

La spesa farmaceutica complessiva

La spesa farmaceutica complessiva (convenzionata e non convenzionata), per i farmaci utilizzati per la cura della dipendenza da alcol, è stimata per l'anno 2006 in circa 5,7 ml di Euro, ed ha evidenziato un aumento del 18,4 % rispetto all'anno 2005. La quasi totalità dell'erogazione di questi farmaci avviene all'interno delle strutture ospedaliere o attraverso la distribuzione da parte delle farmacie ospedaliere; la spesa farmaceutica non convenzionata rappresenta infatti il 92% della spesa complessiva sostenuta per questa classe di farmaci (tab. 5).

**Tabella 5 Spesa farmaceutica totale (convenzionata+non convenzionata)
per i farmaci per la cura della dipendenza da alcol**

Anno	Spesa convenzionata	Spesa non convenzionata	Spesa totale	% conv.	% non conv.
2005	512.629	4.265.283	4.777.912	10,7%	89,3%
2006	450.715	5.207.453	5.658.169	8,0%	92,0%

4. Le attività della Consulta nazionale sull'alcol e i problemi alcolcorrelati presso il Ministero della Solidarietà Sociale

La Consulta nazionale sull'alcol prevista dall'art. 4 della legge 125/2001 è stata regolamentata con DM 3 giugno 2004 n. 199 e si è per la prima volta riunita il giorno 14 dicembre 2004.

Per favorire il contributo della Consulta alla redazione della Relazione al Parlamento, secondo le previsioni dell' art. 4 comma 5 a) della legge 125/2001, il Ministero della Salute ha invitato le Regioni ad inoltrare anche alla Consulta le relazioni annualmente inviate al Ministero ai fini della redazione della Relazione medesima.

L'organizzazione dei lavori della Consulta nel corso del 2005 ha previsto il funzionamento di n. 4 gruppi di lavoro.

Tutti i documenti prodotti dai singoli gruppi di lavoro sono stati oggetto di discussione e valutazione nel corso di riunioni plenarie della Consulta e, una volta emendati, sono stati approvati all'unanimità e trasmessi ai Ministri competenti.

La documentazione di interesse del Ministero della Salute è stata inviata allo stesso con nota del 14 giugno 2006.

Si riporta di seguito una sintesi dei documenti pervenuti prodotti dai suddetti quattro gruppi di lavoro.

ATTIVITA', PARERI E PROPOSTE DELLA CONSULTA NAZIONALE ALCOL RAPPORTO ANNI 2005- 2006

GRUPPO DI LAVORO "MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLE DOCUMENTAZIONI NAZIONALI, EUROPEE ED INTERNAZIONALI PERTINENTI AGLI AMBITI E ALLE COMPETENZE DELLA CONSULTA NAZIONALE ALCOL".

Svolgimento delle attività del Gruppo di lavoro

Il Gruppo di Lavoro "Monitoraggio e valutazione delle documentazioni nazionali, europee ed internazionali pertinenti agli ambiti e alle competenze della Consulta Nazionale Alcol" ha esaminato una serie di documenti attualmente disponibili riguardanti gli ambiti di competenza richiamati nella Legge 125/2001, selezionando quelli più idonei e coerenti a fornire un contributo di valenza sociale e sanitaria utile al perseguimento di norme, iniziative, strategie ed attività finalizzate alla prevenzione, cura e reinserimento sociale degli alcolodipendenti. Il gruppo di Lavoro ha individuato alcuni punti prioritari che emergono a livello europeo ed internazionale e che in termini di obiettivi appare indispensabile perseguire nel breve e medio termine, quale contributo al raggiungimento delle finalità poste dalla 125/2001.

Documentazioni di riferimento

Il gruppo di lavoro ha esaminato i documenti OMS, EU e Nazionali prodotti nel periodo 2000-2005 selezionando il seguente nucleo di riferimento:

OMS

Risoluzione WHO/EUR/RC49/R8: approvazione della terza fase dell'European Alcohol Action Plan (2002-2005); Health21, Salute 21, target 12.2, OMS 2000; Risoluzione WHO/EUR/RC51/R4: adozione della Declaration on Young People and Alcohol nel corso della WHO Ministerial Conference on Young People and Alcohol in Stoccolma, 2001; HEN (Rete di evidenze per la salute), OMS 2004; Risoluzione 55° Comitato Regionale OMS, Framework for Alcohol Policy in the European Region (FAP), 2005; Documento Framework for Alcohol Policy in the European Region (FAP), OMS 2005-2010 e background documentation; Risoluzione WHA58.26 dell'Assemblea Mondiale della Sanità "Public health problems caused by harmful use of alcohol", 2005.

EU

Raccomandazione del Consiglio d'Europa sul bere di Giovani e Adolescenti, 2001; Comunicazione della Commissione sulla Strategia Europea sull'alcol, 2001; Studio ESPAD, 2003; Eurobarometer, Commissione Europea, 2004.

NAZIONALI

Relazioni del Ministro della Salute al Parlamento ai sensi della legge 125/2001, anni 2004 e 2005; Rilevazione periodica del Ministero della Salute 2001, 2002 e 2003 delle attività nel settore dell'alcoldipendenza.

A partire dalla strategia Health 21 e attraverso la seconda e terza fase del Piano d'Azione Europeo sull'Alcol (EAAP), l'OMS sollecita la riduzione dei consumi di alcol a livello di popolazione e sottolinea l'urgenza di ridurre a zero il consumo di alcol al di sotto dei 15 anni d'età. Le evidenze disponibili relative alle misure che presentano il più vantaggioso rapporto costo/beneficio sono state oggetto di continui aggiornamenti e inglobate nella Framework for Alcohol Policy e recepiscono le indicazioni della Rete di Evidenza per la Salute WHO (HEN) del 2004 e di gran parte delle pubblicazioni scientifiche che hanno costituito la background documentation presentata e approvata, nel corso del Comitato Regionale OMS del settembre 2005, dai 52 Ministri della Salute della Regione Europea dell'OMS. Ai fini della prevenzione dei problemi alcolcorrelati a livello di popolazione l'OMS suggerisce una politica basata su un mix di misure, tra le quali:

a) aumento del prezzo delle bevande alcoliche attraverso aumento della tassazione
b) limitazione di orario e giorni di apertura degli esercizi che vendono alcolici
c) controllo (limitazione) del numero degli esercizi che vendono alcolici
d) innalzamento dell'età minima legale di accesso all'alcol (vendita/acquisto e somministrazione)
e) interventi su alcol e guida (check-points per misurazione tramite etilometro dell'alcol consumato, abbassamento dell'alcolemia consentita alla guida, misure differenziali per i guidatori principianti, programmi di intervento breve sui bevitori problematici)
f) interventi sulla regolamentazione della pubblicità e sulle modalità di marketing
g) interventi e campagne di educazione, informazione e sensibilizzazione, governativi, indipendenti, di lungo termine e combinati con strategie di continuità e coinvolgimento a livello familiare.

La FAP WHO 2005 dedica un intero paragrafo alle "alcohol-free situations", alle circostanze o occasioni o periodi della vita in cui è appropriato evitare completamente l'uso di alcol. Tra le situazioni elencate quelle relative alla sicurezza stradale, alla sicurezza nei luoghi di lavoro, alla gravidanza, all'età infantile ed adolescenziale, ai luoghi deputati allo sport, agli eventi musicali o comunque di aggregazione giovanile sono quelli per cui esistono evidenze di necessità di intervento ai fini della sicurezza e della salute. La FAP WHO 2005 sollecita, inoltre, la realizzazione di una giornata nazionale di prevenzione (focus day on preventing alcohol-related problems) in combinazione con interventi di medio-lungo termine quale strumento integrativo e di supporto alla realizzazione di opzioni preventive collegate alle politiche alcolologiche nazionali. Infine si sollecita il sostegno alla realizzazione di progetti o programmi di ricerca finanziata e studi capaci di sostenere, attraverso i risultati, politiche sull'alcol basate sull'evidenza epidemiologica, sociale e culturale nazionali. Le aree di intervento sollecitate dalla FAP WHO del 2005 sono le dieci aree di azione dell'EAAP 2002-2005 (terza fase) e già parzialmente ricomprese nel Piano Nazionale Alcol e Salute del Ministero della Salute.

Proposte

L'analisi della documentazione richiama esplicitamente l'adozione di una serie di possibili misure volte a favorire in Italia "la prevenzione, la cura ed il reinserimento sociale degli alcolodipendenti" come da art.1 della Legge 125/2001. Poiché le finalità richiamate dall'art 2 della Legge (Finalità) si ispirano a ben definiti ambiti di intervento, appare adeguato richiamarsi alle cinque finalità di cui al comma a) ed e) del citato articolo, dando per acquisita la validità e l'efficacia delle indicazioni esaminate nelle documentazioni ufficiali già, peraltro, formalmente sottoscritte a livello governativo.

Ovviamente esulava dalle competenze del Gruppo indicare azioni per tutte le aree di possibile intervento, ma dodici priorità sono state individuate ed è a queste che le proposte si sono indirizzate in concreto focalizzandosi prioritariamente sui gruppi più vulnerabili all'alcol e al rischio alcolcorrelato: i bambini,

i giovani, le donne. L'analisi epidemiologica e l'allarme sociale sollecitano un rafforzamento della tutela della salute e della sicurezza dei giovani, in particolare di quelli al di sotto dei sedici anni; attualmente le norme vietano ai minori di anni 16 la somministrazione di alcolici, ma non proibiscono la vendita che è largamente consentita (circa 800.000 under-aged all'anno dichiarano di consumare bevande alcoliche secondo dati dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS).

- a) Una prima proposta è quindi quella di introdurre il divieto di vendita, oltre che di somministrazione, di alcolici ai giovani al di sotto dell'età legale.*
- b) Una seconda proposta, peraltro già considerata dalla futura Community Strategy on Alcohol a livello EU, e coerente con la tendenza europea di armonizzare ovunque a 18 anni l'età minima, riguarda l'innalzamento dell'età dagli attuali 16 anni ai 18 anni, accompagnando tali modifiche con un adeguato rafforzamento dei controlli e applicazione delle relative sanzioni a carico degli esercenti che violino tali norme.*
- c) Sempre nell'ottica della protezione dei giovani dalle pressioni al bere che ne determinano la precocità e quindi l'incremento del rischio nell'età adulta, occorre rafforzare le misure relative alle modalità di marketing e di pubblicità che promuovono l'alcol, inclusa la sponsorizzazione di eventi che richiamano i giovani.*
- d) Al di là di ulteriori e possibili revisioni del codice di autoregolamentazione (e di cui si discute a livello europeo) sarebbe opportuno proporre la creazione di un fondo da destinare alla ricerca e alla prevenzione, garantito da adeguate forme di prelievo. Un fondo di prevenzione specifico è stato creato negli anni trascorsi per il fumo attraverso una maggiore tassazione delle sigarette; tale opzione sarebbe comunque da tenere in stretta considerazione.*
- e) Una priorità costante e riemergente è quella relativa ad alcol e guida. Tra le proposte che è realistico avanzare ci sono quelle relative alle esperienze già in atto in altre nazioni europee e relative alla dotazione di check-points per misurazione tramite etilometro dell'alcol consumato nei locali frequentati in particolare dai giovani, e l'abbassamento dell'alcolemia consentita alla guida con misure differenziali per i guidatori principianti, più giovani e quindi più inesperti.*
- f) Sempre in tale ottica sarebbe da modificare la norma relativa al divieto di vendita di superalcolici sulle autostrade nelle ore notturne sostituendola con un divieto di vendita di tutte le bevande alcoliche.*
- g) Per la sensibilizzazione, in particolare dei giovani, sugli effetti dell'alcol, si propone un programma di promozione della salute riguardante l'alcol ed i problemi alcolcorrelati nei contesti scolastici. I programmi, differenziati per fascia di età, dovrebbero favorire l'incremento delle abilità e della capacità critica dei giovani attraverso il sostegno degli insegnanti, dei gruppi di pari e, in continuità, dei genitori.*
- h) Programmi specifici di prevenzione, di identificazione precoce di abuso alcolico e di intervento breve andrebbero previsti per tutti i luoghi di lavoro, rafforzando altresì i controlli per tutte le categorie a maggior rischio indicate dalle normative vigenti.*
- i) L'informazione e la sensibilizzazione su alcol e giovani, alcol e donna, alcol e gravidanza sono da considerarsi prioritarie e da proporre in maniera sistematica attraverso iniziative costanti e di medio-lungo termine.*
- l) Dato il contributo "essenziale" delle associazioni di volontariato basate sul mutuo-aiuto, è opportuno sollecitare la individuazione delle modalità atte a garantire sia a livello nazionale (per le associazioni di coordinamento) sia a livello regionale e locale, il necessario sostegno alla loro attività ordinaria.*
- m) Relativamente alla ricerca, il Piano Nazionale Alcol e Salute, che recepisce le indicazioni emergenti dalla Relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute sullo stato di implementazione della 125/2001, considera solo parzialmente tali aree che dovrebbero pertanto esser riconsiderate nella loro integralità ricomprendendo, quindi, ad esempio, anche le aree relative alla ricerca (comma e) della 125/2001 e alla formazione e aggiornamento del personale che si occupa di problemi alcolcorrelati.*
- n) Riguardo alla formazione, sarebbe opportuno prevedere un programma di formazione e l'integrazione di attività specifiche riguardanti l'identificazione precoce e l'intervento breve secondo lo standard europeo OMS e EU (Phepa) nei setting di medicina generale ed in quelli socio-sanitari di prevenzione ed assistenza.*

GRUPPO DI LAVORO "DEFINIZIONE DEI CRITERI DI MONITORAGGIO SUI PROBLEMI ALCOL CORRELATI: RILEVAZIONE DELL'ESISTENTE E DEI BISOGNI DI LIVELLO NAZIONALE E REGIONALE"

L'articolo 4 della Legge 125/2001, comma 5, lettera a, definisce gli incarichi della Consulta tra i quali emerge quello di collaborare "nella predisposizione della relazione prevista dall'articolo 8, esaminando, a tal fine, i dati risultanti dal monitoraggio effettuato ai sensi dell'articolo 3, comma 1, lettera c), delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano". La Consulta perciò ha tra le sue finalità oltre al compito consultivo di cui all'art. 3 comma 1 anche quella di formulare proposte su "i criteri per il monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcol correlati" e di garantire "l'elaborazione e la diffusione degli stessi a livello regionale e nazionale" (Legge 125/2001, articolo 3, comma 1, lettera c). La Consulta nazionale sull'alcol, attraverso l'attività del presente Gruppo di Lavoro, ha valutato le esigenze relative alla attivazione di un monitoraggio valido e costante che a partire dalle singole Regioni permetta di avere un quadro nazionale del fenomeno dei problemi e patologie alcol correlate e che metta in rete tutti coloro che lavorano in questo settore: Servizi del SSN, Servizi privati, Equipes o centri alcologici, Associazioni di volontariato e di auto-mutuo aiuto, Municipalità. Alla luce delle informazioni disponibili e delle attività già in atto a cura degli organismi competenti, emerge la necessità di integrare e rinnovare l'attuale Sistema Informativo attraverso informazioni relative all'uso di alcol e ai problemi alcol correlati che abbiano come principale finalità quella di colmare quelle aree che attualmente risultano ancora carenti o mal definite e di dotare il nuovo Sistema Informativo di un set di indicatori. Tale sistema dovrebbe avvalersi di strumenti standardizzati, di indicatori e relative tecniche di rilevazione, capaci di garantire una conoscenza dettagliata dei fenomeni di interesse, misurandone i cambiamenti, fornendo una descrizione sintetica di una condizione o di un fenomeno. E' opportuno che idonei criteri di selezione per gli indicatori vengano adottati e perseguiti, tra i quali:

- o Validità (la capacità di misurare un fenomeno)*
- o Sensibilità (la capacità di misurare i cambiamenti nel tempo)*
- o Comparabilità (la standardizzazione ed omogeneità degli indicatori)*
- o Periodicità (la regolarità almeno annuale della rilevazione)*
- o Consistenza dei dati generati attraverso l'indicatore selezionato*
- o Precisione e disponibilità (utilizzo/non utilizzo dell'indicatore).*

Nell'attuazione del sistema di monitoraggio si dovrebbero prevedere fasi dedicate a:

a) Definire le aree di indagine ; b) Definire il livello di dettaglio informativo secondo le particolari necessità ; c) Definire gli indicatori occorrenti per il monitoraggio e concordare i criteri di selezione degli indicatori stessi; d) Definire indicatori di primo livello per ognuna delle aree da integrare con quelli di secondo livello che permettono una migliore descrizione del fenomeno in oggetto; e) Definire e concordare i criteri per il campionamento in modo da rappresentare statisticamente il livello territoriale; f) Definire e attuare le procedure e le metodologie di rilevazione; g) Produrre e pubblicare report informativi.

Tale sistema di monitoraggio presenterebbe il vantaggio di risultare dinamico e flessibile e maggiormente idoneo a rispondere alle esigenze e alle necessità emergenti.

Le finalità

Le finalità del sistema di monitoraggio che la Consulta nazionale sull'alcol ritiene necessarie ed inderogabili, sono:

- Attivare un monitoraggio permanente per la stima dell'impatto dell'alcol sulla salute e per la valutazione dei costi relativi, nonché per valutare l'affidabilità delle politiche sociali ed economiche relative all'industria degli alcolici*
- Creare, attraverso la collaborazione in rete di tutte le Regioni, i Servizi Territoriali, le realtà del volontariato e dell'auto-mutuo aiuto, una rete di Osservatori Regionali sull'Alcol e un sistema informativo di monitoraggio, sorveglianza e valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico nonché degli indicatori del danno alcol correlato e degli interventi adottati*

- Favorire un approccio integrato che coinvolga, oltre ai servizi sanitari, anche i medici di medicina generale, i servizi sociali, i gruppi di auto-aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate
- Costruire un sistema complesso di trattamento accessibile, fruibile, efficace ed efficiente, flessibile e affidabile, basato su evidenze scientifiche e su un'adeguata valutazione dei bisogni.

Gli obiettivi

Gli obiettivi che si possono realizzare grazie alla rete di tutti i diversi enti che si occupano del fenomeno in oggetto sono numerosi :

1. *Istituire un'anagrafe dei servizi pubblici o dei gruppi di lavoro che erogano prestazioni socio-sanitarie in materia di alcol-dipendenza, nonché degli enti del volontariato, del privato sociale o privati che collaborano, a vario titolo, con i servizi socio-sanitari in materia di alcol-dipendenza*
2. *Monitorare i consumi annuali pro-capite di alcol puro delle popolazioni regionali (ISTAT, ad-hoc survey, altre fonti o banche dati) e il cambiamento dei modelli di consumo, come nel caso del fenomeno del binge drinking (il bere per ubriacarsi), attraverso la rilevazione nel numero di episodi di concentrazione del consumo*
3. *Studiare la prevalenza e l'incidenza delle patologie e problematiche alcolcorrelate sulla popolazione nelle varie Regioni partendo dai servizi SSN ed arricchendo ove possibile tali informazioni con quelle che possono rientrare nelle disponibilità delle Prefetture, delle Questure, degli Enti Ausiliari, delle RSA e del mondo del volontariato*
4. *Monitorare il numero di utenti con PPAC, i servizi rilevati (territoriali e ospedalieri, pubblici e privati, convenzionati o accreditati), i gruppi di auto e mutuo aiuto*
5. *Analizzare i costi sanitari (e sociali) del fenomeno e l'impatto sul SSN; stimare i costi, inclusi quelli necessari ad attuare programmi di identificazione precoce e di intervento breve che l'evidenza scientifica identifica come i più efficaci (Progetto PHEPA)*
6. *Valutare accessibilità, fruibilità ed efficacia clinica dei programmi di trattamento e riabilitazione nel sistema pubblico e terzo settore nonché competenze e abilità tecniche del personale*
7. *Realizzare una cartella clinica alcolologica informatizzata sperimentale unica per i servizi alcolologici (si veda il Progetto Ministeriale "Impatto dei problemi alcolcorrelati nella popolazione afferente alle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere: epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi", coordinato da Regione Toscana e Lombardia).*

Gli strumenti

Gli strumenti a disposizione (quali Cartella clinica informatizzata, Scheda di dimissione Ospedaliera, flussi informativi inclusi quelli normativi attuati dal Ministero per la rilevazione periodica legata ai servizi dedicati al recupero degli alcolodipendenti, strumenti di monitoraggio e rilevazione creati ad hoc per realtà specifiche, elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità ed altri strumenti disponibili presso le Regioni, i Servizi e le Associazioni) dovrebbero essere utilmente integrati e rafforzati da uno standard uniforme dettato da linee guida generali da predisporre in funzione delle attività connesse al Sistema di Monitoraggio.

Documenti di riferimento

Sistema attuale di rilevazione alcol Ministero Salute; Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (D.M. 12 dicembre 2001); Legge 125/2001; Piano Nazionale Alcol e Salute del Ministero della Salute.

Proposta

A seguito dell'esame delle fonti normative e delle opportunità che sono oggi disponibili in termini di fonti di dati, di indicatori disponibili e sviluppabili attraverso opportune attività, peraltro già richiamate dal PNAS del Ministero della Salute, e tenuto conto della indispensabilità di un opportuno coordinamento tecnico-scientifico che potrebbe essere svolto dall'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il CCM del Ministero della Salute, si propone che un sistema specifico di monitoraggio sull'alcol venga attivato dal Ministero della Salute in stretta e inderogabile cooperazione con le Regioni secondo le

modalità ed i criteri identificati e sopra esposti, integrati da indicazioni tecniche specifiche che gli organismi e le istituzioni competenti in tema di monitoraggio vorranno apportare, al fine di adeguare l'attuale livello informativo alle esigenze sanitarie e sociali, sia regionali che nazionali, relative alla prevenzione dei problemi alcol-correlati. Il gruppo di lavoro sollecita il coinvolgimento nelle attività di realizzazione del Sistema Informativo e di Monitoraggio sull'Alcol di tutte le istituzioni nazionali e regionali, le organizzazioni, le società scientifiche e il terzo settore che possano contribuire a rendere il Sistema efficace ed adeguato a garantire nel tempo l'implementazione di un sistema orientato a soddisfare le esigenze di tutti gli utenti finali: gli alcolisti e le loro famiglie, i cittadini, i politici, gli operatori sanitari e sociali.

GRUPPO DI LAVORO "FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE CHE SI OCCUPA DEI PROBLEMI ALCOLCORRELATI"

Il gruppo di lavoro ha compiuto una ricognizione della realtà esistente nel panorama nazionale ed ha identificato bisogni formativi e di aggiornamento in maniera differenziata circa le tipologie di operatori in merito ai vari ambiti di prevenzione, trattamento e riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati. Il gruppo di lavoro ha preliminarmente riconosciuto la molteplicità e la differenziazione di obiettivi formativi relativi a vocazioni, competenze e professionalità di varia origine e tipologia come quelle attinenti al campo alcologico. In particolare alcune problematiche sono state identificate e discusse:

- a) la necessità di standard formativi minimi uniformi e di livelli di apprendimento progressivi in corsi che dovrebbero essere omogenei per categoria di personale da formare;
- b) l'esigenza di verificare la validità o la validazione di percorsi formativi già svolti;
- c) la previsione di nuove tipologie di corsi e di titoli universitari, in sostituzione o in aggiunta a quelli esistenti, o anche modificandone l'ordinamento e la durata;
- d) la distinzione tra attività didattiche di base, specialistiche, di perfezionamento scientifico, di alta formazione permanente e ricorrente.

Le attività del gruppo di lavoro si sono concentrate: 1) sulla ricognizione delle realtà esistenti; 2) sull'analisi della documentazione disponibile, in particolare la documentazione della Società Italiana di Alcologia (SIA); 3) sulla discussione sui percorsi formativi e sui titoli preferenziali di accesso alla formazione specialistica alcologica; 4) sulla qualificazione degli operatori già attivi nel settore alcologico; 5) sull'individuazione dei requisiti del corpo docente anche in vista della costituzione di team didattici; 6) sull'armonizzazione della formazione in alcologia a livello europeo; 6) sulla formulazione di proposte operative.

Ricognizione della situazione

L'alcologia non viene affrontata e scarsamente considerata a livello dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia o di vecchio ordinamento in Psicologia o Scienze dell'Educazione, né tanto meno nei diplomi universitari o lauree brevi di vecchio ordinamento nell'area delle professioni sanitarie o di quelle ad indirizzo sociale e pedagogico. Nei corsi di laurea triennale e specialistica, nell'area delle professioni sanitarie e di quelle ad indirizzo sociale e psicologico, è raro l'inserimento dell'alcologia nell'offerta didattica. In tutta Italia risultano attivi solo n. 6 Master in Alcologia (o in materie attinenti con insegnamenti più specificamente dedicati all'area alcologica) in altrettante università (Bari, Cagliari, Firenze, Napoli, Roma LUMSA, Roma Cattolica); di questi, 5 sono di primo livello e istituiti presso Facoltà di Medicina e 1 è di secondo livello, presso una Facoltà di Scienze della Formazione. Sono stati istituiti, in varie sedi universitarie, cicli di Dottorato di Ricerca, di cui alcuni specificamente attivati in area alcologica e altri in materie affini con argomenti attinenti o orientati all'area alcologica. La formazione professionale e l'aggiornamento per gli operatori di alcologia vengono programmati su base regionale dalle ASL, ad opera dei Dipartimenti competenti, usualmente nell'ambito della formazione per operatori delle dipendenze, attraverso l'istituzione di corsi che rilasciano titoli spendibili a livello locale, regionale e nazionale. Parimenti l'aggiornamento e la formazione specialistica in argomenti alcologici per il personale sanitario sono a cura delle istituzioni competenti, anche attraverso corsi ECM. Altre

iniziative formative sono state indirizzate ai medici di Medicina Generale (MMG), ai pediatri, ai medici del lavoro e ad altro personale di primary care. In Italia si sono sviluppati percorsi formativi, ormai consolidati e sperimentati nel tempo, con partenza dal volontariato e dal terzo settore, rivolti sia ai volontari che alla popolazione generale e agli operatori socio-sanitari, in linea con le indicazioni, fornite dall'OMS, relative agli stili di vita e alla promozione della salute, anche in conformità con le basi teorico-applicative degli interventi di auto-mutuo aiuto.

Analisi della documentazione della SIA

Alla luce dell'orientamento proposto in merito alla formazione da parte della Società Italiana di Alcolologia (SIA), il gruppo di lavoro ha manifestato consenso sulla urgenza di richiesta di inserimento delle specifiche competenze alcolologiche nell'ambito di corsi integrati o di attività didattiche opzionali, con un core curriculum e specifici percorsi formativi. E', in tale ottica, irrinunciabile la disponibilità di crediti formativi universitari per tutti i corsi di laurea nell'area sanitaria, sociale e psicologica, e tutti gli sforzi andranno sostenuti al fine di raggiungere per l'alcolologia il riconoscimento, oggi arduo, di disciplina universitaria autonoma, seppure con contenuti transdisciplinari. E' importante aggiungere ai settori scientifico-disciplinari segnalati per l'afferenza della materia (MED/09, MED/22, M-PSI, SP S/07) i settori MED/25 (Psichiatria) e MED/12 (Gastroenterologia) e raggiungere l'equivalenza tra scuole di specializzazione in Alcolologia e Master, la cui promozione va perseguita e stimolata.

Risulta prioritario individuare crediti integrativi e aggiuntivi relativi ad altre discipline (ad esempio in area medica: Neurologia, Medicina Legale, Farmacologia) mentre, dal lato dei bisogni formativi, appare opportuno che, nel settore della Psichiatria, accanto alle problematiche alcolcorrelate di dipendenza, vengano considerate anche quelle, non meno importanti in termini di rilevanza, dei disturbi (acuti e cronici) da uso di alcol e indotti da alcol.

Percorsi formativi e titoli preferenziali di accesso alla formazione specialistica alcolologica

Sono stati identificati, quali titoli preferenziali di accesso a corsi di perfezionamento e di Master, nonché a dottorati di ricerca che dovessero essere attivati in materia alcolologica, i seguenti titoli di studio:

- *Laurea: Medicina, Psicologia, Biologia, Giurisprudenza, Agraria, corsi di laurea ad indirizzo sociale e pedagogico; la laurea specialistica viene ovviamente privilegiata rispetto a quella triennale;*
- *Specializzazione post-laurea in Medicina: Medicina Interna, Gastroenterologia, Psichiatria, Farmacologia, Igiene, Medicina Legale, Neurologia, etc.*

Qualificazione degli operatori già attivi nel settore alcolologico

La questione della qualificazione degli operatori a vario titolo già attivi nel settore alcolologico investe sia la legittimazione delle figure professionali e dei profili lavorativi, sia l'ingresso, attraverso meccanismi concorsuali, contrattuali o di affidamento di incarico, nell'area sanitaria e socio-assistenziale pubblica e privata di operatori attivi, a livello volontaristico o precario, in campo alcolologico. Il gruppo di lavoro ritiene che, al di là degli adempimenti formali e istituzionali, il personale che prende contatto, a vario titolo e con varia competenza, con problematiche alcolcorrelate, abbia il diritto e il dovere di essere qualificato, in quanto riconosciuto nelle proprie capacità teoriche, tecniche e applicative di approccio a tali problematiche. Il gruppo ha espresso le seguenti considerazioni riguardo ad alcune specifiche questioni:

- *professionalizzazione dei percorsi formativi post-laurea: Master, corsi di perfezionamento e dottorati di ricerca in materia di alcolologia dovrebbero costituire un titolo preferenziale da raccomandare per i criteri di valutazione alle commissioni di concorso. Parimenti l'accesso ai servizi pubblici e alle strutture private, anche attraverso altri meccanismi di ingresso, dovrebbe essere riservato a professionisti qualificati che abbiano seguito percorsi formativi post-laurea;*
- *la formazione e l'aggiornamento continuo per medici e operatori è valutabile attraverso i crediti formativi ottenuti con corsi di perfezionamento, corsi ECM, congressi con ECM, etc. I Master, al pari delle scuole di specializzazione, danno diritto all'esenzione dall'acquisizione dei crediti ECM per il periodo di svolgimento, garantendo altresì l'acquisizione di specifici crediti formativi;*

- nell'ambito del biennio di formazione dei medici di Medicina Generale devono essere previsti spazi di apprendimento dell'alcolologia.

Individuazione dei requisiti dei docenti

I team didattici, in cui il lavoro d'équipe dovrebbe essere garantito da competenze multidisciplinari e multiprofessionali, dovrebbero prevedere il coinvolgimento di docenti in alcolologia la cui esperienza sia documentata attraverso: esperienza nel settore, esperienza didattica, titoli accademici, produzione scientifica, curriculum assistenziale. E' inoltre da riconoscere a chi si è occupato, a livello clinico-scientifico e di ricerca, di alcolologia e ha esercitato la didattica in tale materia, un titolo che lo qualifichi e gli consenta di essere identificato quale Esperto in alcolologia e problematiche alcolcorrelate.

Formazione in alcolologia a livello europeo

Nei paesi europei la formazione in alcolologia resta ancor oggi inadeguata. Nella maggior parte delle università non è stato attivato alcun programma in campo alcolologico nel corso degli studi di medicina (tranne che in Svezia, Spagna, Olanda e Francia) e le tematiche inerenti l'alcolologia vengono trattate in maniera tutt'altro che esaustiva ed omogenea in uno o più dei seguenti corsi a discrezione dei docenti: Psichiatria, Farmacologia, Medicina Interna, Neurologia, Tossicologia, Biochimica e Fisiologia. La formazione post-laurea e continua appare altrettanto frammentaria ed in alcuni paesi viene affidata del tutto o in parte ad istituzioni od organizzazioni esterne all'università. Il gruppo di lavoro ha identificato come buona prassi l'esperienza prodotta dal Gruppo PHEPA recependo il recente documento (2006) su: Alcohol and Primary Health Care – Training Programme on Identification and Brief Interventions, a cura della Comunità Europea nel quadro del Primary Health Care European Project on Alcohol e presente sul sito: <http://www.phepa.net>.

Conclusioni e proposte

Il gruppo di lavoro "Formazione e aggiornamento del personale che si occupa dei problemi alcolcorrelati" ritiene che la cultura delle problematiche alcolcorrelate e in particolare relative all'alcol dipendenza vada diffusa e promossa attraverso i mass media ed i classici canali di comunicazione generale, con un duplice obiettivo: mantenere alto il livello di attenzione su una patologia misconosciuta e rinforzare negli operatori del settore il senso di importanza del loro ruolo terapeutico. Rilevando inoltre le gravi carenze formative in materia alcolologica in Italia, in accordo con l'analisi della SIA e in ottemperanza alla Legge 125/2001, il gruppo di lavoro ha formulato alcune proposte da sottoporre all'attenzione delle autorità e dei Ministri competenti:

- 1) è necessario che i Ministeri competenti, in riferimento a quanto già previsto nell'art. 5 della legge 125/2001, propongano di inserire nozioni alcolologiche nelle varie aree didattiche nei corsi di laurea di primo e secondo livello e di Medicina e sollecitino l'istituzione di corsi integrati e attività elettive. In tale ambito, all'interno di attività didattiche opzionali (ADE), di tipo multidisciplinare, le singole Facoltà dovrebbero inoltre prevedere l'insegnamento delle problematiche alcol-correlate;
- 2) si raccomanda l'istituzione da parte del Ministero dell'Istruzione Universitaria e della Ricerca, nel rispetto dell'ordinamento degli studi universitari, di corsi di laurea di I livello in Alcolologia, nell'ambito della classe delle lauree di area socio-sanitaria;
- 3) è altresì necessario che il Ministero contatti gli Uffici Manifestazioni o i Servizi Formazione Permanente afferenti alle diverse Facoltà interessate all'insegnamento dell'alcolologia (Medicina, Psicologia, Scienze della Formazione, Sociologia, Giurisprudenza, Agraria, etc.), onde censire le specifiche offerte didattiche universitarie post-laurea; ciò avrebbe rilevanza anche ai fini della qualificazione degli operatori già attivi nel settore;
- 4) è necessario che il Ministero promuova, insieme alle Regioni, nell'ambito di una rivalutazione della formazione professionale per gli operatori socio-sanitari, un'attività formativa di I livello sull'alcol e sulle patologie alcol-correlate. È, ancora, necessario riconoscere l'opportunità di una formazione permanente di II livello, al fine di garantire alle équipes alcolologiche già operanti nel campo dell'assistenza la produzione di strategie di intervento appropriate, adeguate e

- presumibilmente efficaci. Titoli preferenziali di ingresso alla formazione permanente possono essere individuati nelle lauree triennali e specialistiche, nelle lauree e nei diplomi dell'area sociosanitaria e psicoeducativa;*
- 5) *si propone al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di promuovere, in accordo con il Coordinamento Centri di Servizio delle Associazioni di Volontariato, identificati e opportunamente valutati i bisogni formativi, un pacchetto di formazione in alcolologia destinato ad operatori del volontariato, del terzo settore e del privato sociale;*
- 6) *sulla base dello standard europeo delineato dal progetto comunitario PHEPA - Primary Health care European Project on Alcohol - e delle esigenze di formazione specifica del personale sanitario operante nel settore di prevenzione primaria, è raccomandabile un'implementazione nazionale e regionale delle attività preventive alcol-correlate attraverso l'attuazione di corsi specifici volti a garantire la formazione dei Medici di Medicina generale e l'aggiornamento continuo. Per tale compito l'Istituto Superiore di Sanità si è già proposto di coordinare e promuovere tali attività in concertazione con le Regioni ed in collaborazione con Società professionali (SIMG) e scientifiche (SIA).*

GRUPPO DI LAVORO "ALCOL E LAVORO"

“

Il Gruppo di lavoro ha preso in esame la proposta di decreto recante “Regolamento concernente l'individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'art 15 della legge 30 marzo 2001, n.125”. Il Gruppo di Lavoro ha accolto, in gran parte, la proposta S.I.A.- A.N.Me.L.P. , con integrazioni sulla base del Progetto Nazionale ministeriale Alcol e Lavoro, per la modifica-integrazione dello schema del decreto stesso, formulando estese motivazioni alle proposte presentate. La riduzione del rischio di problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro è uno degli obiettivi del Piano Nazionale Alcol e Salute. A questo scopo occorre promuovere politiche fondate sull'identificazione precoce del rischio, sull'educazione, la prevenzione e la facile accessibilità, nel pieno rispetto della privacy, a trattamenti integrati ove necessari. Occorre, inoltre, promuovere contestualmente la tutela delle condizioni di sicurezza dei lavoratori e le opportunità di cura per quei lavoratori che risultano affetti da problematiche alcolcorrelate. La finalità generale dell'art 15 della L.125/2001 è chiaramente la prevenzione del rischio infortunistico e la tutela della salute dei lavoratori e di terzi che potrebbero essere esposti a rischi in relazione al consumo altrui di bevande alcoliche (“...ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi legato all'assunzione di alcolici...”). In relazione a questo è necessario tenere presenti due elementi:

- il consumo di alcolici è un fattore o cofattore di rischio, in relazione agli effetti che l'assunzione di alcolici ha sulla vigilanza e l'attenzione ed infine sulle prestazioni psicofisiche del lavoratore;*
- tutte le lavorazioni hanno intrinsecamente un rischio;*
- il consumo di bevande alcoliche rappresenta dunque un rischio aggiuntivo rispetto a quello presente in tutte le lavorazioni.*

Si dovrebbe quindi, da una parte prevedere la valutazione degli effetti dell'assunzione di alcolici sulla “abilità” del lavoratore (in particolare gli effetti sulla attenzione-percezione dei rischi e sugli organi di senso), e dall'altra la valutazione del rischio legato alla lavorazione stessa. Il rischio infortunistico è sempre da intendersi come “Probabilità per il lavoratore di subire, per causa violenta, un danno consistente in una lesione psicofisica derivante eziologicamente dall'attività lavorativa svolta” (UNI - Ente Nazionale Italiano per l'Unificazione - che detta norme tecniche di riferimento, utilizzate peraltro dalla stessa Magistratura). Questa probabilità deriva in primo luogo dall'osservazione epidemiologica degli eventi accaduti. Queste basi appaiono pertanto essenziali per formulare un elenco di lavorazioni rispondente ai dettami della norma ribadendo, comunque, che le indicazioni dell'OMS in merito alla tematica alcol e lavoro riportano esplicitamente il concetto che i luoghi di lavoro dovrebbero comunque essere sempre “alcohol free”. La legge 125/2001 non appare, se non integrata da ulteriori momenti normativi, adeguata ad affrontare il problema infortunistico legato all'assunzione di alcolici negli

ambienti di lavoro, anche se rappresenta uno strumento essenziale alla conoscenza del fenomeno. Ciò sulla base delle seguenti carenze:

1) la sorveglianza sanitaria -ove disposta ex lege- è mirata prevalentemente alla valutazione del rischio di contrarre malattie professionali; perciò casuale, problematica e comunque non prevista è in generale la possibilità di conoscere e intervenire in situazioni a rischio infortunistico connesse all'uso di alcol e a patologie alcolcorrelate. Gli articoli 16 e 17 del D.lgs. 19 settembre 1994 n. 626, che normano l'attività del medico competente, non esplicitano in modo chiaro che in situazioni di rischio per la sicurezza, l'incolumità o la salute di terzi il medico possa porre un giudizio di idoneità od inidoneità;

2) l'altra figura autorizzata dalla legge a effettuare controlli alcolimetrici -il medico del lavoro dei Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro- stando alla norma, non può porre un giudizio di inidoneità, non sembra poter svolgere un ruolo preventivo (non essendo possibile la sua presenza capillare nelle aziende) e neppure sembra poter essere efficace nei casi critici. Tale figura, invece, dovrebbe rappresentare un elemento di riferimento per il medico competente, in collaborazione con le RSU e gli RLS, nell'individuazione del rischio lavorativo alcol correlato e nella costituzione di una rete preventiva efficace, attivando anche la necessaria collaborazione con i Servizi di Alcolologia delle Aziende USL. Il medico del lavoro dei Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro con funzioni di vigilanza, inoltre, avrebbe competenza nel valutare l'idoneità dei lavoratori autonomi, non soggetti a sorveglianza sanitaria, che svolgono le lavorazioni indicate nel decreto applicativo e possono comportare un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi;

3) il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche è esplicitamente limitato al solo "luogo di lavoro" e non vi è previsione alcuna circa il fatto che il lavoratore possa giungere sul posto di lavoro avendo in precedenza assunto alcol. La difficoltà di soluzione insita in tale punto critico della norma non è insignificante: esso sembrerebbe, infatti, indicare l'opportunità di valutare il tasso alcolemico del lavoratore all'ingresso sul luogo di lavoro e se, in linea teorica, parrebbe idonea a prevenire "sul nascere" il concretizzarsi di situazioni di "rischio aggiuntivo" connesse alla performance del soggetto già in quel momento alterata, indurrebbe però a percorrere vie discutibili sotto il profilo della libertà dell'individuo costituzionalmente sancita e impraticabili nel concreto sotto l'aspetto meramente organizzativo. Queste considerazioni si ricollegano al punto precedente, in quanto neppure il riscontro di un'alcolemia elevata rende possibile un giudizio di non idoneità, anche parziale o temporanea, del lavoratore. Sostanzialmente la norma pone il principio della prevenzione sul punto "divieto" dell'assunzione sul luogo di lavoro, non sulla situazione di "condizione" di "soggetto che ha assunto alcolici", condizione che rappresenta il vero fattore di rischio. Mentre, correttamente, il Codice della strada prevede un obbligo che coinvolge la responsabilità di chi si mette alla guida, quello di non trovarsi in condizioni di rischio legate a propri comportamenti, cioè di non bere alcolici se si deve guidare, la L. 125/01 dovrebbe prevedere che i lavoratori con alcolemie che dimostrino l'assunzione di alcolici non siano idonei a svolgere le lavorazioni indicate nell'elenco di cui al decreto applicativo, indipendentemente dal fatto che si sia bevuto a casa o sul posto di lavoro;

4) Le misure di sostegno previste e codificate in tempi e modi sono applicabili esclusivamente ai lavoratori assunti a tempo indeterminato. L'introduzione di una varietà di figure di lavoratori "precari", attraverso la somministrazione di lavoro (ex lavoro interinale), il distacco, il lavoro occasionale, intermittente, ripartito, a tempo parziale, il lavoro a progetto, ecc., coinvolge in misura rilevante l'organizzazione e di conseguenza anche la gestione di problemi e norme connessi alla tutela della sicurezza dei lavoratori. Studi svolti indicano che i così detti "lavoratori temporanei" sono soggetti a maggiore probabilità di infortunio, attribuendo alla temporaneità -o meglio alla "precarietà"- valenza di fattore aggravante del rischio lavorativo. Appare perciò necessario definire con chiarezza ed efficacia sostanziale -e non meramente formale- le modalità di applicazione a tali lavoratori della norma in materia di alcol e patologie alcolcorrelate;

5) appare essenziale che, sulla base del decreto applicativo ex art. 15 della legge 125/2001, nell'ambito della valutazione dei rischi di cui agli articoli 3 e 4 del D.lgs. 19 settembre 1994 n. 626, il datore di lavoro, in collaborazione con il medico competente, gli RLS e le RSU, individui le mansioni che comportano per il lavoratore un elevato rischio di andare incontro a infortuni sul lavoro, ovvero un elevato rischio che lo stesso possa provocare infortuni a terzi, con riferimento ai rischi derivanti da

eventuali situazioni legate a stati patologici psico-fisici dovuti all'assunzione di alcolici. L'informazione e la formazione (prevista al capo IV del del D.lgs. 19 settembre 1994 n. 626) dei lavoratori adibiti alle mansioni di cui al punto 3 dell'art. 15 della legge 125/01, dovrebbe comprendere di conseguenza anche l'informazione sui rischi derivanti da alterazioni del proprio stato di salute, in funzione dell'eventuale consumo di alcolici, e dovrebbe comprendere la formazione relativa ai corretti comportamenti da intraprendere per evitare tali rischi.

Alla luce delle considerazioni esposte sono state formulate indicazioni di adeguamento della proposta di Decreto sottoposta al parere della Consulta, indicazioni formalmente trasmesse alle amministrazioni competenti.

PARERE DELLA CONSULTA SUL “PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE” DEL MINISTERO DELLA SALUTE

La Consulta ha esaminato nel corso del 2005 il Piano Nazionale Alcol predisposto dal Ministero della Salute e le proposte di modifiche richieste dalle Regioni nel corso delle riunioni della Conferenza Stato-Regioni.

La Consulta Nazionale Alcol, esaminato il documento pervenuto dal Ministero, ha espresso un parere favorevole alla proposta di attuazione del Piano Nazionale Alcol e Salute, ritenuto prioritario ai fini dell'applicazione della Legge 125/2001, formulando proposte nel merito di alcuni punti che, a giudizio dei componenti della Consulta, possono contribuire a migliorare l'impatto complessivo dell'articolazione delle attività che il Piano si propone di realizzare a livello nazionale, regionale e locale.

Il documento trasmesso è articolato e non può essere oggetto di sintesi ai fini della presente relazione. E' da menzionare che in relazione alle esigenze complessive del Piano, dopo un ampio dibattito, la Consulta ha ritenuto opportuno raccomandare la realizzazione di una sistema informativo e di monitoraggio e sorveglianza coordinato da un' unica Agenzia indipendente che assicuri competenze ed esperienze in materia. A tale riguardo è stato posto uno specifico richiamo alla relazione del Gruppo di Lavoro “Definizione dei criteri di monitoraggio sui problemi alcol correlati: rilevazione dell'esistente e dei bisogni di livello nazionale e regionale”, che ha esaminato nel dettaglio gli aspetti tecnici relativi a quanto richiamato nella Legge 125 2001, attuato una valutazione dell'esistente e formulato proposte specifiche.

TABELLE E GRAFICI

**Tab.1 - CONSUMO DI ALCOL PURO PRO-CAPITE NELLA POPOLAZIONE
CON PIU' DI 15 ANNI DI ETA' DEI PAESI EUROPEI- ANNO 2003**
(valore in litri pro capite)

Paesi	Consumo pro capite
Malta	6,6
Svezia	6,9
Polonia	8,2
Grecia	9,0
Paesi Bassi	9,6
Lettonia	9,9
Italia	10,5
Belgio	10,9
Portogallo	11,1
Finlandia	11,3
Cipro	11,4
Regno Unito	11,4
Slovacchia	11,6
Spagna	11,7
Slovenia	11,7
Danimarca	12,1
Francia	12,3
Lituania	12,5
Austria	12,6
Germania	12,7
Ungheria	13,8
Repubblica Ceca	16,2
Lussemburgo	18,0
Estonia	-
Irlanda	-
Eu 25	10,7

Fonte: WHO, European Health for All Database

**Tab.2 a - PERSONE DI 11 ANNI E PIU' CHE HANNO CONSUMATO
ALMENO UNA BEVANDA ALCOLICA NELL'ANNO - ANNO 2005**
(per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Classi di età	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
11-15	21,8	17,0	19,5
16-17	58,8	42,4	50,9
18-19	75,6	61,0	68,7
20-24	84,6	64,0	74,3
25-29	85,4	65,7	75,7
35-44	88,3	65,0	76,6
45-54	89,7	66,9	78,0
55-59	88,1	61,5	74,8
60-64	89,2	59,7	74,0
65-74	85,5	55,0	68,6
75 e più	79,8	46,3	59,1
Totale	82,1	58,1	69,7

Fonte : ISTAT - L'uso e l'abuso di alcol in Italia - anno 2005

**Tab.2b - PERSONE DI 14 ANNI E PIU' PER CONSUMO DI VINO, BIRRA
E ALTRI ALCOLICI ALMENO QUALCHE VOLTA L'ANNO - ANNI 1998-2005**
(per 100 persone della stessa età)

Anni	Consumo vino	Consumo birra	Consumo altri alcolici
1998	56,9	47,2	39,5
2001	59,6	48,4	-
2002	57,4	46,3	-
2003	55,9	47,2	-
2005	57,6	47,0	43,1

Fonte : ISTAT - L'uso e l'abuso di alcol in Italia - anno 2005

**Tab. 3 a - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NELLA POPOLAZIONE
TRA I 15 E I 54 ANNI E SCOLARITA' - ANNO 2005**

Bevande alcoliche negli ultimi dodici mesi	Elementari	Medie Inferiori	Medie Superiori	Laurea
non uso	1,5%	36,5%	43,7%	18,4%
uso	0,7%	24,4%	48,0%	26,9%

Bevande alcoliche negli ultimi trenta giorni	Elementari	Medie Inferiori	Medie Superiori	Laurea
non uso	1,2%	35,6%	44,7%	18,4%
uso	0,7%	23,1%	48,2%	28,1%

Fonte: IPSAD@Italia2005

**Tab. 3 b - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NELLA POPOLAZIONE
TRA I 15 E I 54 ANNI E CONDIZIONE OCCUPAZIONALE - ANNO 2005**

Bevande alcoliche negli ultimi dodici mesi	Occupato	Studente	Disoccupato	Altro*
non uso	54,4%	26,5%	8,6%	10,5%
uso	61,4%	28,5%	5,8%	4,2%

Bevande alcoliche negli ultimi trenta giorni	Occupato	Studente	Disoccupato	Altro*
non uso	52,9%	29,6%	8,1%	9,3%
uso	63,1%	27,4%	5,6%	4,0%

* Volontario in forma breve, casalinga, inabile al lavoro, pensionato

Fonte: IPSAD@Italia2005