

Regione Autonoma  
Friuli Venezia Giulia

# PROGETTO AGORÀ

MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI PREVENZIONE  
RIFERIBILI AL PNAS NEL PERIODO 2007-2008

---

Udine, 5 Agosto 2009

5 Agosto 2009

# PROGETTO AGORÀ

MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI PREVENZIONE  
RIFERIBILI AL PNAS NEL PERIODO 2007-2008

**A cura della:**

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

**In collaborazione con:**

Ministero della Salute

CCM (Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie)

ASS n°4 Medio Friuli

**Supervisione e coordinamento scientifico:**

Francesco Piani—Dipartimento delle Dipendenze ASS n°4 Medio Friuli Udine

**Elaborazione a cura di:**

Marco Giordani

Fabiola Lozer

Laura Cocozza

# Indice dei contenuti

## I. Premessa

1. Il PNAS e le Regioni.....pag.1

Il progetto Agorà.....pag.3

Obiettivo generale.....pag.3

Aspetti metodologici del lavoro di monitoraggio.....pag.5

Le fasi della ricerca.....pag.5

Criticità.....pag.7

I risultati della ricerca.....pag. 10

Titolarità dei progetti.....pag. 10

Ambito di intervento.....pag. 12

Caratteristiche dei setting di intervento.....pag. 13

Recepimento e applicazione del PNAS

agli interventi di prevenzione.....pag. 26

Metodologia degli interventi.....pag. 31

Modalità di realizzazione.....pag. 38

Conclusioni.....pag.40

Bibliografia.....pag. 47

ALLEGATO 1 Scheda di ricognizione.....pag. 53

ALLEGATO 2 Sintesi del PNAS.....pag. 57



## I. Premessa

Uno dei fattori più importanti responsabili della diffusione del consumo di alcol e dei problemi alcolcorrelati nei paesi mediterranei ed in Italia, sta nel fatto che esso è il componente di bevande commercializzate liberamente, di largo consumo e facilmente reperibili – anche da minori – il cui uso è ben radicato nella cultura, nonostante esso sia, a tutti gli effetti, una sostanza droga con effetti psicotropi che può provocare danni acuti e cronici (fisici, psichici e sociali) e creare dipendenza.

Il consumo di alcol è uno degli elementi determinanti per la salute della popolazione. L'uso di alcol in Italia tradizionalmente prevede, nella maggior parte dei casi, il consumo di vino come alimento che entra nella dieta giornaliera, anche se in questi ultimi anni si è osservato un cambiamento dei pattern di consumo. Oltre al mantenimento dei consumi nella fascia adulta maschile si è osservata la generalizzazione, che ha finito per interessare, in maniera sempre più diffusa, i giovani e le femmine adulte. Mentre per quanto riguarda l'uso delle diverse sostanze si è notato un aumento del consumo di birra e l'entrata nel mercato di bibite consumate da un pubblico giovane e in prevalenza di sesso femminile.

Le ricerche sul campo sottolineano inoltre un'evoluzione del problema secondo alcune linee di tendenza consolidate negli ultimi anni. Si è notato a) un aumento del consumo di alcol nella popolazione al di sotto dei 15 anni; in questo caso gli *alcolpops* (*bevande alcoliche premiscelate con bibite a base di zucchero e anidride carbonica, sostanze che accelerano il passaggio di alcol nel sangue e che hanno una gradazione alcolica di 5° gradi circa*) diventano la bevanda starter che può favorire l'uso abituale di alcol; b) un aumento e diffusione dei consumi nella popolazione femminile e in quella anziana; c) la diffusione di uno stile di consumo definito "ricreazionale", che si concretizza nell'assunzione di sostanze alcoliche ad alta gradazione, fuori dai pasti, in dosi eccessive e spesso combinate con altre droghe e/o farmaci.

Va sottolineato infine che il consumo di alcol è spesso la causa di comportamenti a rischio in particolar modo da parte dei giovani, ma non solo, quali ad esempio: a) la guida in stato di ebbrezza; b) i rapporti sessuali non protetti c) l'esposizione a situazioni conflittuali e violente e l'esclusione sociale; d) l'esposizione a rischi di infortuni e morte sul posto di lavoro, e) l'insorgenza di problemi sanitari legati a patologie alcol correlate. Questi aspetti comportano un elevato costo dal punto di vista sanitario, sociale ed economico, oltre alla sofferenza che portano ai singoli ed alle famiglie, e quindi impongono adeguate misure di contrasto.

## **1. Il PNAS e le Regioni**

A fronte di questa situazione si sono sviluppate diverse ed importanti iniziative legislative rappresentate dal “Piano Sanitario Nazionale 2003-2005”, dalla “Legge 125/2001” (Legge quadro sui Problemi Alcolcorrelati) e dal “Piano Nazionale Alcol e Salute” (PNAS), approvato dalla Conferenza Stato Regioni il 7 febbraio 2007.

In particolare il PNAS (Piano Nazionale Alcol e Salute), al fine di ridurre e contrastare il diffondersi dei problemi e delle patologie alcolcorrelate ha:

- 1) Definito otto aree strategiche d'intervento e i relativi obiettivi che nel triennio 2006-2008 saranno perseguiti dalle Regioni italiane per mezzo della realizzazione di specifiche azioni;
- 2) Sottolineato l'importanza che le azioni siano strutturate scientificamente (basi teoriche della programmazione, strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione).

Il PNAS prevede la creazione di un coordinamento interistituzionale (Ministero della Salute, Regioni e P.A.). La Commissione Salute delle Regioni e P.A. ha istituito una Sottocommissione Alcol coordinata al momento dalla regione

Friuli Venezia Giulia. Il gruppo di lavoro è composto da membri del CCM (Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie) del Ministero della Salute e dalla Sottocommissione Alcol delle Regioni e P.A. e ha i seguenti compiti specifici:

- 1) promuovere e attivare le azioni previste dal PNAS nelle singole Regioni;
- 2) monitorare l'attività delle regioni relativamente all'avvio e alla realizzazione delle azioni previste dal PNAS.

## II. Il progetto Agorà

Il progetto Agorà nasce dalla collaborazione fra la Regione Friuli Venezia Giulia ed il CCM (Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie) ed è finalizzato alla diffusione, al recepimento ed all'applicazione del PNAS nelle singole Regioni, allo scopo di favorire l'individuazione di metodologie efficaci di prevenzione del consumo alcolico in un'ottica di collaborazione ed interscambio a livello nazionale.

### 1. Obiettivo generale

Lo studio si prefigge di monitorare a livello Nazionale il grado di conoscenza, di recepimento e di applicazione del Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) relativamente alle misure di prevenzione dei problemi correlati al consumo di alcol tra la popolazione giovanile (anni 11-27).

**La ricerca è articolata secondo i seguenti obiettivi specifici:**

- 1) monitorare e sostenere il **grado di conoscenza e diffusione** del documento PNAS a livello delle amministrazioni regionali e dei Servizi;
- 2) monitorare il **grado di applicazione** del documento PNAS in termini di :

- Attivazione di progetti e/o servizi finalizzati al perseguimento degli **obiettivi** riferibili alle otto aree strategiche individuate dal PNAS
  - Realizzazione di **azioni** di prevenzione (da parte dei servizi o tramite progetti/attività) riferibili a quanto indicato dal PNAS.
- 3) favorire la diffusione e l'interscambio delle informazioni attraverso la creazione di:
- una banca dati dei referenti delle amministrazioni regionali e dei servizi incaricati alla prevenzione ed al monitoraggio nell'ambito delle tematiche alcolcorrelate;
  - un elenco dei progetti di prevenzione realizzati dalle Amministrazioni Regionali e dalle ASL al fine di avviare una rete di comunicazione e collaborazione estendibile a tutti gli Enti o Servizi impegnati nella prevenzione delle problematiche alcolcorrelate.
- 4) misurare, da un punto di vista quali/quantitativo, le azioni di prevenzione, specifiche e aspecifiche, dei comportamenti a rischio e delle azioni a rischio sul territorio nazionale progettate, realizzate e coordinate dalle ASS-ASL, i cui destinatari sono i pre-adolescenti (anni 11-13), gli adolescenti (anni 14-17) e i giovani adulti (anni 18-27);
- 5) misurare la prevalenza delle metodologie utilizzate, del target di destinatari, delle tecniche di intervento;
- 6) valutare la prevalenza di tecniche di progettazione degli interventi;
- 7) valutare la prevalenza di attività di valutazione degli interventi e delle tecniche utilizzate;
- 8) valutare la prevalenza dei prodotti/elaborati realizzati;
- 9) valutare i costi delle azioni di prevenzione;
- 10) avviare un processo di interscambio favorevole all'individuazione delle buone prassi di intervento nella prevenzione delle problematiche alcolcorrelate nella fascia giovanile.

Le azioni del progetto sono state realizzate attraverso contatti telefonici, scambi di



mail, riunioni periodiche e produzione di documenti scritti. Per favorire il coordinamento, all'interno del gruppo tecnico e tra il gruppo tecnico e le Regioni, è stata promossa la partecipazione attiva degli attori coinvolti attraverso le tecniche previste dalla metodologia della progettazione partecipata.

Il progetto Agorà si è sviluppato nell'arco di ventiquattro mesi. (

## **2. Aspetti metodologici del lavoro di monitoraggio**

### **2.1. Le fasi della ricerca**

Fase 1:

#### **Predisposizione degli strumenti di ricerca**

Al fine di ottenere dati uniformi e confrontabili, è stata predisposta una scheda di rilevazione composta da 21 domande, disponibile in forma cartacea e digitale, per la cui elaborazione si è tenuto conto dei seguenti indicatori:

- Grado di diffusione e recepimento del documento Piano Nazionale Alcol e Salute;
- Sviluppo di progetti e/o servizi per la prevenzione delle problematiche alcolcorrelate, riferibili agli obiettivi strategici ed alle azioni contemplate dal PNAS;
- Grado di raggiungimento dei destinatari a rischio nei diversi settori di intervento;
- Sviluppo di una rete di collaborazione intersettoriale nella progettazione e nella realizzazione dei progetti/servizi;
- Aderenza ai principi teorici e metodologici per lo sviluppo di progetti nell'ambito della prevenzione e relativi indicatori di processo;

- Disponibilità di finanziamenti per la realizzazione delle azioni.

Sono stati inoltre allegati alla scheda di ricognizione:

- Sintesi degli obiettivi e delle azioni indicate dal PNAS;
- Scheda/indirizzario da compilare con i nominativi dei referenti dei progetti segnalati.

Fase 2

#### **Modalità di invio dello strumento di raccolta.**

Le fasi di invio della scheda di ricognizione sono riassunte nella Figura 1.

Il materiale è stato inoltrato, congiuntamente alla presentazione del Progetto, dalla Direzione Centrale Salute e Politiche Sociali della Regione Friuli Venezia Giulia ai Referenti Regionali della Sottocommissione Alcol e, successivamente, ai Responsabili di Dipartimento o dei progetti di prevenzione delle Aziende Sanitarie italiane. Si è proceduto quindi ad una seconda fase di contatto diretto dei referenti dei progetti di prevenzione (contatti telefonici e via posta elettronica) e dei Direttori Sanitari ai fini di una più capillare diffusione del materiale e della relativa restituzione.

Fase 3

#### **Trattamento dei dati**

La predisposizione di una base dati informatica ha consentito di organizzare le informazioni ricavate dalle schede secondo i criteri sopracitati e di fornire un'analisi dettagliata delle iniziative di prevenzione promosse dalle singole Regioni nel biennio 2007-2008.

E' stato inoltre possibile istituire un indirizzario aggiornato di contatti dei referenti istituzionali e dei responsabili allo sviluppo di attività di prevenzione, che costituirà un'utile risorsa per una più capillare diffusione dell'informazione e per il monitoraggio delle attività preventive svolte dalle strutture sanitarie a livello nazionale.

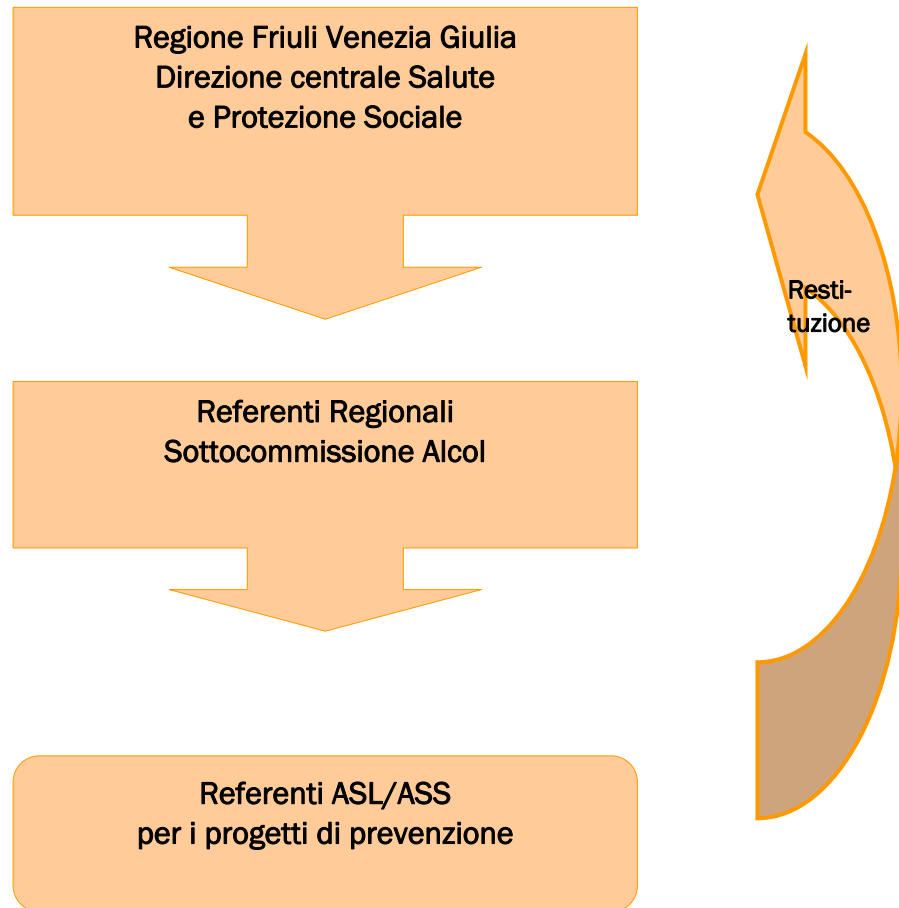
I dati ricavati dalle schede di ricognizione sono stati oggetto di un'analisi qualitativa, volta a fornire un quadro degli interventi dedicati alla prevenzione e del relativo grado di adeguamento alle indicazioni del Piano Nazionale Alcol e Salute.

## **2.2. Criticità**

Nella fase di predisposizione e organizzazione del progetto si è tenuto conto dei seguenti possibili elementi di criticità:

- difficoltà delle Regioni e delle ASL in termini di adesione al progetto (es. carenza di risorse temporali e umane da dedicare all'iniziativa);
- disomogeneità nella partecipazione a livello delle singole Regioni, dovuta alla diversa strutturazione delle ASL ed alla possibile carenza di Servizi e/o personale specificamente dedicato alle attività preventive.
- ritardi nei tempi di restituzione connessi all'individuazione dei referenti dei progetti di prevenzione ed al recupero dei dati richiesti.

**Fig. 1 Flusso per la raccolta dei dati**



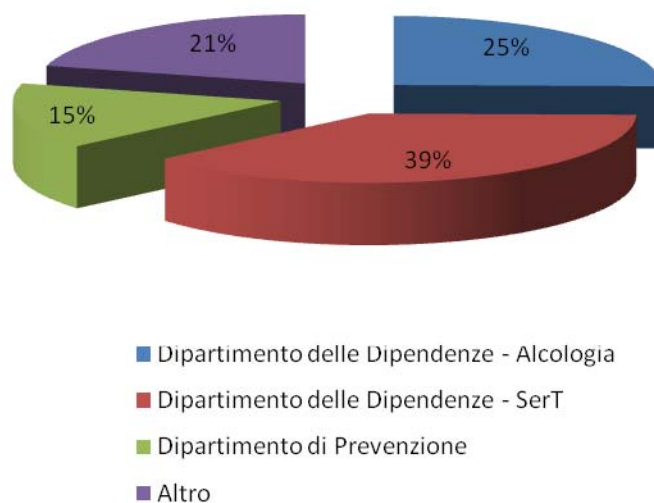
In una fase successiva si sono rese necessarie azioni di sollecito, indirizzate ai dipartimenti e/o ai responsabili dei progetti di prevenzione, ai fini della compilazione del materiale entro i tempi richiesti. Si è provveduto altresì, all’inoltro del materiale ai Direttori Sanitari delle ASL di tutta Italia, con richiesta di inoltro ai referenti alla prevenzione della propria Azienda.

### III. I risultati della ricerca

#### Gli interventi censiti

Sulla base delle schede restituite da parte dei referenti dei progetti sono stati censiti 73 interventi di cui: 35 promossi dai Dipartimenti delle Dipendenze- SerT., 23 dai Servizi di Alcologia, 14 dai Dipartimenti di Prevenzione, 19 da altri Enti, in collaborazione con le Aziende Sanitarie.

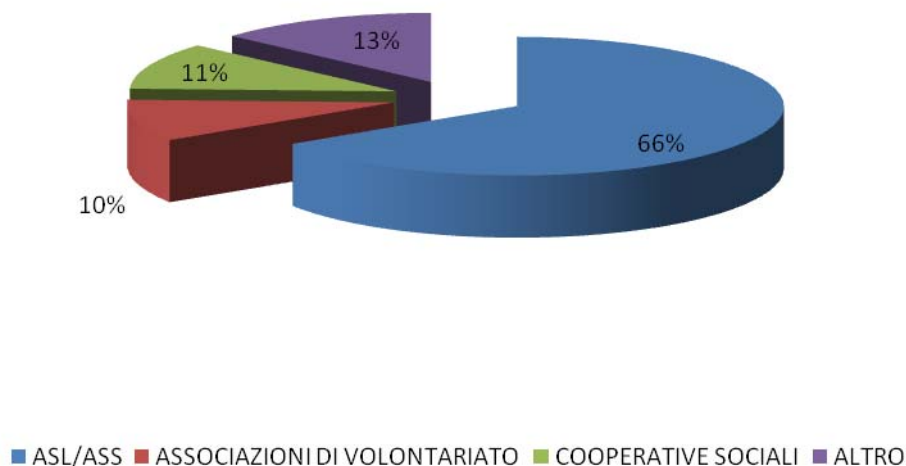
#### 1. Titolarità dei progetti



Graf. 1 Enti promotori dei progetti

La realizzazione di progetti a carattere preventivo è promossa per il 39% dai SerT, seguiti in percentuale inferiore, per il 25%, dall'attività dei Servizi di

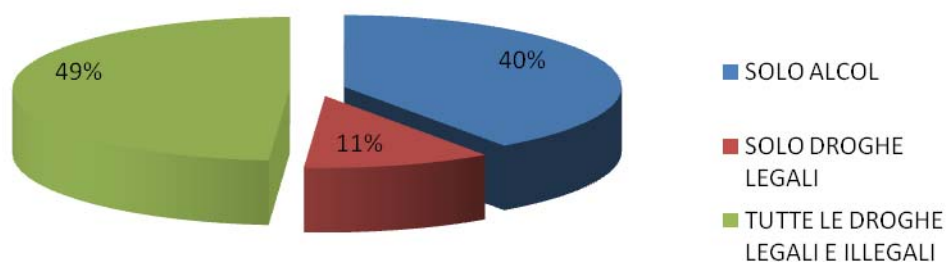
Alcologia e per il 15% dai Dipartimenti di Prevenzione. Gli enti segnalati alla voce ‘Altro’, presenti per il 21%, comprendono altre Unità Operative, fra cui il Servizio di Promozione ed Educazione alla Salute ed il Forum di Prevenzione di Bolzano. Nel 19% dei casi la collaborazione coinvolge più dipartimenti.



**Graf 2 . Enti realizzatori dei progetti**

I referenti all’attività progettuale appartengono per il 66% alle stesse ASS/ASL, mentre nel 34% delle attività segnalate l’intervento prevede la collaborazione con enti del privato sociale, fra cui cooperative sociali (11%) ed associazioni di volontariato (10%). Sono citati per il 13% progetti realizzati da altri Enti istituzionali come l’Assessorato ai Trasporti e l’Assessorato alle Politiche Giovanili, il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (13%).

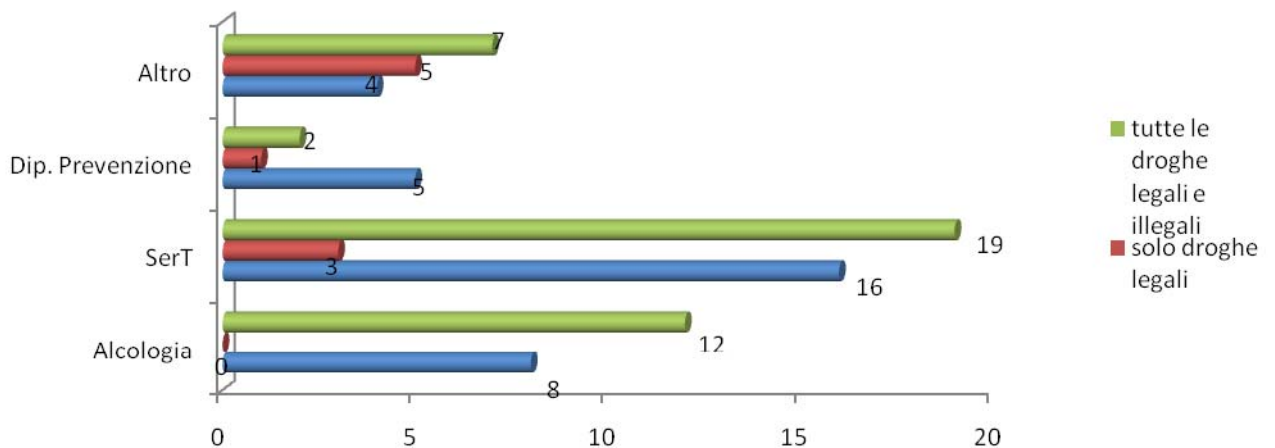
## 2. Ambito di intervento



**Graf. 3 Interventi di prevenzione attivati suddivisi per area di intervento**

Per ciò che attiene l'area di intervento, la prevalenza dei progetti riguarda per il 49% la prevenzione tutte le droghe, legali e illegali, con una percentuale pressoché analoga (41%) l'intervento specifico sulle tematiche alcolcorrelate, mentre per il 13% essa è dedicata esclusivamente alle droghe legali.

Nel dettaglio, il grafico seguente illustra la distribuzione degli interventi suddivisi per Ente promotore.



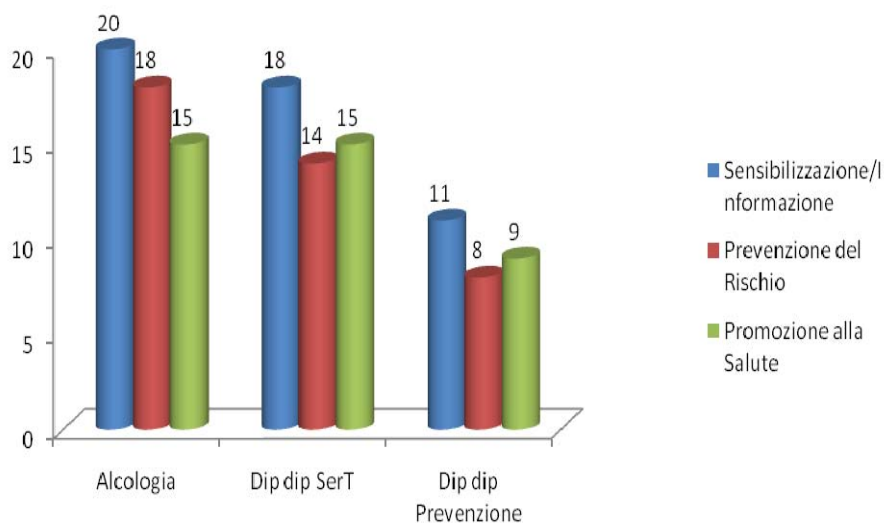
**Graf 4 Titolarità degli interventi suddivisi per tipologia**

I SerT, titolari del maggior numero di progetti segnalati, sembrano favorire interventi generalizzati di prevenzione riferita a tutte le droghe legali e illegali e, in quantità di poco inferiore, i progetti riferiti esclusivamente alla prevenzione dei problemi alcolcorrelati. Tendenza analoga si osserva sia per i Servizi di Alcologia, in cui 12 dei 20 progetti censiti sono dedicati alla prevenzione estesa a tutte le droghe e 8 all'intervento specifico sull'alcol, sia per i progetti realizzati da altri Enti, che sembrano dare maggiore rilevanza alla prevenzione nell'ambito delle droghe legali.

### 3. Caratteristiche dei setting di intervento

La maggior parte dei progetti (52%) ha una durata temporale variabile, in ogni caso non superiore ad un anno. La maggior parte degli interventi collocabili entro tale durata (26 di 35 ovvero il 72 %) si estende lungo un periodo che va dagli 8 ai 12 mesi. Nel caso di attività preventive realizzate in ambito scolastico, i tempi coincidono perlopiù con le annualità didattiche.



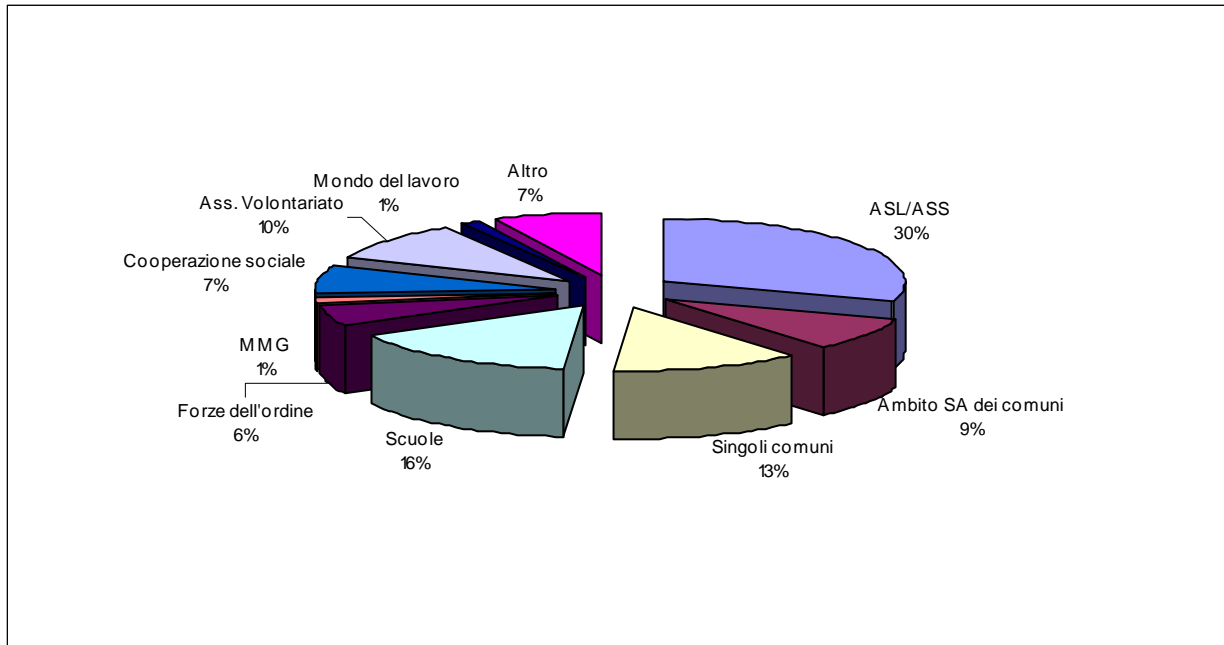


**Graf. 5 Durata dei progetti espressa in mesi**

Il 15% dei progetti censiti è a carattere permanente e include attività che si rinnovano a partire da periodi antecedenti al biennio di interesse per il presente lavoro. Considerata la significatività e la rilevanza degli interventi ai fini dell'individuazione delle buone prassi, si è ritenuto opportuno includerli nella ricognizione.

Una parte cospicua di iniziative, il 37%, inclusi gli interventi a carattere permanente, ha una durata superiore ai 24 mesi e ha carattere di continuità nel tempo.

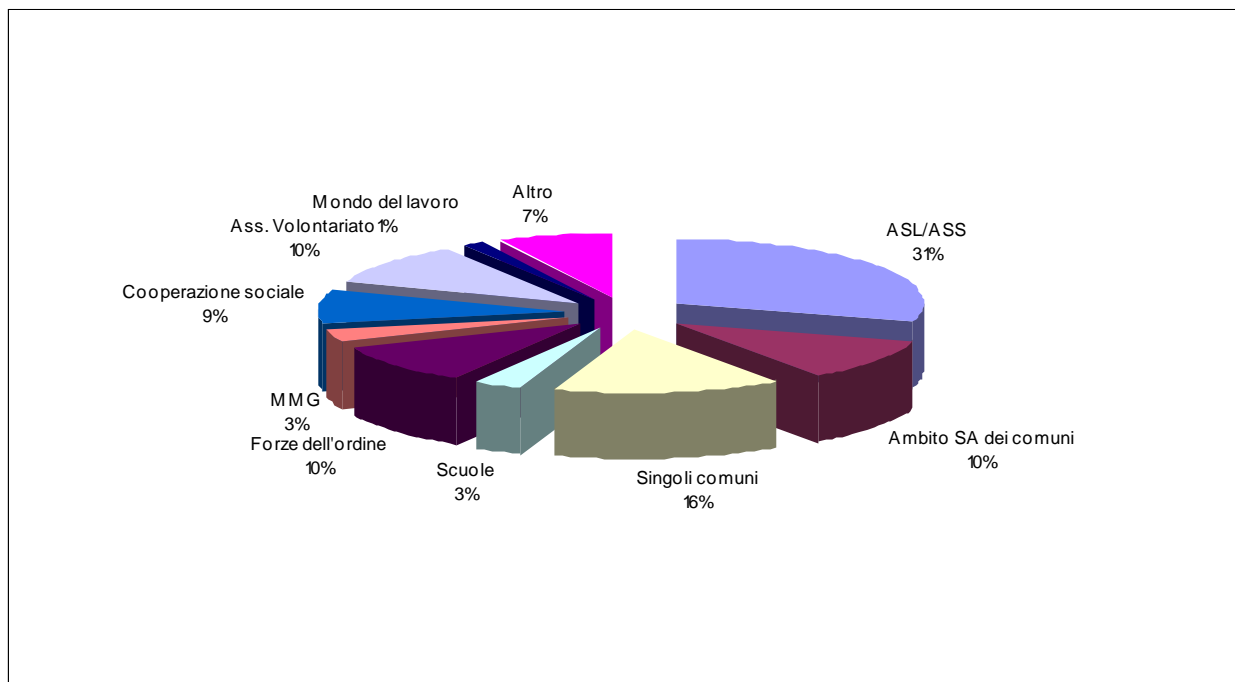
E' in ogni caso opportuna una considerazione sull'eterogeneità degli interventi in termini di estensione temporale, che evidenzia soprattutto negli interventi annuali (da 0 a 12 mesi) una frammentazione notevole nelle modalità e nei tempi di realizzazione, con iniziative 'spot' di durata estremamente variabile, sintomatica della scarsa adesione a modelli di intervento unitari e coordinati nella programmazione e nella realizzazione. Tale aspetto costituisce un limite evidente in termini di efficacia per le tipologie di intervento che agiscono su cambiamenti a lungo termine, impedendo il consolidamento dei contenuti trasferiti e la stabilità nel tempo dei risultati raggiunti.



**Graf 6 Attori coinvolti nella fase di progettazione**

Attori Progettazione	Servizi di Alcologia	Servizi delle Dipendenze	Servizi di Prevenzione	Altri Servizi
Ambito SA dei comuni	6	8	0	4
Singoli comuni	9	7	1	5
Scuole	1	15	0	3
Forze dell'ordine	4	8	3	1
MMG	1	3	0	1
Cooperazione sociale	5	11	2	6
Ass. Volontariato	7	1	0	3
Mondo del lavoro	1	4	2	2
Altro	5	8	1	5

**Tabella 1. Attori coinvolti nella fase di progettazione**



**Graf 7. Attori coinvolti nella fase di realizzazione**

Attori realizzazione	Servizi di Alcologia	Servizi delle Dipendenze	Servizi di Prevenzione	Altri servizi
Ambito SA dei comuni	7	9	1	7
Singoli comuni	10	10	2	5
Scuole	2	15	0	8
Forze dell'ordine	7	12	3	3
MMG	2	4	1	0
Cooperazione sociale	6	11	3	8
Ass. Volontariato	7	14	2	8
Mondo del lavoro	1	4	3	2
Altro	5	10	3	5

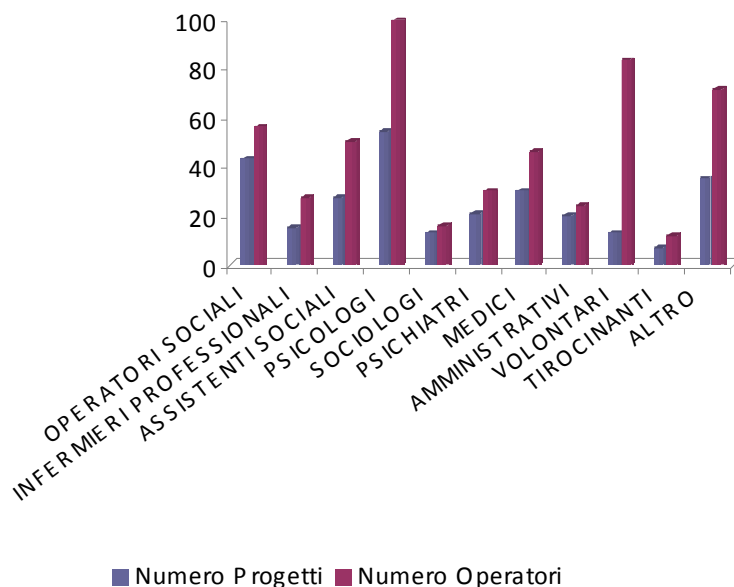
**Tabella 2. Attori coinvolti nella fase di realizzazione**

Un interessante indicatore qualitativo riguarda il coinvolgimento di altri enti o servizi nell'organizzazione e nella realizzazione delle attività preventive. Il 66% dei progetti censiti ha visto la collaborazione di altri attori nella fase di

progettazione, attraverso il coinvolgimento delle scuole (16%), dei singoli Comuni (13%), delle organizzazioni di volontariato (10%) dell'ambito S.A dei comuni (9%), cooperative sociali (7%), delle forze dell'ordine (7%). Marginalmente rappresentati il Mondo del lavoro (1%) ed i Medici di Medicina Generale (1%).

Simile la situazione per ciò che riguarda la realizzazione, che vede un'incidenza del 30% delle Aziende Sanitarie che demandano le iniziative principalmente alle scuole (16%), seguite dai singoli Comuni (13%) dalle associazioni di volontariato (10%), dall'ambito SA dei Comuni (9%), dalle cooperative sociali (7%), delle Forze dell'ordine. Anche nella fase di realizzazione i Medici di medicina generale ed il Mondo del Lavoro occupano una percentuale minoritaria nell'intervento, con un contributo equivalente del 1%.

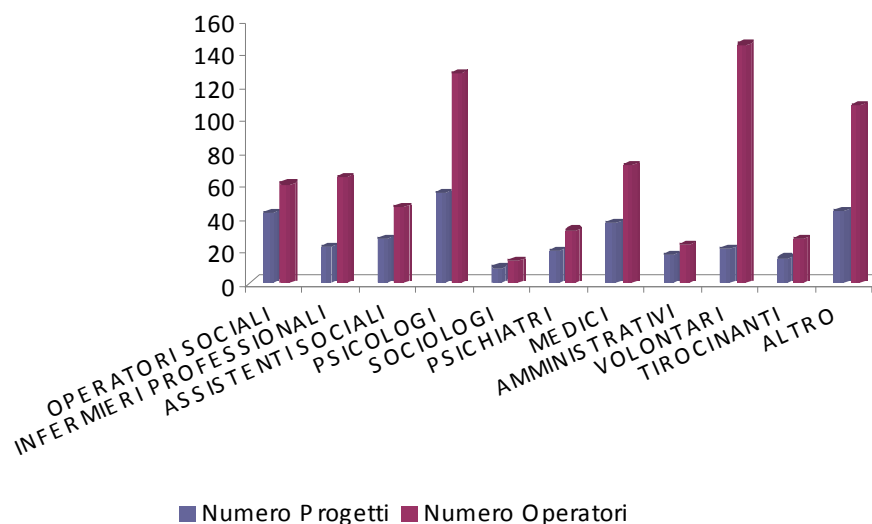
Il lavoro di rete appare in ogni caso piuttosto limitato sia per ciò che concerne la fase di sviluppo che di realizzazione delle iniziative. Sono solo 38 su 73 i progetti che prevedono la partecipazione congiunta di tre o più attori, laddove la parte prevalente è rappresentata dalla collaborazione fra le Aziende Sanitarie ed un singolo partner o da iniziative sviluppate e condotte esclusivamente dalle ASL.



**Graf. 8 Operatori coinvolti nella fase di progettazione**

Operatori progettazione	N° Progetti	Numero Totale Operatori
OPERATORI SOCIALI	43	56
INFERMIERI PROFESSIONALI	15	27
ASSISTENTI SOCIALI	27	50
PSICOLOGI	54	99
SOCIOLOGI	13	16
PSICHIATRI	21	30
MEDICI	30	46
AMMINISTRATIVI	20	24
VOLONTARI	13	83
TIROCINANTI	7	12
ALTRO	35	71

**Tabella 3 Operatori coinvolti nella fase di progettazione**



**Graf. 9 Operatori coinvolti nella fase di realizzazione**

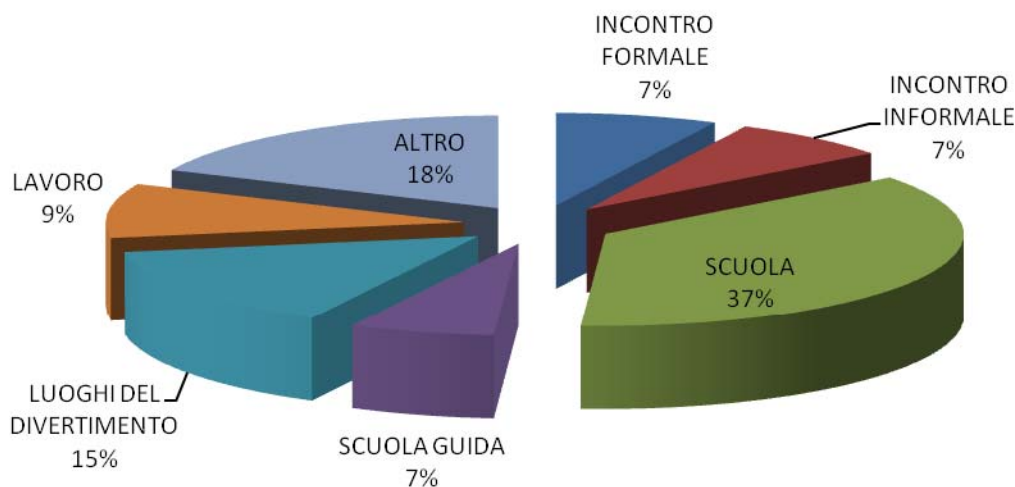
Operatori realizzazione	N° progetti	Numero totale operatori
OPERATORI SOCIALI	42	60
INFERMIERI PROFESSIONALI	22	64
ASSISTENTI SOCIALI	27	46
PSICOLOGI	54	127
SOCIOLOGI	9	13
PSICHIATRI	19	32
MEDICI	36	71
AMMINISTRATIVI	17	23
VOLONTARI	20	145
TIROCINANTI	15	27
ALTRO	44	108

**Tabella 4 Operatori coinvolti nella fase di realizzazione**

Le risorse umane in campo appartengono a diversi profili professionali

dell'area sanitaria e psicosociale e si ravvisa una tendenza diffusa al lavoro di équipe.

Gli psicologi risultano essere la risorsa professionale più ampiamente impiegata sia nella fase di sviluppo che di intervento progettuale, sia per il numero di iniziative, sia per la numerosità degli operatori totali impiegati (99 nella fase di progettazione e 127 nella realizzazione); seguono gli operatori sociali (in prevalenza educatori professionali) (56 e 60) e i medici (46 e 71). Sebbene poco rappresentati dalla totalità dei progetti, i volontari rappresentano una risorsa massiccia nello svolgimento delle attività sul campo; risultano infatti coinvolti nella progettazione di 13 progetti con un numero di 83 operatori e, nella realizzazione, in 20 progetti per un totale di 145 operatori.

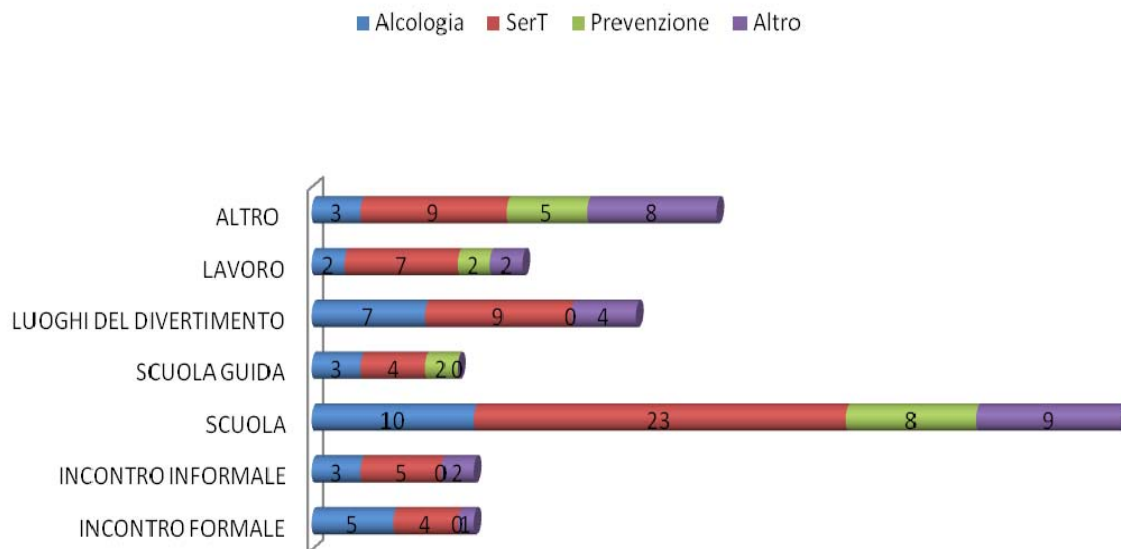


**Graf. 10 Contesti di intervento**

Il grafico 10 illustra la distribuzione dei progetti censiti in termini di contesti di intervento. In linea con quanto rilevato da altri progetti di ricognizione condotti a

livello regionale, la scuola si riconferma contesto privilegiato per la realizzazione di attività preventive con il 37% dei progetti dedicati ad interventi promossi prevalentemente dai SerT, costituendo in ogni caso un ambito di interesse trasversale per le azioni preventive sviluppate dai Servizi di Alcologia, dai Dipartimenti di Prevenzione ed altri Enti. La fascia scolastica di età privilegiata è rappresentata dalle classi medie superiori, relative ai ragazzi di età compresa tra i 14 e i 19 anni.

I luoghi del divertimento e di incontro informale (strada, centri di aggregazione giovanile, bar, discoteche, ecc.) rappresentano altresì, per il 22% dei progetti, un contesto di intervento preferenziale. Altri ambiti, segnalati nel 18% dei progetti, comprendono una varietà piuttosto eterogenea di contesti, fra cui: CMLP, ospedali, medici competenti, aziende, ristoratori, parrocchie. Il mondo del lavoro è ben rappresentato con il 9% di progetti realizzati.

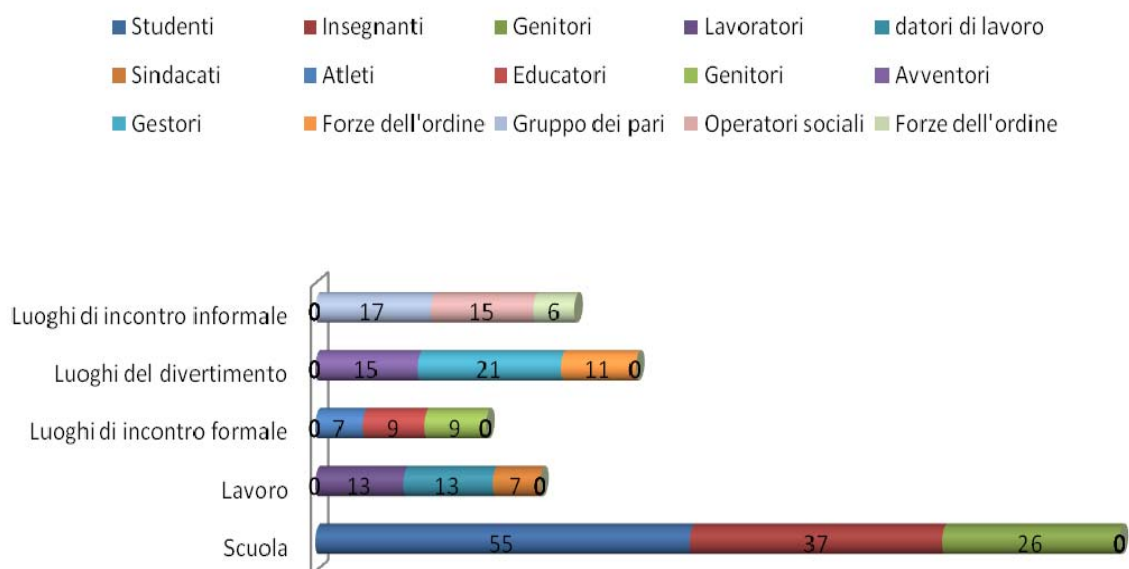


**Graf. 11 Contesti di intervento suddivisi per ente realizzatore**



	Alcologia	SerT	Prevenzione	Altro
INCONTRO FORMALE	5	4	0	1
INCONTRO INFORMALE	3	5	0	2
SCUOLA	10	23	8	9
SCUOLA GUIDA	3	4	2	0
LUOGHI DEL DIVERTIMENTO	7	9	0	4
LAVORO	2	7	2	2
ALTRO	3	9	5	8

**Tabella 5 Contesti di intervento suddivisi per ente realizzatore**



**Graf. 12 Destinatari degli interventi nei diversi contesti**

Oltre a costituire una rappresentanza significativa dei progetti di prevenzione dedicati alla popolazione giovanile, le iniziative che vedono la scuola come contesto privilegiato, raggiungono spesso un campione numericamente elevato di interlocutori, principalmente studenti e, a seguire, insegnanti e genitori.

Le tipologie dei destinatari sono diversificate anche per gli altri contesti di intervento e vedono il coinvolgimento, per una parte rilevante, di target adulti con funzioni di moltiplicatori (insegnanti, genitori, operatori, gestori di locali, forze dell'ordine) – (vedi Tabella). Tuttavia, la parziale assenza di disegni sperimentali dei progetti censiti e di piani di valutazione, si traduce nella mancanza di dati quantitativi che impedisce di definire con precisione il numero di destinatari raggiunti.

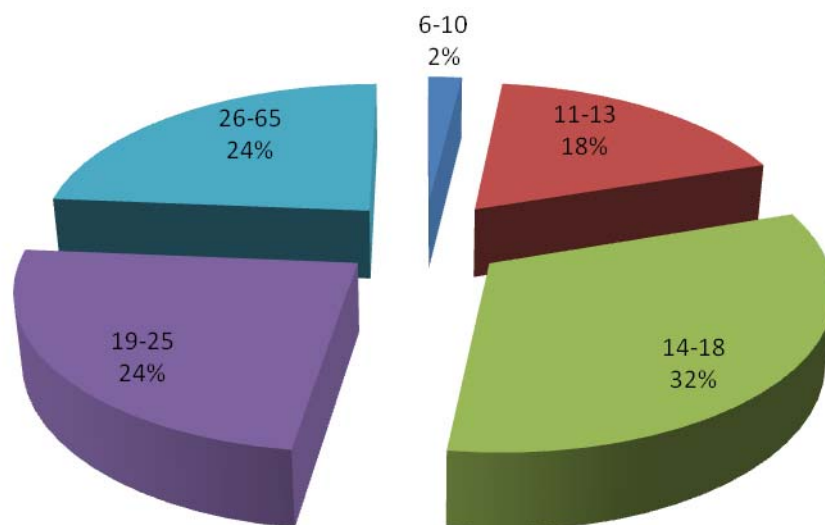
Contesto di intervento	Destinatari	Numero Progetti	Destinatari	Numero Progetti	Destinatari	Numero Progetti
Scuola	Studenti	55	Insegnanti	37	Genitori	26
Lavoro	Lavoratori	13	Datori di lavoro	13	Sindacati	7
Luoghi di incontro formale	Atleti/scout	7	Educatori	9	Genitori	0
Luoghi del divertimento	Avventori	15	Gestori di locali	21	Forze dell'ordine	11
Luoghi di incontro informale	Gruppo dei pari	17	Operatori sociali	15	Forze dell'ordine	6

**Tabella 6. Destinatari suddivisi per contesto e tipologia**

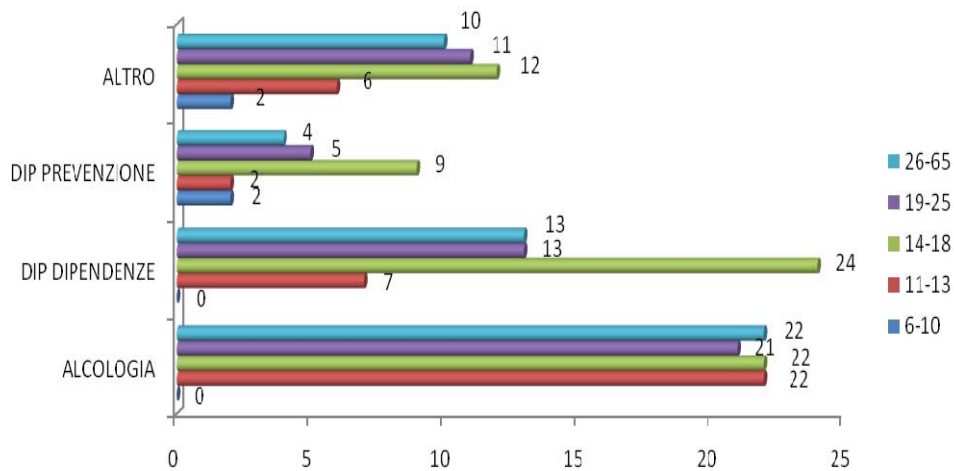
Nel considerare l'età dei destinatari è rilevabile una distribuzione relativamente omogenea, con un riferimento prevalente del 32% alla fascia adolescenziale dai 14 ai 18 anni, seguita in misura uguale da interventi dedicati ai

preadolescenti (24%) ed ai giovani adulti (24%).

Tuttavia, la scarsa prevalenza di interventi realizzati con un target di età inferiore ai 10 anni, si contrappone alle raccomandazioni delle linee guida internazionali. La letteratura fornisce infatti chiare indicazioni circa l'efficacia di attività preventive da realizzarsi già nella fascia di età infantile, ciononostante, scarsamente rappresentata dalle iniziative censite.



**Graf. 13 Età dei destinatari**



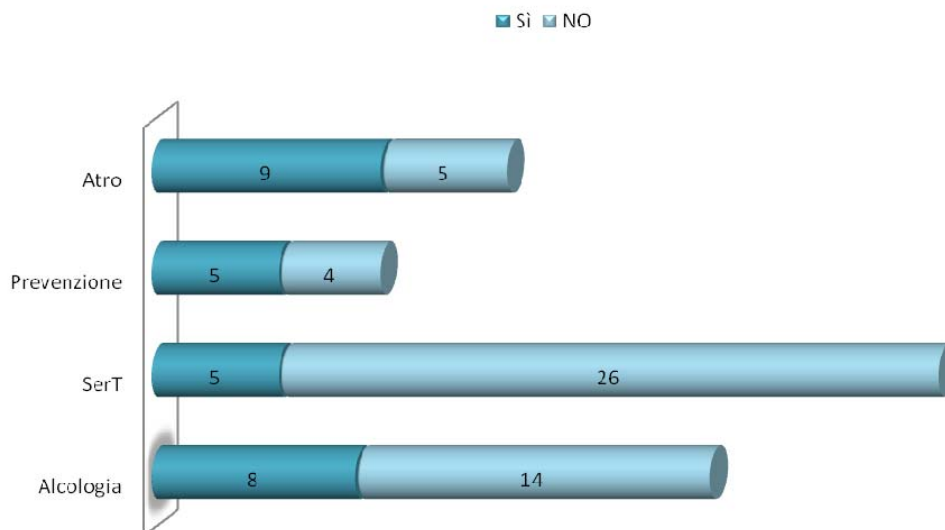
**Graf. 13 Età dei destinatari suddivise per contesti di intervento**

Nell'attività preventiva delle varie strutture di riferimento si osserva un andamento difforme nel target di destinatari raggiunti. I dipartimenti delle Dipendenze, analogamente ai Dipartimenti di Prevenzione, sembrerebbero maggiormente orientati a favorire attività dedicate agli adolescenti (14-18) ed in misura significativamente inferiore alla popolazione dei giovani adulti (19-25) ed adulti (26-65). La fascia preadolescenziale (11-13) e l'infanzia (6-10) risultano invece scarsamente rappresentate. Diversa invece l'attività dei Servizi di Alcologia che prevedono un'attività preventiva parimenti diffusa nella popolazione dagli 11 ai 65 anni, con iniziative dedicate in egual numero a tutte le fasce di età, ad esclusione della popolazione infantile.

#### 4. Recepimento e applicazione del PNAS agli interventi di prevenzione

L'interesse principale del presente lavoro si riferisce al grado di recepimento del Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) da parte degli Enti attivi nell'ambito della prevenzione ed il relativo grado di applicazione alle iniziative di prevenzione alcolologica promosse dalle Aziende Sanitarie.

In termini generali, dalle schede di rilevazione si evince come il 58% dei progetti non faccia esplicito riferimento ai contenuti del PNAS, sebbene gli obiettivi e le azioni proposti risultino di fatto coerenti con i contenuti e le finalità indicate. I referenti allo sviluppo dei progetti raggiunti telefonicamente confermano tale ipotesi; riconoscono la sovrapposizione delle finalità progettuali con quanto indicato dal PNAS, benché in buona parte affermino di non avere intenzionalmente adottato il documento nello sviluppo degli interventi.



**Graf. 14** Applicazione del PNAS agli interventi promossi dai singoli Dipartimenti

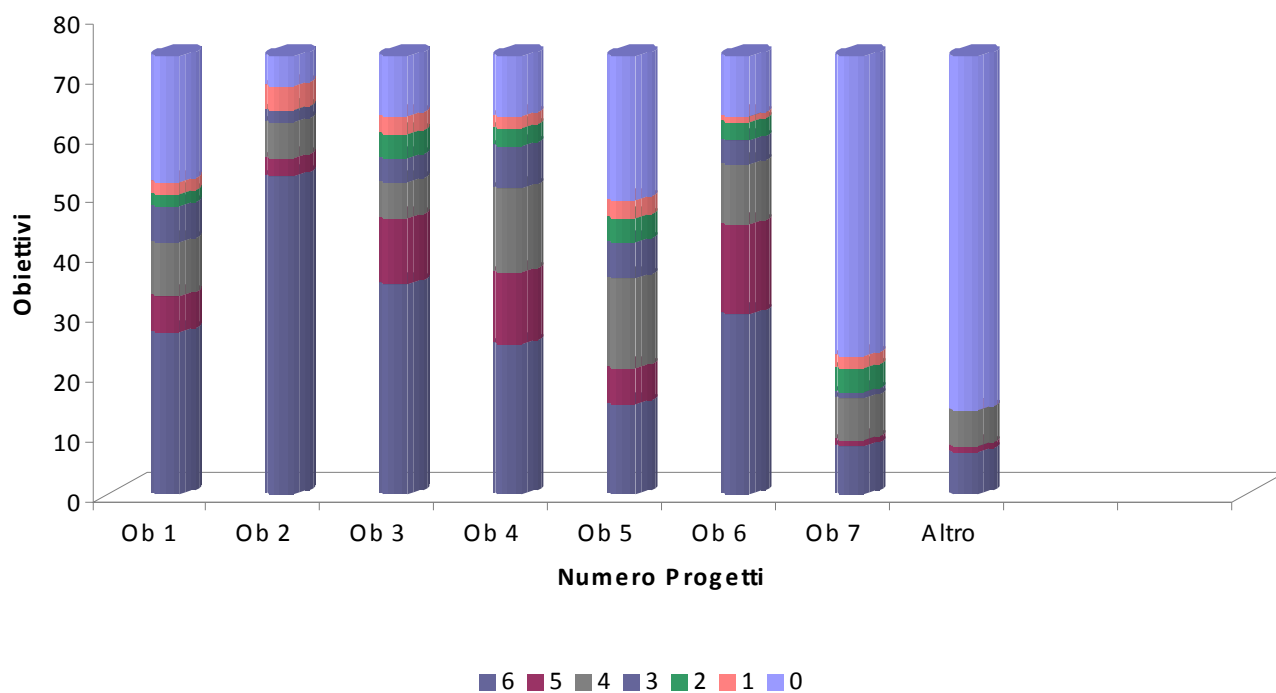
Lo schema seguente riporta gli obiettivi del PNAS, così come riassunti nella scheda di ricognizione proposta.

Obiettivo	Descrizione
Obiettivo 1	Promuovere il benessere psicosociale
Obiettivo 2	Aumentare la conoscenza sui rischi e danni provocati da sostanze/ bevande
Obiettivo 3	Diminuire gli effetti dannosi sui rischi e danni provocati da sostanze/ bevande (incidenti stradali e sul lavoro, violenze...)
Obiettivo 4	Ridurre i consumi di sostanze/bevande
Obiettivo 5	Favorire l'uso moderato di bevande alcoliche
Obiettivo 6	Sviluppo di atteggiamenti tutelanti la salute e le pressioni al bere
Obiettivo 7	Sensibilizzazione dei settori di governo e politiche efficaci
Altro (8-9-10)	

**Tabella 6 Obiettivi del PNAS riportati nella scheda di ricognizione**

Il grafico che segue fornisce un quadro del grado di rilevanza dei singoli obiettivi nella progettazione dei progetti censiti. La scheda di ricognizione prevedeva l'attribuzione per ogni obiettivo di un valore da 6 (concordanza massima) a 0 (concordanza minima) , secondo il grado di concordanza con le finalità previste dal progetto.

Gli obiettivi da 1 a 6 appaiono ben rappresentati, con una netta prevalenza in termini di scelta per finalità di informazione e sensibilizzazione dei rischi e i danni connessi all'assunzione di bevande alcoliche. Gli obiettivi 8, 9 e 10 rappresentavano nella scheda risposte aperte, riservate ad eventuali ulteriori finalità non previste fra quelle proposte. Gli item 1-6 si sono tuttavia rivelati pressoché esaustivi ai fini della descrizione degli interventi, a conferma dell'elevato grado di concordanza con i contenuti del PNAS.



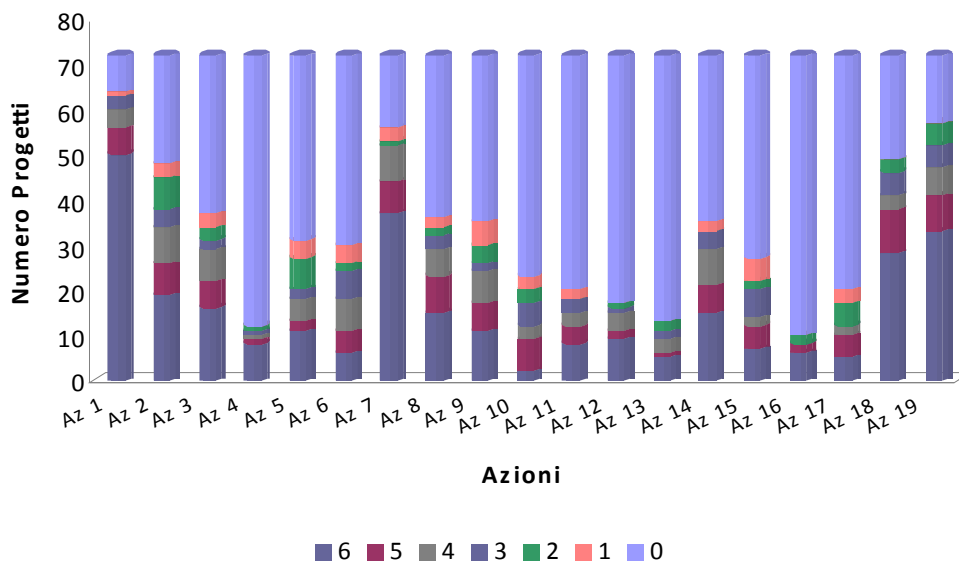
**Legenda: 6 = concordanza massima == concordanza minima**

**Graf. 15 Grado di concordanza delle finalità progettuali con gli obiettivi del PNAS**

Analogamente a quanto rilevato per gli obiettivi, anche le azioni previste dai progetti segnalati concordano con quanto indicato dal PNAS, come riassunto dallo schema seguente.

<b>Azione 1</b>	Attivazione di programmi di informazione, comunicazione e promozione alla salute sui danni dell'alcol
<b>Azione 2</b>	Facilitazione nell'accesso ai singoli ed alle famiglie ai servizi preposti al trattamento dei disturbi alcolcorrelati, relativamente al consumo a rischio
<b>Azione 3</b>	Strutturazione di un approccio integrato alla prevenzione nelle problematiche alcolcorrelate (Servizi Sanitari, MMG, gruppi di autoaiuto ecc.)
<b>Azione 4</b>	Formazione degli operatori della medicina di base nell'identificazione precoce dei soggetti a rischio attraverso protocolli di screening
<b>Azione 5</b>	Favorire il sostegno alle politiche di salute pubblica finalizzate alla prevenzione del danno alcolcorrelato
<b>Azione 6</b>	Training professionale ed educazione alcolgica per gli operatori del settore educativo, sociale e giudiziario
<b>Azione 7</b>	Diffusione di corrette conoscenze sulle conseguenze prodotte dall'uso dell'alcol nella guida
<b>Azione 8</b>	Attivazione di programmi di collaborazione con le istituzioni responsabili del controllo sul tasso alcollemico
<b>Azione 9</b>	Predisposizione di informazioni sulla presenza di controlli dell'aria espirata (es. luoghi di divertimento, aggregazione giovanile o altri contesti a rischio)
<b>Azione 10</b>	Favorire l'integrazione delle commissioni mediche patenti
<b>Azione 11</b>	Realizzazione di protocolli e procedure volti alla realizzazione di trattamenti integrati presso strutture sanitarie e sociosanitarie
<b>Azione 12</b>	Istituzione nei luoghi di lavoro di programmi per l'educazione e la promozione alla salute
<b>Azione 13</b>	Istituzione nei luoghi di lavoro di programmi per la tempestiva identificazione, o autocertificazione dei soggetti a rischio
<b>Azione 14</b>	Incremento di azioni di comunità per la riduzione di incidenti stradali alcolcorrelati, somministrazione e vendita ai minori, consumi dei minori a rischio e non
<b>Azione 15</b>	Promozione di programmi socio-sanitari per la mobilitazione della comunità, lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi collegati all'alcol
<b>Azione 16</b>	Sostegno economico alle organizzazioni non governative, di volontariato e di mutuo aiuto per la promozione di iniziative di prevenzione del danno alcolcorrelato
<b>Azione 17</b>	Sostegno formativo alle organizzazioni non governative, di volontariato e di mutuo aiuto per favorire le conoscenze teoriche e le tecniche di intervento degli operatori
<b>Azione 18</b>	Ritardare nei giovani l'età del primo approccio con le bevande alcoliche
<b>Azione 19</b>	Riduzione dei consumi a rischio (eccedentari, fuori pasto, binge drinking)





**Legenda: 6= concordanza massima 0 = concordanza minima**

**Graf. 16 Grado di concordanza fra le azioni previste dagli interventi ed il PNAS**

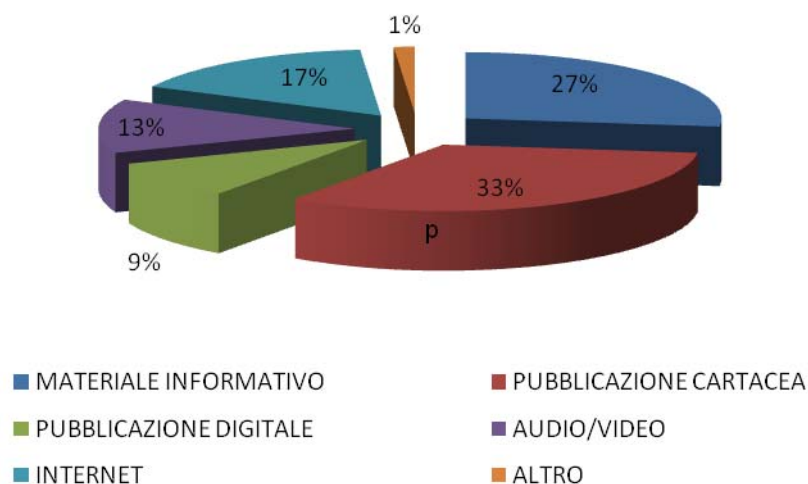
Nella fase attuativa appaiono ben rappresentate azioni di informazione, comunicazione e promozione alla salute sui danni dell'alcol e sulle conseguenze dell'assunzione di alcol sulla guida. La tendenza a promuovere iniziative volte a ritardare nei giovani l'età del primo approccio all'alcol così come la riduzione dei consumi a rischio costituiscono scelte altrettanto frequenti.

Dall'approfondimento dei contenuti degli schemi progettuali allegati alle schede, buona parte delle iniziative farebbe riferimento alle raccomandazioni dell'O.M.S. per le politiche di prevenzione, prevalentemente orientate alla riduzione dei consumi attraverso azioni di sensibilizzazione sui rischi correlati all'uso di bevande alcoliche.

Minore rilevanza occupano invece azioni orientate alla formazione del

personale di primo livello ai fini dell'identificazione precoce dei soggetti a rischio. Minimo risulta anche l'investimento a favore del mondo del lavoro sia in termini di promozione di programmi di educazione alla salute che di identificazione e autocertificazione dei lavoratori a rischio.

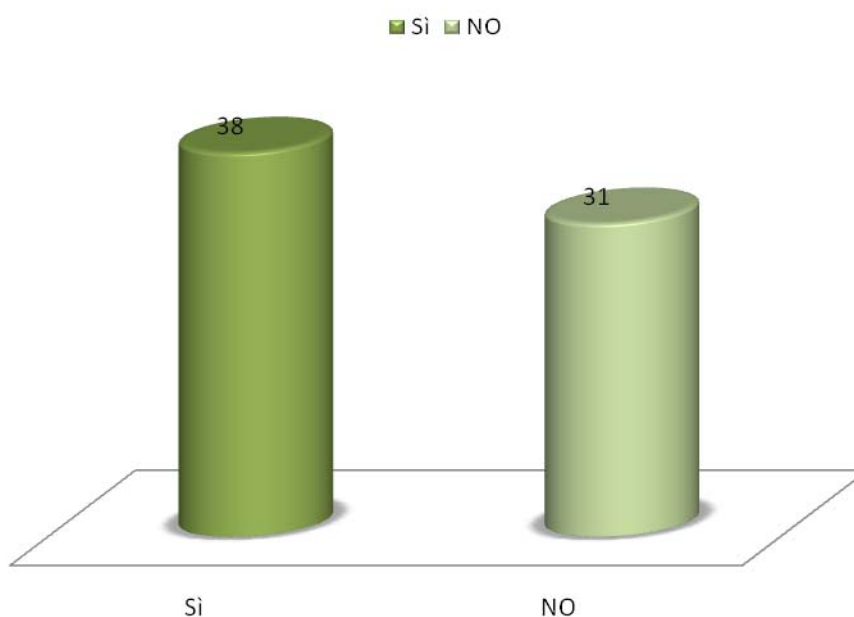
## 7. Metodologia degli interventi



**Graf. 17 Modalità di diffusione**

La pubblicazione cartacea e la distribuzione di materiale informativo rappresentano le modalità di diffusione preferenziale dei contenuti progettuali (61%). Soprattutto la distribuzione capillare di opuscoli informativi, per alcuni progetti anche in grandi numeri attraverso quotidiani e riviste, risulta per la maggior parte delle iniziative la modalità informativa principale. Il 16% dei progetti segnalati dagli operatori è stato inserito all'interno della pagina internet dedicata alle attività progettuali dell'ente di appartenenza o, in pochi casi, promossa attraverso la creazione di un sito specificamente dedicato al progetto, da cui scaricare opuscoli o

altro materiale informativo. Il 13% integra altre forme di pubblicazione con la messa a punto di materiale audio o video dedicato alle campagne di informazione e sensibilizzazione.

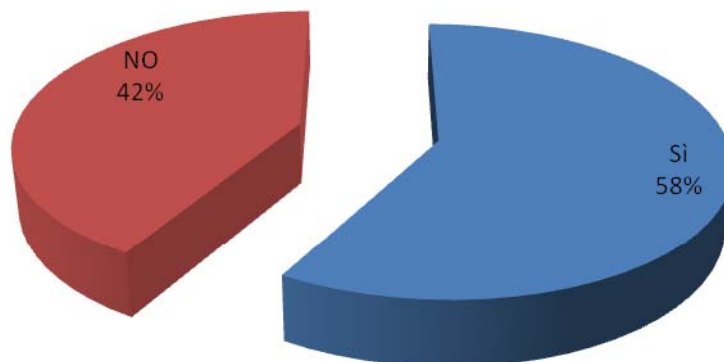


**Graf. 18 Piano di valutazione dell'intervento**

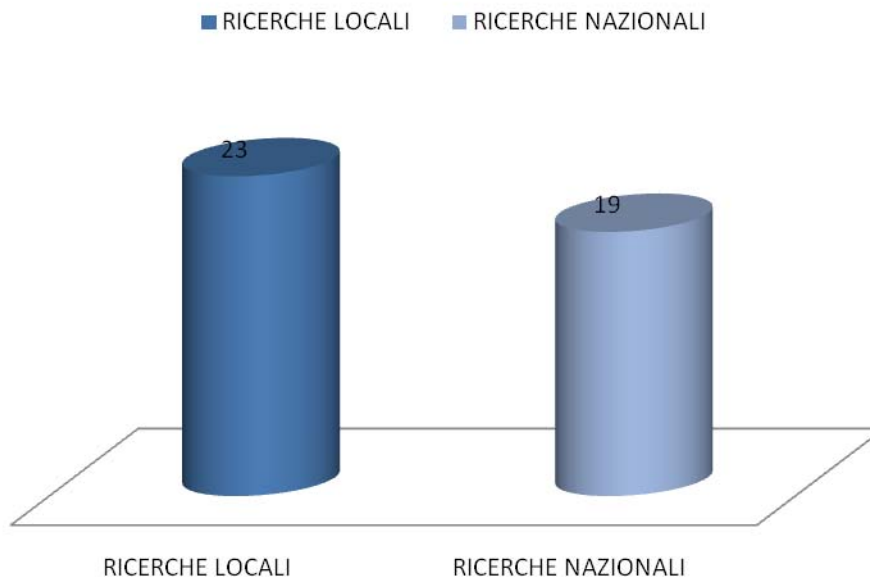
Solo per 38 progetti su 70 è indicata l'esistenza di un piano di valutazione, a confermare una carente componente di verifica dei risultati raggiunti, indispensabile ai fini di una lettura degli stessi in termini di efficacia e del contributo all'individuazione delle buone prassi nelle attività preventive nell'ambito del consumo di sostanze. Dal quadro emerge dunque una quota considerevole di progetti che non prevede la raccolta di informazioni sistematiche sulla valutazione delle attività e dei processi (aspetto che ha reso particolarmente difficoltosa la raccolta del materiale di indagine ai fini del presente studio).

Anche il grado di riferimento alle principali acquisizioni epidemiologiche

appare piuttosto contenuto. I progetti mancanti di un'adeguata analisi del contesto appaiono ancora coprire una quota rilevante dell'insieme di interventi analizzati. 40 progetti su 73 indicano di essersi riferiti a dati statistici preesistenti nella progettazione dell'intervento, per il 45% riferibili a ricerche condotte a livello nazionale e per il 55% a studi regionali. Nel secondo caso i dati utilizzati sono solitamente consultabili nei siti regionali di appartenenza delle Asl. Spesso solo i progetti dotati di un maggior grado di complessità e di una durata superiore ai 12 mesi fanno riferimento all'analisi del contesto in fase di progettazione.



**Graf. 19 Riferimento a dati epidemiologici**

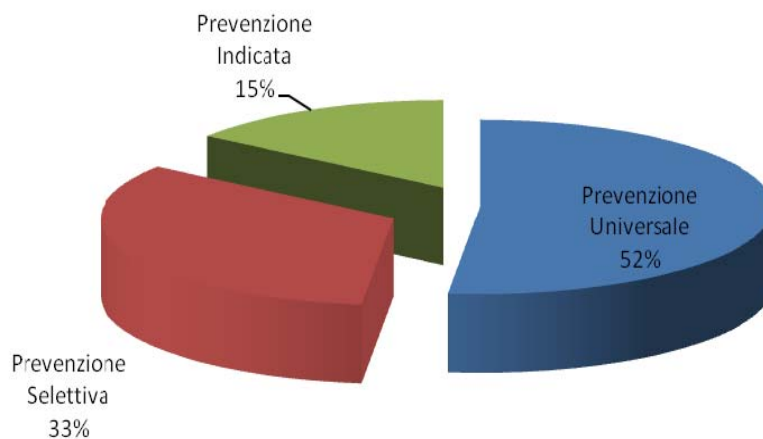


**Graf. 20 Fonte dei dati epidemiologici**

I grafici che seguono evidenziano il livello di prevenzione degli interventi attuati, utilizzando la classificazione proposta da Gordon (1987):

<b>Prevenzione universale</b>	La prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive si rivolge a gruppi generali di popolazione (come ad esempio giovani che frequentano le scuole) senza prendere in considerazione specifici gruppi o individui a rischio (gruppi o individui vulnerabili). La prevenzione universale si rivolge indistintamente a tutti i membri di una comunità.
<b>Prevenzione selettiva</b>	L'intervento di prevenzione selettiva prende in considerazione specifici gruppi di popolazione e costituisce modalità preferenziale allorché un individuo fa parte di un sottogruppo di popolazione in cui il rischio di ammalarsi supera la media. Il sottogruppo può essere qualificato in base all'età, al genere, al lavoro, alla storia familiare, anche se gli individui appartenenti a tale sottogruppo sono assolutamente sani.
<b>Prevenzione indicata</b>	La prevenzione indicata rappresenta gli interventi rivolti a persone riconosciute individualmente come ad alto rischio per lo sviluppo di un disturbo, ma che al momento sono assolutamente asintomatiche.

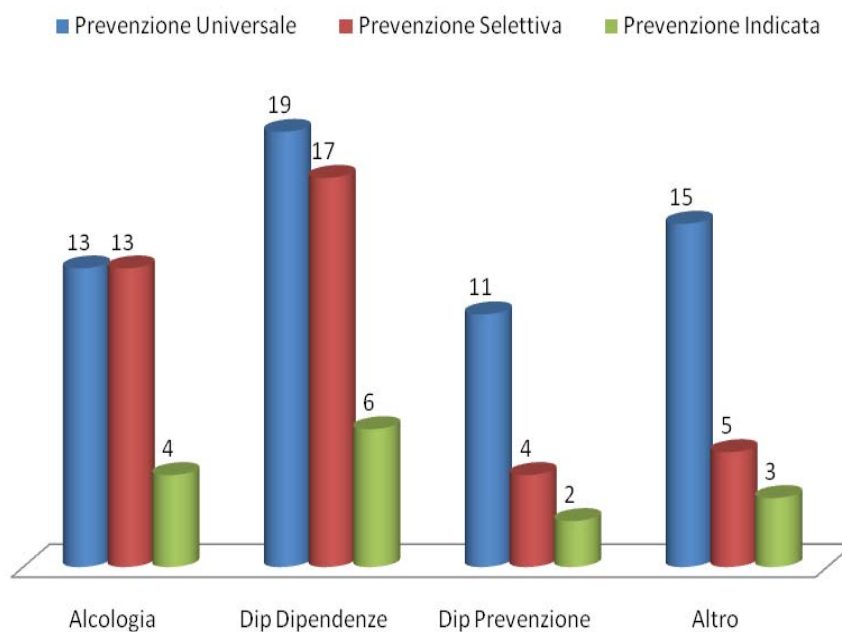
**Tabella 8 Caratteristiche dei diversi livelli di prevenzione**



**Graf. 20 Livello di prevenzione adottato negli interventi**

Il 52% delle attività realizzate è costituito da interventi di prevenzione universale, il 33% selettiva ed il 15% indicata.

Il grafico seguente evidenzia l'investimento dei singoli Enti realizzatori rispetto ai differenti livelli di prevenzione, ad indicare come l'attività preventiva prioritaria dei SerT e dei Servizi di Alcologia sia caratterizzata da interventi di prevenzione universale e selettiva, laddove i Dipartimenti di Prevenzione segnalano prevalentemente azioni di tipo universale ed in misura minoritaria, interventi di prevenzione selettiva ed indicata.

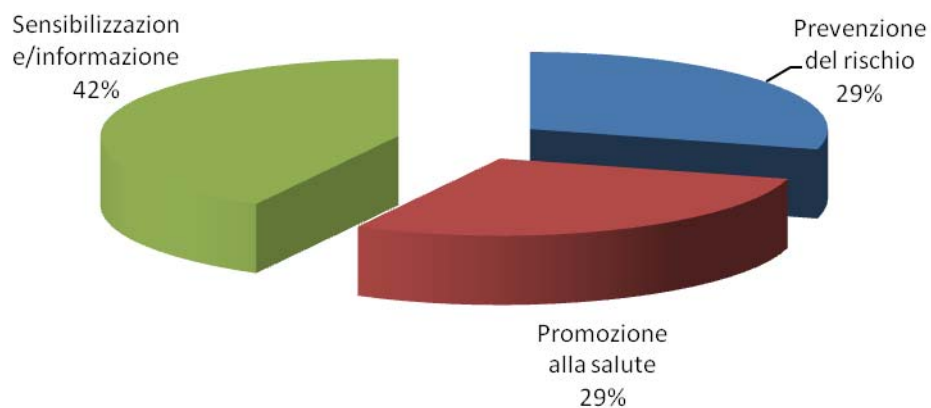


**Graf. 21 Livello di prevenzione negli interventi suddivisi per Ente realizzatore**

L'eterogeneità che contraddistingue i progetti segnalati risulta evidente anche dall'impostazione teorica che caratterizza gli interventi. Accanto alla prevalenza di riferimenti ai principali approcci terapeutici (sistemico, ecologico sociale, cognitivo comportamentale) si rileva una varietà di impianti teorici utilizzati con minor frequenza nell'ambito degli interventi alcolcorrelati. 25 iniziative su 73 non segnalano alcun inquadramento teorico definito.

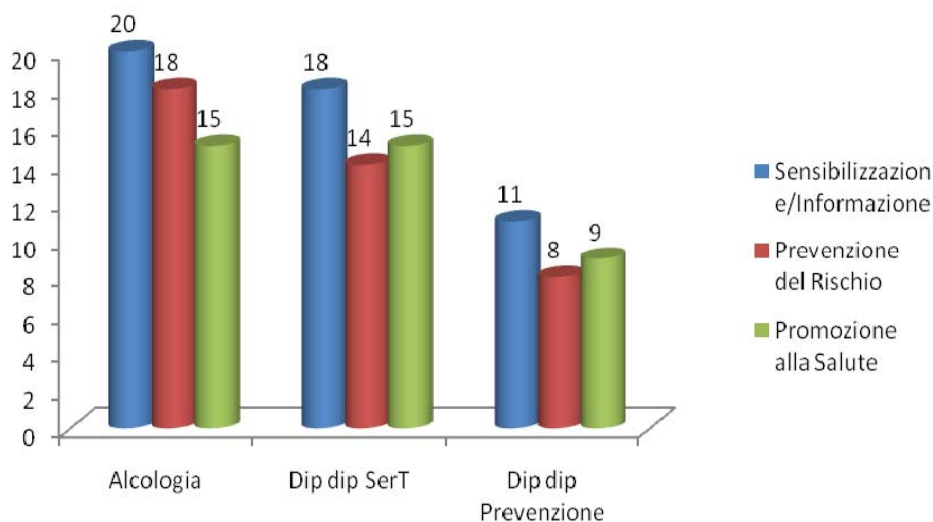
Sistemica	8
Ecologico-sociale	7
Cognitivo-comportamentale	7
Peer education	5
Life skills	5
Sistemico costruttivista	4
Psicodinamica	3
Empowerment di comunità	3
Motivazionale	2
Psicologia umanistica	1
Teoria dei fattori di rischio	1
Bio-psico-sociale	1
Risflecting	1

**Tabella 9** Teorie scientifiche di riferimento adottate nello sviluppo degli interventi



**Graf. 22** Metodologia di intervento



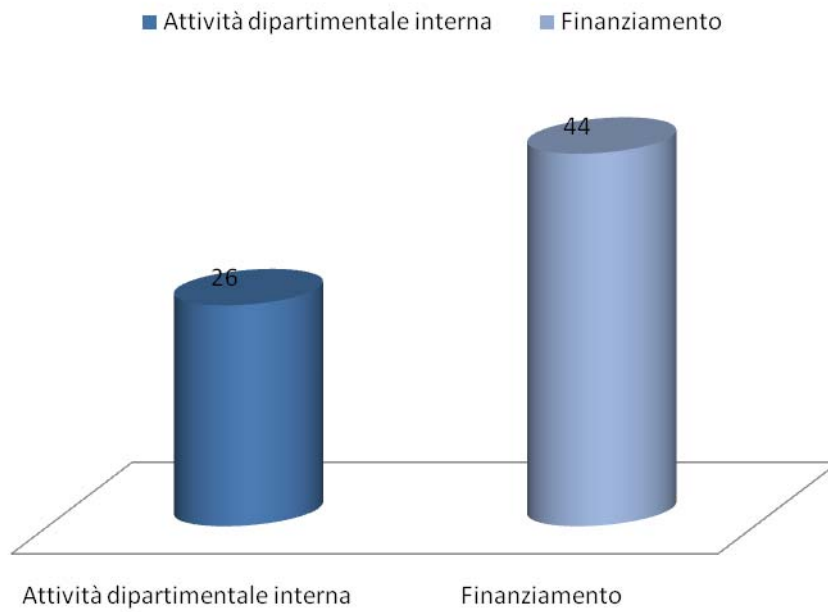


**Graf. 23 Metodologie prevalenti adottate dai singoli Dipartimenti**

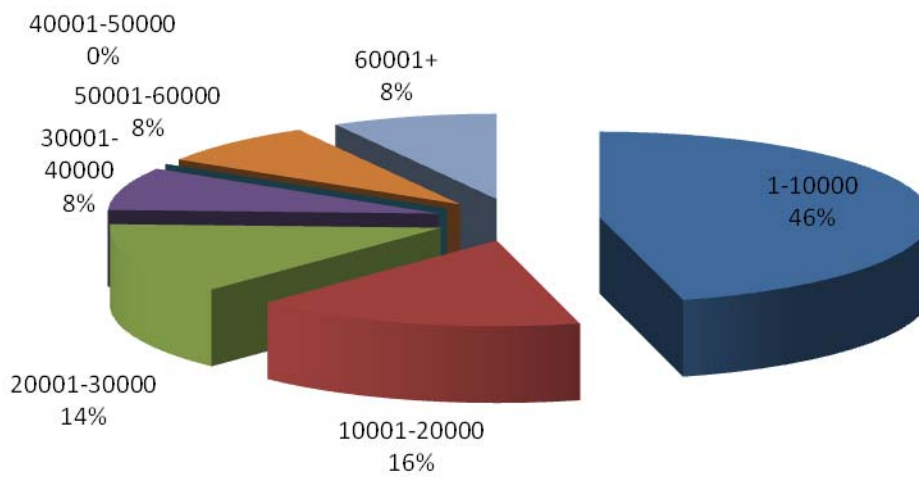
Le azioni di sensibilizzazione e informazione occupano una parte considerevole negli interventi segnalati, parallelamente alla prevenzione del rischio ed alla promozione alla salute, scelti in misura equivalente, nel 29% dei casi. La maggior parte delle iniziative prevede la combinazione di due o più approcci metodologici, utilizzati in uguale misura nell'attività delle singole sedi dipartimentali.

## 5. Modalità di realizzazione

Per lo svolgimento delle attività di prevenzione, gli Enti di riferimento si avvalgono nel 63% dei casi di finanziamenti, mentre il 37% svolge gli interventi nell'ambito dell'attività dipartimentale.



**Graf. 24 Modalità di realizzazione degli interventi**



**Graf. 25 Entità dei finanziamenti**

Anche l'entità dei finanziamenti appare piuttosto eterogenea. La prevalenza dei progetti si avvale di contributi erogati entro un limite di 10.000 Euro, con una variabilità piuttosto elevata, a partire dai 300 Euro. Un ulteriore 30% è costituito da iniziative che si sono avvalse di finanziamenti fra i 10.000 e i 30.000 Euro; il restante 24% si riferisce ai progetti più articolati sia in termini di complessità che di estensione temporale dell'intervento, che hanno beneficiato di contributi superiori ai 50.000 Euro.

## **6. Conclusioni**

Dalle fasi di realizzazione del progetto e dall'analisi dei dati pervenuti è possibile evidenziare i seguenti elementi di forza e di criticità.

### **Elementi di criticità riferiti all'analisi qualitativa dei progetti censiti**

- Da un'analisi preliminare del materiale pervenuto è apparso evidente come i progetti di prevenzione non realizzino in maniera sistematica un'attività di valutazione degli interventi. Tale aspetto si traduce nella mancanza di dati confrontabili a conforto dell'efficacia sia in termini di processo che di azioni realizzate.
- L'impostazione scelta dello studio descrittivo consente di tracciare un quadro dettagliato dei progetti censiti. Trattandosi di un'impostazione di ricerca di tipo qualitativo, non è possibile riferirsi a principi di rappresentatività statistica o quantitativa. Inoltre, il numero dei progetti pervenuti non può rappresentare un campione sufficientemente ampio da consentire conclusioni in merito alle attività non censite, benché i risultati possano essere

generalizzati dal punto di vista argomentativo.

- In linea con quanto emerge da altri studi, la diffusione degli interventi preventivi ha perlopiù una durata temporale massima di 12 mesi, è spesso solo di carattere informativo e non prevede una continuità nella programmazione.
- L'integrazione e le alleanze tra i servizi sanitari ed altri enti o associazioni si dimostrano carenti, evidenziando un'egemonia delle ASL sia nello sviluppo che nella realizzazione degli interventi, a scapito della comprovata maggiore efficacia di un approccio multidisciplinare alla prevenzione, con la partecipazione di soggetti non appartenenti all'area sanitaria.
- I riferimenti alla letteratura scientifica e le componenti valutative dei risultati sono insufficienti e riguardano poco più del 50% dei progetti segnalati.
- Il contesto di elezione degli interventi è rappresentato dalla scuola, e si estende con modalità parcellare ai contesti extrascolastici, con uno scarso riferimento alle fascia di età più giovane (< 10 anni), indicata come importante target di intervento dalla letteratura internazionale.
- Dal confronto delle iniziative censite emerge un quadro piuttosto eterogeneo in termini di finalità e modalità di realizzazione dei programmi di prevenzione, in cui le iniziative dei singoli Enti sembrano prevalere su un disegno unitario e coordinato dei progetti.

### **Aspetti critici relativi alla diffusione e recepimento del PNAS**

- Nella fase attuativa del progetto è emersa la difficoltà da parte dei Referenti Regionali nell'individuare gli interlocutori per le attività di prevenzione, che si è tradotta in una sostanziale dilatazione dei tempi di distribuzione e di restituzione del materiale. La mancanza di banche dati ed indirizzari aggiornati riferibili agli interventi di prevenzione ed ai relativi referenti, si è tradotta in un evidente rallentamento nella diffusione del materiale e, spesso, nella sua conseguente dispersione.

Ulteriori motivazioni per i tempi di risposta e mancate restituzioni sono da ricondursi a:

- Una scarsa disponibilità, spesso esplicitata dai responsabili dei Dipartimenti raggiunti telefonicamente, in termini di risorse da dedicare alla partecipazione al progetto. Ciononostante si è constatato un buon livello di collaborazione nella volontà di diffondere i contenuti delle attività preventive e di interesse verso un'azione di raccordo delle esperienze condotte a livello nazionale
- La difficoltà nel reperimento e nell'organizzazione dei dati, spesso non disponibili o incompleti, da parte dei referenti, imputabile alla mancanza di schede progettuali o data base specificamente dedicati alle attività preventive.
- L'azione capillare di diffusione del materiale progettuale ha consentito in ogni caso la creazione di una banca dati aggiornata dei referenti delle amministrazioni regionali e dei servizi incaricati della prevenzione e del monitoraggio nell'ambito delle tematiche alcolcorrelate, funzionale alla diffusione futura di

informazioni, documenti o materiali in un'ottica di coordinamento delle attività preventive a livello nazionale.

- Il grado di recepimento del Piano Nazionale Alcol e Salute appare passibile di miglioramento; solo il 36% dichiara di avere fatto riferimento al documento nella progettazione dell'intervento, benché l'analisi delle finalità progettuali e delle azioni attuate evidenzi un buon livello di concordanza con i suoi contenuti. Attraverso la distribuzione in allegato della sintesi del PNAS si è inteso dunque implementare il grado di diffusione del documento presso i referenti regionali e sanitari e di sensibilizzazione verso i contenuti specifici enunciati.
- La percentuale di mancate risposte e le difficoltà incontrate relativamente ai flussi di diffusione del materiale, indicano la carenza sostanziale di un sistema informativo integrato e di strumenti omogenei nella progettazione e nella realizzazione degli interventi preventivi. L'individuazione di buone prassi sarà possibile solo a fronte dello sviluppo di disegni progettuali basati su criteri standardizzati e impianti di valutazione omogenei dell'efficacia delle azioni attuate.



PROGETTO AGORÀ  
ALLEGATO 1—SCHEDA DI RICOGNIZIONE

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI PREVENZIONE RIFERIBILI AL PNAS NEL PERIODO 2007-2008

cod.ris

a cura dell'elaboratore

Nome Regione		Titolo del Progetto	
--------------	--	---------------------	--

ASL/ASS di riferimento			
Dipartimento/ Servizio	Dipartimento delle Dipendenze-Alcologia		
	Dipartimento delle Dipendenze-Ser.T		
	Dipartimento di Prevenzione		
	Altro: (specificare)		
Cognome			
Nome			
Via		Cap	
Comune		Provincia	
Tel.		Cell.	
Fax		E-mail	
Sito WEB			

Referente ente esecutore del progetto			
Nome dell'ente			
Ente/struttura			
	ASL/ASS		
	Cooperative sociali		
	Associazioni di volontariato		
	Altro: (specificare)		
Cognome			
Nome			
Via		Cap	
Comune		Provincia	
Tel.		Cell.	
Fax		E-mail	
Sito WEB			
Tipo di intervento in base alla sostanza di consumo			

Durata del progetto			
Data inizio		Data fine	
Durata (n° mesi)		Continuità nel tempo	

Attori coinvolti nella fase di PROGETTAZIONE/CONDIVISIONE		
ASL/ASS		
Ambito S.A. dei comuni		
Singoli comuni		
Scuole		
Forze dell'ordine		
Medici di medicina generale		
Cooperazione sociale		
Associazioni di volontariato		
Mondo del lavoro		
Altro: (specificare)		

Attori coinvolti nella fase di REALIZZAZIONE		
ASL/ASS		
Ambito S.A. dei comuni		
Singoli comuni		
Scuole		
Forze dell'ordine		
Medici di medicina generale		
Cooperazione sociale		
Associazioni di volontariato		
Mondo del lavoro		
Altro: (specificare)		

Operatori coinvolti nella fase di progettazione	
Categorie professionali	Numero degli operatori
Operatori sociali	
Infermieri professionali	
Assistenti sociali	
Psicologi	
Sociologi	
Psichiatri	
Medici	
Amministrativi	
Volontari	
Tirocinanti	
Altro	



Operatori coinvolti nella fase di realizzazione	
Categorie professionali	Numero degli operatori
Operatori sociali	
Infermieri professionali	
Assistenti sociali	
Psicologi	
Sociologi	
Psichiatri	
Medici	
Amministrativi	
Volontari	
Tirocinanti	
Altro	

Numero dei destinatari nei diversi settori di intervento					
Contesto	Età dei destinatari				
	6-10	11-13	14-18	19-25	26-65
Scuola					
Lavoro					
Luoghi di incontro formale					
Luoghi del divertimento					
Luoghi di incontro informale					
Scuola guida					
Altro: (specificare)					

Tipo di destinatari del progetto				
Contesto				
Scuola	Studenti	Insegnanti	Genitori	
Lavoro	Lavoratori	Datori di lavoro	Sindacati	
Luoghi di incontro formale	Atleti/scout (...)	Educatori	Genitori	
Luoghi del divertimento	Avventori	Gestori di locali	Forze dell'ordine	
Luoghi di incontro informale	Gruppo dei pari	Operatori sociali	Forze dell'ordine	
Scuola guida	Allevi	Istruttori		
Altro: (specificare)				

Obiettivo del progetto (tutti i progetti)	
Promuovere il benessere psicosociale	
Aumentare la conoscenza sui rischi e danni provocati da sostanze/bevande	
Diminuire gli effetti dannosi sui rischi e danni provocati da sostanze/bevande (incidenti stradali e sul lavoro, violenze...)	
Ridurre i consumi di sostanze/bevande	
Favorire l'uso moderato di bevande alcoliche	
Sviluppo di atteggiamenti tutelanti la salute e le pressioni al bere	
Sensibilizzazione dei settori di governo e politiche efficaci	
Altro1:	
Altro2	
Altro3	

Azioni previste dal progetto	
Attivazione di programmi di informazione, comunicazione e promozione alla salute sui danni dell'alcol	
Facilitazione nell'accesso ai servizi ed alle famiglie ai servizi preposti al trattamento dei disturbi alcolcorrelati, relativamente al consumo a rischio	
Strutturazione di un approccio integrato alla prevenzione nelle problematiche alcolcorrelate (Servizi Sanitari, MMG, gruppi di autoaiuto ecc.)	
Formazione degli operatori della medicina di base nell'identificazione precoce dei soggetti a rischio attraverso protocolli di screening	
Favorire il sostegno alle politiche di salute pubblica finalizzate alla prevenzione del danno alcolcorrelato	
Training professionale ed educazione alcolologica per gli operatori del settore educativo, sociale e giudiziario	
Diffusione di corrette conoscenze sulle conseguenze prodotte dall'uso dell'alcol nella guida	
Attivazione di programmi di collaborazione con le istituzioni responsabili del controllo sul tasso alcolemico	
Predisposizione di informazioni sulla presenza di controlli dell'aria espirata (es. luoghi di divertimento, aggregazione giovanile o altri contesti a rischio)	
Favorire l'integrazione delle commissioni mediche patenti	
Realizzazione di protocolli e procedure volti alla realizzazione di trattamenti integrati presso strutture sanitarie e sociosanitarie	
Istituzione nei luoghi di lavoro di programmi per l'educazione e la promozione alla salute	
Istituzione nei luoghi di lavoro di programmi per la tempestiva identificazione, o autocertificazione dei soggetti a rischio	
Incremento di azioni di comunità per la riduzione di incidenti stradali alcolcorrelati, somministrazione e vendita ai minori, consumi dei minori a rischio e non	
Promozione di programmi socio-sanitari per la mobilitazione della comunità, lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi collegati all'alcol	
Sostegno economico alle organizzazioni non governative, di volontariato e di mutuo aiuto per la promozione di iniziative di prevenzione del danno alcolcorrelato	
Sostegno formativo alle organizzazioni non governative, di volontariato e di mutuo aiuto per favorire le conoscenze teoriche e le tecniche di intervento degli operatori	
Ritardare nei giovani l'età del primo approccio con le bevande alcoliche	
Riduzione dei consumi a rischio (eccedentari, fuori pasto, binge drinking)	

Teoria/e di riferimento utilizzata nella progettazione e conduzione dell'intervento	
Teoria 1	
Teoria 2	

Metodologia utilizzata nella realizzazione dell'intervento		
Metodologia 1:		
Metodologia 2:		
Metodologia 3		
altro (specificare)		

Tipologia di intervento	
Prevenzione universale	
Prevenzione selettiva	
Prevenzione indicata	

Riferimenti/publicazioni relativi al progetto		
Pubblicazione cartacea		
Pubblicazione digitale		
Internet		
Produzioni audio e/o video		
Materiale informativo e/o pubblicitario		
Altro: (specificare)		

Modalità di richiesta del materiale			
Referente			
Cognome			
Nome			
Tel.		Cell.	
Fax		e-mail	

Disponibilità di un piano di valutazione del progetto	
Disponibilità all'invio	

Disponibilità di un disegno o schema di progetto	
Disponibilità all'invio	

Utilizzo di dati epidemiologici	
Fonte dei dati	

## Area 'Informazione e salute'

### **Risultati attesi**

Sviluppo nella popolazione generale e nei gruppi più vulnerabili di una maggiore conoscenza e consapevolezza del danno provocato dall'alcol sulla salute e sul benessere individuale, familiare e sociale;

Sviluppo nei bambini e nei ragazzi della consapevolezza e delle abilità necessarie a fare scelte a favore della salute in relazione al bere;

Sviluppo nelle comunità e nelle famiglie di atteggiamenti tutelanti la crescita e l'educazione a stili di vita sani dei minori, compresa la protezione dalle pressioni al bere.

### **Azioni**

Attuare programmi di informazione, comunicazione e promozione della salute, sia locali che nazionali, anche tramite i mass media, per informare sui danni prodotti dall'alcol alla salute e al benessere di individui, famiglie e comunità e per promuovere il sostegno pubblico alle politiche sanitarie e sociali che contrastano il danno alcolcorrelato;

Attivare una collaborazione con il mondo della scuola (dalla materna alle superiori) per l'adozione di un programma di promozione della salute di ampio respiro, in cui trovino spazio adeguato la prevenzione del danno alcolcorrelato e l'insegnamento delle abilità necessarie a fronteggiare le pressioni sociali al bere.

## Area 'Bere e guida'

### **Risultati attesi**

Riduzione del numero degli incidenti alcolcorrelati, nonché del numero di morti e feriti, in particolare tra i giovani.

### **Azioni**

Attivare interventi informativi volti a promuovere la diffusione di corrette conoscenze sulle conseguenze prodotte dall'uso di alcol nella guida;

Attivare una collaborazione con le istituzioni locali responsabili dei controlli dell'aria espirata, per promuovere una capillare attivazione sulle strade di controlli sia mirati che randomizzati, nonché per organizzare azioni preventive di comunità che pongano in grande evidenza i controlli casuali dell'aria espirata, soprattutto nei luoghi e nelle occasioni del divertimento giovanile a rischio di abuso alcolico;

Favorire l'integrazione delle Commissioni mediche per le patenti secondo quanto previsto dall'art. 6 comma 1°) della legge 125/2001.

## Area 'Ambienti e luoghi di lavoro'

### **Risultati attesi**

- Riduzione del danno prodotto dall'alcol sui luoghi di lavoro, in particolare nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e al sicurezza di terzi, soprattutto per quanto attiene alla violenza e agli incidenti.

### **Azioni**

- Provvedere al coinvolgimento e alla formazione degli operatori della medicina di base, e in particolare dei Medici di medicina generale, Pediatri e Medici dei Dipartimenti di Prevenzione, per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio, anche tramite strumenti di screening comportamentale mirati e attendibili, nonché per l'intervento breve nei confronti del consumo alcolico nocivo
- Favorire un approccio integrato che coinvolga, oltre ai servizi sanitari, i medici di Medicina Generale, i servizi sociali, i gruppi di autoaiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate
- Costruire un sistema complesso di trattamento accessibile, efficace, flessibile e affidabile, basato su evidenze scientifiche e su una adeguata valutazione dei bisogni
- Assicurare risposte per tutte le varie fasi del trattamento, provvedendo alla disintossicazione, valutazione, confronto dei trattamenti possibili, prevenzione dalle ricadute e riabilitazione, anche tramite metodi di gestione complessiva, per gli alcolisti conclamati arruolati in programmi di astinenza

## Area 'Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione'

### **Risultati attesi**

- Maggiore responsabilizzazione e disponibilità di collaborazione nei programmi di prevenzione dei danni alcolcorrelati da parte del mondo della produzione e distribuzione
- Implementazione di misure atte a favorire in particolare il rispetto dei limiti legali di età per la somministrazione di bevande alcoliche e a limitare, comunque, l'accesso dei giovani alle bevande alcoliche
- Riduzione degli incidenti alcolcorrelati all'uscita di ambienti e contesti dove si beve abitualmente

### **Azioni**

- Attivare un monitoraggio permanente per la stima dell'impatto dell'alcol sulla salute e per la valutazione dei costi relativi, nonché per la valutazione dell'adeguatezza delle politiche sociali ed economiche nel settore della produzione di bevande alcoliche;
- Favorire l'inserimento dei soggetti che lavorano nel campo della vendita e sommi-

accrescano la consapevolezza e il senso della responsabilità personale, etica e legale.

### Area 'Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso di alcol'

#### **Risultati attesi**

- Incremento delle azioni di comunità finalizzate alla riduzione locale di problemi quali gli incidenti stradali alcolcorrelati, la somministrazione e vendita ai minori, i consumi dei minori e in particolare quelli più a rischio;
- Incremento della consapevolezza e della sensibilità per i problemi alcolcorrelati nell'ambito di tutti quei settori di governo della comunità che possono influire per l'adozione di efficaci politiche alcolologiche.

#### **Azioni**

- Attivare, partendo dalle esigenze fondamentali di salute e sicurezza della popolazione, la collaborazione di settori non sanitari quali quello educativo, sociale e giudiziario, per assicurare agli operatori una educazione ed un training professionale in campo alcolologico, ai fini di garantire un effettivo approccio multisettoriale;
- Promuovere e supportare programmi socio-sanitari che rafforzino la mobilitazione della comunità, lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi collegati all'alcol;
- Avviare la sperimentazione nell'ambito regionale di almeno un progetto di comunità coordinato e sostenibile per prevenire i problemi alcolcorrelati.

### Area 'Potenzialità delle organizzazioni non governative, di volontariato e di mutuo aiuto'

#### **Risultati attesi**

- Incremento del sostegno alle organizzazioni non governative, di volontariato e di mutuo aiuto che promuovono iniziative finalizzate alla prevenzione o alla riduzione del danno alcolcorrelato.

#### **Azioni**

- Supportare, anche attraverso un sostegno all'attività ordinaria, le organizzazioni non governative e di volontariato e mutuo aiuto che hanno esperienza e competenza ad operare sia a livello professionale che a livello di azione civile ai fini della riduzione del danno provocato dall'alcol, per migliorare l'informazione e sostenere lo sviluppo e l'implementazione di politiche efficaci in campo alcolologico.

## Area 'Monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto'

### **Risultati attesi**

- Implementazione in ogni Regione di efficaci politiche sociosanitarie in campo alcolico, di portata quanto più ampia possibile per quanto consentito dalla collaborazione delle altre istituzioni non sanitarie;
- Implementazione di un sistema informativo e di monitoraggio/sorveglianza sul consumo di alcol e sui modelli comportamentali connessi, sui danni alcolcorrelati e sulle politiche alcolologiche realizzate a livello regionale e locale.

### **Azioni**

- Sviluppare in ciascuna regione un Piano che recepisca il PNAS, ne individui le specifiche modalità in ambito regionale, secondo le priorità di salute emergenti e le peculiarità organizzative di ciascuna Regione;
- Creare una rete a cui aderiscono tutte le Regioni, che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, degli indicatori del danno alcolcorrelato, dell'efficacia degli interventi adottati e delle risposte istituzionali ai vari livelli di interesse, con la funzione, tra l'altro, di orientare l'investimento delle risorse pubbliche disponibili per i problemi alcolologici verso interventi di buona pratica, la cui efficacia sia stata adeguatamente dimostrata.



## Bibliografia

### Testi

- Bernhardt S. (2003), “Metodologia della valutazione di prove di efficacia in sanità pubblica”, EpiCentro, ISS Istituto Superiore di Sanità, Roma
- D'Egidio P.F. (a cura di) (2004), “La prevenzione: principi generali e linee guida del NIDA”, IN Mission, anno III, n.12, Franco Angeli, Milano
- Gordon R. (1987), “An operational classification of disease prevention”, in Steinberg J.A. e Silverman M.M., “Preventing mental disorders, Department of Health and Human Services”, Rockville, M.D.
- Leone L. (2002), “Ricostruzione della teoria del programma nella valutazione di progetti. Il caso della prevenzione nel settore delle dipendenze”, Working paper, CEVAS
- Leone L. (2006), “Evidenze di efficacia nei programmi di prevenzione: dalle review sistematiche a sintesi theory –driven”, RIV Rassegna Italiana di Valutazione, Monografico: Valutare la Prevenzione. Per una valutazione guidata dalla teoria, Franco Angeli, Milano.

### Documenti

- Accordo Stato Regioni del 29 marzo 2007 (Pubblicato nella G.U. n. 88 del 16-04-2007) in ordine al Piano Nazionale Alcol e Salute
- Legge 30 marzo 2001, n.125 “*Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati*” (Pubblicato sulla G.U. n.90 del 18-04-2001)
- O.M.S. “Framework for alcohol policy in the European Region” (2000-2005)
- Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 . Decreto del 18 aprile 2003 . (Pubblicato nella G.U. n. 139 del 18-06-2003)
- PNAS Piano Nazionale Alcol e Salute . 7 febbraio 2007

