giovani.

Ogni anno, in Italia, più di 20 mila persone muoiono per abuso di alcol e per problemi alcol correlati. In particolare, l'alcol è la causa di quasi la metà dei circa 7.000 decessi conseguiti ad incidenti stradali che si registrano nel nostro Paese e che rappresentano la prima causa di morte per gli uomini al disotto dei 40 anni. Inoltre, stiamo assistendo ad un fenomeno preoccupante: l'aumento del consumo di bevande alcoliche soprattutto nelle fasce di età più vulnerabili, dai 14 ai 17 anni, e nelle giovani donne. Si pensi che in questa fascia di età sono circa il 17 per cento dei maschi e il 13,8 per cento delle femmine che consumano alcol al di fuori dei pasti.

Per questo il Ministero della salute, che ha posto nel Piano Sanitario Nazionale 2003/2005 come prioritario il problema dell'abuso di alcol, sta realizzando una campagna di comunicazione, che partirà il prossimo aprile, finalizzata a responsabilizzare e sensibilizzare soprattutto le nuove generazioni sui rischi per la salute legati all'eccessivo consumo di alcol. Inoltre, con le Regioni, è stato messo a punto un Piano Nazionale Alcol e Salute che costituisce la premessa per l'adozione di un più ampio Piano Nazionale Alcol che coinvolga nella prevenzione del danno alcol correlato anche tutte le altre istituzioni non sanitarie che hanno interessi e responsabilità nella salvaguardia della salute e sicurezza dei cittadini. Gli sviluppi operativi del Piano sono inseriti nel programma di attività del Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) e prevedono, in particolare, la creazione di ulteriori strumenti e risorse a disposizione di Ministero e Regioni per realizzare in campo alcologico interventi ancora più diffusi ed incisivi.

Va detto, che nel settore alcologico sempre più si va rafforzando, secondo quanto previsto dalle recenti riforme costituzionali, una collaborazione crescente tra il Ministero della salute, Regioni e Province Autonome. A tale proposito va sottolineato il ruolo assunto dai progetti nazionali promossi dal Ministero della salute con il finanziamento del Fondo nazionale per la lotta alla droga, il cui implemento ha costituito una parte importante di questa attività collaborativa.

Obiettivo di questa Relazione al Parlamento, che fornisce un esame dettagliato del panorama delle politiche alcologiche realizzate nel 2003, è quello di costituire non solo un mezzo di verifica dell'attuazione della Legge quadro 125/2001 in materia di alcol e problemi alcol correlati, ma anche di essere un'occasione di confronto e di dibattito per l'approfondimento dei problemi emergenti e per la definizione di opportuni ed eventuali adeguamenti organizzativi e normativi.

Prof. Girolamo Sirchia

P R E M E S S A

L'articolo 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'articolo 9 comma 2, entro il 30 giugno.

In considerazione dei tempi richiesti per l'elaborazione e l'analisi dei dati e delle informazioni, la Relazione annuale viene predisposta nella seconda metà di ciascun anno, con riferimento agli interventi posti in essere nell'anno precedente.

La presente Relazione al Parlamento si riferisce agli interventi attivati nel corso dell'anno 2003.

Alle Regioni e Province Autonome è stato chiesto di provvedere 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 30.7.2004 è stata posta quale termine ultimo per la chiusura da parte del Ministero della salute della raccolta delle informazioni delle Regioni relativamente all'anno 2003 ai fini della predisposizione della presente Relazione.

Tuttavia l'ultima relazione è pervenuta al Ministero della salute nel settembre 2004.

PARTE PRIMA

1. Il quadro epidemiologico

1.1. I consumi e i modelli di consumo

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. I principali orientamenti delle politiche internazionali e in particolare dell'O.M.S., e i risultati di importanti studi e ricerche comparative, fra cui quelli promossi dalla stessa Unione Europea, configurano ormai il consumo di alcol come uno dei principali determinanti per la salute della popolazione, e in particolare di quella europea.

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; la realtà italiana appare pertanto in questo momento storico piuttosto complessa, proprio per la compresenza di modelli di consumo molto diversi, variamente distribuiti tra le diverse classi di età e i sessi.

Ogni modello di consumo comporta d'altra parte rischi specifici, ed è pertanto molto importante individuare e monitorare gli indicatori del rischio connesso ai diversi modelli.

Secondo un trend iniziato a partire dall'inizio degli anni ottanta, continua in Italia nel 2001 il calo del consumo medio annuo pro-capite di alcol, calcolato dall'O.M.S. in 7,85 litri tenendo conto di tutta la popolazione (contro l'8,04 del 1999 e l'8,03 del 2000) e in 9,14 litri tenendo conto solo della popolazione di età superiore ai 15 anni (contro il 9,36 del 1999 e il 9,32 del 2000).

A spiegare il calo progressivo dei consumi complessivi di alcol è ancora prevalentemente il calo dei consumi di vino e in misura minore quello dei superalcolici, mentre i consumi di birra vengono rilevati ancora in aumento.

Il livello del consumo medio pro-capite appare nel nostro Paese, peraltro, ancora notevolmente al di sopra di quello ritenuto auspicabile dall'O.M.S. nella Regione europea per l'anno 2015, individuato, nell'ambito del Programma "Health 21/ 1999", Target 12, in 6 litri l'anno per tutta la popolazione al di sopra dei 15 anni e in 0 litri per quella di età inferiore.

Secondo la più recente indagine multiscopo ISTAT "Aspetti della vita quotidiana", svolta annualmente presso le famiglie italiane, nel 2001 il numero dei consumatori di vino almeno una volta l'anno è pari al 59,6% (73,8% nei maschi e 46,4% nelle femmine); i consumatori di birra almeno una volta l'anno sono pari al 48,4% (69,7% nei maschi e 34,1% nelle femmine) (tab.1a).

Il consumo quotidiano di vino in quantità eccedentarie (consumo quotidiano di oltre ½ litro) riguarda per il 2001 il 9,3% della popolazione maschile e l'1,5% della popolazione femminile (in particolare il 17,6% dei maschi di età compresa tra 60 e 64 anni e il 3,3% delle femmine di pari età).

I bevitori di bevande alcoliche al di fuori dei pasti rappresentano nel 2001 il 25% della popolazione (37,8% nei maschi e 13,1% nelle femmine) (tab.1b).

Nella fascia di età tra i 14 e i 17 anni, consumano alcol al di fuori dei pasti il 17,1% dei maschi e il 13,8% delle femmine (tab.1d).

Secondo lo studio europeo ESPAD nel 2002 fra i giovani studenti italiani di età compresa fra i 15 e i 19 anni i consumatori di bevande alcoliche rappresentano l'89,0%. Il 54,6% degli studenti riferisce di essersi ubriacato almeno una volta nella vita (tab. 2a); il 4% non percepisce alcun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri ogni giorno (tab.2b).

Contestualmente alla diminuzione complessiva della quantità del consumo, continua la tendenza all'aumento della quota di popolazione che consuma bevande alcoliche, già rilevata a partire dal 1998 (tab.1a).

Secondo l'ISTAT è aumentato il numero dei consumatori di vino almeno una volta l'anno, che passa nel 2001 al 59,6% delle persone di 14 anni e più contro il 57,1% nel 2000. Continua anche l'incremento dei consumatori di birra almeno una volta l'anno, che sono passati dal 42,6% nel 1993 al 48,4% nel 2001 (69,7% negli uomini e 34,1% nelle donne). L'aumento della diffusione del consumo riguarda sopratutto le donne e le fasce di popolazione più giovane.

Il consumo quotidiano di vino in quantità eccedentarie (consumo quotidiano superiore al ½ litro) riguarda per il 2001 il 9,3% della popolazione maschile (il 17,6% sono maschi fra i 60 e i 64 anni).

Sembra persistere nella popolazione maschile la tendenza al calo dei consumi eccedentari 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 (tab.1c).

La popolazione femminile appare meno interessata dal fenomeno dei consumi eccedentari di vino, che riguarda nel 2001 l'1,5% delle donne; in tale anno 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.

Tenendo conto che la dose alcolica giornaliera non deve comunque superare, secondo i parametri di rischio per la salute definiti dall'O.M.S., 40 g. per gli uomini e 20 g. per le donne (corrispondenti, rispettivamente, a circa 3 bicchieri e a 1 bicchiere e mezzo di vino di media gradazione alcolica), anche solo tenendo conto del numero di bevitori di oltre ½ litro di vino al giorno, possiamo affermare che appare piuttosto elevata nel 2001 in Italia la percentuale di popolazione, sopratutto maschile, a rischio di sviluppare problematiche alcolcorrelate di varia natura e gravità.

L'analisi dei consumi al di fuori dei pasti, altra importante fonte di valutazione della esposizione al rischio alcolcorrelato di una popolazione, evidenzia dal 2000 al 2001 un netto aumento della prevalenza di tali consumatori, che passano 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 (tab.1a).

Particolarmente preoccupante è la conferma della crescita di questa tipologia di consumo 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% (tab.1d).

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 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'89,0%. Tra loro risultano in aumento, fra il 1999 e il 2001, gli episodi di intossicazione alcolica e la percentuale dei giovani che riferisce di essersi ubriacato almeno una volta passa dal 52,7% nel 1999 al 55,2% nel 2001. Nel 2002 peraltro, come si è detto, tale percentuale scende al 54,6% (tab.2 a).

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, che passano 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, tuttavia la percentuale di coloro che non vedono alcun rischio in tale comportamento è in aumento passando dal 3% del 1999 al 4% del 2002 (tab.2b).

Il fenomeno dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla percentuale di giovani utenti alcoldipendenti in carico nel 2002 presso i servizi sociosanitari per l'alcoldipendenza così come evidenziata dai dati rilevati dal Ministero della Salute (nel 2002 i minori di 20 anni rappresentano lo 0,5% dell'utenza e i giovani fra i 20 e i 29 anni il 9,1%) (tab.3a e graf.1).

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

Nel calcolo della mortalità alcolcorrelata si tiene conto che l'alcol provoca danni all'organismo non solo in forma diretta e a seguito di cronico abuso (psicosi alcolica, cirrosi epatica, alcuni tumori, etc.), ma anche in forma indiretta e con consumi anche limitati (incidenti stradali, domestici e sul lavoro).

Le stime della mortalità alcolcorrelata si riferiscono ancora a valori elevati, situati, a seconda delle diverse fonti (Ministero della Salute-Gruppo Epidemiologico Società italiana di Alcologia-Osservatorio permanente su giovani e alcol) e dell'anno della stima, fra i 15.000 e i 22.000 morti l'anno.

Prosegue peraltro, in concomitanza con la diminuzione della quantità dei consumi, la diminuzione del tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica e patologie croniche del fegato, considerato dall'O.M.S. uno dei più importanti indicatori di danno alcolcorrelato.

Il dato più recente, riferito all'anno 2001, è infatti pari a 13,64 per 100.000 abitanti, contro il 22,60 del 1990, il 17,91 del 1995, e il 13,89 del 2000.

La mortalità per incidente stradale si stima in Italia correlata all'uso di alcol alla guida per il 33% o il 40% del totale della mortalità per questa causa, a seconda delle fonti.

Nell'anno 2001 sono stati rilevati dall'ISTAT 235.142 incidenti stradali (contro i 228.912 del 2000) che hanno provocato 6.682 morti (contro i 6.649 del 2000), con un indice di mortalità del 2,84% (contro il 2,90% del 2000).

Tra questi incidenti, 17.713 (contro i 15.326 del 2000) sono avvenuti nelle notti tra venerdì e sabato, e hanno provocato 909 morti (contro i 917 del 2000), con un indice di mortalità media del 5,53% nei due anni.

L'evidente aumento, in una sola annualità, del numero degli incidenti del fine settimana, anche se fortunatamente rimane quasi invariata la mortalità da essi derivata, è un dato particolarmente allarmante, data l'elevata correlazione tra questo tipo di incidente stradale e l'abuso di sostanze.

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.

Il tasso nazionale di ospedalizzazione 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 (tab.4 a).

Dei dimessi per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, 88.792 (il 78,1%) sono maschi e 24.859 (il 21,9%) sono femmine (tab.4c).

Le diagnosi di ricovero prevalenti per i maschi riguardano la cardiomiopatia alcolica (84,8% nei maschi e 15,2% nelle femmine) e il danno epatico da alcol non specificato (83,0% nei maschi e 17,0% nelle femmine); le diagnosi che interessano maggiormente le donne in rapporto ai maschi riguardano l'avvelenamento da antagonisti dell'alcol (39,1% nelle femmine contro 60,9% nei maschi) e gli effetti tossici dell'alcol (35,4 % nelle femmine contro 64,6% nei maschi) (tab. 4c).
La distribuzione percentuale delle diagnosi totalmente alcolattribuibili nell'anno 2002 ci mostra i valori più elevati nelle fasce di età più alte (oltre i 55 anni), che si riferiscono, in ordine di prevalenza, a cirrosi epatica, cardiomiopatia, steatosi e gastrite alcolica. Nelle fasce di età più giovani (15-35 anni) da antagonisti dell'alcol (tab.4b).
Per quanto riguarda i soggetti alcoldipendenti, nel 2002 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro per le alcoldipendenze operanti nell'ambito del S.S.N. 44.490 utenti (34.191 maschi, 10.299 femmine).
La fascia di età più interessata è quella fra i 40 e i 49 anni, che rappresenta il 28% del totale delle utenze, seguita dalla fascia 30-39 anni (24,8 %) e 50-59 (23,7%). I minori di 20 anni rappresentano lo 0,5% dell'utenza, e quelli fra i 20 e i 29 anni il 9,1% (tab.3a-graf.1).
Tra questi utenti sembrano diminuire nel tempo i soggetti delle fasce di età più mature, mentre in aumento appaiono quelli di età fra i 20 e i 29 anni, che rappresentano nel 2002 il 9,1%. Relativamente stabile nel tempo, ma comunque rilevante, l'utenza al di sotto dei 20 anni (0,5%), che comunque risulta in diminuzione rispetto al 2001 (tab.3b).
Gli utenti dei servizi per le alcoldipendenze hanno consumato più frequentemente come bevanda alcolica il vino (59,8%), la birra (20,4%) e i superalcolici (11,9%) (tab.3c e graf.2). In crescita nel tempo la percentuale di coloro che assumono in concomitanza sostanze stupefacenti, che nel 2002 rappresentano l'8,9% contro il 5,7% nel 1996 (tab.3d).
I trattamenti prevalenti sono stati nel 2002 quello medico farmacologico (30,3% degli utenti) e *counseling* all'utente o alla famiglia (23% degli utenti). Appaiono in netta diminuzione gli utenti dei servizi territoriali per le alcoldipendenze che vengono avviati al ricovero ospedaliero in strutture pubbliche e private (principalmente per sindrome di dipendenza da alcol), che passano dal 10,3% nel 1996 al 7,3% nel 2002 (tab.3e e graf.3).

1.3. Considerazioni critiche

Il persistere della tendenza al calo dei consumi medi pro-capite di alcol già in atto dal 1981 (-33,3% tra il 1981 e il 1998) è sicuramente in correlazione con fattori macroeconomici e socioculturali di ampia portata che hanno inciso sulla evoluzione di modelli e stili di vita della popolazione italiana. Si deve comunque anche rilevare nell'ultimo decennio una maggiore incisività delle politiche sanitarie e sociali nel campo della prevenzione dei danni alcolcorrelati, come è stato già ampiamente illustrato nella I Relazione del Ministro della Salute al Parlamento.
Il semplice dato della diminuzione della quantità dei consumi non è sufficiente peraltro ad assicurare la protezione della popolazione dai problemi alcolcorrelati, ed è necessario prestare grande attenzione allo studio e al monitoraggio della distribuzione dei consumi e i modelli di consumo nelle varie fasce di popolazione, dai quali sembrano emergere alcune importanti criticità:
-aumento della popolazione dei consumatori e conseguente maggiore esposizione della popolazione al rischio di danni sociali e sanitari correlati;
-persistenza della tendenza all'aumento dei consumatori appartenenti a categorie socio-demografiche particolarmente a rischio di danno alcolcorrelato, quali le donne e i giovani;

-aumento dei comportamenti di consumo a rischio, quali i consumi fuori pasto, i consumi eccedentari e le ubriacature, in particolare nell'ambito della popolazione giovanile di entrambi i sessi e, in minor misura rispetto al 2000, nella popolazione femminile.

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.

Questi fenomeni appaiono sicuramente in relazione con l'avvicinamento del nostro Paese, e sopratutto dei giovani, ai modelli di consumo prevalenti nei Paesi del Nord Europa, con il 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.

A questa evoluzione dei modelli di consumo sembrano partecipare ormai in misura considerevole anche le donne, che continuano ad accrescere progressivamente la loro presenza nella platea dei consumatori, conformandosi sempre più, sopratutto le più giovani, alle abitudini maschili e ai nuovi modelli comportamentali.

Va anche sottolineato che la persistente coesistenza, accanto a questi fenomeni, del tradizionale modello di consumo alcolico, caratterizzato da un bere alimentare e moderato, associato a immagini familiari e positive, e che gode di una certa approvazione o almeno tolleranza sociale, potrebbe rappresentare nel nostro Paese un ulteriore, specifico elemento di rischio, sopratutto per i più giovani.

Si può, infatti, ipotizzare che la tradizionale cultura di tolleranza o approvazione del bere moderato, trasmessa spesso ai giovani dalle stesse famiglie, possa fungere da barriera ad un'adeguata percezione dei diversi e gravissimi rischi correlati ai nuovi modelli di consumo.

Elemento cruciale delle politiche di prevenzione appare dunque al momento attuale, sopratutto per la protezione dei più giovani, 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 e trasmettere univoci orientamenti di sicura evidenza scientifica.

2. Gli interventi del Ministero della Salute in attuazione della legge 30.3.2001 n. 125

2.1. Gli interventi normativi e di indirizzo

2.1.1. Col D.P.R. 23.5.2003, pubblicato nella G.U. del 18.6.2003 n.139, Suppl. n. 95, è stato recepito il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, in cui sono stati inseriti alcuni importanti e specifici riferimenti ai problemi derivanti dall'alcol, in adesione ai principi sanciti dalla legge 125/2001.

Pur riconoscendo che il consumo di bevande alcoliche in Italia è andato diminuendo dal 1981, è stata ribadita, infatti, la necessità di porre in essere ogni possibile intervento per raggiungere gli obiettivi posti dall'OMS nonché dall'Unione Europea con la approvazione di una specifica strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati.

Nel Piano sanitario, che rappresenta, alla luce delle più recenti modifiche costituzionali, un vero e proprio progetto di salute da condividere e attuare in sinergia con le Regioni, la prevenzione dell'alcolismo è stata contemplata nell'ambito di uno dei dieci progetti adottati per la strategia del cambiamento: "*Promuovere stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute*".

Nel Piano viene riconosciuto che la riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol è attualmente uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica, che la gran parte degli Stati persegue per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini. Si ribadisce che numerose evidenze dimostrano che gli individui che abusano dell'alcol, e in particolare i giovani, sono più esposti ad assumere comportamenti ad alto rischio quali la guida di autoveicoli e l'esecuzione di lavori in condizioni psicofisiche inadeguate. Per i più giovani inoltre si sottolinea la correlazione fra uso di alcol, fumo e abuso di droghe, e il ruolo assunto dall'alcol quale "ponte" per l'approccio all'uso di sostanze psicotrope illegali.

2.1.2. L'art.3 comma 1 della legge 125/2001 prevede, tra le attribuzioni dello Stato, che con Atto di indirizzo e coordinamento da adottarsi ai sensi dell'art. 8 della legge 59/97, sentita la Consulta Nazionale sull'alcol e i problemi alcolcorrelati presieduta dal Ministro per la Solidarietà sociale, nel rispetto delle competenze attribuite allo Stato e alle Regioni, nonché alle previsioni del Piano Sanitario Nazionale, siano definiti i requisiti minimi, strutturali e organizzativi, e gli standard minimi di attività dei servizi, i criteri per il monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati, le azioni di informazione e di prevenzione nei vari ambienti scolastici, militari, di aggregazione.
Tramite un apposito gruppo di lavoro congiunto Ministero/ Regioni, costituito con D. M. 21.12.2001, è stato predisposto uno schema di indirizzi che è stato inviato al Ministero del Lavoro e Politiche sociali per il previsto esame, secondo le previsioni dell' art. 3 comma 1 della legge, da parte della costituenda Consulta Nazionale sull'alcol presso quel Ministero.
Nel corso del 2003 non è stato ancora possibile sottoporre tale schema di provvedimento all'esame della Consulta Nazionale sull'alcol, essendosi presso il Ministero del Lavoro concluse le procedure per il suo insediamento soltanto nell'Agosto 2004, con la pubblicazione, nella G.U. n. 183 del 6.8.2004, del Decreto del Ministro del Lavoro e Politiche sociali n. 199 in data 3.6.2004 ("*Regolamento recante il funzionamento e l'organizzazione della Consulta Nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati, ai sensi dell'art. 4, comma 4, della legge 30 marzo 2001, n. 125*").
Nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 16 gennaio 2003 d'altra parte i Presidenti delle Regioni hanno espresso l'avviso, condiviso dal Ministro della Salute, che, alla luce delle modifiche intervenute al Titolo V della Costituzione, in luogo del previsto Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, per l'emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento ai sensi della legge 125/2001, si pervenga ad un accordo da sancire in sede di Conferenza Stato-Regioni.
La Segreteria della Conferenza Stato-Regioni ha inoltrato successivamente al Ministero della Salute, con nota del 3 settembre 2003, richiesta di conoscere la proposta del provvedimento di accordo, ai fini dell'avvio della relativa istruttoria tecnica.
Il Ministero della Salute ha interessato i competenti Uffici per la predisposizione di tale proposta di accordo, anche in base a quanto già elaborato dal citato gruppo di lavoro Ministero/Regioni, ritenendo peraltro necessario attenderne l'esame preliminare da parte della costituenda Consulta Nazionale sull'alcol, secondo le previsioni dell'art.3 comma 1 della legge 125/2001.

2.1.3. Nel corso dell'anno 2003 il Ministero della Salute ha proseguito la sua collaborazione con il Ministero del Lavoro e Politiche sociali, cui la legge assegna la competenza primaria, ai fini della predisposizione degli elementi tecnici dello schema di Decreto interministeriale previsto dall'art. 15 comma 1 della legge, 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 per la formalizzazione del concerto tra i due Ministeri ai fini dell'emanazione del previsto Decreto.

2.2. Gli interventi in materia di informazione

2.2.1. 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 2003 il Ministero della Salute, cui è assegnata la competenza per il relativo capitolo di spesa, ha proseguito i contatti già precedentemente intrapresi con le associazioni attive nella lotta ai problemi alcolcorrelati per l'avvio di campagne di informazione destinate in particolare al mondo giovanile e adolescenziale, ed ha provveduto ad impegnare la soma di € 2.300.000 per la realizzazione di una campagna di comunicazione finalizzata ad informare e sensibilizzare la popolazione, e in particolare quella giovanile, sui rischi legati al consumo di alcol. I giovani tra i 12 e i 16 anni rappresentano il target primario, mentre quello secondario è rappresentato da giovani fino ai 30 anni, alcolisti, famiglie, operatori didattici e sanitari e tutte le figure direttamente a contatto con il mondo giovanile.
La campagna si inquadra negli obiettivi indicati dall'OMS e, in particolare, dall'Unione Europea con la recente approvazione di una specifica strategia per la riduzione dei pericoli connessi all'alcol, allineandosi altresì ai principi sanciti nella *Carta europea sui giovani e l'alcol* approvata nel Febbraio 2001 a Stoccolma dagli Stati europei aderenti all'O.M.S.:
-ridurre le conseguenze negative sulla salute causate dall'alcol
-sviluppare un senso critico verso il consumo di alcol ed un'autonomia maggiore nei confronti della pressione esercitata dai mass media
-coinvolgere i giovani nelle attività di prevenzione ad essi destinati.
Gli obiettivi operativi previsti per la campagna sono i seguenti:
-evitare il consumo di alcol nei giovanissimi
-evitare l'abuso
-ridurre il rischio correlato a comportamenti sbagliati.
La strategia di comunicazione è finalizzata a sminuire l'alcol nell'immaginario giovanile e nelle forme di consumo veicolate dalla pubblicità e dai media, a incrementare il grado di consapevolezza dei giovani rispetto ai rischi connessi all'uso/abuso di alcol, a sensibilizzare allo sviluppo di auto-coscienza e responsabilità.
Si prevede di utilizzare strumenti quali spot radiofonici, cinematografici e televisivi, numero verde, Internet, affissioni e cartellonistica sui mezzi pubblici di trasporto, opuscoli informativi.
In adesione al Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, che prevede tra i dieci obiettivi strategici un piano di azione specificamente dedicato alla promozione di stili di vita salutari, il Ministero ha proseguito l'attuazione del programma di comunicazione istituzionale sugli stili di vita e la salute, che riguarda anche il consumo di bevande alcoliche.

2.2.2. Il Ministero della Salute ha curato nel corso del 2003 la pubblicazione di 4 numeri del *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, rivista scientifica finalizzata all'informazione e aggiornamento periodico delle Regioni e degli operatori sui dati relativi al consumo di sostanze d'abuso legali e illegali, sui principali problemi emergenti, sui metodi di cura, trattamento, prevenzione e riabilitazione, nonché sul funzionamento dei servizi e dei presidi.

La rivista viene inviata tra l'altro a tutti i servizi pubblici e privati attivi in tema di tossicodipendenza e alcolismo, ed è disponibile su Internet all'indirizzo *http//www.unicri.it/min.san.bollettino.*
Molti degli articoli pubblicati nell'anno 2003 hanno riguardato problemi alcolcorrelati, e in particolare i temi alcol e guida, abuso giovanile e discoteche, consumo femminile, ruolo dei medici di Medicina Generale, prevenzione alcologica di comunità.
A partire dall'anno 2003 è stata modificata la veste editoriale della rivista e sono stati rinnovati il Comitato scientifico (la cui presidenza è stata affidata al prof. Carmelo Furnari) e il Comitato di redazione (la cui presidenza è stata affidata alla Dr.ssa Antonella Cinque).

2.3. Gli interventi in materia di assistenza farmaceutica

L'art. 3 comma 3 della legge 125/2001 prevede l'adozione da parte della Commissione Unica del Farmaco presso il Ministero della Salute di un provvedimento diretto ad assicurare che siano erogati a carico del S.S.N. i farmaci utilizzati nelle terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo, per i quali è necessaria la prescrizione medico-specialistica.
La legge prevede altresì che i medicinali, inseriti in classe H, siano dispensati dalle farmacie ospedaliere e per il tramite delle farmacie territoriali, secondo modalità definite con decreto del Ministro della Salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sentite le organizzazioni più rappresentative delle farmacie pubbliche e private e le organizzazioni delle imprese distributrici.
La CUF insediata pro tempore presso il Ministero della Salute non aveva ritenuto, già nella seduta del 19/20 giugno 2001, di modificare il regime di fornitura in essere per ragioni di salute pubblica, in considerazione che i farmaci di cui trattasi erano inclusi nella Tabella I delle sostanze soggette a controllo ai sensi del D.P.R. 309/90 in materia di disciplina delle sostanze stupefacenti.
Al novembre 2003 l'unico medicinale utilizzato nelle terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo sottoposto alla normativa del D.P.R. 309/90 in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope risulta peraltro essere solo la specialità medicale *Alcover* (contenente acido gamma idrossibutirrico o sodio oxidato), autorizzata all'immissione in commercio nelle due formulazioni di soluzione orale e flaconcini orali, e di cui risulta in commercio a tale data solo la soluzione orale, compresa nella fascia H del Nuovo Prontuario Farmaceutico Nazionale e nella tabella IV delle sostanze stupefacenti e psicotrope di cui all'art. 14 del D.P.R. 309/90.
Gli altri farmaci utilizzati per il trattamento dell'alcolismo cronico risultano i seguenti:

Principio attivo	Specialità medicinale	Fascia
DISULFIRAM	- Antabuse dispergettes CPR - Etiltox 200mg CPR	C A
METADOXINA	Metadoxil	C
NALTREXONE	- Antaxone - Nalorex	C C

Questi tre principi attivi non sono sottoposti alla normativa in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope di cui al D.P.R. 309/90.
Di essi nel 2003 soltanto l'Etiltox è dispensato in regime di fornitura a carico del S.S.N., mentre tutti gli altri risultano a totale carico del cittadino.

2.4. La destinazione dei finanziamenti previsti per il monitoraggio dei dati

L'art. 3 comma 4 della legge 125/2001 ha autorizzato, a decorrere dall'anno 2001, la spesa massima di lire 1.000 milioni annue (pari a € 516.457) per la realizzazione delle attività di monitoraggio dell'abuso di alcol e dei problemi alcolcorrelati.
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 ha ritenuto opportuno ripartire tra le Amministrazioni regionali le somme assegnate al Ministero della Salute per l'anno 2003, adottando le medesime linee operative degli anni precedenti ai fini di una sperimentazione da confermare con successivi e definitivi indirizzi.
Lo schema di ripartizione è stato costruito sulla base dei criteri individuati dal citato Gruppo di lavoro Ministero/Regioni per la predisposizione dell'Atto di indirizzo, relativi all'entità della popolazione regionale residente, ai consumi complessivi di bevande alcoliche e al numero dei bevitori eccedentari secondo la più recente rilevazione ISTAT.
La proposta di ripartizione è stata sottoposta 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, e successivamente approvata nella seduta del 10 dicembre 2003, conformemente alla tabella sottoindicata.

RIPARTO DEI FONDI PER IL MONITORAGGIO DEI DATI ALCOLOGICI -ANNO 2003-	
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

Il Ministero ha quindi provveduto a richiedere alle Regioni e Province Autonome, ai fini dell'erogazione del previsto finanziamento, l'invio di dati e informazioni sugli indicatori sotto citati:

-prevalenza e incidenza delle patologie alcolcorrelate nei ricoveri ospedalieri

-rapporto tra n. di utenti alcoldipendenti 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

-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 sottostante tabella è illustrata la situazione, al 31.12.2004, delle attività e dei finanziamenti erogati dal Ministero alle Regioni ai sensi dell'art. 3 comma 4.