

2009

Piano Nazionale Monitoraggio Alcol e Salute



Gruppo Tecnico Congiunto Ministero-Regioni

Questo documento è stato redatto dal Gruppo Tecnico Congiunto per il Monitoraggio del Piano Nazionale Alcol e Salute formato dai rappresentanti del Sottocomitato Ministero Lavoro Salute e Politiche Sociali - Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie e della Sottocommissione Coordinamento Alcol delle Regioni e delle Province Autonome.

Hanno collaborato:

Roberta Agabio - Regione Sardegna

M. Francesca Amendola - Regione Calabria

Aniello Baselice - Regione Campania

Mauro Ceccanti - Regione Lazio

Mauro Cibin - Regione Veneto

Fernando D'Angelo - Regione Puglia

Alberto Dattola -Regione Basilicata

Lucia Di Furia - Regione Marche

Fabrizio Faggiano - Regione Piemonte

Marco Giordani - Consulente Regione Friuli Venezia Giulia

Pino Maranzano - Gruppo Abele, Regione Piemonte

Bastiana Pala - Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali

Valentino Patussi - Regione Toscana

Luigino Pellegrini - Provincia Autonoma di Trento

Anna Peris - Regione Friuli Venezia Giulia

Francesco Piani - Regione Friuli Venezia Giulia

Giuseppe Salamina - Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali

Emanuele Scafato - Istituto Superiore Sanità

Marco Tosi - Regione Lombardia

Coordinamento:

Anna Peris, Francesco Piani, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

Redazione, raccolta ed elaborazione indicatori:

Marco Giordani, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

Sommario

ABBREVIAZIONI UTILIZZATE NEL DOCUMENTO	6
1. INTRODUZIONE	7
2. PROGETTO DI MONITORAGGIO	9
2.1. Finalità	9
2.2. Obiettivi	9
2.3. Azioni	10
3. GLI INDICATORI	11
3.1 Caratteristiche degli indicatori	11
3.2 La scelta degli indicatori	12
3.3 Quadro generale di monitoraggio	12
3.4 Tab.1 Schema riassuntivo del Piano di monitoraggio Alcol e Salute	13

Abbreviazioni utilizzate nel documento

AICAT: Associazione Italiana Club Alcolisti in Trattamento

ASL: Azienda Sanitaria Locale

ASS: Azienda Socio Sanitaria

CCM: Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie

CNESPS: Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

ECHI: European Community Health Indicators

ESPAD: Progetto "European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs"

GTC-M: Gruppo Tecnico Congiunto per il Monitoraggio

HBSC: Health Behavior in School-aged Children

ISS: Istituto Superiore della Sanità

ISTAT: Istituto nazionale di statistica

L.125/2001: Legge 125/2001

MLSPS: Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali

P.A.: Province Autonome

PA: Parzialmente Attribuibili

PAC: Problemi e patologie alcol-correlati

PASSI: Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

PNAS: Piano Nazionale Alcol e Salute

PNMAS: Piano Nazionale Monitoraggio Alcol e Salute

Regione FVG: Regione capofila Friuli Venezia Giulia

RRM: Referenti Regionali del Monitoraggio

SESTIT: Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze

SIND: Sistema Informativo Nazionale Dipendenze

SSN: Sistema Sanitario Nazionale

SSR: Servizi Sanitari Regionali

TA: Totalmente Attribuibile

WHO: World Health Organization

1. Introduzione

Il presente lavoro denominato: “Piano Nazionale Monitoraggio Alcol e Salute” (PNMAS) costituisce un documento di consenso a carattere tecnico scientifico, che delinea gli elementi di un modello di monitoraggio per la raccolta dei dati alcologici, in linea con la Legge 125/2001 (L.125/2001) ed il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS).

La sua concreta adozione è subordinata all'approvazione da parte della Commissione Salute delle Regioni e delle Province Autonome (P.A.), per quanto di competenza delle Regioni, e delle competenti Direzioni Generali, nonché dell'Istituto Superiore della Sanità (ISS) per quanto riguarda il Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali (MLSPS).

La L.125/2001 ed il PNAS individuano le linee generali per prevenire e contrastare i problemi e le patologie alcol-correlate (PAC). In particolare, il PNAS identifica otto aree strategiche e specifica per ognuna di esse gli obiettivi, i sub obiettivi, i risultati attesi e le azioni prioritarie da realizzare. Più precisamente, nella parte relativa all'area del *“Monitoraggio del danno alcol-correlato e delle relative politiche di contrasto”*, il documento suggerisce: le azioni strategiche e prioritarie da perseguire; la creazione di una rete di monitoraggio in grado di connettere le diverse istituzioni interessate ed il coordinamento del lavoro di monitoraggio tra le Regioni italiane e le P.A., nel rispetto delle specificità e delle autonomie locali.

Al fine di rispondere adeguatamente a tali obiettivi, come da indicazione del PNAS, è stato attivato il “Gruppo Tecnico Congiunto per il Monitoraggio” (GTC-M), formato da componenti indicati dalla Sottocommissione Coordinamento Alcol delle Regioni e P.A., e dal Sottocomitato Alcol - Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del MLSPS nonché da personale tecnico della Regione capofila Friuli Venezia Giulia (Regione FVG).

L'attività del GTC-M ha portato alla produzione del presente documento nel quale sono presentate le finalità, gli obiettivi, uno schema di indicatori e di sistema di raccolta. A questo documento sono allegate le schede degli indicatori (all.1) e una bozza organizzativa di monitoraggio (all.2) che descrivono nei particolari tutti gli indicatori individuati per realizzare un “Piano di monitoraggio ideale” e la relativa organizzazione logistica.

L'attività di monitoraggio è stata progettata in modo da rispondere alle esigenze di affidabilità dei dati, senza dimenticare gli aspetti relativi alle risorse economiche e di personale disponibili. Per questa ragione gli indicatori, i flussi di dati, le procedure sono stati ideati secondo i comuni dettami della ricerca scientifica e in un'ottica di efficienza del processo, ottimizzando cioè sia le risorse esistenti (personale impiegato e banche dati attive) sia le prassi consolidate (sistemi di raccolta dati in uso). Tutto ciò ha portato alla realizzazione di un piano di monitoraggio in grado di:

- 1) comprendere gli indicatori relativi all'applicazione della L.125/2001, del PNAS e quelli previsti dalle schede ministeriali “ALC”, attualmente in uso;
- 2) razionalizzare il flusso dei dati (periferia-centro-periferia) e garantire la produzione di un unico e condiviso documento finale (Relazione nazionale al Parlamento sui problemi e le patologie alcol-correlati) quale prodotto delle sintesi delle relazioni regionali;
- 3) creare un confronto scientifico condiviso tra operatori ed esperti a partire da dati affidabili e quindi comparabili e riproducibili.

Il gruppo di lavoro, oltre ad avvalersi dei contributi e delle conoscenze scientifiche dei partecipanti, e ad aver discusso le tematiche alcol-correlate in generale, ha operato un'analisi approfondita delle prassi consolidate di monitoraggio e delle seguenti fonti dati esistenti in Italia:

- Schede ministeriali “ALC”.
- Testi relativi alla L.125/2001, al PNAS, al programma “Guadagnare Salute”.
- Relazione del Ministro della Salute al Parlamento, documenti e comunicazioni sullo stato dei PAC.

Sono stati inoltre presi in esame e discussi i materiali relativi a ricerche e a sistemi di monitoraggio attualmente in uso, in particolare:

- Progetti e testi relativi alle attività di ricerca e monitoraggio (ad es. progetto di Monitoraggio con Regioni capofila Lombardia-Toscana).
- Indagine multiscopo ISTAT.
- Indagine Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (Passi).
- Data base dell’Associazione Italiana Club Alcolisti in Trattamento (AICAT).
- Tracciato record del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND).
- Sistema monitoraggio Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze (SESIT).
- Bozza di cartella clinica informatizzata.
- Criteri di monitoraggio proposti dalla Consulta Nazionale Alcol¹.
- Proposta di uno schema di indicatori per il monitoraggio della L.125/2001 e PNAS².
- Proposta di uno schema di indicatori per il monitoraggio della L.125/2001 e PNAS³
- “Bozza di monitoraggio e organizzazione del monitoraggio”⁴.

¹ A cura di E. Scafato – “Consulta nazionale sull’alcol”, ISS.

² A cura di F. Faggiano – Regione Piemonte.

³ A cura di V. Patussi – Regione Toscana.

⁴ A cura di M. Giordani e F. Piani, Regione capofila - FVG.

2. Progetto di monitoraggio

La progettazione del PNMAS è stata realizzata prendendo in esame i documenti relativi alla L.125/2001 e al PNAS al fine di definire le finalità, gli obiettivi, le azioni, gli strumenti e le metodologie per realizzare un piano di monitoraggio nazionale in grado di rispondere a requisiti di chiarezza, fattibilità, coerenza e valutabilità del processo e dei risultati.

2.1. Finalità

Le finalità generali del PNMAS sono le seguenti:

- Approfondire le conoscenze sui PAC in Italia e nelle singole Regioni e P.A.
- Monitorare l'andamento del fenomeno sia sotto il profilo delle azioni di contrasto che dell'implementazione del PNAS.
- Contribuire alla definizione, ed all'eventuale modifica, delle politiche e delle relative azioni di contrasto.

2.2. Obiettivi

Gli obiettivi individuati per la realizzazione del monitoraggio sono i seguenti:

- Monitorare i consumi annuali pro-capite di alcol delle popolazioni regionali (attraverso l'utilizzo dei dati ISTAT, ISS, del progetto "European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs" o ESPAD, PASSI, scheda utente (dove esistente), ricerche *ad hoc*) e il cambiamento dei modelli di consumo.⁵
- Studiare la prevalenza, l'incidenza e la mortalità legata ai PAC sulla popolazione nelle varie Regioni e P.A. partendo dai Servizi Sanitari Regionali (SSR)⁶.
- Studiare la prevalenza, l'incidenza e la mortalità legata ai PAC sulla popolazione nelle varie Regioni e P.A., coinvolgendo i diversi attori (pubblici e privati), in particolare sui temi specifici degli incidenti stradali e sul lavoro, e sui comportamenti a rischio dei giovani.
- Istituire un'anagrafe dei servizi pubblici e privati che erogano prestazioni socio-sanitarie in materia di PAC.
- Istituire un'anagrafe degli enti del volontariato, del privato sociale o privati che operano a vario titolo nel campo dei PAC.
- Monitorare la prevalenza e l'incidenza degli utenti con PAC afferenti al SSN e alle organizzazioni del privato sociale e del volontariato.
- Monitorare l'applicazione della L.125/2001 e l'implementazione del PNAS, individuando anche le buone prassi di intervento sociale e sanitario.
- Stimare il numero di soggetti alcol-dipendenti e con PAC in Italia con un dettaglio regionale/provinciale.

⁵ Come ad esempio il fenomeno del binge drinking (il bere per ubriacarsi), attraverso la rilevazione nel numero di episodi di concentrazione del consumo (secondo lo standard europeo dell'ESPAD, dell'Health Behavior in School-aged Children (HBSC) del World Health Organization (WHO) e di quanto sollecitato dall'European Community Health Indicator System in corso di definizione nell'ambito del Public Health Programm)

⁶ I dati dovrebbero arricchirsi, ove possibile, con le informazioni che rientrano nella disponibilità delle Prefetture, delle Questure, degli Enti Ausiliari, e del mondo del volontariato. Ovviamente opportune e specifiche verifiche di qualità andranno adottate prima di identificare fonti di dati che non rispondano ai requisiti generali sottesi alla identificazione degli indicatori.

2.3. Azioni

Al fine di perseguire le finalità e gli obiettivi sono state individuate le seguenti azioni:

- Individuazione degli indicatori per realizzare il monitoraggio nazionale alcol e salute (vedi all.1).
- Definizione della struttura organizzativa (vedi all.2) che si ipotizza possa prevedere le seguenti sotto-azioni:
 - a) Individuazione del gruppo di “*Referenti Regionali del Monitoraggio (RRM)*” e definizione delle competenze.
 - b) Realizzazione degli strumenti per la raccolta dati (manuale d’uso per i RRM, creazione dei data base e relativo elenco dei campi record, creazione di questionari, data entry, output dati, ideazione e gestione dello strumento informatizzato per la raccolta e la gestione dei dati (ad es. MR. Interview di SPSS).
 - c) Attività di formazione dei RRM.
 - d) Avvio della fase sperimentale del processo di monitoraggio (prima fase).
 - e) Valutazione del processo sperimentale di monitoraggio, ed eventuale ricalibratura degli indicatori, delle variabili e degli strumenti di raccolta e analisi dei dati (seconda fase).
 - f) Messa a regime delle procedure di monitoraggio e dei relativi indicatori (terza fase).

3. Gli indicatori

In questa parte del documento, in forma sintetica, viene preso in esame il lavoro di definizione degli indicatori. In particolare è descritta la modalità di selezione degli indicatori e, ai fini della rilevanza scientifica, le caratteristiche generali degli stessi. Viene poi presentato il quadro generale e riassuntivo degli indicatori.

Per un ulteriore approfondimento dei singoli gruppi di indicatori si veda l'all.1 in cui si propongono le schede suddivise per temi generali e per argomenti specifici. Ogni scheda presenta un elenco di indicatori da utilizzare nella fase sperimentale dell'attività di monitoraggio e un elenco di indicatori che sarebbe auspicabile utilizzare per descrivere in modo più approfondito e in un secondo tempo il fenomeno (vedi all.2).

3.1 Caratteristiche degli indicatori

Alla luce delle informazioni disponibili e delle attività di monitoraggio già in atto e a cura delle istituzioni competenti, emerge la necessità di integrare e rinnovare l'attuale sistema informativo attraverso la raccolta di dati relativi (1) all'uso di alcol e ai PAC e (2) al grado di recepimento e attuazione del PNAS, 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 che, grazie alla propria esaustività e coerenza e basandosi sulle esperienze sinora condotte, possano migliorare la capacità di misurare i fenomeni e rispondere adeguatamente ai reali bisogni e necessità.

Il sistema di monitoraggio si avvarrà di strumenti standardizzati, di indicatori e relative tecniche di rilevazione, capaci di garantire una conoscenza dettagliata dei fenomeni di interesse, misurandone i cambiamenti, fornendo la descrizione sintetica di una condizione o di un fenomeno. Tenendo in debito conto le raccomandazioni emergenti a livello internazionale ed europeo, affinché un indicatore possa essere considerato adeguato ai fini di una reale rappresentazione del fenomeno che si propone di misurare, è opportuno che idonei criteri di selezione vengano adottati e perseguiti:

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

I criteri di valutazione sopra indicati sono in linea con le modalità operative seguite nell'ambito dell'Health Monitoring europeo e dello schema concettuale della progettualità dell'European Community Health Indicators (ECHI) che rappresenta il riferimento principale per il Public Health Programme per ciò che riguarda il monitoraggio. Le caratteristiche degli indicatori rappresentano elementi di valutazione guidati dall'evidenza scientifica per soddisfare le esigenze e le priorità di sanità e salute pubblica nazionali e regionali, allo scopo di incrementare le conoscenze e le capacità di ridurre le disuguaglianze di salute e migliorare così la qualità della salute e dell'assistenza. In sostanza, il sistema di monitoraggio si propone come strumento valido e moderno per la programmazione attuale e futura e per l'ottenimento di una visione generale ed integrata della situazione del fenomeno in oggetto. Infatti le informazioni che saranno fornite dagli indicatori richiedono una lettura congiunta e complessiva dell'intero sistema di indicatori, tenendo conto degli elementi sullo stato di salute e sul contesto socio-ambientale, ed un utilizzo appropriato dei risultati.

Vista la specificità dei dati richiesti, la necessità di avere un adeguato grado di accuratezza nel trattamento dei dati e nella relativa diffusione, si ritiene opportuno che il monitoraggio si avvalga dell'apporto pratico e tecnico scientifico dell'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS.

3.2 La scelta degli indicatori

Il lavoro di individuazione degli indicatori è stato realizzato secondo i dettami delle tecniche di ricerca sociale. Dopo l'analisi di documenti, definizione delle finalità, obiettivi e azioni del monitoraggio si è provveduto alla:

1. Individuazione dei data base e delle fonti dati e dei tracciati record utilizzati in campo alcolologico.
2. Comparazione delle variabili e delle relative modalità di risposta utilizzate nelle diverse attività di monitoraggio e ricerca.
3. Produzione dello “*Schema generale di monitoraggio*” (*vedi tab. I*).
4. Individuazione di variabili aggiuntive, finalizzate alla raccolta dati e relative ai nuovi indicatori.
5. Produzione delle schede relative alle aree di monitoraggio individuate nello schema generale di monitoraggio.
6. Definizione degli indicatori da utilizzare nelle diverse fasi del monitoraggio.
7. Individuazione degli indicatori per il monitoraggio della L.125/2001/PNAS.

3.3 Quadro generale di monitoraggio

Il quadro generale di monitoraggio (*vedi tab. I*) sintetizza le aree di indagine, le fonti dati, i macro-indicatori e il flusso dei dati che si intende attivare per monitorare i PAC. Ogni gruppo di indicatori è contraddistinto da un numero di scheda che rimanda all'all.1.

Nello schema, gli indicatori evidenziati in azzurro rappresentano quelli attualmente utilizzati per la relazione al Parlamento sulla attuazione della L.125/2001.

3.4 Tabella 1 Piano di monitoraggio nazionale alcol e salute

	Aree di indagine	Fonte dati	Scheda	Macro-Indicatori	Flussi
Contesto	1. Dati generali sulla popolazione	Dati di primo livello⁷			
		ISTAT	1.A	Popolazione Natalità/mortalità Immigrazione Densità popolazione	Regioni> Ministero
	2.1 Dati generali sui consumi di alcol riferiti alla popolazione	Dati di secondo livello			
		Indagine ISTAT Multiscopo e “Statistiche in breve: l’uso e l’abuso di alcol in Italia”. Elaborazioni Oss. Naz. Alcol, ISS	2.A	Consumi generali popolazione Consumi popolazione a rischio Binge drinking Familiarità alcol	Ministero> Regioni (tramite ISS)
		Dati di secondo livello			
		Indagine Passi	2.B	Consumi popolazione Binge Drinking Alcol e guida	Ministero> Regioni (tramite ISS)
		Dati di secondo livello			
		ESPAD e HBSC Ricerche locali	2.C	Consumi popolazione target Consumi popolazione a rischio Alcol e lavoro Alcol e guida Binge Drinking Familiarità alcol Stili consumo Significati di consumo	Regioni> Ministero
	2.2 Consumi di bevande alcoliche riferiti all’utenza dei servizi di alcologia	Dati di secondo livello			
		Data base servizi: cartella clinica (schede alcol)	2.D	Tipologia utenza Consumi utenza	Regioni> Ministero
Problemi alcol-correlati	3. Patologie e Mortalità	Dati di secondo livello			
		Schede dimissione ospedaliera Schede di mortalità	3.A1 3.A2 3.A3	Dimissioni per PAC - PA-TA Pazienti con PAC-/PA-TA Mortalità Stima di soggetti alcol-dipendenti	Ministero> Regioni (anche tramite ISS)
	4. Incidenti sul lavoro	Dati di secondo livello			
		Individuare fonti dati	4.A	Incidenti Infortuni Mortalità	ISTAT
	5. Incidenti stradali/sospensione e ritiro patenti	Dati di secondo livello			
		Individuare fonti dati	5.A	Incidenti Infortuni Mortalità Ritiri patenti Sospensioni patenti	Definire
		Dati di secondo livello			

⁷ Dati di primo livello sono quelli il cui dettaglio è di carattere Nazionale/Regionale. I dati di Secondo livello sono quelli di carattere locale con livello di dettaglio di ASS-ASL.

	6. Altri problemi di carattere sociale causati dall'abuso di alcol	Ufficio minori dei comuni Tutore dei minori Ricerche locali <i>ad hoc</i> che indaghino sul legame tra violenza sessuale e non e consumo di alcolici	6.A	Casi di violenze su adulti Casi di violenze su minori Gravidanze indesiderate/aborti Incidenza/prevalenza di malattie sessualmente trasmissibili. Depravazione economica Stima del numero di familiari coinvolti in situazioni di dipendenza alcolica	Definire
Contrasto	7. Cura, organizzazione dei Servizi di alcologia e altri servizi pubblici ⁸	Dati di secondo livello Schede ministeriali ALC SIND SESTIT cartella clinica Altri sistemi di raccolta dati	7.A1 7.A2	Tipologia e numerosità utenza Tipologia di interventi erogati Risorse personale impegnate Strutture e rete servizi Esiti durata degli interventi	Regioni> Ministero
		Dati di secondo livello Indagine AICAT	8.A	Tipologia e numerosità utenza Risorse personale impegnate Efficienza della rete Nei limiti, utenza ed esito delle azioni	Regioni> Ministero
PNAS_L_12/2001	9. Recepimento PNAS e L 125/2001 Informazione Sensibilizzazione Prevenzione Buone prassi (Dati quali-quantitativi)	Dati di secondo livello	9.A.	Indagine esplorativa: Recepimento L.125/2001 e PNAS Attivazione di azioni Descrizione quali/quantitativa azioni realizzate. In futuro “Buone Prassi”	Regioni Ministero

⁸ I dati raccolti ad esempio con le schede ALC, oltre ad essere aggregati e a non permettere elaborazioni accurate, presentano alte percentuali di missing che incidono sull'affidabilità del dato e sulla sua comparabilità . I motivi principali vanno ricercati nell'assenza, in alcune Regioni italiane, di sistemi informatizzati e di personale che si occupi nello specifico del monitoraggio del fenomeno.

Gruppo Tecnico Congiunto Ministero-Regioni

Indicatori del Piano di Monitoraggio Nazionale Alcol e Salute

[Allegato 1]

Sommario

GLOSSARIO	4
ABBREVIAZIONI UTILIZZATE NELLE SCHEDE	6
INTRODUZIONE	7
1. DESCRIZIONE DEL CONTESTO	9
Area di indagine: Indicatori demografici della popolazione.....	9
2. I CONSUMI DI BEVANDE ALCOLICHE.....	10
Area di indagine: Dati generali sui consumi di alcol riferiti alla popolazione - ISTAT	10
Area di indagine: Dati generali sui consumi di alcol riferiti alla popolazione - Passi	12
Area di indagine: Dati generali sui consumi di alcol riferiti alla popolazione - Ricerche locali ..	13
Area di indagine: Dati sui consumi di B.A. riferiti all'utenza dei servizi di alcologia.....	14
3. PROBLEMI ALCOL-CORRELATI	15
Area di Indagine: Patologie e Mortalità – SDO per PAC.....	16
Area di Indagine: Patologie e Mortalità – Registro mortalità.....	18
Area di indagine: Stima della prevalenza dei soggetti alcol-dipendenti.....	19
Area di Indagine: Incidenti sul lavoro alcol-correlabili.....	20
Area di Indagine: Incidenti stradali alcol-correlabili.....	21
Area di Indagine: Altri problemi di carattere sociale causati dall'abuso di alcol.....	23
4. ATTIVITÀ DI CONTRASTO	24
Area di Indagine: Cura – organizzazione servizi di alcologia e altri servizi pubblici	24
Area di Indagine: Cura – organizzazione servizi di alcologia e altri servizi pubblici	25
Area di Indagine: Riabilitazione, attività del privato sociale.....	26
5 APPLICAZIONE DELLA LEGGE 125/2001E DEL PNAS	27
Area di Indagine: Recepimento e applicazione di quanto disposto L.125/2001e dal PNAS.....	27

Glossario

Bevanda alcolica e bevanda superalcolica: Secondo la legge italiana, una bevanda viene considerata alcolica quando la sua gradazione è superiore a 1,2% e superalcolica quando supera il 21%. Fonte Legge 125/2001.

Binge drinking: Consumo di alcol che comporta alcolemie superiori a 0,8 g/l, corrispondente nell'adulto, a 5 o più unità alcoliche per l'uomo e 4 o più unità alcoliche per la donna, assunte in meno di due ore. Fonte della definizione: National Advisory Council, NIAAA, 2004.

Consumatori a rischio: Individui di età inferiore ai 16 anni che assumono qualsiasi quantità di alcol; individui di età compresa tra i 16 e i 18 anni che assumono più di una unità alcolica al giorno; uomini di età compresa tra i 18 e i 65 anni che assumono più di tre unità alcoliche al giorno; donne di età compresa tra i 18 e i 65 anni che assumono più di due unità alcoliche al giorno; tutti gli individui che assumono bevande alcoliche con una modalità di binge drinking. Fonte della definizione: Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, ISS.

Dipendenza da alcol: Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV), la diagnosi di dipendenza da alcol richiede che, nell'arco di 12 mesi, vengano soddisfatti tre (o più) dei seguenti sette criteri: (1) Tolleranza; (2) Astinenza; (3) Assunzione di alcol in quantità o tempi superiori rispetto a quanto desiderato; (4) Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare il consumo di alcol; (5) Dispendio di una grande quantità di tempo per procurarsi, assumere o riprendersi dagli effetti dell'alcol; (6) Interruzione o riduzione di importanti attività a causa dell'uso di alcol; (7) Consumo continuativo di alcol nonostante la consapevolezza di avere un problema verosimilmente causato o esacerbato da esso. Secondo l'International Classification of Diseases (ICD10), la diagnosi di dipendenza da alcol richiede che, nell'arco di 12 mesi, vengano soddisfatti tre (o più) dei seguenti sei criteri: (1) Forte desiderio o compulsione al consumo di alcol; (2) Incapacità di controllare il consumo di alcol; (3) Astinenza; (4) Tolleranza; (5) Perdita di piacere o interessi; (6) Consumo continuativo di alcol nonostante la presenza di problemi fisici o psicologici. Fonte della definizione: Schuckit. Alcohol-use disorders. Lancet 373: 492-501, 2009.

Disturbi da uso di alcol: Dipendenza e abuso di alcol. Fonte della definizione: American Psychiatric Association. (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text Revision: DSM-IV-TR. Washington DC.

Gradazione alcolica: Percentuale di alcol della bevanda. Ad esempio, una gradazione al 12% indica che in 100 ml di quella bevanda sono presenti 12 ml di alcol. Fonte della definizione: Agabio e Gessa. Alcohol: an overview. Medicina delle Tossicodipendenze 58/59: 7-54, 2008.

Incidenza cumulativa o rischio: Proporzione di una popolazione che, in un determinato periodo di tempo, contrae la malattia. Tale misura riflette la probabilità che un individuo contragga la malattia in un determinato periodo di tempo, a condizione che rimanga a rischio durante il periodo di interesse. Si calcola nel seguente modo: Incidenza cumulativa = (n. eventi)/(popolazione a rischio all'inizio del periodo). Fonte: Faggiano e coll., Manuale di epidemiologia per la sanità pubblica, Centro Scientifico Editore Torino, 2005.

Prevalenza: Rapporto fra il numero di casi di malattia in un dato momento in una data popolazione. Prevalenza = (n. eventi)/(popolazione generale al tempo T). Fonte: Faggiano e coll., Manuale di epidemiologia per la sanità pubblica. Centro Scientifico Editore Torino, 2005.

Tasso di incidenza: Frequenza di un evento nell'unità di tempo in una . Si calcola rapportando i nuovi casi di malattia alle persone al tempo. Tasso di incidenza = (n. eventi)/(popolazione a rischio per tempo). Fonte: Faggiano e coll., Manuale di epidemiologia per la sanità pubblica. Centro Scientifico Editore Torino, 2005.

Tasso di letalità: Probabilità di morire a causa di una certa malattia. Si calcola come: (n. decessi fra i malati)/(n. malati). Fonte: F. Faggiano e coll., Manuale di epidemiologia per la sanità pubblica. Centro Scientifico Editore Torino, 2005.

Tasso di mortalità: Rapporto tra il numero dei decessi e la popolazione a rischio in un determinato periodo. In sostanza si tratta di un tasso di incidenza in cui l'evento è rappresentato dalla morte. Tasso di mortalità = (n. eventi ovvero di decessi)/(popolazione a rischio per tempo). Fonte: Faggiano e coll., Manuale di epidemiologia per la sanità pubblica. Centro Scientifico Editore Torino, 2005.

Tassi grezzi, specifici e standardizzati. I tassi vengono definiti grezzi quando includono molti fattori confondenti come ad esempio sesso, età, livello di istruzione che non permettono il confronto tra tassi. Per evitare interpretazioni scorrette, in epidemiologia, si utilizzano i tassi standardizzati che nella maggior parte dei casi tengono conto almeno del sesso di appartenenza del soggetto e della fascia d'età (di solito quinquennale) in relazione ad una popolazione standard come, ad esempio, quella relativa al censimento del 2001. Fonte: Faggiano e coll., Manuale di epidemiologia per la sanità pubblica. Centro Scientifico Editore Torino, 2005.

Unità alcolica: Bevanda che contiene circa 12 grammi (o 15 ml) di alcol cioè una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di superalcolico. La quantità di alcol presente nelle bevande dipende dalla loro gradazione alcolica e volume, e, in genere, il volume risulta inversamente proporzionale alla gradazione alcolica: ad esempio, la birra (gradazione alcolica 4%), il vino (12%) e i superalcolici (circa il 40%) vengono serviti in volumi rispettivamente pari a circa 330 ml, 125 ml e 40 ml. Per questa ragione, una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di superalcolico contengono più o meno, la stessa quantità di alcol e questa quantità viene utilizzata quale unità di misura del consumo di alcol. Fonte della definizione: Agabio e Gessa. Alcohol: an overview. Medicina delle Tossicodipendenze 58/59: 7-54, 2008.

Abbreviazioni utilizzate nelle schede

AA: Alcolisti Anonimi
AICAT: Associazione Italiana Club Alcolisti in Trattamento
ASL: Azienda Sanitaria Locale
ASS: Azienda Socio Sanitaria
B.A.: Bevande Alcoliche
CDC: Centers for Disease Control and Prevention
CCM: Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie
CNESPS: Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
CNR: Centro Nazionale Ricerche
CTT/INC= Modello di rilevazione delle circostanze presunte di incidente stradale
ECHI: European Community Health Indicators
ESPAD: Progetto "European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs"
GTC-M: Gruppo Tecnico Congiunto per il Monitoraggio
HBSC: Health Behavior in School-aged Children
ICD IX: International Classification of Diseases IX
ISS: Istituto Superiore della Sanità
ISTAT: Istituto nazionale di statistica
L.125/2001: Legge 125/2001
MLSPPS: Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali
P.A.: Province Autonome
PA: Parzialmente Attribuibili
PAC: Problemi e patologie alcol-correlati
PASSI: Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
PNAS: Piano Nazionale Alcol e Salute
PNMAS: Piano Nazionale Monitoraggio Alcol e Salute
Regione FVG: Regione capofila Friuli Venezia Giulia
RRM: Referenti Regionali del Monitoraggio
SDO: Scheda di Dimissione Ospedaliera
Ser.D./Ser.T.: Servizi per le Dipendenze/Servizi Tossicodipendenze
SESTIT: Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze
SIND: Sistema Informativo Nazionale Dipendenze
SSN: Sistema Sanitario Nazionale
SSR: Servizi Sanitari Regionali
TA: Totalmente Attribuibile
WHO: World Health Organization

Introduzione

Le schede che vengono proposte in questo documento sono il risultato di una serie di approfondimenti e di successive elaborazioni. Esse hanno lo scopo di recepire, nel modo più ampio possibile, gli strumenti ed i dati che vengono raccolti oggi in Italia dai vari enti, istituzioni e associazioni. Ciò con l'obiettivo di sistematizzare il più possibile il materiale esistente, utilizzarlo nel modo più utile ed economico e proporre, se necessario, eventuali correzioni e/o integrazioni.

Le schede riportano anche un elenco degli indicatori proposti per una più completa descrizione del fenomeno, che potrebbe svolgersi dopo la prima fase sperimentale (per l'organizzazione dell'attività di monitoraggio, vedi All.2). All'interno di ogni scheda sono stati suddivisi gli indicatori da utilizzare nella prima fase, quella sperimentale, e quelli da utilizzare, eventualmente, nelle fasi successive. Si precisa che l'utilizzo di questi ultimi indicatori sarà possibile soltanto nel caso si verifichino determinate condizioni: la realizzazione di un sistema informatizzato di monitoraggio nazionale, la diffusione di una cultura della raccolta dei dati, la disponibilità di adeguate risorse finanziarie e organizzative per realizzare ricerche *ad hoc*.

Le schede sono state organizzate in tabelle, di cui di seguito si riporta la descrizione dei contenuti delle singole celle.

Area d'indagine: specifica il nome del campo d'indagine previsto.

Fonte dati: individua la fonte da cui si intende ricavare i dati.

Flusso informativo: descrive come il dato viene distribuito all'interno del sistema di monitoraggio e da chi. Sono previsti tre livelli di gestione dei dati: Livello di Azienda Socio Sanitaria-Azienda Sanitaria Locale (ASS-ASL), Livello Regionale; Livello Ministeriale/centrale. Trattandosi di una bozza non sono state inserite le scadenze temporali.

Tipo di rilevazione: specifica il tipo di indagine attuata, ad esempio se si tratta di una ricerca esplorativa, di un'indagine campionaria e così via.

Obiettivi: precisa gli scopi specifici della raccolta e analisi dei dati.

Utilizzo dei dati: precisa in quale modo potranno essere utilizzati i dati raccolti ai fini della diffusione delle informazioni e delle produzione di rapporti.

Indicatori: la cella indicatori può contenere una o entrambe le seguenti descrizioni:

- **Indicatori che saranno utilizzati nella fase sperimentale**

Si tratta di indicatori, generalmente già in uso o di indicatori proposti *ex novo*, che saranno utilizzati nella prima fase - sperimentale - del monitoraggio.

- **Indicatori proposti che potranno essere utilizzati nella seconda fase del monitoraggio**

In questa parte sono inseriti gli indicatori da utilizzare in una fase successiva per descrivere il fenomeno con maggiore dettaglio. Si tratta di indicatori che generalmente prevedono ricerche *ad hoc e di tipo campionario* e pertanto richiedono delle risorse dedicate.

Restituzione del dato: specifica l'obbligatorietà o meno dell'invio dei dati secondo le seguenti due categorizzazioni: 1) necessaria; 2) facoltativa. Con il termine necessario si intende sottolineare l'importanza dell'invio del dato ai fini del buon esito del Piano di Monitoraggio. Con il termine facoltativo si designa una classe di dati che non è necessaria per il buon esito del Piano di monitoraggio ma che lo completa. Le categorizzazioni potranno variare in funzione delle diverse fasi del monitoraggio stesso.

Caratteristiche delle basi dati: precisa le caratteristiche delle basi dati che si intendono utilizzare mettendo in evidenza le potenzialità e gli eventuali limiti.

Di seguito si riportano le schede riepilogative degli indicatori che derivano dal “*quadro generale di monitoraggio*”. Le schede sono state suddivise per temi generali nelle seguenti cinque sezioni:

- Sezione 1 – Descrizione del contesto.
- Sezione 2 – Consumi di bevande alcoliche.
- Sezione 3 – Problemi alcol-correlati.
- Sezione 4 – Contrasto.
- Sezione 5 – Attuazione della Legge 125/2001 e del Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS).

Sezione I

1. Descrizione del contesto

La presente sezione ha lo scopo di descrivere il contesto regionale in cui viene effettuata l'attività di monitoraggio. Questa parte dovrà mettere in luce eventuali peculiarità locali come, ad esempio, differenze geografiche e socio-economiche del territorio e, nel caso, come queste siano eventualmente la “con-causa” di particolari fenomeni legati al consumo di alcolici e al diffondersi di problemi e patologie alcol-correlate (PAC). Le informazioni saranno utilizzate per una eventuale standardizzazione dei dati.

Scheda 1.A

Area di indagine: Indicatori demografici della popolazione.

Fonte: Istituto nazionale di statistica (ISTAT).

Flusso: ISTAT→ASS-ASL→Regioni→Ministero.

Tipo di rilevazione: Dati censimento, Registri Mortalità, Anagrafi (...).

Obiettivi: Descrizione generale del contesto.

Utilizzo dei dati: Relazione Parlamento, Relazioni Regionali.

I dati saranno utilizzati per descrivere il contesto regionale e locale e per realizzare indici e tavole di contingenza e calcoli dei tassi standardizzati

Indicatori

Dati relativi alla popolazione distinti per fasce d'età quinquennali, sesso, ASS-ASL di residenza, in particolare:

- Natalità.
- Residenza.
- Tassi migratori.
- Mortalità.
- Densità abitativa.
- Descrizione socio-economica ed evidenze di situazioni ambientali che mettono in evidenza situazioni di elevati consumi di bevande alcoliche (B.A.).

Restituzione del dato: Necessaria.

Sezione II

2. I consumi di bevande alcoliche

In questa sezione vengono presentate le schede relative ai consumi di B.A. della popolazione generale, dei consumatori a rischio e degli utenti dei servizi di alcolologia.

Per quanto riguarda i consumi della popolazione generale si prevede di utilizzare, almeno nella prima fase sperimentale del monitoraggio, i dati prodotti dall'ISTAT. In particolare verranno utilizzati i dati della "Ricerca Multiscopo" le sue elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore della Sanità (ISS) e del Centro World Health Organization (WHO) per la ricerca sull'Alcol. La scelta di questi dati risiede nella loro disponibilità, attendibilità e capacità di fornire sufficienti indicazioni (di tendenza) sul fenomeno. I dati sui consumi di B.A. della popolazione generale saranno integrati da informazioni più specifiche e relative al territorio che deriveranno da alcune indagini già in atto in ambito nazionale, quali l'indagine "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (Passi), le schede ALC relative ai consumi degli utenti, e l'indagine "European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs" (ESPAD) sui consumi giovanili e da eventuali indagini locali su temi specifici.

Per quanto riguarda i consumi e gli stili di consumo di B.A. da parte delle categorie di individui più a rischio (ad es. giovani, donne e anziani), riferite a territori specifici, al momento sono previsti solo alcuni indicatori, molto generali, a causa della mancanza attuale di risorse necessarie per la conduzione di indagini *ad hoc*.

Per questa ragione viene proposto (vedi scheda 2D) uno schema d'indagine che fornisca stime affidabili e comparabili coerentemente con le seguenti indagini in atto: "Passi", la "Ricerca Multiscopo dell'ISTAT" e la ricerca "ESPAD".

Scheda 2.A

Area di indagine: Dati generali sui consumi di alcol riferiti alla popolazione - ISTAT

Fonte: ISTAT Indagine multiscopo - Statistiche in breve: L'uso e l'abuso di alcol in Italia. I dati attualmente sono disponibili sul sito web dell'ISTAT.

Flusso: ISTAT→Ministero/ISS→Regioni→ASS-ASL.

Tipo di rilevazione: Campionamento popolazione stratificato per comuni. Dati significativi per Regioni e Aree geografiche.

Obiettivi: Descrizione generale del fenomeno relativa ai consumi, monitoraggio delle differenze territoriali, panel sull'andamento dei consumi e sugli stili di consumo.

Utilizzo dei dati: Relazione Parlamento, Relazioni Regionali.

I dati potranno essere utilizzati a livello nazionale e regionale quale premessa alla Relazione Nazionale al Parlamento e alle Relazioni Regionali al Ministero del lavoro, salute e Servizi Sociali.

INDICATORI¹ (dati riferiti agli ultimi 12 mesi):

Prevalenza dei giovani consumatori.

Giovani di età compresa tra gli 11 e i 17 anni che consumano B.A. suddivisi per sesso, classe di età e ripartizione geografica - (tassi per 100 persone).

Prevalenza consumatori.

Persone di 18 anni e più che consumano B.A. suddivise per sesso, classe di età e ripartizione geografica - (tassi per 100 persone).

¹ Gli indicatori tengono conto dei dati forniti dall'indagine multiscopo dell'ISTAT e dei suggerimenti forniti da E. Scafato nel documento "Proposte per il PNAS".

Prevalenza astemi.

Persone di 11 anni e più che non hanno mai consumato B.A. suddivise per sesso, classe di età e ripartizione geografica - (tassi per 100 persone).

Prevalenza dei giovani consumatori per bevanda consumata.

Giovani di età compresa tra gli 11 e i 17 anni che assumono abitualmente di B.A. più suddivisi per sesso, classe di età e ripartizione geografica (tassi per 100 persone).

Prevalenza consumatori per bevanda consumata.

Consumatori abituali di B.A. di 18 anni e più suddivisi per sesso, classe di età e ripartizione geografica (tassi per 100 persone).

Prevalenza dei giovani consumatori in relazione alle quantità consumate.

Giovani di età compresa tra gli 11 e i 17 anni che assumono B.A., suddivisi per numero di unità alcoliche al giorno e per sesso, classe d'età e ripartizione geografica (tassi per 100 persone).

Prevalenza di consumatori in relazione alle quantità consumate.

Persone di 18 anni e più che assumono B.A., suddivise per numero di unità alcoliche al giorno e per sesso, classe d'età e ripartizione geografica (tassi per 100 persone).

Prevalenza di consumatori a rischio (modalità binge drinking).

Persone di 18 anni e più che hanno bevuto 5 unità alcoliche o più per gli uomini o 4 per le donne, in meno di due ore.

Prevalenza della frequenza/numero di episodi di consumi a rischio (modalità binge drinking).

Numero di "assunzioni di alcol in modalità *binge*" nell'arco di un mese/anno (compatibilmente con i dati ISTAT) suddivisi per sesso, classe di età e ripartizione geografica (tassi per 100 persone).

Prevalenza dei consumatori fuori pasto.

Prevalenza dei consumatori sotto l'età legale (11-15 anni).

Prevalenze dei consumatori a rischio²

Restituzione del dato: Necessaria.

Caratteristiche delle basi dati: L'indagine campionaria riguarda le famiglie e non i singoli soggetti. Il livello d'indagine è di primo livello e non permette una restituzione del dato approfondita per le singole realtà locali (ASS, Distretti). I dati relativi ai consumi della popolazione locale devono essere quindi ricercati per mezzo di strumenti alternativi quali ad esempio l'indagine "Passi" o meglio in ricerche costruite *ad hoc* (al tal proposito oltre alla definizione dello strumento andranno individuate le corrette tecniche di campionamento). Andrebbe verificata una probabile distorsione dei dati per quanto riguarda i consumi della popolazione giovanile e femminile.

Relativamente ai suddetti indicatori sarà necessaria una definizione precisa dei parametri da utilizzare nell'analisi dei dati. Ad esempio si dovrà decidere come definire l'età dei soggetti, oppure specificare il significato di espressioni quali "consumatori/consumatori a rischio", e *Binge drinker*.

² Vedi Glossario

Scheda 2.B
Area di indagine: Dati generali sui consumi di alcol riferiti alla popolazione - Passi
Fonte: Indagine “Passi”.
Flusso: Dipartimenti di prevenzione→Regioni→ASS-ASL.
Tipo di rilevazione: Campionaria.
Obiettivi: Descrivere il fenomeno relativamente ai consumi, agli stili di consumo e dei comportamenti a rischio della popolazione con livello di approfondimento a livello di ASS-ASL.
Utilizzo dei dati: Relazione al Parlamento, Relazioni Regionali.
Indicatori che saranno utilizzati nella prima fase del monitoraggio: <ul style="list-style-type: none"> • Stima della frequenza del consumo di alcol espressa in giornate di consumo di B.A. suddivisa per fasce d'età, sesso e Provincia. • Stima delle unità alcoliche consumate giornalmente suddivise per fasce d'età, sesso e Provincia Moda, Media, Errore standard). • Stima degli episodi di <i>Binge Drinking</i> suddivisi per fasce d'età, sesso e Provincia (Moda, Media, Errore standard). • Stima del numero di accertamenti di guida (auto/moto) con tasso alcolico superiore al limite consentito suddivisi per fasce d'età, sesso e Provincia. • Stima del numero di persone trasportate da conducente con tasso alcolico superiore al limite consentito suddivisi per fasce d'età, sesso e Provincia.
Indicatori che potrebbero essere utilizzati in una seconda fase di monitoraggio: <ul style="list-style-type: none"> • Moda e Media dell'età del primo consumo di l'alcol suddivisi per fasce d'età dei rispondenti, sesso e ASS-ASL. • Stima delle tipologia di B.A. consumate suddivisi per fasce d'età, sesso e ASS-ASL. • Stima dei contesti di consumo suddivisi per fasce d'età, sesso e ASS-ASL. • Stima dei casi in cui si adottano misure di auto-prevenzione (lasciar guidare chi è sobrio, misurazione del tasso, contattare un taxi) suddivisi per fasce d'età dei rispondenti, sesso e ASS-ASL. • Diffusione dell'uso dell'etilometro. • Diffusione di comportamenti responsabili ad esempio: <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevalenza di persone che cedono la guida ad un conducente il cui tasso alcolico è inferiore ai limiti di legge consentiti. 2. Prevalenza di persone che chiedono a chi ha un tasso alcolico superiore al consentito di cedere la guida. • Correlazione tra “comportamenti sani (consumo frutta e verdura …)” e “consumo di alcol”.
Restituzione del dato: Necessaria
Caratteristiche delle basi dati: L'indagine “Passi” esplora la fascia d'età 18-65 ed esclude i preadolescenti e le persone anziane. Numerosità del campione non troppo elevata. L'indagine esplora anche altri temi relativi alla salute. Chiedere un approfondimento sul consumo di B.A. potrebbe appesantire l'intervista telefonica.

Scheda 2.C
Area di indagine: Dati generali sui consumi di alcol riferiti alla popolazione - Ricerche locali
Fonte: Indagini effettuate localmente dai servizi con il coinvolgimento o in collaborazione con associazioni di volontariato, Agenzie Regionali Sanità, Dipartimenti di prevenzione.
Flusso: Dipartimenti delle dipendenze/Dipartimenti di prevenzione o altra organizzazione designata→ASS-ASL→Regioni→Ministero.
Tipo di rilevazione: Campionaria
Obiettivi: Descrivere il fenomeno relativamente a: (a) consumi e stili di consumo nelle popolazioni target (bambini, preadolescenti, adolescenti, donne, anziani); (b) differenze territoriali, (c) panel sull'andamento dei consumi e degli stili di consumo.
Utilizzo dei dati: Relazione Parlamento, Relazioni Regionali.
Indicatori che potrebbero essere utilizzati in una seconda fase di monitoraggio:
<ul style="list-style-type: none"> • Età del primo consumo. • Tipo e quantità di B.A. consumata in forma prevalente espressa in unità alcoliche. • Binge Drinking. • Consumo di alcol a pasto/fuori pasto. • Frequenza del consumo nell'ultimo mese/giorni settimana. • Rilevazione della percezione da parte della popolazione target dei controlli alcolimetrici effettuati da parte delle forze ordine. • Conoscenza dei limiti di legge (guida in stato di ebbrezza). • Misure di auto-prevenzione: etilometro (vedi Passi), “guida chi non beve”. • Familiarità del consumo di alcol. • Contesti e luoghi di consumo. • Consumi di alcol sul posto di lavoro. • Significati attribuiti al consumo di alcol. • Percezione del rischio, pericolo, sicurezza legati al consumo di alcol e alle azioni a rischio.
Restituzione del dato: Facoltativa.
Caratteristiche delle basi dati: Da stabilire in fase di definizione del progetto di ricerca

Scheda 2.D
Area di indagine: Dati sui consumi di B.A. riferiti all'utenza dei servizi di alcologia. ³
Fonte: Banca dati delle singole ASS-ASL. ⁴
Flusso: ASS-ASL→Regione→Ministero.
Tipo di rilevazione: Universo delle persone afferenti ai servizi.
Obiettivi: Descrizione generale del fenomeno relativo ai consumi e agli stili di consumo degli utenti dei servizi, monitoraggio delle differenze territoriali (confronto tra ASS-ASL della singola Regione), panel sull'andamento dei consumi nel tempo.
Utilizzo dei dati: Relazione Parlamento, Relazioni Regionali.
Indicatori che saranno utilizzati nella prima fase del monitoraggio: <ul style="list-style-type: none"> Prevalenza delle B.A. consumate per tipologia suddivisa per età/sesso/regione (schede alcol). Poliassunzione (consumo di altre sostanze psicoattive, come sostanze secondarie, da parte degli individui affetti da dipendenza da alcol). Consumo di B.A., come sostanza secondaria, da parte di individui affetti da dipendenze da altre sostanze psicoattive.
Proposta nuovi indicatori (dati da raccogliere all'atto della presa in carico): <ul style="list-style-type: none"> Moda e Media dell'età del primo consumo di alcol. Familiarità dei disturbi da uso di alcol. Numero degli episodi di intossicazione per settimana/nell'ultimo mese suddivisi per età/sesso/con evidenza degli utenti inviati dalle Commissioni Mediche Patenti. Stili di consumo: consumo di alcol a pasto e fuori pasto suddivisi per sesso/età/con evidenza degli utenti inviati dalle Commissioni Mediche Patenti. Luogo e contesto del consumo abituale espressi per età/sesso/con evidenza degli utenti inviati dalle Commissioni Mediche Patenti.
Restituzione del dato: Necessaria.
Caratteristiche delle basi dati: Il fatto che i dati siano aggregati non permette un'analisi del fenomeno in relazione alle classi d'età e all'evoluzione dei consumi da parte degli utenti dei servizi. Le schede ministeriali e i sistemi informatizzati sono centrati con particolare attenzione alle persone affette da dipendenze da altre sostanze psicoattive; un po' meno per le persone affette da dipendenza da alcol.

3 Come da attuali schede ALC., da cartella clinica, Nuovo Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND) modificato.

4 A livello Nazionale è stato approvato un documento relativo alla realizzazione del SIND che prevede la trasmissione telematica, da parte dei Ser.T., dei dati relativi all'utenza e ai servizi. Le variabili individuate sono in parte quelle utilizzate generalmente per la produzione della cartella clinica dell'utente e delle schede ministeriali. Tuttavia mancano alcuni approfondimenti che nel nostro caso riguardano anche i consumi e stili di consumo degli utenti con PAC.

Nel caso si decidesse di avvalersi del SIND, per trasmettere i dati dalle singole ASS alle Regioni e al Ministero, sarà opportuno inserire le variabili mancanti. In allegato si propone un elenco di variabili che dovrebbero essere aggiunte a quelle attualmente proposte dal SIND. L'attivazione di SIND come di Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze (SESTIT) pone in luce la necessità di realizzare una cartella clinica nazionale. Tale cartella dovrà (a) interfacciarsi con i dati del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) (al fine di poter tracciare il percorso utente), (b) utilizzare gli stessi item su tutto il territorio nazionale e (c) utilizzare le stesse procedure di raccolta dati. Infine si mette in evidenza il bisogno di dotare tutte le realtà locali di sistemi informativi di raccolta dei dati. La presente nota si riferisce anche alla tabella relativa alle "azioni di cura dei servizi".

SEZIONE III

3. Problemi alcol-correlati

Nella terza sezione si presentano le schede relative alle conseguenze mediche e psico-sociali generate dall'assunzione di B.A.. Come risulta da evidenze scientifiche l'uso di alcol può essere la causa diretta di malattie organiche, di incidenti stradali e infortuni sul lavoro anche molto gravi che possono condurre all'invalidità e alla morte. Al consumo di B.A. si possono associare anche situazioni di disagio familiare e sociale che hanno conseguenze sulle condizioni di vita dei soggetti e delle persone che stanno loro accanto. Per misurare gli effetti dell'alcol sulla "salute e sul benessere psico-sociale" degli individui sono stati selezionati alcuni indicatori che attingono a fonti dati accreditate. Nelle schede successive vengono descritti gli indicatori ricavabili dalle schede di dimissione ospedaliera, dalle schede di morte, dagli archivi nazionali dei tumori, dalle schede ISTAT di rilevazione degli incidenti stradali. L'ultima scheda della sezione riguarda la stima di soggetti affetti da dipendenza da alcol.

Nello specifico, per quanto riguarda il calcolo della morbilità, invalidità e mortalità, la valutazione e quantificazione delle conseguenze del consumo di alcol sulla salute delle persone può essere fatta sulla base dei dati provenienti dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e dalle schede di morte. Le procedure di calcolo permettono di definire il numero di dimissioni e di decessi per singola patologia. Le attività di tipo medico sono quantificabili con un buon grado di affidabilità grazie all'impiego di procedure standardizzate volte a monitorare l'affluenza dei pazienti nei singoli ospedali. Per quanto riguarda la morbilità si prendono in esame i dati relativi alle SDO per PAC totalmente e parzialmente alcol attribuibili (TA e PA). La distinzione avviene esplorando le schede che riportano le patologie alcol correlate secondo i codici definiti dall'International Classification of Diseases IX (ICD IX). Per le patologie PA si provvede a calcolare le percentuali attribuibili all'alcol per mezzo di coefficienti adeguati come ad esempio quelli del CDC statunitense. L'applicazione dei fattori di correzione derivano da studi epidemiologici effettuati negli USA che, se pur risponda alle necessità di stimare il fenomeno o di produrre ricerche locali, non può rappresentare la soluzione definitiva per la realizzazione del monitoraggio nazionale.

Per questa ragione sarà opportuno definire un nostro sistema di pesatura delle diagnosi di ricovero e di morte al fine di stimare una quota corretta di PAC.

Per quanto riguarda la rilevazione degli incidenti stradali in una prima fase del lavoro ci si avverrà dei dati ricavati dai data base dell'ISTAT, dell'ISS, dell'Automobile Club d'Italia e delle ricerche locali. L'elaborazione dei dati permetterà l'individuazione del tasso di incidenti stradali la cui causa è imputabile allo stato di ebbrezza e il tasso di mortalità e di infortuni correlata al consumo di alcol. Poiché non esistono fonti dati certe, il monitoraggio del trend di questi parametri potrebbe rappresentare un dato da cui partire per effettuare ricerche più approfondite. Risulta importante ricordare che i dati sono sottostimati soprattutto a causa delle modalità di raccolta e compilazione del "Modello di rilevazione delle circostanze presunte di incidente stradale" (Mod. CTT/INC) da parte delle forze dell'ordine.

Il consumo di B.A.– con o senza dipendenza conclamata – può essere il determinante di problemi di carattere sociale di una certa rilevanza e gravità come ad esempio rottura dei rapporti familiari, abusi sessuali, violenza su donne e minori.

Il monitoraggio di questi problemi sociali generati dal consumo di B.A. rappresenta un indicatore significativo per determinare la gravità e la penetrazione del problema nel tessuto sociale. Vista la complessità del fenomeno risulta al momento estremamente difficile e oneroso realizzare ricerche di carattere nazionale sul tema. Per questo motivo sono stati individuati alcuni macro-indicatori, il cui elenco andrà perfezionato e completato nel tempo, che vanno letti quale stimolo per la realizzazione di indagini da realizzare su campioni di popolazione e da équipe di lavoro appositamente costituite.

Scheda 3.A1

Area di Indagine: Patologie e Mortalità – SDO per PAC.

Fonte: Regioni – Agenzia Regionale della Sanità (ARS) e Altri.

Flusso: Ministero/ISS→Regione→ASS-ASL.

Tipo di rilevazione: Analisi delle SDO dei pazienti con PAC ricoverati negli ospedali pubblici/privati/convenzionati nell'anno oggetto d'indagine in relazione alla popolazione totale.

Obiettivi: Misurare l'incidenza delle patologie alcol-correlate sulla popolazione totale.

Utilizzo dei dati: Relazione Parlamento, Relazioni Regionali.

Indicatori che saranno utilizzati nella prima fase del monitoraggio:

Casi (valori assoluti e %), tassi standardizzati per 100.000 abitanti (popolazione residente) suddivisi per sesso/fasce d'età quinquennali/nazionalità/ASS-ASL di appartenenza.

Le patologie parzialmente e totalmente alcol-correlabili ed i relativi gradi di correlazione sono definiti come previsto da ICD-9 e ICD-10 e dal Centers for Disease Control and Prevention (CDC) degli USA.

Indicatori:

- Dimissioni ospedaliere, per tutte le PAC.
- Dimissioni ospedaliere per PAC-TA.
- Dimissioni ospedaliere per PAC-PA.
- Giornate di degenza per PAC-TA.
- Giornate di degenza per PAC-PA.
- Numero di soggetti con PAC-TA e PA.
- Numero medio di giornate degenza per PAC-PA-TA.
- Tipologia di ricovero.
- Modalità di dimissione di pazienti con SDO per PAC-TA.
- Trend ultimi 3-5 anni di casi di cirrosi epatica e dipendenza da alcol.
- Numerosità dei ricoveri multipli nel corso dell'anno per le due categorie principali di condizioni croniche (cirrosi alcolica, dipendenza da alcol) e acuta (intossicazione etilica) ai fini di una valutazione accurata dell'incidenza di tali condizioni.

Accanto ai dati ricavabili dalle SDO, risultano interessanti i dati forniti dalla banca dati del Registro Tumori che è disponibile in rete per quasi tutte le regioni:

- Prevalenza dei tumori distinti per sede iniziale, sesso, età, regione.
- Incidenza dei tumori distinti per sede iniziale, sesso, età, regione.
- Mortalità dei tumori distinti per sede iniziale, sesso, età, regione.

Restituzione del dato: Necessaria.

Caratteristiche delle basi dati: "La SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) rappresenta una sintesi della cartella clinica. Essa raccoglie molte informazioni sui pazienti: anagrafica, diagnosi principale, complicanze (...). Il cuore informativo della SDO è rappresentato dalla diagnosi principale; questa si definisce come la condizione, identificata al momento della dimissione, che sia risultata essere la principale patologia o condizione per cui siano state spese il maggior consumo di risorse nel corso del ricovero. (...) la diagnosi viene definita sulla base della classificazione internazionale delle malattie (ICD IX) e secondo le linee guida per la codifica delle informazioni cliniche nella SDO del 6/6/2002. (...). La SDO è collegata al sistema di rimborso delle prestazioni di ricovero (...) . L'aver collegato la SDO al sistema di rimborso delle prestazioni da ricovero ha, da un lato, portato all'indubbio vantaggio di aver reso effettivamente obbligatorio un flusso informativo tanto importante ai fini epidemiologici e gestionali, dall'altro, però, ha indotto la gran parte degli op. sanitari deputati alla compilazioni ed alla codifica a considerare la SDO più una sorta di "fattura" che un documento di raccolta di dati sanitari. Questo ad esempio potrebbe portare alla

scelta di una diagnosi principale più “conveniente” o al contrario, a non indicare comorbidità o complicanze (magari importanti sul piano epidemiologico e relative a patologie alcol correlate) che non comportano modifiche sostanziali nell’attribuzione del DRG (e quindi della tariffa)⁵.

Tutto questo ci permette di affermare che la SDO rappresenta una base dati fondamentale per valutare l’impatto della dipendenza da alcol sullo stato di salute della persona anche se il dato rischia di essere distorto e probabilmente sottostimato. Rimane il fatto che le ultime affermazioni andrebbero verificate per mezzo di un’indagine *ad hoc*.

Infine i dati relativi ai tumori rappresentano delle elaborazioni statistiche derivanti dalle SDO, dai referti anatomo-patologici ed isto-citologici e dai certificati di morte. Vista la disponibilità dei dati sia in termini di valori grezzi che standardizzati è possibile fare delle comparazioni e delle analisi storiche e valutare così gli effetti di periodo e di coorte.⁶

⁵ Tratto da “Applicazioni di epidemiologia per la sanità” – F. Faggiano, F. Donato, F. Barbone – Centro Scientifico Editore 2006.

⁶ Per i dati riferiti alla mortalità vedi ad esempio http://www.tumori.net/it/banca_dati/query.php

Scheda 3.A2

Area di Indagine: Patologie e Mortalità – Registro mortalità

Fonte: Registri di mortalità regionali.

Flusso: Ministero/ISS→Regione→ASS-ASL.

Tipo di rilevazione: Analisi dei registri di mortalità e calcolo dei tassi di mortalità PAC.

Obiettivi: Valutare l'andamento del fenomeno analizzando l'andamento dei tassi nel tempo

Utilizzo dei dati: Relazione Parlamento, Relazioni Regionali.

I dati elaborati secondo procedure di standardizzazione (I.C. del 95% con distribuzione di Poisson) e come previsto da ICD IX e del CDC – USA.

Indicatori che saranno utilizzati nella prima fase del monitoraggio:

Morte per causa naturale

- Tassi di mortalità specifici per causa, età e sesso e ASS-ASL.
- Tassi di mortalità grezzi per causa, età, sesso e ASS-ASL.
- Tassi di mortalità standardizzati diretti e limiti di confidenza al 95%.
- Confronto tra i tassi di mortalità riferiti all'anno oggetto di indagine (es. 2008) e i tassi di mortalità disponibile in rete e a cura dell'ISS (es. aggiornamento del 2006).⁷

Morti per cause violente

- Correlazione tra “cause per morte violenta” e “stati morbosi preesistenti alcol correlabili”.
- Anni di vita persi (75 anni (-) età al decesso per PAC).
- Trend degli ultimi 3-5 anni dei casi di decesso per cirrosi epatica.

Restituzione del dato: Necessaria.

Caratteristiche delle basi dati: I dati sulla mortalità sono raccolti per mezzo delle schede di morte (modelli d4 e d5). I dati vengono, in una fase successiva, elaborati dall'ISTAT. L'analisi dei dati forniti dalla scheda dovrebbe permettere un riscontro relativamente alle cause di morte alcol-correlabili (causa iniziale e causa intermedia)⁸.

Per quanto riguarda la correlazione tra “cause per morte violenta” e “stati morbosi preesistenti alcol correlabili” si dovrà verificare l'attendibilità e affidabilità del dato.

⁷ Vedi <http://www.iss.it/site/mortalita/Scripts/SelCause.asp>

⁸ I dati relativi alla mortalità per causa secondo la codificazione internazionale, vedi nota introduttiva, sono disponibili in internet sul sito del ISS all'indirizzo: <http://www.iss.it/site/mortalita/>

Scheda 3.A3
Area d'indagine: Stima della prevalenza dei soggetti alcol-dipendenti
Fonte: Banca dati delle singole ASS-ASL. ⁹ ; SDO, data base associazioni di volontariato e cooperative sociali.
Flusso: ASS-ASL→Regione→Ministero.
Tipo di rilevazione: Universo delle persone afferenti ai servizi, agli ospedali e case di cura, alle associazioni di volontariato e alle cooperative sociali.
Obiettivi: Stimare il numero di soggetti che hanno problemi connotati di alcol-dipendenza
Utilizzo dei dati: Relazione Parlamento, Relazioni Regionali.
Indicatori che saranno utilizzati nella prima fase del monitoraggio: Stima del numero di soggetti alcol-dipendenti (dati grezzi) ottenuta considerando il numero di soggetti ricoverati nell'anno con SDO per dipendenza da alcool (ICD 303, sindrome di dipendenza da alcol; ICD 305.0 abuso di alcol; ICD 790.3, alcolemia elevata, codici che spesso vengono utilizzati in occasione di terapie di disintossicazione); (A), il numero di utenti registrati dai dipartimenti delle dipendenze/alcologia nell'anno (B), il numero di utenti dei dipartimenti delle dipendenze/alcologia inviati agli ospedali per ricoveri per PAC nell'anno (C). La formula per la stima grezza dei soggetti alcol dipendenti dovrebbe essere la seguente: (A/B)*C.
Proposta nuovi indicatori (dati da raccogliere all'atto della presa in carico): Prevalenza di individui affetti da dipendenza da alcol, ovvero stima del sommerso per mezzo del metodo della “cattura-ricattura”: coinvolgendo la popolazione degli utenti dei Dipartimenti delle Dipendenze, degli utenti degli ospedali con SDO per PAC, degli utenti del terzo settore (associazioni e cooperazione). La tecnica campionaria richiederà uno studio <i>ad hoc</i> . La standardizzazione dei dati permetterà anche il confronto tra realtà diverse (ASS-ASL, Regioni).
Restituzione del dato: Necessaria.
Caratteristiche delle basi dati: vedi note relative a schede 3.A1, 3.A2, 7.A1

9 A livello Nazionale è stato approvato un documento relativo alla realizzazione del SIND che prevede la trasmissione telematica, da parte dei Ser.T., dei dati relativi all'utenza e ai servizi. Le variabili individuate sono in parte quelle utilizzate generalmente per la produzione della cartella clinica dell'utente e delle schede ministeriali. Tuttavia mancano alcuni approfondimenti che nel nostro caso riguardano anche i consumi e stili di consumo degli utenti con PAC.

Nel caso si decidesse di avvalersi del SIND, per trasmettere i dati dalle singole ASS alle Regioni e al Ministero, sarà opportuno inserire le variabili mancanti. In allegato si propone un elenco di variabili che dovrebbero essere aggiunte a quelle attualmente proposte dal SIND. L'attivazione di SIND come di Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze (SESTIT) pone in luce la necessità di realizzare una cartella clinica nazionale. Tale cartella dovrà (a) interfacciarsi con i dati del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) (al fine di poter tracciare il percorso utente), (b) utilizzare gli stessi item su tutto il territorio nazionale e (c) utilizzare le stesse procedure di raccolta dati. Infine si mette in evidenza il bisogno di dotare tutte le realtà locali di sistemi informativi di raccolta dei dati. La presente nota si riferisce anche alla tabella relativa alle “azioni di cura dei servizi”.

Scheda 4.A
Area di Indagine: Incidenti sul lavoro alcol-correlabili.
Fonte: Da definire.
Flusso: Da definire.
Tipo di rilevazione: Questo argomento per la sua specificità e per la mancanza di informazioni attendibili, necessita della creazione di uno specifico gruppo di lavoro (probabilmente a carattere interministeriale) con il compito di studiare il fenomeno ed i possibili sistemi di rilevazione e monitoraggio.
Obiettivi: Relazione al Parlamento, Relazioni Regionali.
Utilizzo dei dati: Valutazione del problema e definizione delle strategie d'intervento.
Indicatori che potrebbero essere utilizzati in una seconda fase di monitoraggio:
<ul style="list-style-type: none"> • Numero di incidenti sul lavoro alcol-correlabili (sesso, età/nazionalità, fascia oraria/tipologia di lavoro/giorno della settimana: infrasettimanale/fine settimana, numero delle persone coinvolte). • Esito degli incidenti sul lavoro: infortunio, mortalità distinti per sesso/età, soggetto che causa l'incidente e soggetti coinvolti. • Numero di soggetti che all'atto del sinistro erano in carico al Servizio di Alcologia e/o Dipartimento delle Dipendenze (sia per dipendenza da alcol o da altre sostanze). • Azioni di coordinamento tra Regioni/ASS-ASL/Associazioni di Categoria/Sindacati/Medici del Lavoro/Forze dell'ordine finalizzate alla sensibilizzazione e prevenzione del problema. • Emanazioni di regolamenti e atti legislativi volti a prevenire gli incidenti sul lavoro. • Indagini campionarie sulla percezione del rischio/pericolo e della sicurezza legati all'attività lavorativa e al consumo di alcol; sulle forme di garanzia del mantenimento del posto di lavoro se inseriti in un programma riabilitativo. Le indagini dovrebbero avere lo scopo anche di individuare forme di intervento efficaci per la sensibilizzazione e prevenzione del problema. • Attività formative specifiche per i medici del lavoro ed i medici competenti.
Restituzione del dato: Facoltativa.
Caratteristiche delle basi dati: Da stabilire in fase di definizione del progetto di ricerca.

Scheda 5.A
Area di Indagine: Incidenti stradali alcol-correlabili.
Fonte: Da definire per gli incidenti stradali alcol-correlati. Commissione Medica Patenti, Data base Servizi per le Dipendenze (Ser.D./Ser.T.), Prefetture per la sospensione e il ritiro delle patenti.
Flusso: Regione→Ministero.
Tipo di rilevazione: Da definire.
Utilizzo dei dati: Relazione Parlamento, Relazioni Regionali.
<p>Indicatori che potrebbero essere utilizzati nella fase sperimentale del monitoraggio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevalenza di incidenti stradali registrati dalle forze dell'ordine la cui causa è correlabile all'alcol (come da modello CTT/INC). • Prevalenza di infortuni per incidenti stradali registrati dalle forze dell'ordine la cui causa è correlabile all'alcol (come da modello CTT/INC). • Prevalenza di decessi da incidenti stradali registrati dalle forze dell'ordine la cui causa è correlabile all'alcol (come da modello CTT/INC).
<p>Indicatori che potrebbero essere utilizzati nella seconda fase di monitoraggio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero di decessi per incidente stradale suddivisi per sesso, età, giorno e ora del sinistro (Settimana/fine settimana). • Numero incidenti stradali suddivisi per sesso, età, giorno e ora del sinistro (settimana/fine settimana) e tipo di mezzo coinvolto. • Numero di infortunati per incidente stradale suddivisi per sesso, età, giorno e ora del sinistro (settimana/ fine settimana). • Numero di sospensioni della patente suddivise per sesso, età, giorno (settimana/fine settimana) e ora dell'azione di sospensione, condizione lavorativa del soggetto, tipo di impiego, tipo di patente, motivazione della sospensione (incidente + alcol, eccesso alcolico). • Numero di ritiri della patente suddivisi per sesso e età. • Alcolemia dei soggetti all'atto del controllo suddivisi per sesso ed età. • Numero di persone che frequentano i corsi di informazione/motivazione presso i Servizi di Alcologia. • Casi di sospensione e ritiro per incidente stradale. In questo caso il dato potrebbe restituire una stima del numero di incidenti medio gravi e gravi (che hanno richiesto l'intervento delle forze dell'ordine) legati al consumo di alcol.
Restituzione del dato: Facoltativa.
<p>Caratteristiche delle basi dati:</p> <p><i>Incidenti stradali</i></p> <p>La rilevazione del numero e della tipologia degli incidenti stradali e delle relative conseguenze per le persone (infortuni e decessi) viene eseguita dalle forze dell'ordine (solo nel caso di un loro intervento) per mezzo della compilazione del modello CTT/INC. I dati vengono raccolti ed elaborati dall'ISTAT che fornisce particolareggiate analisi secondo le variabili previste dalla scheda. Per quanto riguarda il consumo di alcol e guida, l'ISTAT fornisce i dati relativi alla rilevazione dello "stato psico-fisico del conducente" e nello specifico la frequenza di casi di "anormalità per ebbrezza da alcol". L'elaborazione dei dati permette l'individuazione del tasso di incidenti stradali rilevati dalle forze dell'ordine la cui causa è imputabile allo stato di ebbrezza e il tasso di mortalità correlata al consumo di alcol. Poiché sul tema incidenti e guida non esistono molti altri dati disponibili, il monitoraggio del trend di questi due parametri potrebbe rappresentare un indice da cui partire per effettuare ricerche più approfondite. Va precisato che i dati rilevati per mezzo del modello CTT/INC sono da considerarsi sottostimati a causa di un'alta percentuale di mancate</p>

compilazioni del modello nella parte relativa alle “circostanze presunte dell’incidente”, dal fatto che la mortalità non viene specificata se accade 30 gg. dopo l’incidente e che non tutti gli incidenti stradali vengono registrati¹⁰.

Ritiro patenti

Per quanto concerne invece il ritiro delle patenti si precisa che questi dati sono in possesso delle Commissioni Mediche Patenti delle singole Province. Al momento non risultano esserci però archivi informatizzati e disponibili a livello regionale/nazionale.

Questi dati al momento non possono essere utilizzati per fare delle inferenze statistiche sulla prevalenza dei soggetti che circolano in stato d’ebbrezza, e che quindi rappresentano un effettivo rischio e pericolo per loro stessi e la popolazione in generale.

In termini esplorativi si potrebbe comunque verificare la correlazione, ad esempio, tra giorno e ora del ritiro della patente e l’età dei soggetti, al fine di proporre strategie d’intervento (azioni preventive nei locali, interventi delle forze dell’ordine in zone ed in orari a rischio ecc.) o realizzare delle analisi più approfondite. Sempre in termini esplorativi si potrebbe anche verificare l’ipotesi che esista una associazione tra numero delle sospensioni delle patenti e numero degli incidenti stradali.

¹⁰ Confronta “Epidemiologia & Prevenzione”, Anno 31, novembre e dicembre 2007 - Incidenti stradali in Piemonte: fattori che influenzano la mortalità tra i conducenti. (L. Marchini, C. Mamo, M. Dal masso, G. La Torre).

Scheda 6A

Area di Indagine: Altri problemi di carattere sociale causati dall'abuso di alcol.

Fonte: Dati di ricerca.

Flusso: ASS-ASL→Regione→Ministero.

Tipo di rilevazione: Campionaria.

Obiettivi: Descrivere il fenomeno dell'alcol-dipendenza relativamente ad aspetti di tipo sociale.

Utilizzo dei dati: Relazione Parlamento, Relazioni Regionali.

Indicatori che potrebbero essere utilizzati in una seconda fase di monitoraggio:

- Alcol e violenza (ad es., casi di violenza intra-familiare, violenza in contesti sociali: discoteche stadi).
- Alcol e abusi sessuali (ad es., casi di abusi sessuali nei confronti estranei/familiari/minori).
- Alcol e sessualità non protetta (ad es., casi di trasmissione di malattie sessualmente trasmesse e/o di gravidanze indesiderate la cui causa può essere attribuibile a mancanza di controllo generata da uso di alcol e altre sostanze psicoattiva).
- Prostituzione e uso di alcol.
- Casi di improvviso impoverimento causato da perdita di lavoro, gioco d'azzardo, problemi giudiziari, separazioni familiari. Problemi correlabili al consumo di alcol (problema osservabile sia come causa che effetto).
- Diminuzione della produttività delle persone affette da dipendenza da alcol.
- Anziani, solitudine, povertà e consumo di alcol.

Restituzione del dato: Facoltativa.

Caratteristiche delle basi dati: Da stabilire in fase di definizione del progetto di ricerca

Sezione IV

4. Attività di contrasto

Nella quarta sezione sono presentate le schede che raccolgono gli indicatori riferiti alle misure di contrasto del fenomeno attivate dai servizi di alcolologia, dal terzo settore, in particolare dalle associazioni di volontariato e dalle Cooperative Sociali.

Le fonti da cui si attingeranno i dati sono in prevalenza le schede ALC. Accanto agli indicatori e variabili già utilizzati, sono stati individuati nuovi indicatori che hanno lo scopo, da un lato, di approfondire alcuni temi d'interesse (es. durata ed esito dei trattamenti) e, dall'altro, di estendere il monitoraggio anche ad aspetti emergenti del fenomeno (es. attività legata alla sospensione delle patenti). Infine ed in sintesi, lo scopo della sezione è quello di mettere in luce tutti gli aspetti dell'attività di contrasto svolta dal settore pubblico e dal settore privato.

Scheda 7.A1
Area di Indagine: Cura – organizzazione servizi di alcolologia e altri servizi pubblici.
Fonte: Data base dei servizi, schede ALC.
Flusso: ASS-ASL→Regione→Ministero.
Tipo di rilevazione: Universo dei servizi e delle organizzazioni pubbliche e private riconosciute (ad es., case di cura private, reparti ospedalieri universitari).
Obiettivi: Monitorare l'attività svolta dai servizi e le relative fluttuazioni nel tempo.
Utilizzo dei dati: Relazione Parlamento, Relazioni Regionali.
Indicatori che saranno utilizzati nella prima fase del monitoraggio: <ul style="list-style-type: none">• Anagrafe dei servizi (scheda ALC).• Tipologia di trattamenti e prestazioni erogati dai servizi agli utenti (scheda ALC).• Personale dei servizi distribuito secondo la tabella ministeriale: tempo impegnato e professionalità (scheda ALC).
Indicatori che potrebbero essere utilizzati in una seconda fase di monitoraggio: <ul style="list-style-type: none">• Stima del numero di consumatori a rischio.• Trattamenti erogati/numero di utenti.• Prestazioni erogate/numero di utenti.• Relazione dei servizi con le altre organizzazioni territoriali che si occupano di persone con PAC (Associazioni di volontariato, uffici giudiziari, Commissione Medica Patenti, ospedali, comunità, cooperazione sociale).• Tipologia di attività svolte dai servizi in relazione alla L125/2001 e PNAS (si rimanda all'apposita scheda).
Restituzione del dato: Necessaria.
Caratteristiche delle basi dati: Anche in questo caso, mancando una cartella clinica comune, la raccolta dati è difficoltosa ed inoltre i dati così raccolti non sono omogenei e comparabili.

Scheda 7.A2
Area di Indagine: Cura – organizzazione servizi di alcologia e altri servizi pubblici.
Tipo di rilevazione: Raccolta dati sull'universo degli utenti dei servizi.
Fonte: Data base dei servizi, schede ALC.
Flusso: ASS-ASL→Regione→Ministero.
Obiettivi: Monitorare l'attività dei servizi sulla base dei dati riferiti alla numerosità e tipologia d'utenza che afferisce ai servizi e le relative fluttuazioni nel tempo
Utilizzo dei dati: Relazione Parlamento, Relazioni Regionali.
Indicatori che saranno utilizzati nella prima fase del monitoraggio:
<ul style="list-style-type: none"> • Tipologie di utenti [nuovo (mai trattato), rientrato (già trattato in precedenza), non noto (che non si sa se ha già fruito di trattamenti)] distinte per sesso/classi d'età/ASS-ASL. • Trattamenti fruiuti dagli utenti: distinte per tipologia/sesso/classi d'età/ASS-ASL. • Canale d'invio (da chi è stato inviato al servizio il soggetto). • Prevalenza di soggetti tossicodipendenti (utenti Ser.D./Ser.T. che utilizzano l'alcol come sostanza secondaria d'abuso, distinti per sesso/classi d'età/ASS-ASL (dati ricavabili dal monitoraggio/schede ministeriali dei Ser.D./SerT.).
Indicatori che potrebbero essere utilizzati in una seconda fase di monitoraggio:
<ul style="list-style-type: none"> • Prevalenza di utenti in terapia farmacologica per la dipendenza da alcol. • Qualità dei rapporti con le diverse organizzazioni territoriali che si occupano di soggetti con PAC (rete territoriale). • Tipologia dei problemi legati all'uso di alcol per i quali è stata fatta richiesta di un intervento (problemi in prevalenza di natura psicologica, medica, psichiatrica, giudiziaria, sociale). • Durata media dei trattamenti (data dimissioni - data ingresso) – Storico. • Motivazione delle dimissioni dal programma/trattamento. • Esiti dei programmi/trattamenti. • Successo dell'intervento: Rapporto tra numero di utenti dimessi dai servizi /utenti dimessi dai servizi e astinenti (survey ex utenti a campione). • Conoscenza da parte dei medici di base dei PAC dei propri pazienti che sono in carico ai servizi. • Prevalenza di utenti dei servizi con PAC. • Prevalenza di utenti dei servizi che hanno causato/subito incidenti stradali e sul lavoro alcol-correlabili. • Tempo trascorso tra l'insorgenza del disturbo da uso di alcol e “l'avvio” di un trattamento presso un servizio.
Restituzione del dato: Necessaria.
Caratteristiche delle basi dati: Anche in questo caso, mancando una cartella clinica comune, la raccolta dati è difficoltosa ed inoltre i dati così raccolti non sono omogenei e comparabili.

Scheda 8.A
Area di Indagine: Riabilitazione, attività del privato sociale.
Fonte: Data base delle associazioni se esistenti, scheda/questionario <i>ad hoc</i> .
Flusso: ASS-ASL→Regione→Ministero.
Tipo di rilevazione: Universo delle associazioni di volontariato (ad es., Alcolisti Anonimi o AA e i gruppi familiari Al-Anon, Associazione Italiana Club degli Alcolisti Anonimi o AICAT) e delle cooperative sociali di tipo A e B e AB ¹¹ che intrattengono rapporti concreti e stabili con il Servizio.
Obiettivi: mappatura dei gruppi, associazioni e cooperative che si occupano di persone con problemi di alcol-dipendenza, monitoraggio dell'attività svolta e dei soggetti seguiti.
Utilizzo dei dati: Relazione Parlamento, Relazioni Regionali. Dati attualmente raccolti con scheda Ministeriale ALC. Dove possibile e per tutte le variabili descrittive i dati vanno distinti per sesso/età/ASS/Regione.
Indicatori che saranno utilizzati nella prima fase di monitoraggio: <ul style="list-style-type: none"> Anagrafica delle associazioni, cooperative, comunità terapeutiche per persone con dipendenza da alcol (creazione di un data base pubblico).
Indicatori che potrebbero essere utilizzati in una seconda fase di monitoraggio: <ul style="list-style-type: none"> Tipologia di trattamenti e prestazioni erogati dalle organizzazioni. Numero e professione del personale impiegato per le organizzazioni che retribuiscono i propri dipendenti (cooperative, comunità terapeutiche). Numero di volontari impiegati per le organizzazioni di volontariato. Stima del numero di persone che frequentano i gruppi (rapporto maschi e femmine). Stima del numero di incontri settimanali, durata media degli incontri (per le associazioni che non mantengono un registro della propria attività)
Per i gruppi afferenti all'AICAT¹² - AA e altre Associazioni: <ul style="list-style-type: none"> Numero di “utenti principali” (soggetti che hanno PAC) suddivisi per età/sesso/ASS-ASL. Numero di nuovi utenti (che non hanno mai frequentato un’associazione di volontariato). Numero di utenti in carico (persone in carico nell’anno precedente). Numero di “utenti secondari” nuovi e/o in carico (persone che sono coinvolte direttamente nei PAC dell’utente principale (familiari, amici, parenti) e che partecipano con regolarità alle attività dell’associazione). Grado di collaborazione con i Servizi di Alcologia. Numero di utenti principali nuovi inviati dai Servizi di Alcologia su numero totale di utenti principali nuovi. Grado di successi degli inserimenti nei club (astensione dal consumo di alcol). Numero degli incontri settimanali. Numero di ore per incontro.
Restituzione del dato: Necessaria.
Caratteristiche delle basi dati: I dati forniti dalle due associazioni AICAT e AA non sono comparabili. L’AICAT ha un sistema di monitoraggio strutturato sull’attività svolta dai CAT che non contemplando la registrazione record/persona fornisce dati aggregati. Inoltre spesso i dati si riferiscono ai “persone con problemi di alcol” e quindi contemplano anche i familiari dei soggetto che manifesta il sintomo. L’associazione AA, per la sua filosofia di intervento anonimo, non possedendo registri dei soggetti che frequentano i gruppi, può fornire solo stime di dati aggregati.

¹¹Le cooperative di tipo “A” sono società senza fini di lucro che erogano servizi come ad esempio la gestione di servizi, l’attivazione di comunità, la realizzazione di interventi di prevenzione. Generalmente queste organizzazioni occupano personale con professionalità specifiche (educatori, assistenti sociali, psicologi, sociologi). Le cooperative di tipo “B” sono organizzazioni di produzione e lavoro che occupano al loro interno almeno un terzo di soggetti con problemi di tipo psico-sociale: quali, ad es., la dipendenza da alcol e/o da altre sostanze psicoattive o altri disturbi psichiatrici La finalità delle cooperative di tipo B sono la mutualità finalizzata all’inserimento lavorativo e sociale di soggetti svantaggiati. Le cooperative miste prevedono all’interno sia l’una che l’altra caratteristica.

¹² L’AICAT produce annualmente una ricerca sui club (in collaborazione con il Centro Nazionale Ricerche o CNR). Da verificare con i responsabili AICAT la possibilità di utilizzare i dati disponibili ai fini del monitoraggio.

Sezione V

5 Applicazione della legge 125/2001e del PNAS

Si tratta di un'indagine esplorativa volta a comprendere in generale il grado di conoscenza, recepimento e attuazione della L. 125/2001 e del PNAS a livello regionale e nazionale. L'indagine si prefigge di conoscere quali azioni sono state attivate e chi hanno coinvolto. In seguito, e sulla base dei dati raccolti sarà possibile attivare un approfondimento del monitoraggio ricercando anche "le buone pratiche d'intervento".

Scheda 9

Area di Indagine: Recepimento e applicazione di quanto disposto dalla L.125/2001e dal PNAS

Fonte: Referenti regionali al monitoraggio.

Flusso: ASS-ASL→Regione→Ministero.

Tipo di rilevazione: Universo dei servizi.

Obiettivi: Monitorare l'attività dei privato sociale sulla base dei dati riferiti alla numerosità e tipologia d'utenza che afferisce ai servizi e le relative fluttuazioni nel tempo

Utilizzo dei dati: Relazione Parlamento, Relazioni Regionali.

Indicatori che saranno utilizzati nella prima fase del monitoraggio¹³:

- Atti ufficiali di programmazione sanitaria emanati con riferimento all'applicazione della L. 125/2001 (numerosità, contenuti). Verifica ante-post.
- Gruppi/agenzie di coordinamento regionale finalizzati all'attivazione di azioni di contrasto come previsto dalla L.125/2001.
- Gruppi di lavoro regionali finalizzati alla formazione del personale dei servizi a livello locale e regionale (numerosità, contenuti).
- Iniziative per promuovere la disponibilità di formazione specialistica nel settore alcologico a livello universitario.
- Iniziative per promuovere la ricerca alcologica.
- Numero e tipologie di strutture di accoglienza per i fini di cui all'art. 11 della L. 125/2001.
- Numero e tipologie di attività di collaborazione con le istituzioni competenti per il rispetto delle disposizioni in materia di pubblicità, vendita di bevande superalcoliche nelle autostrade, tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli (attuazione art. 6, 13, 14 della L. 125/2001).
- Numero e tipologie di attività per promuovere l'attuazione di disposizioni per la sicurezza sul posto di lavoro come previsto dell'art. 15 della L. 125/2001.
- Numero e tipologie di attività per l'implementazione dei servizi e per l'allocazione di personale addetto.
- Riorganizzazione del servizio in funzione di quanto disposto dalla L.125/2001 (nuovi servizi e prestazioni erogate, attivazione di unità semplici e complesse di alcologia all'interno dei Dip. Dip.).
- Numero di linee guida sulle procedure di accoglienza.
- Numero di procedure per l'attivazione del processo di segnalazione della dimissione ospedaliere dei soggetti con PAC ai servizi territoriali dagli ospedali.
- Numero di posti letto riservati esclusivamente per ricovero specifico di individui affetti da dipendenza da alcol (quantificazione).
- In riferimento all'art. 12 della L. 125/2001, attivazione di azione volte a regolamentare la

¹³ In fase di progettazione delle schede di raccolta dati sarà opportuno valutare la cadenza della rilevazione dei singoli indicatori.

- pubblicità di B.A..
- In riferimento all'art. 9 della L. 125/2001, realizzazione di corsi universitari per lo studio dell'alcologia, dal punto di vista medico, psicologico e sociale, ovvero l'attivazione di corsi specialistici per il personale infermieristico degli ospedali.

Indicatori regionali riferiti al PNAS:

- Diffusione del documento PNAS.
- Attivazione di progetti/azioni volte a attuare quanto previsto nelle seguenti aree strategiche del PNAS.
 - Informazione ed educazione.
 - Bere e guida.
 - Ambienti e luoghi di lavoro.
 - Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione.
 - Trattamenti del consumo alcolico dannoso.
 - Capacità di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol.
 - Potenzialità delle organizzazioni non governative, di volontariato e di mutuo aiuto.
- Destinatari del progetto.
- Durata, impegno orario, continuità nel tempo.
- Tipologia di obiettivi perseguiti e relative azioni.
- Risorse economiche e di personale utilizzate per la realizzazione dei progetti.
- Tecniche, strumenti e metodologie, sistemi di valutazione utilizzati.
- Raccolta di documentazione (rapporti finali, valutazioni).
- Caratteristiche interistituzionali del progetto, attivazione della rete.

Restituzione del dato: Necessaria. Raccolta con cadenza annuale.

Caratteristiche: Da definire. Si auspica un sistema di raccolta dati informatizzato.

Gruppo Tecnico Congiunto Ministero-Regioni

Bozza Organizzativa del Piano Nazionale di Monitoraggio Alcol e Salute

[Allegato 2]

Sommario

Abbreviazioni utilizzate nel documento	4
1. Introduzione	5
2. Gli attori del monitoraggio.....	6
3. Esempio di flusso informativo dell'attività di monitoraggio	8
4. Proposta di schema operativo per fasi dell'attività di monitoraggio	9
5. Formazione dei referenti del Monitoraggio	9

Abbreviazioni utilizzate nel documento

ARS: Agenzia Regionale di Sanità

ASL: Azienda Sanitaria Locale

ASS: Azienda Socio Sanitaria

CCM: Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie

DIP-DIP: Dipartimenti delle Dipendenze

ESPAD: Progetto "European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs"

GTC-M: Gruppo Tecnico Congiunto per il Monitoraggio

ISS: Istituto Superiore della Sanità

ISTAT: Istituto nazionale di statistica

MLSPS: Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

P.A.: Province Autonome

PAC: Problemi e patologie alcol-correlati

PASSI: Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

PNAS: Piano Nazionale Alcol e Salute

PNMAS: Piano Nazionale Monitoraggio Alcol e Salute

Regione FVG: Regione capofila Friuli Venezia Giulia

RRM: Referenti Regionali del Monitoraggio

RLM: Referenti Locali del Monitoraggio

SDO: Scheda di Dimissione Ospedaliera

SSR: Servizi Sanitari Regionali

UCM: Ufficio di Coordinamento del Monitoraggio

1. Introduzione

Molto spesso anche i migliori sistemi di monitoraggio vengono vanificati dalla mancanza di un'efficiente rete di raccolta e diffusione dei dati. Per evitare questi rischi, il Gruppo Tecnico Congiunto Regioni/Ministero per il monitoraggio (GCT-M), ha ritenuto utile ed opportuno proporre una Bozza Organizzativa del Piano di Monitoraggio Nazionale Alcol e Salute (PMNAS).

Considerata la natura nazionale del monitoraggio ed il bisogno di attivare un'azione metodologicamente corretta, si rende necessario organizzare l'attività di raccolta, inserimento, elaborazione e analisi dati secondo uno schema che favorisca la circolarità dell'informazione evitando un *surplus* di lavoro per gli operatori, la moltiplicazione delle richieste di dati, la confusione e/o la distorsione dei output (doppi elaborazioni, elaborazioni contrastanti).

L'idea di fondo è che l'attività di monitoraggio non può prescindere dalle fonti dati esistenti, dalla rete di organizzazioni e centri studi attivi sul territorio sia di carattere nazionale (ISS, ISTAT) sia locali (centri epidemiologici regionali, Agenzie Regionali della Sanità o ARS, Centri studi sui temi dell'alcologia), e dalle dotazioni di personale e strumenti dei servizi di alcologia dei Dipartimenti delle Dipendenze (Dip. Dip) e degli Enti che operano in campo alcolico.

Per rispondere a queste esigenze si è ipotizzata una struttura organizzativa che ha tenuto conto dei seguenti fattori:

- a) attori istituzionali implicati nel monitoraggio;
- b) competenze e funzioni del personale coinvolto nelle attività di monitoraggio;
- c) canali comunicativi e direzionalità dei flussi informativi;
- d) fasi di attuazione dell'attività di monitoraggio.
- f) sistema di valutazione e supervisione del processo di monitoraggio

2. Gli attori del monitoraggio

Gli attori coinvolti direttamente nelle attività di monitoraggio sono i seguenti:

- Gruppo Tecnico Congiunto per il Monitoraggio (GTC-M).
- Referenti Regionali per il Monitoraggio (RRM).
- Rappresentanti dell’Ufficio di Coordinamento del Monitoraggio (UCM) della Regione capofila incaricata.

Ogni attore avrà distinte e specifiche funzioni operative che di seguito vengono ipotizzate.

2.1 Gruppo Tecnico Congiunto per il Monitoraggio (GTC-M)

Attori:

Il GTC-M è costituito da rappresentati dei seguenti enti o istituzioni:

- Sottocommissione Coordinamento Alcol della Commissione Salute delle Regioni e P.A.;
- Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali (MLSPS) – Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) - Sottocomitato per il Piano Nazionale Alcol e Salute;
- UCM – Regione Capofila.

Funzioni:

- Garantire/favorire il rapporto interistituzionale (MLSPS, altri Ministeri; CCM, Regioni e P.A.).
- Definire le linee generali del progetto di monitoraggio e gli strumenti da utilizzare per le attività di monitoraggio.
- Valutare i risultati raggiunti ed apportare *in itinere* le necessarie modifiche.
- Promuovere la diffusione dei risultati (sottoforma di file di dati, report, relazione al Parlamento), al fine di sviluppare una maggiore sensibilità ed una migliore cultura specifica relativamente a problemi in questione
- Promuovere la pianificazione degli interventi di sensibilizzazione, prevenzione e cura relativi ai problemi alcol-correlati a livello delle Regioni, P.A. e dell’intero Paese.

2.2 Referenti Regionali Monitoraggio (RRM)

Attori:

Il RRM (a nomina regionale) si occuperà del monitoraggio regionale attraverso la collaborazione di una rete di collaboratori, i referenti locali del monitoraggio (RLM).

Funzioni:

Le funzioni dei RRM consisteranno nelle seguenti azioni:

- raccolta dei dati a livello locale e regionale;
- mantenere i rapporti con i RLM (all’interno di ogni dipartimento, associazione di volontariato etc.);
- raccolta, ed in parte elaborazione, dei dati per mezzo di strumenti predisposti;
- trasmissione e invio dei dati agli uffici di competenza sottoforma di “*Relazione regionale*”.

Il lavoro di raccolta dei dati potrà avvenire a livello locale grazie al contributo del personale dei servizi e delle associazioni. Il personale avrà il delicatissimo compito di inserire i dati in modo

corretto e affidabile. Queste persone dovranno essere messe nelle condizioni di espletare il loro compito attraverso strumenti adeguatamente predisposti e specifiche iniziative formative (vedi oltre).

2.3 Ufficio coordinamento monitoraggio (UCM)

Attori:

L'UCM è costituito dal Referente e dai Rappresentanti della Regione Capofila del progetto di Monitoraggio, attualmente rappresentata dalla Regione Friuli Venezia Giulia – (Regione FVG)¹.

Funzioni:

Operare in stretto contatto con il GTC-M e con i RRM.

Coordinare le attività di monitoraggio promuovendo il rispetto dei tempi e dei metodi relativi alla raccolta dei dati ed il relativo invio agli uffici competenti.

¹ L'ufficio di coordinamento del monitoraggio ha attualmente sede a Udine presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASS4 "Medio Friuli".

Esempio di flusso informativo dell'attività di monitoraggio

Il GTM-C ritiene di procedere all'elaborazione ed all'utilizzo di alcuni indicatori a livello nazionale/centrale che richiedono il coinvolgimento dell'ISTAT, del MLSPS e di altri Ministeri. L'utilizzo delle basi dati fornite da tali Enti assicurano l'omogeneità nella raccolta e nell'analisi, evitando possibilmente discrepanze ed errori. I dati raccolti inoltre, centrati sulla dimensione regionale (ove necessario, con dettaglio per singola provincia/comune), dovranno essere restituiti alle singole Regioni e P.A.

Di seguito si riporta un esempio di schema dei flussi informativi relativi alla raccolta/trasmissione ed elaborazione dei dati della prima fase sperimentale del monitoraggio.

1. Il RLM utilizzando il sistema di monitoraggio dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL/ASS) (schede ALC) e le nuove apposite schede di raccolta, invia i dati al proprio RRM. (Si propone che i dati vengano raccolti un anno per l'altro, al fine di migliorare l'affidabilità e la qualità del dato. Ad es. nei primi tre mesi del 2010 si dovrebbero raccogliere i dati riferiti al 2009).
2. Il RRM raccoglie i dati di carattere regionale e i dati forniti dai RLM, li elabora e li riporta sulla specifica scheda di monitoraggio predisposta *ad hoc*, riassuntiva della situazione regionale, contenente almeno un set minimo di dati comune per tutte le Regioni. Il RRM utilizza i dati per produrre la relazione regionale.
3. L'ISS invia i dati di sua competenza, raccolti a livello centrale (consumi, modelli di consumo, mortalità, Progetto "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia o PASSI", Progetto "European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs o ESPAD", organizzazioni del volontariato) al MLSPS e ai RRM. Il Ministero raccoglie i dati coinvolgendo Direzioni regionali, ARS, ISS, altri Ministeri etc. che possono fungere da fonte di dati relativamente, ad esempio, schede ALC, Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) per patologie e problemi alcol-correlati (PAC), incidenti e decessi su strada e lavoro legati al consumo di alcol, etc.
4. Il Ministero utilizza i dati raccolti per la Relazione al Parlamento di livello centrale con restituzione degli stessi alle Regioni e alle P.A..
5. Il RRM elabora la relazione regionale utilizzando dati raccolti autonomamente, i dati forniti dal Ministero e i dati regionali.
6. Il RRM invia la relazione all'UCM-Regione Capofila e al Ministero (le relazioni potrebbero essere pubblicate sul sito del Ministero - CCM e in un sito/i delle Regioni e P.A.).
7. Il MLSPS utilizzando i dati provenienti dalle Regioni, sotto forma di schede e di relazioni annuali, e quelli in suo possesso, elabora la relazione al Parlamento prevista dalla legge 125/2001.
8. Annualmente il GTC-M esprime un parere sull'attività di monitoraggio suggerendo le opportune modifiche.
9. L'UCM-Regione Capofila durante tutto il processo svolge attività finalizzate al rispetto dei tempi e della metodologia di raccolta.

3. Proposta di schema operativo per fasi dell'attività di monitoraggio

Si prevede di organizzare l'attività di monitoraggio in tre fasi temporali distinte:
Prima fase: sperimentale, Seconda fase: transitoria e Terza fase: messa a regime.

Fase sperimentale

Come in ogni lavoro di ricerca è prevista una prima fase sperimentale del processo di monitoraggio (pre-test) in cui si verificherà la validità, l'affidabilità e la coerenza degli indicatori e degli strumenti di raccolta, la fattibilità del processo e l'analisi dei dati. Si prevede che tale periodo abbia la durata di un anno.

Fase transitoria

Successivamente, nella fase transitoria, oltre ai correttivi necessari, si potranno introdurre nuovi indicatori, individuati tra quelli previsti, nell'allegato 1, che andranno a completare il quadro generale di monitoraggio ed eventualmente eliminare quelli ritenuti inadeguati. Si precisa che nelle schede degli indicatori (vedi all.1) sono stati separati gli indicatori proposti per la fase sperimentale da quelli previsti per la fase transitoria.

Fase di messa a regime

Dopo un'ulteriore valutazione del lavoro si potrà passare alla fase di messa a regime degli indicatori ritenuti utili per il monitoraggio del fenomeno. Si sottolinea che il piano di monitoraggio è stato concepito come uno strumento flessibile, che dovrà essere in grado di rispondere *in itinere* alle modificazioni sociali, degli stili di consumo e ai mutamenti del fenomeno.

4. Formazione dei referenti del Monitoraggio

La realizzazione del monitoraggio non può prescindere dalla formazione del RRM. La formazione prevede la partecipazione dei soggetti ad alcune giornate formative e sarà organizzata dall'UCM-Regione FVG su indicazione del GTC-M per promuovere e diffondere una cultura del monitoraggio. Gli incontri potranno essere aperti anche al personale delle ASS-ASL, Servizi, Istituzioni e Associazioni interessate. Lo scopo della formazione si concentrerà soprattutto sugli aspetti teorici riferiti agli indicatori e agli aspetti organizzativi e concreti delle attività di monitoraggio. Prevedendo una certa eterogeneità delle conoscenze dei partecipanti si ipotizza la possibilità che il personale più esperto possa avere funzioni di formazione per gli operatori con meno esperienza teorica e pratica.

Si allega una bozza di programma dell'attività formativa:

- Legge 125/2001 e Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS).
- Stili di consumo e prevalenza e incidenza del fenomeno.
- Finalità, obiettivi, azioni, organizzazione del monitoraggio.
- Strumenti di raccolta dati, elaborazione dei dati e produzione dei rapporti.
- La rete alcologica (OMS, Ministero, CCM, Dip-Dip, Università, Privato Sociale, Associazionismo).
- Le forme di intervento in campo alcologico: protezione, promozione della salute, cura, riabilitazione.
- PAC.
- Mortalità e disabilità per PAC e per incidenti stradali e sul lavoro.