

Nell'anno 2005 si registra in rapporto al 2004 una riduzione del numero degli incidenti (-1,8 %), dei morti (-4,7%) e dei feriti (-2,7%), e sembra proseguire la tendenza alla riduzione dei danni che già era stata registrata per l'anno 2004 in rapporto al 2003.

I conducenti della fascia di età tra i 25 e i 29 anni, con 504 morti e 31.859 feriti, sono anche nel 2005 quelli più colpiti dagli incidenti stradali. Segue la fascia di età 30-34 anni, con 401 morti e 30.952 feriti.

La mortalità è molto elevata anche fra i conducenti di 21-24 anni (371 morti).

Quest'ultima fascia di età risulta essere quella più colpita per quanto riguarda la mortalità fra i trasportati, con 146 morti, immediatamente seguita dalla fasce di età di 18-20 e 25-29 anni, con 131 morti ciascuna.

Sempre secondo l'ISTAT, il venerdì si registra il maggior numero di incidenti, il sabato il maggior numero di feriti e la domenica il maggior numero di morti.

Il più elevato indice di mortalità si verifica negli incidenti notturni, con un valore massimo intorno alle 5 del mattino.

Nel 2005 gli incidenti del venerdì e sabato notte hanno rappresentato il 44,3 % del totale degli incidenti notturni, ed i morti e feriti in tali incidenti rappresentano, rispettivamente, il 45,0% ed il 47,1% del totale degli incidenti notturni.

Questo dato suscita particolare allarme data l'elevata correlazione stimata tra questo tipo di incidente stradale e l'abuso di alcol o altre sostanze d'abuso soprattutto da parte dei giovani.

I giovani sono interessati con particolare frequenza dagli incidenti derivanti da stato psicofisico alterato del conducente (malore, sonno, uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, ebbrezza da alcol), che rappresentano il 2% del totale di tutte le cause di incidente stradale nell'anno ed hanno spesso conseguenze molto gravi.

Nell'ambito di tali cause di incidente, l'ebbrezza alcolica ha rappresentato nel 2005 il 70% del totale, con 4.107 casi rilevati. Vi è stata pertanto una lieve diminuzione rispetto ai 4.140 casi rilevati nel 2004, che rappresentavano il 72% delle cause di incidente correlate a stato psicofisico alterato per quell'anno.

Gli incidenti correlati a stato di ebbrezza alcolica si verificano in percentuali pressochè simili nelle strade urbane ed extraurbane, con una lieve prevalenza in quelle urbane.

Morbilità

Nell'anno 2004 il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente attribuibili all'alcol è di 107.988 (tab. 15 a), in diminuzione rispetto al dato del 2003 (108.294) e del 2002 (113.651).

Di tali diagnosi, 83.841 (77,6%) si riferiscono a maschi, e 24.147 (22,4%) a femmine.

Il numero delle dimissioni ospedaliere che presentano le suddette diagnosi (tanto in causa principale di ricovero che nelle cause successive) ammonta a 95.806 unità, contro le 96.262 del 2003 e le 99.321 del 2000.

Il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (valore per 100.000 abitanti) è nel 2004 pari a 165,5, in diminuzione costante rispetto al 167,9 del 2003 e al 177,1 del 2002 (tab. 15b e 15d).

In controtendenza rispetto all'andamento del dato nazionale, il tasso di ospedalizzazione appare in forte aumento tra il 2003 e il 2004 nella P.A. Bolzano e in Valle D'Aosta, e

comunque in aumento nelle Regioni Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Basilicata, Sicilia, Sardegna (tab. 15 d).

Valle D'Aosta (con 514,6), P.A. di Bolzano (con 510,8) e P.A. di Trento (con 331,9) appaiono anche nel 2004, analogamente al 2003 e 2002, le Regioni a più alto tasso di ospedalizzazione, seguite da Friuli V.Giulia, Abruzzo e Molise (tab. 15 d).

I tassi di ospedalizzazione più bassi si hanno in Sicilia (86,0) e Campania (86,9), seguiti da Puglia e Umbria, tutte Regioni dove possiamo anche rilevare la presenza di un numero di consumatori nell'anno al di sotto o vicino alla media nazionale nonché un numero di consumatori giornalieri basso o tra i più bassi (tab.7).

La distribuzione per classi di età delle diagnosi totalmente alcolattribuibili ci mostra anche per il 2004 i valori più elevati (44,1%) nelle fasce di età più alte (oltre i 55 anni), anche se in minor misura rispetto al 2003 (44,9 %) (tab. 15c e 15 e).

Le diagnosi di tale classe di età nel 2005 si riferiscono, in ordine di prevalenza, a cirrosi epatica alcolica, cardiomiopatia alcolica, steatosi epatica e gastrite alcolica (tab.15 c).

Aumentano, in rapporto al totale, le diagnosi nella fascia d'età 36-55, che passano dal 42,7 % del 2003 al 43,2 % del 2004 (tab. 15e).

Le diagnosi di tale classe di età si riferiscono, in ordine di prevalenza, ad avvelenamento da antagonisti dell'alcol (56%), sindrome di dipendenza da alcol(53,7%) e sindromi psicotiche indotte dall'alcol(49,2%) (tab.15 c).

Anche nelle fasce di età più giovani (15-35 anni) le diagnosi totalmente alcolattribuibili sono in aumento in rapporto al totale delle diagnosi, passando dal 12,2% del 2003 al 12,4% del 2004, con i valori più elevati per la diagnosi di avvelenamento da antagonisti dell'alcol (36%), abuso di alcol (32,3%) ed effetti tossici dell'alcol (31,2%) (tab. 15e).

Alla fascia di età fino a 14 anni si riferisce lo 0,3% delle diagnosi (0,2 % nel 2003) , con riferimento quasi esclusivo agli effetti tossici dell'alcol (tab. 15 c e 15 e).

La diagnosi di ricovero prevalente per i maschi è, anche per l'anno 2004, e in misura maggiore che per il 2003 e 2002, la cardiomiopatia alcolica (88%) assieme all'epatite acuta alcolica e al danno epatico da alcol non specificato (tab. 15 a).

Le diagnosi che interessano maggiormente le femmine riguardano, anche in misura maggiore che nel 2003, la gastrite alcolica (31,4%) e gli effetti tossici dell'alcol (29,9 %) (tab. 15 a).

La distribuzione percentuale fra le diverse diagnosi totalmente alcolcorrelate si mantiene sostanzialmente stabile nel tempo fra il 2000 e il 2004, con la sola eccezione della diagnosi di cirrosi epatica alcolica, che passa dal 26,30 % del 2000 al 30,9 % del 2004, con una evidente tendenza all'aumento (tab 15 f).

Alcoldipendenza

Gli alcol dipendenti presi in carico presso i servizi alcolologici territoriali nell'anno 2005 sono 56.234, con un aumento del 4,3 % rispetto all'anno precedente (V.Parte II della Relazione).

Il rapporto maschi/femmine è pari a 3,5 e l'età media, pari a 44,5 anni, è in diminuzione in tutte le categorie, e in particolare nei nuovi utenti di sesso maschile (42,1 anni nel 2005 contro 44,0 anni del 2001).

Nel 2005 il 17% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni.

Come già riferito, si registra nel tempo un forte aumento dei nuovi utenti fra i 20 e i 29 anni, che passano dal 10% del 1996 al 15,7% del 2005.

In aumento, fra gli alcol dipendenti in trattamento, coloro che abusano di birra, che passano dal 14,1% al 23,5% fra il 1996 e il 2005, mentre contestualmente si registra una diminuzione di coloro che abusano di vino (V. Parte II della Relazione).

1.3. Considerazioni critiche

Nel nostro Paese l'assunzione moderata di alcol, e in particolare di vino, continua ad essere abitudine alimentare molto diffusa e radicata in una solida tradizione culturale.

Fino al 2003 è confermata nella popolazione generale la tendenza, già delineatasi a partire dagli anni ottanta, a un progressivo calo dei consumi medi pro-capite di alcol puro (-33,3% tra il 1981 e il 1998).

Va peraltro tenuta sotto controllo la tendenza all'aumento del consumo medio pro-capite che si evidenzia se si prende in considerazione la sola popolazione di età superiore ai 15 anni.

Inoltre, il livello di consumo medio pro-capite appare ancora molto al di sopra di quello raccomandato dall'O.M.S. ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015 (Target 12 del Programma "Health 21/ 1999"), pari a 6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e a 0 litri per quella di età inferiore.

Recenti studi, condotti anche su impulso dell'Unione Europea, hanno confermato che il consumo pro capite di alcol in una popolazione è un importante indicatore di futuri sviluppi nel settore della salute pubblica dei diversi Paesi. Risulta che un accrescimento dei consumi alcolici si correla in tutti i Paesi europei a un aumento di cirrosi epatiche, avvelenamenti da alcol, alcol dipendenze, psicosi alcoliche, incidenti, omicidi e morti totali, e che i cambiamenti nel consumo totale di alcol sono strettamente correlati anche ai cambiamenti della mortalità alcol correlata, in particolare per quanto riguarda la cirrosi epatica.

Il nostro Paese deve pertanto perseverare nel contenimento di tutti quei fattori che possono influire sul dato del consumo annuale medio pro capite.

Aspetti relativi alla popolazione generale

Per quanto riguarda la popolazione generale, i dati più rassicuranti per l'Italia riguardano senz'altro il confronto con la popolazione dell'Unione Europea su alcuni importanti parametri di rischio per i quali in Italia si riscontrano valori più bassi o tra i più bassi:

- numero dei bevitori;
- intensità del bere (numero medio delle unità alcoliche consumate in un'unica occasione);
- frequenza media delle occasioni di forte abuso (quante volte si consuma in un'unica occasione una quantità molto elevata di alcol);
- tendenza alla diminuzione nel tempo del tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente alcol attribuibili (che può indicare sia una minore diffusione di

patologie alcolcorrelate che una maggiore capacità di intervento da parte dei servizi territoriali);

-diminuzione costante del tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica e patologie croniche del fegato.

Elementi preoccupanti, da tenere sotto controllo per le forti implicazioni relative alla esposizione al rischio alcolcorrelato, sono i seguenti:

-alta percentuale di consumatori giornalieri (31%) tra i maschi delle classi di età medie e anziane, e, tra questi, alta percentuale di consumatori giornalieri eccedentari (16% della classe di età 65-74 anni);

-aumento, nei ricoveri ospedalieri, della percentuale di ricoveri femminili rispetto a quelli maschili e di ricoveri delle fasce di età più giovani rispetto a quelle più anziane;

-forti differenze regionali nel tasso di ospedalizzazione per patologie alcolattribuibili, con notevole aumento in alcune Regioni tra il 2003 e il 2004 e per alcune fin dal 2002 (Valle d'Aosta, Sicilia, Sardegna);

-aumento percentuale delle diagnosi di cirrosi epatica alcolica nei ricoveri ospedalieri (+ 4,6% fra il 2000 e il 2004);

-valore relativamente elevato del tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica e patologie croniche del fegato in relazione ad altri Paesi europei.

Inoltre, il forte aumento percentuale degli alcol dipendenti in carico nei servizi alcolologici (+ 4,3% tra il 2004 e il 2005), che pure è da mettere in rapporto con un miglioramento dell'offerta di servizi, segnala la presenza di una consistente domanda che non può non preoccupare, anche in considerazione della diminuzione dell'età di questi utenti e della presenza tra di essi di una buona percentuale di giovani.

Aspetti relativi alla popolazione giovanile

Per quanto riguarda in particolare la popolazione giovanile, i dati più rassicuranti derivano, ancora una volta, dal confronto con gli altri Paesi dell'Unione europea, che risulta a favore dell'Italia per i seguenti parametri:

-minore diffusione del consumo regolare di alcol;

-maggiore diffusione della percezione della pericolosità dell'alcol.

Inoltre va segnalato positivamente il manifestarsi tra il 2004 e il 2005, secondo il dato rilevato dall'indagine ESPAD, di una lieve tendenza al calo di consumi e ubriacature negli studenti di 15-19 anni.

Preoccupano invece altri fenomeni, che si manifestano anche in contraddizione con i segnali positivi prima descritti:

-aumento, tra il 2004 e il 2005, di un atteggiamento di negazione del rischio connesso con il consumo eccedentario anche giornaliero;

-persistente tendenza all'aumento nel tempo del numero dei consumatori nella fascia di età 18-24 anni, e in particolare fra le ragazze;

-alta percentuale di consumatori al di sotto dell'età legale (19,5%);

-persistente tendenza all'aumento nel tempo del numero dei consumatori fuori pasto tra i maschi e le femmine di età compresa fra i 18 e i 29 anni nonché, fatto particolarmente grave, di età compresa fra i 14 e i 17 anni;

- alta percentuale di giovani maschi con comportamenti di ubriacatura, notevolmente superiore alla media già tra i giovani di 18-19 anni;
- presenza di comportamenti di ubriacatura anche nei giovani al di sotto dei 16 anni, che rappresentano l'età legale per la liceità della somministrazione (3,2%);
- elevata percentuale di giovani con associazione di vari comportamenti a rischio alcolcorrelato (ubriacature, consumi fuori pasto, etc.);
- bassa età del primo contatto con l'alcol;
- elevata percentuale di giovani alcoldipendenti in trattamento nei servizi;
- persistente tendenza all'aumento nel tempo dei giovani alcoldipendenti in trattamento, rispetto alle altre fasce di età;
- elevata percentuale di morti per incidente stradale tra i giovani;
- elevata percentuale di incidenti notturni del venerdì e sabato, che coinvolgono spesso i giovani.

Tipologie di rischio alcolcorrelato

Nella popolazione del nostro Paese sembrano potersi individuare due fondamentali tipologie di rischio alcolcorrelato:

- una emergente, legata a nuove tendenze comportamentali e a modelli di consumo lontani dalla tradizione nazionale (consumi fuori pasto, *binge drinking*, ubriacature), che riguarda in particolare i più giovani e i giovanissimi;
- una più tradizionale, interna al modello di consumo mediterraneo, relativa alla diffusione di un bere frequente o quotidiano non sempre adeguatamente moderato, che riguarda le persone più mature e gli anziani.

Per ognuna di queste categorie di rischio vanno pertanto individuati e attuati adeguati interventi di prevenzione, con diversi approcci e obiettivi in relazione ai problemi connessi, prestando anche attenzione alle possibili contaminazioni e influenze tra i diversi modelli di consumo e al potenziale accrescimento del rischio che ne può derivare.

Per la popolazione più adulta sembrerebbero indicati interventi finalizzati a diffondere una più corretta informazione sui reali parametri che definiscono un consumo compatibile con la salute, anche all'interno del tradizionale modello di consumo mediterraneo, nonché a favorire con tutti gli strumenti possibili l'adeguamento comportamentale e istituzionale a tali parametri.

Per i più giovani, occorre rafforzare l'azione di protezione in relazione ai problemi per i quali il nostro Paese è ancora in una posizione relativamente favorevole rispetto all'attuale quadro europeo, per evitare di importare i problemi già in atto in altri Paesi; va tenuto presente che in Europa fra i giovani di 15-24 anni si va delineando una forte tendenza all'aumento del consumo regolare di alcol, cresciuto di due punti percentuali in due anni e passato dal 25% del 2002 al 27% del 2004. Tale tendenza è potenzialmente in grado di coinvolgere anche l'Italia, e deve essere pertanto contrastata con strumenti e in tempi adeguati.

Devono inoltre essere contenuti e contrastati con urgenza quei comportamenti di consumo a rischio che già si sono diffusi tra i giovani italiani: consumi fuori pasto, ubriacature, consumi precoci.

Appare doveroso e urgente predisporre in proposito strategie e azioni mirate, favorendo nei diversi contesti della società la crescita di adeguati fattori protettivi, sia istituzionali che sociali e individuali.

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

2.1. Gli interventi di indirizzo

Il Piano Nazionale Alcol e Salute

Sono proseguite nell'anno 2005 le attività del Ministero della Salute finalizzate a sostenere l'adozione del Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), predisposto per favorire l'implementazione, nell'ambito dei territori regionali, di un insieme di azioni strategiche ritenute prioritarie, con l'obiettivo, in adesione ai principi sanciti dalla legge 125/2001, di ridurre i danni sanitari e sociali causati dall'alcol.

Il testo del PNAS, presentato alla Conferenza Stato Regioni con nota del 16.12.2004 per la acquisizione del relativo accordo, è stato esaminato e discusso dalle Regioni nelle sedi tecniche della Conferenza, che con nota del 7.7.2005 ha fatto pervenire al Ministero un testo emendato con le osservazioni delle Regioni.

Il testo del PNAS, quale generale documento programmatico del Ministero della Salute per la definizione di obiettivi e azioni in attuazione della legge 125/2001, è stato inoltre sottoposto, secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 1 della legge medesima, all'esame della Consulta nazionale sull'alcol e i problemi alcolcorrelati, nel frattempo costituita presso il Ministero del Lavoro e Politiche sociali ed insediata il 14 dicembre 2004.

La Consulta, esaminato il documento del Ministero, nella riunione del 12 dicembre 2005 ha espresso parere favorevole alla proposta di attuazione del PNAS, ritenuto prioritario ai fini della applicazione della legge 125/2001, e ha contestualmente formulato alcune proposte emendative, finalizzate a migliorare l'impatto complessivo dell'articolazione delle attività che il Piano si propone di realizzare a livello nazionale, regionale e locale.

Il Ministero, preso atto delle osservazioni pervenute dalle Regioni e dalla Consulta, che non hanno comportato modifiche sostanziali al documento originario, ha ritenuto di doverle accogliere ed ha formulato pertanto un nuovo testo per il recepimento congiunto delle osservazioni di cui trattasi.

Il Ministero ha altresì promosso, tramite la Commissione Salute per il coordinamento interregionale, un incontro con le Regioni finalizzato a concordare con le Regioni stesse le modalità del finanziamento degli interventi di prevenzione, informazione e monitoraggio dei dati previsti nel PNAS tramite le risorse della legge 125/2001.

In data 2 novembre 2006 il nuovo testo del PNAS, con le nuove proposte di finanziamento, è stato inoltrato alla Segreteria della Conferenza Stato-Regioni, e si sono attivate in merito le relative attività di consultazione regionale promosse dalla Commissione Salute per il coordinamento interregionale presso la Regione Toscana.

A seguito di successive consultazioni tra Ministero e Regioni, è stata concordata una nuova versione del Piano che, lasciando invariati i contenuti tecnici relativi alle strategie e alle azioni, definisce ulteriormente il ruolo del Ministero e delle Regioni nella implementazione del Piano e rimanda la definizione dei relativi finanziamenti a successive intese tra Ministero e Regioni da definirsi in stretta correlazione con le azioni

prioritarie che nell'ambito delle previste strategie del PNAS si deciderà concordemente di intraprendere.

La nuova bozza del PNAS è stata approvata nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 29 marzo 2007, e pubblicata nella G.U. s.g. n. 88 del 16 aprile 2007.

Se ne riporta di seguito una sintesi.

Piano Alcol e Salute
- Sintesi -

Il Piano nazionale Alcol e Salute è stato elaborato dal Ministero della Salute quale specifico documento di indirizzi per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati, in attuazione della legge 125/2001, prendendo atto che il consumo di alcol è ormai riconosciuto come uno degli elementi determinanti per la salute di una popolazione, e che la correlazione tra l'elevato consumo di alcol e l'aumento del rischio di mortalità e morbilità per alcune cause è oggi una evidenza scientifica riconosciuta.

La sua adozione trova riscontro nelle politiche a livello internazionale, in quanto il Piano recepisce i contenuti dei più recenti documenti elaborati in materia alcologica a livello di U.E. e di O.M.S.: il II Piano di Azione europeo per l'alcol dell'O.M.S., la Raccomandazione del Consiglio U.E. sul consumo alcolico di bambini e adolescenti, le Conclusioni del Consiglio dell'U.E. per una strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati.

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) individua alcuni obiettivi prioritari e, in relazione ad essi, otto aree strategiche e azioni da implementare nelle Regioni per la prevenzione e riduzione della mortalità e morbilità alcolcorrelate nel nostro Paese:

1. **Informazione/educazione** (Risultati attesi: nella popolazione generale, maggiore conoscenza e consapevolezza del danno; nei giovani, sviluppo delle abilità necessarie a resistere alle pressioni al bere. Azioni: campagne tramite mass media; collaborazione con la scuola fin dalla materna, con programmi di prevenzione di ampia portata)
2. **Bere e guida** (Risultati attesi: riduzione numero incidenti, morti e feriti, specie tra i giovani. Azioni: collaborazione per i controlli dell'aria espirata nei luoghi del divertimento giovanile e azioni preventive di comunità)
3. **Ambienti e luoghi di lavoro** (Risultati attesi: riduzione di incidenti e violenze sui luoghi di lavoro, soprattutto in quelli a rischio per la sicurezza di terzi. Azioni: collaborazione con imprese e organizzazioni sindacali per educazione alla salute e tempestiva identificazione e trattamento dei soggetti a rischio)
4. **Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcol dipendenza** (Risultati attesi: disponibilità di trattamento accessibili ed efficaci per i singoli e per le famiglie. Azioni: formazione degli operatori della medicina di base per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio e per la attuazione degli interventi brevi; approccio integrato ai problemi, che coinvolga, oltre ai servizi sociosanitari, i medici di medicina generale, i servizi sociali, i gruppi di autoaiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate)
5. **Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione** (Risultati attesi: maggiore responsabilizzazione e disponibilità alla collaborazione da parte del mondo della produzione e distribuzione, soprattutto per il rispetto dei limiti di età legali per la somministrazione e per il contrasto dell'accesso dei giovani alle bevande alcoliche; riduzione degli incidenti alcolcorrelati all'uscita degli ambienti dove si beve. Azioni: monitoraggio permanente per la stima dell'impatto dell'alcol sulla salute e per la valutazione dei costi relativi, nonché per

valutare l' affidabilità delle politiche sociali ed economiche relative all'industria degli alcolici; programmi di formazione per accrescere il senso di responsabilità personale, etica e legale degli addetti alla vendita e somministrazione)

6. **Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol** (Risultati attesi: incremento delle azioni di comunità finalizzate alla riduzione dei diversi problemi alcolcorrelati; maggiore sensibilità ai problemi da parte delle diverse istituzioni locali. Azioni: assicurare agli operatori del settore non sanitario, quale quello educativo, sociale e giudiziario, un training professionale in campo alcolologico, che favorisca un effettivo approccio multisettoriale ai problemi; promozione di programmi socio-sanitari che rafforzino la mobilitazione della comunità e lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati)
7. **Potenzialità delle Organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto** (Risultati attesi: incremento del sostegno alle organizzazioni che promuovono iniziative di prevenzione o riduzione del danno alcolcorrelato. Azioni: supporto alle organizzazioni che operano non solo a livello professionale ma anche a livello di azione civile e che possono collaborare a migliorare l'informazione e a sostenere lo sviluppo di politiche efficaci)
8. **Monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto** (Risultati attesi: implementazione di un sistema informativo e di monitoraggio/sorveglianza sul consumo di alcol e sui modelli comportamentali connessi, sui danni alcolcorrelati e sulle politiche alcolologiche realizzate a livello regionale e locale. Azioni: creazione, in collaborazione con tutte le Regioni, di una rete che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, del danno alcolcorrelato e dell'efficacia degli interventi adottati).

Metodologia

Le azioni strategiche del PNAS saranno implementate dalle Regioni e coinvolgeranno varie strutture e soggetti del sistema sanitario nazionale quali i Servizi alcolologici organizzati secondo i vari modelli regionali, i Dipartimenti delle Dipendenze, i Dipartimenti di Salute mentale, i Medici di Medicina generale, le Aziende ospedaliere ed universitarie, le Associazioni di mutuo aiuto e di volontariato. Saranno altresì coinvolti, per quanto possibile, altre strutture, istituzioni e soggetti non sanitari che possono influire sulla popolazione target del PNAS, quali le scuole di ogni ordine e grado, le organizzazioni ricreative e dello sport di interesse per i giovani, i centri ricreativi per gli anziani, i consultori materno infantili, le imprese e le organizzazioni sindacali, le istituzioni giudiziarie e di polizia, il mondo della produzione e della distribuzione delle bevande alcoliche.

Le attività del PNAS prevedono l'attivazione e la standardizzazione di adeguati flussi informativi e/o sistemi di sorveglianza riguardo alla prevalenza dei fenomeni interessati, con particolare riferimento ai più nuovi e pericolosi, anche tramite indagini periodiche sulla frequenza dei fattori di rischio comportamentali.

Collaborazione interistituzionale

Le Regioni attivano un Gruppo tecnico interregionale sulle problematiche alcolcorrelate, individuando una Regione capofila.

Viene definito un gruppo tecnico congiunto (sottocomitato CCM e sottocommissione "Alcol" delle Regioni) per affrontare prioritariamente i seguenti argomenti:

- a. nuovi criteri di monitoraggio dei dati con individuazione degli indicatori, tenendo conto che questi dovranno essere funzionali alla predisposizione della Relazione al Parlamento prevista dalla legge 125/2001;
- b. individuazione delle azioni prioritarie rivolte alla protezione ed alla promozione della salute.

Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano si raccordano, tramite i propri referenti, per:

1. Implementare le azioni del PNAS a livello territoriale.

2. *Sviluppare e incrementare un sistema informativo integrato, concordando metodi e strumenti di rilevazione, definizione dei fenomeni da rilevare, strumenti di misura, linee guida e training per il personale reclutato.*
3. *Individuare ed estendere la pratica delle buone prassi a tutti i servizi deputati alla prevenzione, al trattamento e alla riabilitazione dei soggetti che presentano problematiche alcolcorrelate.*
4. *Realizzare interventi di formazione degli operatori ai vari livelli, finalizzate a migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione, la capacità di rilevazione e valutazione e le competenze necessarie per collaborare, operare e comunicare in rete.*
5. *Raccordare le azioni con le iniziative e i progetti nazionali e interregionali già in corso o da attuare, e in particolare per definire nel Piano Nazionale della Prevenzione percorsi in materia di protezione e promozione della salute particolarmente orientati all'alcol, agli stili di vita, alle life skill, alla peer education.*
6. *Stabilire modalità omogenee per la redazione di una relazione annuale circa le azioni implementate a livello di ciascuna Regione e Provincia Autonoma.*
7. *Valutare le attività realizzate.*
8. *Confermare o rimodulare, sulla base dei feedback ottenuti, le azioni condivise.*

Il Piano Nazionale Alcol e Salute ha valenza triennale a partire dal 1 gennaio 2007 al 31 dicembre 2009.

Risorse economiche

Nell'ambito delle strategie ed azioni contemplate nel Piano Alcol e Salute, il Ministero della Salute identifica, d'intesa con le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, una o più azioni prioritarie che verranno sviluppate nei singoli territori.

Il Ministero della Salute, nell'ambito delle risorse annuali ad esso assegnate ai sensi della legge 125/2001 art.3 comma 1 lettera c) per l'attuazione delle azioni, trasferisce la quota da destinare alle Regioni.

Il Ministero della Salute contribuisce con un apposito finanziamento alle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano all'attuazione di azioni di informazione e prevenzione concordate tra il Ministero e le Regioni e Province Autonome.

Le azioni previste avranno durata triennale e la loro realizzazione avverrà sulla base di un adeguato trasferimento di risorse per il triennio.

Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano a tal fine si impegnano a relazionare al Ministero sulle attività di monitoraggio, di prevenzione e di informazione realizzate sulla base delle indicazioni e degli strumenti di valutazione concordati con il Ministero attraverso il gruppo tecnico interistituzionale.

Alle Regioni che non avranno presentato la relazione annuale, o la presenteranno oltre le scadenze stabilite, non saranno ripartite le quote di competenza, il cui importo complessivo confluirà nel fondo stanziato a favore di tutte le Regioni per gli anni successivi.

Il Programma “Guadagnare salute- Rendere più facili le scelte salutari”

Il programma "Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari" è un "programma quadro" governativo di iniziative, azioni, alleanze e comunicazione, finalizzato a promuovere, in modo globale e intersettoriale, gli stili di vita salutari che possono contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche e far guadagnare anni di vita in salute ai cittadini.

Obiettivo specifico del programma è quello di rendere più facile per i cittadini la scelta degli stili di vita salutari.

Il programma, presentato dal Ministro della Salute e frutto del confronto con ben nove ministeri interessati, è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007 e approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 29 marzo 2007.

Esso prevede la proposta di alleanze con ministeri, mondo della scuola e del lavoro, mondo delle aziende alimentari, rivenditori di tabacchi, produttori di bevande alcoliche, grandi catene di ristorazione, e altri attori delle varie filiere che possono utilmente intervenire per la prevenzione di quattro grandi fattori di rischio (sedentarietà, scorretta alimentazione, fumo, abuso di alcol), per consentire al Paese di guadagnare salute aiutando contestualmente la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale sia in termini economici che di efficacia dei propri interventi.

Si riporta di seguito il paragrafo del programma relativo all'abuso di alcol.

“Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol”

Strategie e ipotesi di intervento

1 Ridurre la disponibilità di bevande alcoliche nell'ambiente di vita e di lavoro e lungo le principali arterie stradali

- Favorire la limitazione del consumo di bevande alcoliche in tutti i luoghi di lavoro e controllare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro a rischio, individuati ai sensi della legge 30 marzo 2001 n.125.
- Definire categorie di ambienti e locali obbligatoriamente “alcol free” (strutture sanitarie, uffici pubblici, stadi, scuole).

2 Favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche

- Incoraggiare e incentivare i produttori di bevande alcoliche a incrementare la ricerca finalizzata alla produzione di bevande a minore gradazione alcolica, nel rispetto della qualità, e assicurando su questi prodotti una corretta informazione.

3 Informare correttamente i consumatori

- Combattere l'abuso di bevande alcoliche non solo attraverso la veicolazione di messaggi di tipo sanitario e sociale, ma anche attraverso adeguate campagne di educazione sul “saper bere”, diffondendo una profonda, solida e motivata consapevolezza su consumo responsabile del vino e salute. Infatti il vino non solo rappresenta un elemento importante del nostro patrimonio agroalimentare e contribuisce alla tutela e alla valorizzazione del territorio, ma è anche un elemento caratterizzante della dieta mediterranea.
- Adeguare l'etichettatura delle bevande alcoliche alle esigenze di protezione del consumatore, studiando e proponendo misure per inserire nella etichettatura delle bevande almeno una avvertenza semplice, in particolare per alcune categorie a rischio quali donne in gravidanza, persone alla guida, assuntori di particolari farmaci e giovani.
- Monitorare e controllare il rispetto della legge 125/2001 art. 13 in materia di pubblicità delle bevande alcoliche, con particolare riferimento al disposto in materia di protezione dei minori; studiare, al riguardo, divieti di pubblicità diretta e indiretta in occasione di eventi sportivi.

4 Evitare gli incidenti stradali alcolcorrelati

- Aumentare su tutto il territorio nazionale il numero e la frequenza dei controlli sul tasso alcolemico condotti su base casuale, preliminarmente agli opportuni accertamenti di valenza medico-legale, in modo che ogni conducente abbia la probabilità statistica di essere testato secondo le migliori pratiche almeno una volta ogni tre anni.

- *Monitorare la frequenza e i risultati dei controlli e analizzare i relativi dati, per acquisire e diffondere conoscenze utili ai fini di una puntuale azione preventiva o per valutare l'opportunità di ulteriori misure normative (quali ad esempio l'abbassamento del tasso alcolemico per i conducenti principianti o per chi guida veicoli particolarmente a rischio).*
- *Accrescere la visibilità dei controlli sul tasso alcolemico, per amplificarne le finalità preventive. Questo obiettivo potrebbe essere raggiunto anche rendendo note le eventualità di controlli in alcuni luoghi e ambienti strategici, quali quelli del divertimento giovanile a rischio di abuso alcolico; o attivando una collaborazione fra istituzioni interessate per organizzare ad hoc specifiche azioni di comunità.*
- *Introdurre l'obbligatorietà di corsi di informazione/educazione a pagamento, preliminari alla restituzione della patente a soggetti individuati con tasso di alcolemia illegale.*
- *Favorire la disponibilità e/o gratuità di dispositivi per l'automisurazione del tasso alcolemico.*
- *Diminuire le occasioni di consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani e degli utenti della strada, estendendo alle 24 ore il divieto di somministrazione di superalcolici attualmente vigente nelle stazioni di servizio autostradali (ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125 art. 14).*
- *Introdurre l'obbligo di una adeguata trattazione del rischio alcol-correlato nei programmi di informazione/formazione delle Scuole Guida.*
- *Sollecitare ed esortare i medici di famiglia ad una maggiore informazione nei confronti degli assistiti circa i rischi della guida in stato di ebbrezza alcolica ed i rischi di interazione e sinergia dell'alcol con i farmaci.*

5 Rafforzare gli interventi di prevenzione primaria e secondaria nella medicina di base

- *Provvedere alla sensibilizzazione e formazione degli operatori della medicina di base, e in particolare dei Medici di Medicina Generale, per consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counseling nei confronti del consumo alcolico nocivo. A tale fine dovrebbero essere sostenute nuove e adeguate strategie contrattuali e stanziare risorse finanziarie che consentano la più ampia disponibilità, accessibilità e produttività degli operatori e dei servizi di base in merito ai suddetti interventi.*
- *Favorire un approccio integrato che coinvolga nella individuazione precoce dei casi di abuso, oltre ai servizi e agli operatori sanitari, anche i servizi sociali, i gruppi di auto-aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate.*

6 Trovare alleanze con il mondo del lavoro

- *Utilizzare i luoghi di lavoro quale ambiente particolarmente adeguato, data l'alta e stabile concentrazione di persone di varia identità socio demografica, per la realizzazione di azioni di prevenzione fondate sull'informazione, l'educazione e la tempestiva identificazione o autoidentificazione dei soggetti a rischio, anche in collaborazione, date le implicazioni dell'abuso di alcol sulla produttività lavorativa, col mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali.*
- *Implementare azioni di prevenzione ad hoc nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e la sicurezza di terzi individuati ai sensi della legge 125/2001 art. 15, per supportare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche sancito dalla stessa legge. Sarebbe opportuno attivare in merito la collaborazione del mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le Amministrazioni regionali del Lavoro e nell'ambito di quanto previsto anche dalle normative sulla sicurezza.*
- *Favorire l'ingresso dei lavoratori con problemi alcol-correlati che ne facciano richiesta, nel pieno rispetto della privacy, in programmi di trattamento per la disassuefazione resi disponibili presso le strutture sanitarie pubbliche o, in alternativa, in specifici programmi privati di trattamento attivati con il contributo economico dei datori di lavoro, prevedendo agevolazioni fiscali o di altro tipo per questi ultimi.*

7 Proteggere i minori dal danno alcolcorrelato

- Realizzare interventi finalizzati a ritardare l'età del primo approccio con le bevande alcoliche, ridurre il livello dei consumi giovanili, contenere i comportamenti a rischio quali il binge drinking e le ubriacature:

- a. campagne educazionali rivolte alla popolazione adulta, genitori ed educatori, focalizzate sulla necessità di informare sugli specifici danni che l'alcol causa ai minori e trasmettere ad essi un corretto orientamento nei confronti delle bevande alcoliche;

- b. interventi educativi nelle scuole, secondo programmi validati sul piano dell'efficacia, per lo sviluppo nei bambini e nei ragazzi delle abilità necessarie a fare scelte a favore della salute e resistere alle pressioni al bere;

- c. sensibilizzazione e formazione ad hoc per le categorie di lavoratori addetti alla distribuzione e vendita delle bevande alcoliche, per accrescere l'impegno al rispetto della vigente normativa sul divieto di somministrazione ai minori di 16 anni e il senso di responsabilità nei confronti del bere giovanile.

- Adottare il divieto di somministrazione di bevande alcoliche ai minori

8 Formare gli operatori

- Assicurare che i corsi di studio di qualsiasi livello destinati alla formazione del personale sanitario e sociosanitario contemplino un insegnamento relativo alla prevenzione delle patologie correlate a fattori di rischio comportamentali, con specifica trattazione anche dei problemi alcol-correlati.

- Favorire la modifica degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni mediche, sanitarie, sociali e psicologiche, ai fini di diffondere e migliorare la preparazione professionale in campo alcologico, secondo le previsioni della legge 125/2001 art. 5.

	Ministero Salute	Ministero della Famiglia	Ministero Pubblica Istruzione Università Scuole	Ministero Economia	Ministero Interno Prefetture Forze di Polizia	Ministero Trasporti Scuole Guida	Governo	Produttori Gestori di pubblici esercizi	Regioni ASL MMG	Comuni	Responsabili personale settore privato e pubblico
Ridurre disponi- bilità di bevande alcoliche in ambiente di vita e lavoro				■	■	■	■	■		■	■
Favorire conten- nimenti della quantità di alcol nelle bevande alcoliche				■			■	■			
Sostenere la prevenzione con adeguata politica dei prezzi				■			■	■			
Informare correttamente i consumatori					■		■			■	
Evitare gli incidenti stradali alcol-correlati				■	■	■	■	■	■	■	
Rafforzare gli interventi di prevenzione in Medicina Generale	■								■		
Trovare alleanze con il mondo del lavoro	■	■			■				■	■	■
Proteggere i minori dal danno alcol-correlato	■	■	■		■		■	■	■	■	
Formare gli operatori	■		■						■		

		Ministero Sanita'	Altri Ministeri ed Enti nazionali	Regioni, ASL ed Enti locali	Privati (produttori, gestori, rivenditori, ecc.)	Societa' Scientifiche e Associazioni
28	Ridurre la disponibilita' di bevande alcoliche nell'ambiente di vita e di lavoro lungo le principali arterie stradali	• Definire nuove categorie di ambienti e locali obbligatoriamente alcol free		• Favorire la limitazione del consumo di bevande alcoliche in tutti i luoghi di lavoro		
	Favorire il contenimento della quantita' di alcol nelle bevande alcoliche				• Incentivare la ricerca finalizzata alla produzione di bevande a minore gradazione alcolica	
		Ministero della Sanita'				

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

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

In relazione all'utilizzo delle risorse relative all'anno 2005 per le attività di monitoraggio, il Ministero della Salute ha presentato alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, per il previsto parere ai sensi del decreto legislativo 281/97, una proposta di riparto secondo la tabella sottoindicata, approvata nella seduta del 26 gennaio 2006.

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

RIPARTO DEI FONDI PER IL MONITORAGGIO DEI DATI ALCOLOGICI	
-ANNO 2005-	
REGIONI E PROV. AUT.	QUOTA DI RIPARTO (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

Contestualmente all'approvazione del riparto, Regioni e Ministero hanno concordato di avviare un confronto per la definizione di nuovi criteri ed indicatori per le future attività di monitoraggio da realizzare con le risorse finanziarie ex legge 125/2001 relative all'anno 2005 e seguenti.