

Una strategia nazionale

L'implementazione e l'integrazione di diagnosi precoce e intervento breve nell'attività quotidiana dei medici generici

Emanuele Scafato, Allaman Allamani, Tiziana Codenotti, Franco Marcomini, Valentino Patussi, Alessandro Rossi, Pierluigi Struzzo, Rosaria Russo e il Gruppo nazionale italiano PHEPA¹

Lo scopo di questo rapporto è quello di sviluppare una strategia nazionale per l'implementazione di un programma integrato di interventi sul consumo rischioso e dannoso di alcol nelle strutture del sistema sanitario di base. Il gruppo di lavoro italiano include i rappresentanti di organizzazioni governative e non-governative, di organizzazioni e gruppi sanitari professionali, di organizzazioni e società scientifiche. Seguendo una traccia indicata dal progetto PHEPA, il gruppo nazionale ha tentato, nei limiti del possibile, di identificare una serie di priorità da implementarsi su scala nazionale per mezzo di un programma di interventi particolarmente orientati alla prevenzione e alla promozione della salute e comprendenti approcci mirati alla popolazione. Uno degli scopi della strategia è quello di far condividere la strategia stessa dai partner-chiave e dagli *stakeholder* attivi a livello nazionale, regionale e locale e di sottoporla al Ministero della Salute per cercare di sviluppare un'integrazione formale di alcuni specifici elementi di prevenzione nell'attività quotidiana dei medici generici.

Il formato del rapporto segue una impostazione seguita da tutti i partner europei che hanno sviluppato un rapporto analogo a quello italiano basato sulle esperienze e sulla analisi dei bisogni emergenti a livello nazionale. Il rapporto è parte integrante di una serie di materiali comuni utili all'implementazione della strategia nazionale e che forniscono un riferimento comune e standardizzato relativo alle evidenze scientifiche disponibili, allo standard di formazione di valenza europeo dei medici operanti nei contesti di assistenza primaria, alle linee guida cliniche europee di identificazione precoce del rischio alcolcorrelato e di intervento breve che il gruppo PHEPA ha sviluppato nel corso delle attività progettuali. La traduzione e l'adattamento in lingua italiana del

A country-based strategy

The implementation and integration of early detection and brief intervention in the daily GPs activities in Italy

The aim of this contribution is to develop a country-based strategy for the implementation of a programme to integrate interventions for hazardous and harmful alcohol consumption in primary health care settings. The Italian team included representatives from governmental as well as non-governmental organizations, health professional organizations and groups, scientific organizations. Following a track provided by the PHEPA project, the country team has tried, where possible, to identify a series of priorities to be implemented nationwide by mean a programme of actions particularly focused on prevention and health promotion and including targeted approaches for young people. Among the aims of the strategy is to have the strategy endorsed by a number of key partners and stakeholders at the National, regional and local level and to submit the strategy to the Ministry of Health for a possible development of a formalized integration of specific items into the daily GPs activities.

* * * * *

¹ Per la composizione del Gruppo nazionale si veda l'Appendice.

¹ For the composition of the Country Team see Appendix.

rapporto, prodotto originalmente in lingua inglese, fornisce gli elementi di base necessari per l'attivazione dell'integrazione della diagnosi precoce e intervento breve nell'attività quotidiana dei medici impegnati nell'assistenza primaria in Italia.

1. Introduzione

La necessità di un intervento e di una strategia capaci di arginare il costante incremento nella prevalenza ed incidenza dei problemi e delle patologie alcolcorrelati è una delle priorità maggiormente discusse di salute pubblica in tutta Europa. La definizione di scopi o obiettivi specifici dei Piani sanitari nazionali attualmente in preparazione nei vari Paesi europei, i documenti o le determinazioni che giungono dal Consiglio e dalla Commissione europea come del resto dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) attraverso il Piano d'azione europeo sull'alcol del WHO (OMS) hanno rinnovato e sollecitato nel corso degli ultimi anni la necessità di un'implementazione degli interventi e delle azioni per la prevenzione e la riduzione dei danni prodotti dall'alcol. Ben lontane dal rappresentare strategie cliniche, tali azioni dovrebbero essere finalizzate al raggiungimento, per mezzo di accurati programmi specifici, di un livello più elevato di protezione della salute attraverso la promozione di stili di vita più sani. L'uso prevalente di espressioni come "determinanti della salute" al posto del termine "fattori di rischio" negli ultimi Piani sanitari nazionali europei è un indicatore adeguato a descrivere l'evoluzione del sistema di sviluppo delle disposizioni e delle politiche verso un modello concettuale moderno, che ponga al centro della strategia sanitaria la salute e non la malattia, che integri l'uso esclusivo e tradizionale dell'approccio basato sulla mortalità con uno più dinamico che privilegi la necessità di una riduzione dell'esposizione a fattori di rischio e danno alla salute intesi come determinanti di disabilità, mortalità prematura, malattia cronica di lunga durata. La diagnosi precoce dell'abuso di alcol viene considerata a partire dagli anni 90' come uno dei più importanti risultati da raggiungere per offrire ai singoli individui la migliore opportunità di ricevere l'azione preventiva più adatta a ridurre il livello di rischio connesso al consumo eccessivo di alcol. L'identificazione e l'implementazione di una metodologia che faccia uso di sperimentati strumenti di monitoraggio e di una strategia che comprenda informazione e promozione della salute, spingendo a modificare i comportamenti personali insani, è lo scopo principale della strategia nazionale sviluppata attraverso questo contributo, in sintonia con gli obiettivi comuni del Progetto PHEPA.

1. Introduction

The need for an effective action and strategy to tackle the increasing prevalence and incidence of alcohol-related problems and diseases is one among the most debated priority in Public Health all over Europe. The setting of specific targets or objectives in the National Health Plans actually ongoing in the different EU Countries and the legal documents and Programmes coming from the Council and the Commission as well as the last phase of the WHO European Alcohol Action Plan gave recently a renewed impetus to the need of implementation of interventions and actions for the prevention and the reduction of the harm done by alcohol. Far to be clinical strategies, these actions should be aimed at achieving by mean well-defined specific programmes a higher level of health protection by mean the promotion of healthier lifestyles. The prevalent use of terms as "health determinants" in spite of "risk factors" in the more recent National Health Plans in Europe is a good indicator of the evolution of the decision's and policy's making process toward a modern conceptual model positioning health and not disease at the centre of the health strategy, integrating the exclusive and traditional mortality approach use and stressing the need for a reduction of exposure to determinants of diseases and injuries. The early detection of alcohol abuse was felt in Italy since the 90' as one of the most important outcome to be achieved to give the best opportunity to individuals to receive the most appropriate preventive intervention to reduce the level of risk linked to inadequate levels of alcohol consumption. The identification and implementation of a methodology using validated tools of screening and of a comprehensive strategy of information and health promotion soliciting the change of personal unhealthy behaviours is the main aim of the present Country strategy harmonized with the common aims of the PHEPA Project.

2. L'assunzione di alcol

2.1. Consumo, prevalenza e tendenze

L'Italia è stato il primo dei 52 Paesi europei a raggiungere l'obiettivo posto dal piano dell'OMS "Salute per tutti" di una riduzione del 25 % nel consumo d'alcol pro capite durante il periodo 1980-2000. Se osserviamo il consumo pro-capite di alcol, l'Italia ha ridotto del 37 % la media del consumo di alcol nel periodo 1981-2001 (si veda la Tab. 1). Il decremento è stato leggermente più alto nei primi dieci anni (1981-1991). La diminuzione nella media del consumo di alcol è stata principalmente dovuta alla significativa riduzione del consumo di vino e superalcolici, mentre quello di birra è aumentato costantemente.

Il consumo di alcol pro capite, solitamente preso in considerazione al fine di confrontare la tendenza temporale e di offrire una stima approssimativa del possibile impatto dei problemi alcolcorrelati sulla popolazione, è tuttavia lungi dall'essere usualmente considerato in Italia un buon indicatore per gli obiettivi di salute pubblica, e ciò per due motivi principali:

- a) viene considerato molto più rappresentativo delle vendite che del consumo individuale di alcol (sebbene sia correlato al livello medio di problemi alcolcorrelati nella popolazione);

2. The use of alcohol

2.1. Consumption prevalence and trends

Italy is the first Country in the European Region that achieved the target set by the WHO Health for All strategy of a 25 % reduction in the per-capita alcohol consumption during the period 1980-2000. Looking at the per/capita alcohol consumption Italy reduced by 37 % the average in alcohol consumption during the period 1981-2001 (see table 1). The decrease was slightly higher during the first ten years period 1981-1991.

The decrease in alcohol consumption average was mainly due to the highest contribution from wine as well as spirits consumption being the beer consumption increased constantly.

The use of the per-capita alcohol consumption, usually taken into account to compare trend in time series and to give a rough estimate of the possible burden of the alcohol-related problems within the population, is however far to be currently considered in Italy a good indicator for the public health aims and this for two main reasons:

- a) it is considered much more representative of the selling than of alcohol use (even if it is linked to the average level of alcohol problems in the population);

	1981	1991	2000	2001	2002	1981-1991 Modificazioni (%)	1991-2001 Modificazioni (%)	1981-2001 Modificazioni (%)
Vino	86,2	62,1	51	50	51	-28,0	-19,5	-42,0
Birra	17,9	24,9	28,1	28,9	28,2	39,1	16,1	61,5
Superalcolici	3,5	2,5	1,2	1,1	0,9	-28,6	-56,0	-68,6
Alcol puro	11,7	9,1	7,5	7,4	7,4	-22,2	-18,7	-36,8

Tab.1. Italia. Tendenze nel consumo di alcol pro capite (1981-2000).

Litri/persona/anno per quanto riguarda il consumo delle più diffuse bevande alcoliche e di alcol puro.

Fonte: Dati dell'Osservatorio Nazionale Alcol - ISS - OSSfad sulle Tendenze mondiali del consumo di alcol PVGD. E. Scafato, P. Zuccaro, R. Russo, G. Bartoli, Alcohol, health and policy: the Italian perspective, *ALCOLOGIA*, 13, 1 (2001), pp. 21-25 (aggiornato dagli autori nel 2003).

	1981	1991	2000	2001	2002	1981-1991 Changes (%)	1991-2001 Changes (%)	1981-2001 Changes (%)
Wine	86,2	62,1	51	50	51	-28,0	-19,5	-42,0
Beer	17,9	24,9	28,1	28,9	28,2	39,1	16,1	61,5
Spirits	3,5	2,5	1,2	1,1	0,9	-28,6	-56,0	-68,6
Pure alcohol	11,7	9,1	7,5	7,4	7,4	-22,2	-18,7	-36,8

Tab. 1. Italy. Trends in per capita alcohol consumption (1981-2000).

Litres/person/year by main alcoholic beverages and pure alcohol consumption.

Source: Osservatorio Nazionale Alcol - ISS - OSSfad on PVGD - World Drink Trends data. E. Scafato, P. Zuccaro, R. Russo, G. Bartoli, Alcohol, health and policy: the Italian perspective, *Alcologia*, 13, 1 (2001), pp. 21-5 (updated by the authors in 2003).

b) non ci permette di conoscere la reale distribuzione del consumo di alcol tra gli individui né le caratteristiche del consumo (sesso, età, distribuzione geografica e via dicendo).

Iniziando dal *consumo pro capite* e osservando le necessità sia dei Piani sanitari nazionali che di quelli regionali, si considera attualmente molto più appropriato ai fini di programmazione sanitaria e di salute pubblica il monitoraggio dei consumi di alcol per mezzo di indicatori connessi all'analisi della prevalenza dei consumatori e alle caratteristiche del consumo di alcol (quantità e modalità specifiche) come:

- consumo quotidiano di alcol (vino, birra);
- consumo di bevande alcoliche fuori dai pasti;
- quantità (categorie predefinite) di alcol consumate e/o frequenza del consumo.

La *prevalenza* dei consumatori pare molto più adatta a identificare le persone esposte all'alcol come fattore di rischio. Ciò è legato anche alla necessità di predisporre interventi e informazione in maniera più dettagliata e più mirata. Questo indicatore inoltre consente di fare una stima del numero degli individui che presentano più alti *livelli di esposizione* all'alcol (distribuzione per età e sesso). Indicatori utili che è possibile elaborare attraverso adeguate definizioni degli indicatori propri delle Indagini multiscopo dell'ISTAT (Istituto nazionale di statistica) che conduce annualmente a livello nazionale una rilevazione sugli stili di vita e sulle condizioni di salute; tra questi la prevalenza per sesso, per età (14+) e per distribuzione geografica di:

- consumatori di bevande alcoliche/astemi;
- consumatori di vino;
- consumatori di birra;
- consumatori di oltre 1/2 litro di vino;
- consumatori di oltre 1/2 litro di birra;
- consumatori di bevande alcoliche fuori dai pasti.

Stando a tali indicatori, durante il periodo 1998-2000, insieme a una diminuzione del consumo di alcol pro capite emergono quadri di particolare interesse ai fini del monitoraggio e in particolare:

1. Un aumento nella prevalenza dei bevitori² che indica che il numero delle persone esposte a danni e rischi alcolcorrelati si è esteso, in particolar modo tra gli adolescenti e le donne.
2. Un aumento costante e progressivo dei bevitori di birra (soprattutto tra i *teenager*).

² Dalla linea di partenza del 1998, il numero complessivo degli astemi è sceso nel 2000 da 13.9 a 12.8% per i maschi e da 38.6 a 36.4% per le femmine. Di conseguenza il numero dei bevitori è salito rispettivamente da 86.1 a 87.2% e da 61.4 a 64.6%. Statistiche più dettagliate provenienti dall'Ossfad (Osservatorio su fumo, alcol e droghe) si possono trovare ai link <http://www.ossfad.iss.it/alco/imgs/Tabe.gif>, <http://www.ossfad.iss.it/publ/ppdf/0009.pdf> e <http://www.epicentro.iss.it/focus/alcol/alcol.htm>.

b) *it not allows to identify the real distribution of alcohol consumption among individuals and the related patterns of consumption (sex, age, geographical distribution and so on).*

Starting from the per capita consumption and looking at the National as well as Regional Health plans needs it is currently considered much more appropriate for the Public Health planning to monitor alcohol consumption by mean indicators related to the analysis of prevalence of consumers and to the patterns of alcohol consumption (specific quantities and modalities) such us:

- *Daily alcohol consumption (wine, beer).*
- *Alcoholic beverages consumption between meals.*
- *Crude quantity (predefined categories) of alcohol and/or frequency of consumption.*

Prevalence of consumers seems much more appropriate to identify people who are exposed to alcohol as a risk factor. This is also linked to the need to tailor actions and information in a more detailed and targeted way. Furthermore this indicator allows estimating the number of individuals who present higher levels of exposure to alcohol (distribution by age and gender). Some useful available indicators from ISTAT (National Institute of Statistics) that yearly perform a nationwide health interview survey on lifestyles are the prevalence by sex, age (14+) and geographical distribution of:

- *Wine consumers.*
- *Beer consumers.*
- *Consumers of alcoholic beverages between meals.*
- *Consumers of more than 1/2 litre of wine.*
- *Consumers of more than 1/2 litre of beer.*

According to this indicators, during the period 1998-2000, together with a decrease in the per/capita alcohol consumption different concerning figures arouse from the analysis of the above mentioned ISTAT indicators and particularly: an increase in the prevalence of drinkers² indicating that the number of people exposed to alcohol-related harm and risk has widened, particularly among adolescents and females:

1. *a constant and progressive increase in beer drinkers (particularly among teenagers);*
2. *an increase in the number of women drinking more than _litre of wine daily (and beer for young people);*
3. *an unexpected upward trend reflecting a change in the traditional modalities of consumption towards drinking be-*

² *From the 1998 baseline, the 2000 year overall prevalence of abstainers dropped from 13.9 to 12.8 % for males and from 38.6 to 36.4 % for females. Accordingly the number of drinkers increased from 86.1 to 87.2 % and from 61.4 to 64.6% for males and females respectively. More detailed statistics from Ossfad (Observatory on Smoking, alcohol and drugs, can be found at the link <http://www.ossfad.iss.it/alco/imgs/Tabe.gif>, <http://www.ossfad.iss.it/publ/ppdf/0009.pdf> and <http://www.epicentro.iss.it/focus/alcol/alcol.htm>.*

3. Un aumento nel numero delle donne che bevono oltre 1/2 litro di vino al giorno (di birra se si tratta di giovani).
4. Un'inaspettata tendenza all'aumento dei consumi fuori pasto che rispecchia un cambiamento nelle modalità tradizionali del consumo; ci si allontana progressivamente dall'abitudine "mediterranea" di consumare modeste quantità di vino durante i pasti (vedere Tab. 2 e 3). Per la popolazione giovane ciò significa che l'alcol (soprattutto la birra e i superalcolici) viene consumato (o meglio usato) principalmente non come un "alimento", come era considerato precedentemente per cultura e tradizione, ma sempre più come una sostanza da assumersi al di fuori della famiglia e del controllo formale, in sintonia con le modalità consolidate del *binge-drinking* che si osservano nei Paesi nord-europei.

Il vino rimane, comunque, ancora la principale bevanda alcolica consumata da oltre l'85% della popolazione.

Le ragioni che potrebbero spiegare le tendenze osservate sono molte; l'invecchiamento della popolazione, nuovi modelli socio-culturali tra i giovani, come anche il ridotto potere d'acquisto dovuto alla disoccupazione e ai livelli degli introiti.

La spesa alimentare delle famiglie italiane dimostra inoltre una tendenza a preferire i beni di qualità, e differisce dal tipo tradizionale di acquisto. Recenti statistiche sul consumo nazionale hanno mostrato un incremento della spesa medica familiare e, per ciò che riguarda la spesa alimentare, un aumento della spesa per l'acqua minerale ma non per il vino.

Ulteriori elaborazioni dell'ISTAT hanno mostrato che la spesa complessiva per le bevande equivale attualmente al 2% della spesa totale e al 7% della spesa alimentare delle famiglie.

tween meals and progressively away from the "Mediterranean" habit of consuming moderate quantities of wine at meals (see Tables 2 and 3). For young people, this means that alcohol (mainly beer and spirits) is mainly drunk, not as a "food" as it was previously culturally and traditionally regarded, but increasingly as a substance to be consumed outside family or formal control and according to well-established modality of binge-drinking observed in northern European countries. Nonetheless wine still remain the main alcoholic beverage consumed by more than 85% of the population.

Various reasons may help explain the observed trends; population ageing, new socio-cultural models among the young, as well as reduced purchasing power due to unemployment and reduced income levels.

Moreover, family expenditure in Italy on food has tended to prefer quality goods, which differ from traditional purchases. Recent national consumer statistics have shown an increase in family expenditure on medical care and, with regard to food expenditure, on mineral water but not on wine.

Further ISTAT figures showed that total expenditure on beverages is currently 2% of total family consumer spending and 7% of food expenditure.

One could predict a further reduction in consumption given changes in traditional patterns of alcohol consumption that occurred during the last ten years and as a consequence of the increased capacity of individuals to question their wine drinking, for example, along with other dietary habits.

In conclusion alcohol consumption patterns among the Italian population has changed; young people and women seemed to

(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescenti	9,8	13,4	12,9		18,4	15,2	18,0	16,8	30,7
18-24 giovani	30,9	36,5	35,2		40,6	39,9	39,3	42,5	20,6
25-44 giovani adulti	37,6	39,5	39,8		42,1	46,2	40,3	39,4	-1,0
45-64 adulti	36,8	39,2	39,5		38,7	42,3	36,7	37,3	-5,5
65-74 anziani	27,0	29,3	28,5		29,8	30,0	26,9	28,2	-1,0
75+ molto anziani	22,0	18,8	21,6		20,0	21,2	19,1	16,4	-24,4

Tab. 2. Consumatori di bevande alcoliche fuori dai pasti. Maschi. Prevalenza (%) nel periodo 1993-2000 e cambiamenti (%) durante gli anni 1995-2000.

(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescents	9,8	13,4	12,9		18,4	15,2	18,0	16,8	30,7
18-24 young	30,9	36,5	35,2		40,6	39,9	39,3	42,5	20,6
25-44 young adults	37,6	39,5	39,8		42,1	46,2	40,3	39,4	-1,0
45-64 adults	36,8	39,2	39,5		38,7	42,3	36,7	37,3	-5,5
65-74 old	27,0	29,3	28,5		29,8	30,0	26,9	28,2	-1,0
75+ oldest	22,0	18,8	21,6		20,0	21,2	19,1	16,4	-24,4

Tab. 2. Consumers of alcoholic beverages between meals. Males. Prevalence(%) in years 1993-2000 and changes (%) during the period 1995-2000.

(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescenti	7,1	8,0	6,0		10,8	9,7	12,8	12,2	103,7
18-24 giovani	13,2	15,0	16,5		22,4	20,8	25,2	24,8	50,2
25-44 giovani adulti	12,3	13,2	12,8		15,1	15,4	15,4	15,4	20,7
45-64 adulti	9,1	9,9	9,5		11,6	12,4	11,4	10,9	15,1
65-74 anziani	5,8	5,7	5,1		6,4	6,4	6,2	5,6	9,9
75+ molto anziani	4,6	3,6	3,9		4,0	3,7	4,0	4,1	3,7

(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescents	7,1	8,0	6,0		10,8	9,7	12,8	12,2	103,7
18-24 young	13,2	15,0	16,5		22,4	20,8	25,2	24,8	50,2
25-44 young adults	12,3	13,2	12,8		15,1	15,4	15,4	15,4	20,7
45-64 adults	9,1	9,9	9,5		11,6	12,4	11,4	10,9	15,1
65-74 old	5,8	5,7	5,1		6,4	6,4	6,2	5,6	9,9
75+ oldest	4,6	3,6	3,9		4,0	3,7	4,0	4,1	3,7

Tab. 3. Consumatori di bevande alcoliche fuori dai pasti. Femmine. Prevalenza (%) nel periodo 1993-2000 e cambiamenti (%) durante gli anni 1995-2000.

Tab. 3. Consumers of alcoholic beverages between meals. females. Prevalence (%) in years 1993-2000 and changes (%) during the period 1995-2000.

In conclusione, le caratteristiche del consumo di alcol nella popolazione italiana si sono modificate; i giovani e le donne sembrano svolgere un ruolo principale in tale cambiamento, pur con luci ed ombre che appaiono legate alla distribuzione del consumo più che al consumo pro capite.

Stando alle tendenze sopra menzionate, e rispondendo alla necessità di identificare la prevalenza dei bevitori a rischio, l'Osservatorio nazionale alcol in collaborazione con l'OssFAD ed il Centro OMS per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcolcorrelati ha recentemente elaborato presso l'Istituto superiore di sanità una valutazione basata su indicatori elaborati da quelli della Multiscopo Istat.

Prendendo come riferimento le quantità di consumo quotidiano di alcol attualmente considerato come "meno a rischio" (20 grammi per le donne e 40 per gli uomini), la valutazione è stata fatta partendo dai dati dell'ISTAT sulle due bevande maggiormente consumate e che rappresentano più del 90 % dell'intake alcolico quotidiano: il vino e la birra.

I risultati (Tab. 4) mostrano una media del 9,3% tra i maschi e del 19,2% tra le femmine di bevitori di vino a rischio aumentato, con un grande fattore di variazione regionale, che sostanzialmente aumenta andando da nord a sud.

Con dimensioni differenti e un livello molto più omogeneo di aumento dell'esposizione al rischio, i bevitori di birra a rischio dovrebbero attestarsi sullo 0,4% dei bevitori di birra.

Le tendenze rilevate hanno contribuito a sollecitare nel Piano sanitario nazionale 2003-2005 un rinnovato sforzo all'implementazione di interventi e strategie che possano contribuire a:

- promuovere abitudini e stili di vita più sani (vita pratica);
- affrontare le culture ingannevoli e rischiose;

fill the leading part in this change as well as in the showed reduction in alcohol consumption.

According to the above-mentioned trends and looking at the need to identify the prevalence of drinkers at risk an evaluation has been recently proposed by the Osservatorio nazionale alcol - OssFAD at the Istituto superiore di sanità.

Taking as a reference the amount of daily alcohol consumption actually considered as "at minor risk" (20 grams for females and 40 for males) an evaluation has been done starting from the ISTAT data on the two most consumed beverages: wine and beer.

The results (Tab. 4) show an average of 9,3 % among males and 19,2 % among females of wine drinkers at increased risk with a large regional variation but roughly following a north-south gradient.

With a different magnitude and a much more homogeneous level of increased risk exposure beer drinkers at risk should account 0,4% out of the beer drinkers.

The observed trends contributed to solicit in the new National health Plan 2003-2005 a renewed effort to implement actions and strategies that can help in:

- Promoting healthier lifestyles and habits (life skills).
- Tackling misleading risk-taking cultures.
- Improving settings (family, schools, communities).
- Strengthening health protection of the vulnerable groups.
- Decreasing "gradients" within and between groups (inequalities in health) and reduce harm.
- Ensuring a wider range of initiatives devoted at the early detection of alcohol abuse.

<i>Maschi</i>				<i>Femmine</i>			
Regione	Vino %	Regione	Birra %	Regione	Vino %	Regione	Birra %
Valle d'Aosta	n.p.	Valle d'Aosta	n.a.	Valle d'Aosta	n.a.	Valle d'Aosta	n.a.
Sicilia	4,5	Friuli-Venezia Giulia	0,0	Sicilia	9,5	Liguria	0,1
Trentino-Alto Adige	6,2	Lombardia	0,2	Calabria	11,8	Toscana	0,1
Lazio	6,9	Veneto	0,2	Sardegna	13,3	Basilicata	0,1
Calabria	7,4	Lazio	0,2	Trentino-Alto Adige	16,8	Sardegna	0,1
Campania	8,4	Abruzzo	0,2	Campania	17,2	Lombardia	0,2
Friuli-Venezia Giulia	8,5	Campania	0,2	Abruzzo	17,8	Veneto	0,2
Puglia	8,9	Trentino-Alto Adige	0,3	Lazio	18,0	Friuli-Venezia Giulia	0,2
Sardegna	9,3	Liguria	0,3	Lombardia	18,6	Molise	0,2
ITALIA	9,3	Toscana	0,3	Friuli-Venezia Giulia	19,0	Campania	0,2
Lombardia	9,5	Basilicata	0,3	Molise	19,1	Sicilia	0,2
Liguria	10,3	Sicilia	0,3	ITALIA	19,2	Piemonte	0,3
Emilia-Romagna	10,5	Puglia	0,4	Veneto	20,3	Puglia	0,3
Veneto	10,6	Calabria	0,4	Basilicata	20,3	ITALIA	0,3
Piemonte	10,7	ITALIA	0,4	Puglia	20,4	Trentino-Alto Adige	0,4
Abruzzo	11,3	Emilia-Romagna	0,5	Piemonte	22,4	Lazio	0,4
Toscana	12,8	Marche	0,5	Liguria	23,2	Calabria	0,4
Marche	13,9	Piemonte	0,8	Umbria	23,8	Abruzzo	0,5
Molise	14,1	Sardegna	1,1	Emilia-Romagna	25,4	Emilia-Romagna	0,6
Umbria	14,3	Molise	1,3	Marche	25,7	Marche	0,6
Basilicata	16,0	Umbria	2,6	Toscana	26,7	Umbria	0,7

Tab. 4. Prevalenza (%) di bevitori che eccedono i limiti definiti del consumo di alcol* per sesso, tipo di bevanda e regione.

* 20 grammi per le femmine; 40 grammi per i maschi. Elab. dell'Osservatorio nazionale sull'alcol - ISS sulla base dell'Indagine multiscopo sulle famiglie ISTAT. Anno 2001 (E. Scafato, S. Ghirin, R. Russo, in "Osservasalute", 2004).

<i>Males</i>				<i>Females</i>			
Region	Wine %	Region	Beer %	Region	Wine %	Region	Beer %
Valle d'Aosta	n.p.	Valle d'Aosta	n.a.	Valle d'Aosta	n.a.	Valle d'Aosta	n.a.
Sicilia	4,5	Friuli-Venezia Giulia	0,0	Sicilia	9,5	Liguria	0,1
Trentino-Alto Adige	6,2	Lombardia	0,2	Calabria	11,8	Toscana	0,1
Lazio	6,9	Veneto	0,2	Sardegna	13,3	Basilicata	0,1
Calabria	7,4	Lazio	0,2	Trentino-Alto Adige	16,8	Sardegna	0,1
Campania	8,4	Abruzzo	0,2	Campania	17,2	Lombardia	0,2
Friuli-Venezia Giulia	8,5	Campania	0,2	Abruzzo	17,8	Veneto	0,2
Puglia	8,9	Trentino-Alto Adige	0,3	Lazio	18,0	Friuli-Venezia Giulia	0,2
Sardegna	9,3	Liguria	0,3	Lombardia	18,6	Molise	0,2
ITALIA	9,3	Toscana	0,3	Friuli-Venezia Giulia	19,0	Campania	0,2
Lombardia	9,5	Basilicata	0,3	Molise	19,1	Sicilia	0,2
Liguria	10,3	Sicilia	0,3	ITALIA	19,2	Piemonte	0,3
Emilia-Romagna	10,5	Puglia	0,4	Veneto	20,3	Puglia	0,3
Veneto	10,6	Calabria	0,4	Basilicata	20,3	ITALIA	0,3
Piemonte	10,7	ITALIA	0,4	Puglia	20,4	Trentino-Alto Adige	0,4
Abruzzo	11,3	Emilia-Romagna	0,5	Piemonte	22,4	Lazio	0,4
Toscana	12,8	Marche	0,5	Liguria	23,2	Calabria	0,4
Marche	13,9	Piemonte	0,8	Umbria	23,8	Abruzzo	0,5
Molise	14,1	Sardegna	1,1	Emilia-Romagna	25,4	Emilia-Romagna	0,6
Umbria	14,3	Molise	1,3	Marche	25,7	Marche	0,6
Basilicata	16,0	Umbria	2,6	Toscana	26,7	Umbria	0,7

Tab. 4. Prevalence (%) of drinkers exceeding identified daily alcohol limits* by gender, type of beverages and region.

* 20 grams females; 40 grams males. Elab. by National Observatory on Alcohol - OssFAD - ISS on Indagine multiscopo sulle famiglie ISTAT. Year 2001 (E. Scafato, S. Ghirin, R. Russo, "Osservasalute" 2004).

- migliorare gli ambienti (famiglia, scuola, comunità);
- rafforzare le misure di protezione della salute dei gruppi vulnerabili;
- diminuire i "dislivelli" tra e all'interno dei gruppi (diseguaglianze nella salute) e ridurre il danno;
- garantire una rosa più ampia di iniziative rivolte alla diagnosi precoce dell'abuso di alcol.

Il Rapporto annuale sulle tossicodipendenze presentato dalla Presidenza del Consiglio al Parlamento nel 2003 ha descritto esplicitamente la situazione del momento dando un allarme sull'alcol e sulla popolazione giovanile, riportando, peraltro, le evidenze di una crescita del ruolo svolto dall'alcol come sostanza "ponte" per la diffusione degli stupefacenti illegali tra gli adolescenti.

Il livello di attenzione del Ministero della Salute e del Governo italiani si è conseguentemente rinforzato come dimostrato dal primo Rapporto annuale del Ministero della Salute al Parlamento (<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPiano.jsp?id=204>) e dalle specifiche pagine web pubblicate dal Governo italiano (http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/alcol_relazione/presentazione.html) anche in occasione della terza edizione dell'Alcohol Prevention Day (http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/alcol_prevenzione/index.html).

3. Il danno alcolcorrelato

3.1. Effetti sulla salute

3.2. Effetti sociali

3.3. Effetti economici

Nel 1999, 32.907 alcolisti (25.536 maschi, 7.371 femmine) sono stati seguiti in Italia dai 344 Servizi per la cura delle tossicodipendenze (SERT) del Servizio sanitario nazionale (sono oltre 50.000 nel 2003 n.d.r.); il numero delle persone in terapia nei servizi SERT è cresciuto costantemente (+34,5 %) nel corso degli ultimi quattro anni per i quali sono disponibili i dati del Ministero della Salute (21.509 nel 1996, 23.146 nel 1997, 26.708 nel 1998 - Ministero della Salute. Rilevazione statistica attività nel settore alcoldipendenza, 2000). Questo indicatore, tutt'altro che esauriente, non dà informazioni sulla prevalenza reale dell'alcolismo in Italia, poiché non include le persone seguite da strutture private, dagli ospedali, dai gruppi di auto-mutuo aiuto. Per cercare di valutare l'onere e l'impatto sociale connesso ai danni diretti e indiretti dell'alcol, l'Osservatorio nazionale alcol in collaborazione con l'Osservatorio su fumo, alcol e droga (OssFAD)³ ed il Centro OMS per la Ricerca sull'alcol dell'Istituto superiore di sanità hanno recentemente prodotto una stima dell'impatto dell'alcol sulla società. Sulla base delle fonti di informazione ufficiali disponibili, dirette e

The latest Annual Report on Drug Dependencies submitted by the Presidenza del Consiglio to the Parliament in 2003 clearly described the current situation and launched an alert on alcohol and young people, confirming the reported evidence of an increased role for alcohol as the gateway-drug for the promotion of illegal drugs among adolescents.

The level of attention of the Ministry of Health and of the Italian Government has been recently increased as witnessed by the first Annual Report of the Minister of Health to the Parliament (<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPiano.jsp?id=204>) and by the specific web pages published by the Italian Government (http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/alcol_relazione/presentazione.html) also in occasion of the third edition of the Alcohol Prevention Day 2004 (http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/alcol_prevenzione/index.html).

3. The harm done by alcohol

3.1. Health effects

3.2. Social effects

3.3. Economic effects

In 1999, 32,907 alcoholics (25,536 males, 7,371 females) were followed in Italy by the 344 services for the treatment of dependences (SERT) of the National Health Service; the number of people in treatment in the SERT services constantly increased (+34.5 %) during the last four years for which the Ministry of Health data are available (21,509 in 1996, 23,146 in 1997, 26,708 in 1998 - Ministero della Salute. Rilevazione statistica attività nel settore alcoldipendenza. 2000). This indicator, far to be exhaustive, is not representative of the prevalence of alcoholics, neither of the people in therapy in Italy as not inclusive of the people followed by the private structures, the hospitals, and the self-help groups. To try to estimate the social burden linked to the alcohol direct and indirect harm, a recent evaluation on the impact of alcohol consumption on the society has been done by the Osservatorio su Fumo, Alcol e Droga (OssFAD)³ of the Istituto Superiore di Sanità. Looking at the available direct and indirect sources of formal information (ISTAT national surveys) in 2000 the number of alcoholics has been estimated in 1 million of individuals. During the same

³ Sito web: www.ossfad.iss.it

³ WEB site: www.ossfad.iss.it

indirette (rilevazioni nazionali ISTAT), nel 2000 il numero degli alcolisti è stato stimato in 1 milione di individui.

Nel corso dello stesso anno il numero delle persone che consumano oltre 20 grammi di alcol puro al giorno se femmine e 40 grammi al giorno se maschi può essere stimato in almeno 3 milioni di individui (rispettivamente 2,4 milioni e 600 mila).

Il costo complessivo sociale e sanitario annuale legato all'alcol è stato stimato in 26-66 milioni di euro per il 2003.

Il 6% di tutte le morti di individui d'età inferiore a 65 anni ed il 9% della disabilità totale rappresenta una prima stima del rischio di mortalità attribuibile all'alcol; secondo l'OMS il 10% dei casi di cancro può essere attribuito all'alcol e il 10% dei ricoveri ospedalieri ordinari è attualmente connesso al tasso di alcol, e sale al 20% per i ricoveri urgenti.

Ogni anno il 32% dei ritiri della patente di guida è dovuto a episodi legati all'alcol; 10,700 su 237812 incidenti stradali nel 2001 sono stati attribuibili all'alcol, con circa 3.000 sui 6736 decessi legati all'alcol particolarmente frequenti tra i giovanissimi (stimati in 1500, prima causa di morte tra gli individui di età compresa tra i 18 e i 25 anni) e i giovani adulti. Il costo degli incidenti stradali del 2001 ammonta a 34,108 milioni di Euro, ma non è disponibile alcuna stima dei costi alcolcorrelati.

L'indice di mortalità (decessi/incidenti *100) e quello di letalità (feriti/incidenti *100) per quanto riguarda i guidatori in stato di ebbrezza sono rispettivamente di 3,5 e 155, e restano i più alti nella classifica delle cause degli incidenti stradali. Di seguito sono presentate le percentuali totali standardizzate di dimissioni ospedaliere attribuibili all'alcol (Tab. 5).

year the number of people consuming more than 20 grams/day if female and 40 grams/day if man in pure alcohol can be estimated 3 millions (2,4 millions and 600 thousand respectively).

The overall yearly social and health cost of alcohol has been recently estimated in 26-66 million Euros in 2003. 6% of all the deaths in under 65 years old individuals is a crude estimate of the attributable risk of alcohol in terms of mortality; 10% of any cancer can be attributable to alcohol and 10% of any ordinary hospital admission is actually related to alcohol rate increased to 20% for the urgency admission. Each year 32% of all the confiscation driver licenses is due to alcohol-related episodes. 10,700 out of 237812 road accidents are attributable in 2001 to alcohol with approximately 3,000 out of the 6736 alcohol-related deaths particularly frequent among the youngsters (estimated in 1500, first cause of death among 18-25 years old individuals) and young adults. 34,108 millions in Euros is the cost of all the road accidents in 2001 but no estimate is available for the alcohol-related costs.

Mortality index (deaths/accidents *100) and lethality index (injured/accidents *100) for the drunk driving are 3,5 and 155 respectively being the highest in the ranked list of the causes of road accidents. The total alcohol attributable hospital discharge standardized rates is shown below (Tab. 5).

(ICD 9-CM codici: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 977.3, 980)									
REGIONE	<= 14 anni		15-35 anni		36-55 anni		> 55 anni		Tutte le età
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
Piemonte	3,8	3,6	84,3	27,4	379,3	130,9	483,1	96,2	174,2
Valle d'Aosta	0,0	13,6	264,6	66,1	626,2	239,5	1.283,	319,8	398,0
Lombardia	3,8	2,1	163,0	42,4	434,8	136,1	664,0	123,1	215,8
Prov. Auton. Bolzano	14,9	7,8	343,6	100,3	1.050,	285,0	1.370,	317,1	448,0
Prov. Aut. Trento	14,0	0,0	203,7	43,7	904,0	217,4	1.481,	275,4	421,1
Veneto	4,9	4,1	124,2	37,6	523,3	191,0	851,2	194,0	263,9
Friuli Venezia Giulia	1,5	0,0	86,3	29,6	599,8	199,8	903,5	221,4	300,0
Liguria	4,6	0,0	272,8	87,5	748,5	189,3	521,7	108,2	279,2
Emilia Romagna	3,5	0,9	138,6	49,7	390,1	126,5	449,3	80,8	180,2
Toscana	1,4	5,0	143,7	45,2	301,6	116,6	291,9	85,2	143,2
Umbria	0,0	0,0	48,8	12,6	182,0	45,9	610,3	125,6	153,7
Marche	4,1	0,0	183,8	49,0	490,3	148,5	459,4	86,5	200,9
Lazio	3,4	1,7	131,3	33,3	334,2	82,9	350,0	71,6	137,4
Abruzzo	1,1	4,5	256,4	51,3	554,8	133,2	667,3	104,6	243,2
Molise	8,1	0,0	208,3	21,4	632,4	138,8	605,2	103,1	234,2
Campania	2,6	0,4	68,1	18,4	228,4	46,5	219,6	74,3	80,3
Puglia	5,0	0,9	153,7	31,0	337,9	63,2	316,8	67,4	125,4
Basilicata	9,8	2,1	183,3	48,8	397,5	69,4	496,3	126,9	177,2
Calabria	6,6	1,2	111,2	20,0	354,2	55,6	473,0	122,6	145,3
Sicilia	1,9	0,2	67,8	13,9	248,5	31,9	160,4	43,6	72,5
Sardegna	10,5	2,6	154,3	28,0	434,9	75,0	420,2	81,4	161,1
Italia	3,9	1,8	131,6	34,5	396,4	109,5	486,9	104,8	172,2

Tab. 5. Distribuzione regionale delle percentuali TOTALI standardizzate di dimissioni ospedaliere attribuibili all'alcol (x 100.000) (le regioni sono elencate da nord a sud). Per classi di età e sesso. ITALIA. Anno 2000.

Fonte: Ministero della salute. Sistema informativo.

(ICD 9-CM codes: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 977.3, 980)

REGIONE	< = 14 anni		15-35 anni		36-55 anni		> 55 anni		Any Age
	Males	Females	Males	Females	Males	Females	Males	Females	
Piemonte	3,8	3,6	84,3	27,4	379,3	130,9	483,1	96,2	174,2
Valle d'Aosta	0,0	13,6	264,6	66,1	626,2	239,5	1.283,	319,8	398,0
Lombardia	3,8	2,1	163,0	42,4	434,8	136,1	664,0	123,1	215,8
Prov. Auton. Bolzano	14,9	7,8	343,6	100,3	1.050,	285,0	1.370,	317,1	448,0
Prov. Aut. Trento	14,0	0,0	203,7	43,7	904,0	217,4	1.481,	275,4	421,1
Veneto	4,9	4,1	124,2	37,6	523,3	191,0	851,2	194,0	263,9
Friuli Venezia Giulia	1,5	0,0	86,3	29,6	599,8	199,8	903,5	221,4	300,0
Liguria	4,6	0,0	272,8	87,5	748,5	189,3	521,7	108,2	279,2
Emilia Romagna	3,5	0,9	138,6	49,7	390,1	126,5	449,3	80,8	180,2
Toscana	1,4	5,0	143,7	45,2	301,6	116,6	291,9	85,2	143,2
Umbria	0,0	0,0	48,8	12,6	182,0	45,9	610,3	125,6	153,7
Marche	4,1	0,0	183,8	49,0	490,3	148,5	459,4	86,5	200,9
Lazio	3,4	1,7	131,3	33,3	334,2	82,9	350,0	71,6	137,4
Abruzzo	1,1	4,5	256,4	51,3	554,8	133,2	667,3	104,6	243,2
Molise	8,1	0,0	208,3	21,4	632,4	138,8	605,2	103,1	234,2
Campania	2,6	0,4	68,1	18,4	228,4	46,5	219,6	74,3	80,3
Puglia	5,0	0,9	153,7	31,0	337,9	63,2	316,8	67,4	125,4
Basilicata	9,8	2,1	183,3	48,8	397,5	69,4	496,3	126,9	177,2
Calabria	6,6	1,2	111,2	20,0	354,2	55,6	473,0	122,6	145,3
Sicilia	1,9	0,2	67,8	13,9	248,5	31,9	160,4	43,6	72,5
Sardegna	10,5	2,6	154,3	28,0	434,9	75,0	420,2	81,4	161,1
Italia	3,9	1,8	131,6	34,5	396,4	109,5	486,9	104,8	172,2

Tab. 5. Regional distribution of TOTAL alcohol attributable hospital discharges standardized rates (x 100.000) (regions are listed north to south). By age classes and gender. ITALY. Year 2000.

Source: Ministero della salute. Sistema informativo.

Per quanto concerne i pazienti ricoverati per incidenti stradali attraverso il Pronto soccorso degli ospedali, uno studio ha rilevato che il 18% di 2.354 individui presentava una concentrazione di alcol nel sangue superiore a 0,50 g/l: si trattava di giovani maschi, alla guida di un'auto o di un autocarro durante il fine settimana e di notte (Fabbri et al., *Positive blood alcohol concentration and road accidents. A prospective study in an Italian emergency department*, Emerg Med J l, 19 (2002), pp. 210-4).

4. Misure per la riduzione dei danni alcolcorrelati

Le politiche riguardanti l'alcol in Italia hanno registrato nel corso degli anni più recenti un'intensificazione ufficiale dall'entrata in vigore della legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati (n. 125, 30 marzo 2001). In linea con la Carta europea sull'alcol (dicembre 1995), nel 2001 il Ministero del Welfare di concerto con il Ministero della Salute ha istituito una Consulta nazionale alcol per promuovere e sviluppare un programma d'azione basato sulle strategie del Piano d'azione europeo sull'alcol dell'OMS (EAAP). La Consulta nazionale alcol include rappresentanti dei vari Ministeri, ad es. Salute, Lavoro, Industria, Educazione e rappresentanti delle Regioni, l'Istituto superiore di sanità, esperti e rappresentanti delle associazioni di auto e mutuo-aiuto.

As to patients admitted to hospital ERs because of a road accidents, a study found that 18% of 2,354 individuals had BAC more than 0,50 g/l: they were young males, driving a car or a truck during week end and during night (Fabbri et al., *Positive blood alcohol concentration and road accidents. A prospective study in an Italian emergency department*, Emerg Med J l 19 (2002): 210-4).

4. Measures to reduce the harm done by alcohol

Alcohol policy received in Italy during the very recent years a formal strengthening by mean the adoption of the "frame" law on alcohol and alcohol-related problems (n.125, 30 march 2001). In line with the European Charter on Alcohol (December 1995), the Ministry of Health set up in 2001 a national Committee to promote and develop an action programme based on the WHO European Alcohol Action Plan (EAAP) strategies. Such Committee includes representatives from many Ministries, i.e. Social Affairs, Foreign Affairs, Agriculture, Justice, Labour, Finance, Industry, Education, Transport, as well as experts and officers of the Ministry of Health. The promotion of primary and secondary prevention, as well as

La promozione della prevenzione primaria e secondaria, come anche programmi legati all'abuso dell'alcol e ai relativi problemi, è stata pienamente e ufficialmente implementata nei Piani sanitari nazionali a partire dal 1998 con obiettivi specifici. Per raggiungere tali obiettivi sono state identificate una serie di strategie e interventi tesi a:

- regolamentare la pubblicità dei prodotti alcolici e diffondere espliciti avvertimenti sia sul loro contenuto alcolico che sul loro potenziale danno alla salute;
- iniziative per la riduzione del contenuto alcolico delle bevande e per intensificare il controllo sulla loro qualità;
- campagne di prevenzione, informazione ed educazione (a livello sia nazionale che regionale) tese ad arginare il consumo di alcol entro specifici gruppi di popolazione, come ad esempio tra i giovani e le donne in gravidanza, e/o in ambienti sociali, come nelle scuole e nelle caserme;
- iniziative di promozione dei programmi di riabilitazione dall'alcol con la partecipazione di medici generici, per aiutare i bevitori problematici a modificare il comportamento di abuso;
- azioni di monitoraggio e controllo della distribuzione e vendita delle bevande alcoliche nei luoghi di aggregazione sociale, in particolar modo in occasione di eventi culturali e sportivi, e nelle stazioni di servizio autostradali;
- aumento della tassazione per frenare il consumo di alcol;
- un'applicazione più efficace delle norme sui limiti del tasso di alcol nel sangue durante la guida;
- iniziative per la promozione del divieto di vendita degli alcolici ai minori;
- riorganizzare i Servizi sanitari preposti alla diagnosi, terapia e riabilitazione dall'alcolismo;
- creare una rete epidemiologica per monitorare il consumo di alcol e i problemi alcolcorrelati (elaborazione di adeguate indicatori);
- ridurre i limiti di concentrazione di alcol nel sangue al di sotto dei quali la guida è considerata più sicura;
- riconoscere e sostenere il lavoro svolto dalle ONG e dai gruppi di auto-mutuo aiuto;
- possibilità di introdurre l'alcolologia nei curricula formativi di varie facoltà (mediche, sociali).

La legge italiana n. 125 del 2001 rappresenta un esempio emblematico e unico in tutta Europa di implementazione di quanto stabilito dai principi della Risoluzione del Parlamento europeo (12 marzo 1982) sui problemi connessi all'alcol nei Paesi della Comunità europea, della Risoluzione del Consiglio e della Risoluzione dei rappresentanti governativi dei Paesi membri (29 marzo 1986) sull'abuso di alcol, e delle linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità. Attualmente questo è l'unico esempio di piena adesione ai principi del Piano d'azione europeo sull'alcol dell'OMS e della Carta europea sull'alcol riportati negli obiettivi italiani all'art. 2 della legge come obiettivi della legge stessa:

of programmes linked to alcohol abuse and related problems, has found full and formalised implementation in the National Health Plans starting from 1998 through specific targets. In order to reach these targets, a number of strategies and actions have been identified aimed at:

- *regulating advertisement of alcoholic products and disseminating explicit warnings as to their alcoholic contents and harmful potential on health;*
- *initiatives to reduce the alcoholic contents of drinks and to intensify the control of their quality;*
- *prevention information and education campaigns (at National and Regional levels) aimed at curbing alcohol consumption among specific population groups, such as pregnant women and young people, and/or social contexts, such as schools and barracks;*
- *initiatives promoting alcohol rehabilitation with the participation of general practitioners, to help heavy drinkers to withdraw from drinking;*
- *actions to monitor and regulate distribution and sale of alcoholic beverages in community settings, particularly on the occasion of sport and cultural events, and on motorways rest areas;*
- *tax incentives to curb alcohol consumption;*
- *more effective enforcement of regulations on limits of blood alcohol concentrations when driving;*
- *initiatives promoting a ban on the sale of alcoholic beverages to minors;*
- *reorganization of health services devoted to diagnosis, care and rehabilitation of alcohol;*
- *setting up of an epidemiological network for monitoring of alcohol consumption and alcohol-related diseases (development adequate indicators);*
- *the reduction of the limits of blood alcohol concentration for safe driving;*
- *recognition and support to the work carried out by NGOs and self-help groups;*
- *possibility of introduction of alcoholology in the teaching curricula of several faculties (medical, social).*

All over Europe, the 2001 n. 125 Italian law represents a unique example of implementation of what was established in accordance with the principles of the European Parliament Resolution (12 March 1982) on alcohol related problems in the European Community countries, the Council Resolution and the Resolution of the Government representatives of Member States (29 March 1986) on alcohol abuse, and the World Health Organisation guidelines. Actually this is the only one example of a full endorsement of the WHO European Alcohol Action Plan and of the European Charter on Alcohol principles reported in the Italian aims at the art. 2 of the law as the aims of the law:

Legge 125, 30 marzo 2001, Art. 2 - Finalità

La presente legge:

- a) tutela il diritto delle persone, ed in particolare dei bambini e degli adolescenti, ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche;
- b) favorisce l'accesso delle persone che abusano di bevande alcoliche e dei loro familiari a trattamenti sanitari ed assistenziali;
- c) favorisce l'informazione e l'educazione sulle conseguenze derivanti dal consumo e dall'abuso di bevande alcoliche;
- d) promuove la ricerca e garantisce adeguati livelli di formazione e di aggiornamento del personale che si occupa dei problemi alcol-correlati;
- e) favorisce le organizzazioni non-governative senza scopo di lucro e le associazioni volontarie finalizzate a prevenire o a ridurre i problemi alcol-correlati.

Law 125, 30 march 2001, Art. 2 - Aims

This law:

- a) ensures all people's rights, especially children and adolescents, to a family, community and working life protected from the consequences of alcoholic beverages abuse;
- b) fosters access to health and social treatment services for heavy drinkers and their families;
- c) promotes information and education on the negative consequences of alcohol consumption and abuse;
- d) promotes research and ensures adequate standards of training and updating for professionals dealing with alcohol related problems;
- e) supports non-profit non-governmental and voluntary organisations which aim is to prevent or reduce alcohol-related problems.

Nel corso dell'ultimo decennio si è raggiunto un forte consenso sulla necessità di non realizzare interventi preventivi isolati e limitati alle strutture sanitarie di base, ma di dotare la comunità di una rosa più ampia di azioni orientate al coinvolgimento pieno dei vari *stakeholder* e delle figure professionali per assicurare i risultati migliori nella "produzione" della salute e nella creazione di contesti e di stili di vita più sani. La legge 125 cerca di affrontare su vari livelli tutti i maggiori problemi sui quali è stata raggiunta a livello internazionale una buona evidenza scientifica nel corso degli ultimi anni per ciò che riguarda i provvedimenti che possono contribuire a ridurre i danni correlati all'alcol nella popolazione.

4.1. Prezzo e tasse

Le norme seguite in Italia in materia di prezzi e tasse sono quelle dell'Unione Europea. Il livello delle imposte viene attualmente discusso in base alla necessità della UE di uniformare la tassazione in tutti i Paesi membri dell'Unione. La birra e i superalcolici subiscono una diversa, crescente tassazione, mentre il vino non è soggetto ad alcuna imposta. È possibile reperire informazioni e dati aggiornati nell'*Alcohol Control Database* dell'Organizzazione mondiale della sanità (<http://data.euro.who.int/alcohol/>).

4.2. Controllo dell'accessibilità dell'alcol

Il controllo della vendita delle bevande alcoliche è connesso al rilascio di una specifica licenza (per i dettagli si veda il [link](#) all'OMS riportato in calce). Fino al 1991 (Legge n. 524/1974) esistevano due tipi di licenza per la vendita di bevande alcoliche: una per vendere vino e birra, l'altra per vendere superalcolici. Date queste premesse, i rivenditori pagavano all'amministrazione comunale anche una tassa di concessione per la licenza (in media 100 €, ora abolita). Il prezzo della licenza variava a seconda della tipologia del negozio. Dal 1991, con la Legge n. 287, esiste un'unica licenza per la vendita di ogni genere di bevanda alcolica. La stessa legge ha suddiviso in tre

During the last decade a strong consensus was achieved on the need to not implement isolated preventive interventions limited to the Primary Health settings but to provide the community with a wider range of actions oriented at the full involvement of the different stakeholders and professionals to ensure the highest gain in producing health and in creating healthier contexts and lifestyles. The law 125 try to face in a multidimensional way all of the major issues on which a good scientific evidence has been provided internationally during the last few years regarding the measures that can help the reduction of alcohol-related harm in the population.

4.1. Price and taxes

The rules followed in Italy on price and taxes are those of the EU. The level of excises is currently debated according to the EU need to harmonize the taxation all over EU Member States. Beer and spirits have different, increasing level of taxation but wine is not submitted to any excise. The updated information and data can be found on the World Health Organisation Alcohol Control Database (<http://data.euro.who.int/alcohol/>).

4.2. Regulating physical availability of alcohol

*The regulation of the selling of alcoholic beverages is related to the release of a specific license. Until 1991 (Law n. 524/1974) there were two kinds of licence to sell alcohol beverages: the first to sell wine and beer, another to sell spirits. On and of premises retailer paid also a "delivery tax" to the Municipality Administration (Tassa di Concessione) for the license (on average 100 \$ now abolished). The price of the license was variable according to the typology of the store. Since 1991 with Law n. 287 there is just one kind of license to sell all type of alcoholic beverages. The same law has divided up into 3 categories the stores that can apply to the Municipality for a license to sell alcoholic beverages:
Type A - Restaurants and food stores can sell food, any kind of beverages and milk.*

categorie i negozi che possono richiedere al Comune una licenza per la vendita di bevande alcoliche:

Tipo A - Ristoranti e alimentari che possono vendere alimenti, ogni genere di bevanda e latte.

Tipo B - Bar e locali che possono vendere caffè, ogni genere di bevanda, alimenti, gelati, dolci, pasticceria e prodotti di gastronomia.

Tipo C - Locali d'intrattenimento che possono vendere alimenti e ogni genere di bevanda.

A livello nazionale è vietata la vendita/distribuzione di bevande contenenti oltre il 21 % di alcol tra le 22 e le 6 nei bar delle stazioni di servizio lungo le autostrade. La violazione di questa norma è punita con una sanzione tra i 2.500 e i 5.000 Euro. È interessante osservare che questa norma, compresa nella legge quadro sull'alcol del 2001, era stata già adottata nel 1998 in forma di autoregolamento dalla rete delle Stazioni di servizio autostradali italiane (Autogrill).

Rispetto agli ulteriori strumenti amministrativi per controllare l'accessibilità di alcol in occasioni particolari, esistono alcune possibili limitazioni connesse alla facoltà dell'autorità locale (sindaco) di vietare la vendita delle bevande alcoliche nei locali pubblici prima e durante gli eventi sportivi.

In Italia l'età minima legale per la distribuzione o il consumo di alcol (ma non per l'acquisto) nei luoghi pubblici è 16 anni. La specifica legge a cui ci riferiamo è il Codice Rocco (1931). Questo codice, legato all'età minima legale e all'ordine pubblico, stabilisce chiaramente: "16 anni - Abuso recidivo punibile". Il grado di applicazione non è attualmente giudicato soddisfacente. Dati recenti dell'Osservatorio nazionale alcol indicano che nel 2001 oltre 800.000 minori (14-16 anni d'età) hanno dichiarato di consumare bevande alcoliche (tutti i dettagli su <http://www.iss.it/sitp/ofad/publ/ppdf/0021.pdf>). È inoltre importante sottolineare che, sebbene esista una restrizione sull'età minima richiesta per l'acquisto di alcol, non è possibile verificare l'applicazione di tale restrizione a livello privato e all'interno della famiglia. Riguardo alla cultura mediterranea del bere, bisogna dire che in Italia i giovani sono spesso autorizzati dai loro genitori a bere piccole quantità di vino in occasioni particolari. La situazione cambia se osserviamo le occasioni di aggregazione giovanile lontano dalla famiglia o da ogni altro controllo sociale. Ma in tali occasioni è la birra (insieme agli alcopop, gli aperitivi alcolici, i *ready to drink* e i superalcolici) e non il vino ad essere la bevanda preferita, e il consumo solitamente eccede le quantità tradizionali legate alle modalità del consumo familiare.

4.3. Modificare il contesto in cui gli alcolici sono consumati

4.4. Pubblicità, promozione e sponsorizzazione

4.5. Informazione, educazione e consapevolezza pubblica

Molte delle recenti iniziative nazionali di promozione della salute e di informazione si sono concentrate in Italia sulla necessità di mettere tutta la popolazione in grado di gestire i

Type B - Bars and Pubs can sell coffee, any kind of beverages, food, ice creams, sweets and cakes and gastronomy products.

Type C - Entertainment premises can sell food and any kind of beverages.

At the national level it is prohibited to sell/serve beverages containing more than 21% alcohol between 10 p.m. and 6 a.m. in the cafes located in the rest areas along the motorways. Violations are punishable by fines between 2.500 to 5.000 Euros. It's interesting to observe that this regulation included into the frame law on alcohol in 2001 was adopted in 1998 in terms of a self-regulation, by the network of the Italian Highway Patrol Service Stations (Autogrill).

Regarding further administrative instruments to regulate the physical availability of alcohol in particular occasion, there are some possible limitation related to the Local Authority (the Town Major) capacity to forbid the sale of alcoholic beverages in the public premises before and during sport events.

16 years old it's in Italy the minimum legal age for serving or drinking alcohol (but not buying) to young people in the public places is 16 years. The specific law to be mentioned is the Code Rocco (1931). This code linked to the minimum legal age and public order clearly states "16 years - Repeated abuse punished". The level of enforcement it is far to be fully satisfying. Recent data by the Osservatorio Nazionale Alcol OssFAD indicates that more than 800.000 under-aged people (14-16 yrs old) declared in 2001 to drink alcoholic beverages (full details at <http://www.iss.it/sitp/ofad/publ/ppdf/0021.pdf>). Furthermore, it is important to remarks that even if a restriction does exists on the minimum legal age for buying alcohol it is not possible to verify the enforcement of this restriction at a private level also within the family. Referring to the Mediterranean culture of drinking in Italy it has to be mentioned that young people are often authorised to drink small amounts of wine by their parents during particular occasion. The situation changes if we look at the occasion of gathering of young people far from the family or other social control. But in this occasions beer (and Alco pops, ready to drink and spirits) and not wine is the preferred beverage and consumption usually exceeds the traditional amounts linked to the family's consumption pattern.

4.3. Modifying the drinking environment

4.4. Advertising, promotion and sponsorship

4.5. Information, training and public awareness

Many of the recent national health promotion, information initiatives were focused in Italy on the need to empower the general population to deal with alcohol problems and to solicit criticism on what is daily submitted to the individual's attention as a "normal" behaviour. Sensible and vulnerable targets were considered young people (the first National Campaign of the Ministry of Health will start on 1st January 2004: "Amici ma non dell'alcol" - Friends, but not alcohol's friends) and

problemi dell'alcol e di sollecitare un atteggiamento critico nei confronti di quello che quotidianamente viene proposto all'attenzione individuale come un comportamento "normale".

Sono ritenuti obiettivi sensibili e vulnerabili i giovani (la Campagna nazionale del Ministro della salute è partita nell'anno 2004: "Amici ma non dell'alcol" ed è stata seguita da quella su alcol e guida "Se guidi, non bere" del 2005) e le donne (per i dettagli: Annali dell'Istituto superiore di sanità, vol. 40, n.1, 2004, <http://www.iss.it/sitp/ofad/alco/apdf/0018.pdf>). Per migliorare la diffusione dell'informazione sulla prevenzione dell'alcol nella popolazione, come anche per informare gli operatori sanitari sui servizi disponibili a livello locale, il Ministero della Salute ha finanziato a partire dal 2000 all'Istituto superiore di sanità la creazione di una linea telefonica gratuita TVA - Telefono verde alcol 800 63 2000 (<http://www.iss.it/sitp/ofad/alco/tva.html>). Molte Regioni hanno in corso iniziative specifiche e tutte partecipano e sostengono l'Alcohol Prevention Day e il Mese della prevenzione alcolica (aprile) dal 2001.

4.6. Guida in stato di ebbrezza

4.7. Gestire i danni alcolcorrelati: aiuto e cura

L'analisi dei dati disponibili sulle iniziative, le azioni e le strategie capaci di arginare i rischi alcolcorrelati in connessione alla guida in stato di ebbrezza, come anche la gestione dell'aiuto e della cura alcolcorrelati sono stati presi in piena considerazione dagli addetti allo sviluppo delle politiche e dal Governo, e hanno dato una spinta alla creazione e all'attuale implementazione dell'ultima legge in materia di alcol (già riportata in questo paragrafo). Molte Regioni dispongono di programmi, progetti e campagne tese a diminuire il carico socio-sanitario connesso all'alta mortalità e alla generazione di invalidità nei contesti di guida in stato di ebbrezza, nonché ad aumentare la sicurezza sulle strade in particolare tra i giovani. L'introduzione di una penalità di 6 punti sulla patente di guida (D.L. 27 giugno 2003, n. 151) per i conducenti che al controllo di polizia presentino un tasso alcolemico superiore allo 0.5 ha contribuito a diminuire gli incidenti alcolcorrelati nell'anno 2003 (una volta raggiunti i 20 punti registrati sulla patente, si è obbligati a sostenere un nuovo esame per la patente; durante questo periodo inoltre non si è autorizzati alla guida).

Molti dei problemi sopra elencati sono stati presi in considerazione dalla *Legge quadro in materia di alcol* (125/2001) e sono oggetto di alcuni articoli che offrono esplicitamente una direttiva nazionale e introducono misure comuni per incrementare lo sforzo nazionale, regionale e locale di affrontare i rischi dell'alcol:

women (for details: Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, vol. 40, n.1, 2004, <http://www.iss.it/sitp/ofad/alco/apdf/0018.pdf>). To improve the dissemination of information on alcohol prevention to the population as well as to inform health professionals on the services available at the local level, the Ministry of Health funded since year 2000 to the Istituto Superiore di Sanità the setting of a free phone line TVA- Telefono Verde Alcol 800 63 2000 (<http://www.iss.it/sitp/ofad/alco/tva.html>). Many Regions have specific initiatives in progress and all of them participate and support the Alcohol Prevention Day and the Alcohol Prevention Month (April) since 2001.

4.6. Drinking and driving

4.7. Managing alcohol related harm: help and care

The analysis of the available evidences on initiatives, actions and strategies effective to curb alcohol-related risk in connection with drinking and driving as well as the management of alcohol-related help and care were taken fully into account by policy makers and by the Government and drove the set up and the current implementation of the last law on alcohol (already reported in the fourth paragraph).

Many regions have programs, projects and campaigns aimed at decreasing the social and health burden linked to the high mortality and disability of drinking and driving context and to increase road safety particularly for young people.

The introduction on the driving license of a penalty of 6 "points" (D.L. 27 giugno 2003, n. 151) for drivers exceeding 0.5 blood alcohol content (BAC) control by police helped in decreasing the alcohol-related accidents in year 2003 (when 20 points are registered on the driving license people are obliged to pass the examination for a new license; during this period people are not allowed to drive).

Many of the above listed issues refer to the current implementation of the Frame Law on alcohol and particularly to on some articles that clearly provide a National guidance and introduce common measures to increase the National, regional and local effort to tackle alcohol risk:

Art. 3 - *Attribuzioni dello Stato*

1. (omissis) ... nel rispetto delle competenze dello Stato e delle Regioni, e delle previsioni del Piano sanitario nazionale, sono definiti:
 - a) i requisiti minimi, strutturali ed organizzativi, dei servizi per lo svolgimento delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati, secondo criteri che tengano conto dell'incidenza territoriale degli stessi;
 - b) gli standard minimi di attività dei servizi individuati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano per lo svolgimento delle funzioni indicate alla lettera a);
 - c) i criteri per il monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati, da realizzare secondo modalità che garantiscano l'elaborazione e la diffusione degli stessi a livello regionale e nazionale;
 - d) le azioni di informazione e di prevenzione da realizzare nelle scuole, nelle Università, negli ambienti militari, negli Istituti penitenziari e nei luoghi di aggregazione giovanile.
2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dell'Interno adotta i provvedimenti opportuni affinché siano intensificati i controlli sulle strade durante le ore in cui è maggiore il rischio di incidenti legati al consumo e all'abuso di alcol, dotando gli addetti ai controlli di attrezzature idonee.
3. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Commissione unica del farmaco adotta un provvedimento diretto ad assicurare che siano erogati a carico del Servizio sanitario nazionale i farmaci utilizzati nelle terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo, per i quali è necessaria la prescrizione medico-specialistica.

Art. 4 - *Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati*

1. È istituita la Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati, di seguito denominata "Consulta", composta da:
 - a) il Ministro per la Solidarietà sociale, che la presiede;
 - b) tre membri designati dal Ministro per la Solidarietà sociale fra persone che abbiano maturato una comprovata esperienza professionale in tema di alcol e di problemi alcolcorrelati;
 - c) quattro membri designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;
 - d) il direttore dell'Istituto superiore di sanità o un suo delegato;
 - e) un rappresentante del Consiglio Nazionale delle Ricerche, designato dal suo presidente;
 - f) due membri designati dal Ministro per la Solidarietà sociale, di cui uno su proposta delle associazioni di volontariato e uno su proposta delle associazioni di auto-mutuo aiuto attive nel settore;
 - g) due membri designati dal Ministro per la Solidarietà sociale, di cui uno su proposta del Ministro delle Politiche agricole e forestali ed uno su proposta delle associazioni dei produttori e dei commercianti di bevande alcoliche;
 - h) due membri designati dal Ministro della Salute;
 - i) due membri designati dal Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica;
 - l) il presidente della Società Italiana di Alcolologia o un suo delegato.
2. (...Omissis)
3. Le attività della Consulta comprendono:
 - a) collaborazione alla stesura della relazione periodica al Parlamento sull'implementazione della legge e l'elaborazione dei dati;

Art. 3 - *National Competencies*

1. (omissis) ... according to the National and Regional competencies and to the National Health Plan provisions, the following must be identified:
 - a) the minimum structural and organisational prerequisites of the services for prevention, treatment and social rehabilitation of people with alcohol related problems and pathologies, considering the number of these services in the community;
 - b) the minimum standards of the services' activities identified by the Regions and by the autonomous Provinces of Trento and Bolzano, which have to guarantee the activities listed in letter a) of this article;
 - c) the monitoring criteria of related data linked to alcohol abuse and alcohol related problems, which must be elaborated and disseminated both at regional and national level;
 - d) education and prevention activities to be carried out in schools, universities, military environments, prisons and places where youngsters get together.
2. Within 60 days from the date of the law enforcement, the Minister of Internal Affairs shall adopt appropriate rules to tighten road controls during the time of the day when there is a high risk of alcohol related road accidents. Police will be guaranteed additional and improved equipment to enforce controls.
3. Within 30 days from the date of the law enforcement the National Health Service, upon presentation of a medical prescription will supply anticraving and other medicaments employed in alcohol therapy to patients free of charge.

Art. 4 - *National committee on alcohol and alcohol related problems (consulta)*

1. The National Committee on Alcohol and Alcohol Related Problems (Consulta) is established. Its members are:
 - a) the Minister of Social Affairs, who shall be the Chairperson;
 - b) three members appointed by the Minister with appropriate and documented professional experience in the field of alcohol and alcohol related problems;
 - c) four members indicated by the Permanent Conference for the Relationships between the National Government, the Regional Governments and the Autonomous Provinces of Trento e Bolzano;
 - d) the Director of the National Institute of Health (Istituto Superiore di Sanità), or a representative;
 - e) one representative of the National Research Council (Consiglio Nazionale delle Ricerche), appointed by the Director;
 - f) two members appointed by the Minister of Social Affairs, one proposed by voluntary associations and one proposed by the self-help associations working in this field;
 - g) two members appointed by the Minister of Social Affairs, one proposed by the Minister of Agriculture and one proposed by the alcohol industry;
 - h) two members appointed by the Minister of Health;
 - i) two members appointed by the Minister for the University and Scientific Research;
 - j) the President of the Italian Society of Alcolologia (Società Italiana di Alcolologia) or one representative.
2. (... Omissis)
3. The Committee's activities include:
 - a) collaboration for the periodical report to the Parliament about the implementation of the law and the data monitoring;
 - b) elaboration of proposals to other Ministries involved in the alcohol issues and to the Regions and the autonomous Provinces to reach the objectives identified in art. 1;

- b) formulazione di proposte agli altri Ministri coinvolti sui problemi dell'alcol, alle Regioni ed alle Province autonome per il perseguimento delle finalità e degli obiettivi definiti dall'articolo 1;
 - c) cooperazione con enti e istituzioni internazionali che si occupano di alcol e di problemi alcolcorrelati, con particolare riferimento all'Organizzazione Mondiale della Sanità.
4. Fornire ad altri Ministeri, alle Regioni e alle Province autonome pareri su ogni altra questione attinente all'alcol in riferimento alle finalità della presente legge.

Art. 5 - Modifiche agli ordinamenti didattici universitari

1. Entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge, gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni sanitarie o a quelle ad indirizzo sociale e psicologico nonché del corso di laurea in medicina e chirurgia possono essere modificati allo scopo di includere la specializzazione in materia di alcolologia.

Art 6 - Guida in stato di ebbrezza

1. Riguardo ai requisiti necessari all'acquisizione della patente di guida da parte di persone che manifestino comportamenti o sintomi associabili a patologie alcolcorrelate, le commissioni mediche esaminatrici sono integrate con la presenza di un medico del servizio pubblico che operi nel settore della prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi di patologie alcolcorrelati.
2. È responsabilità del Ministro dei Trasporti emanare decreti volti a garantire adeguata educazione e informazione agli istruttori delle autoscuole sulle conseguenze negative della guida in stato di ebbrezza. L'informazione sui rischi dell'alcol deve inoltre essere inclusa nei programmi di studio degli aspiranti conducenti.
3. I limiti della concentrazione alcolemica durante la guida sono ridotti da 0,8 grammi per litro a 0,5 grammi per litro entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge.

Art. 7 - Avvertenze speciali sui foglietti illustrativi dei medicinali

1. Eventuali controindicazioni provocate dall'interazione dell'alcol coi medicinali devono essere chiaramente indicate sui foglietti illustrativi, insieme all'eventuale pericolosità per la guida derivante dall'assunzione dello stesso medicinale.

Art. 8 - Relazione al Parlamento

1. Il Ministro della Salute trasmette al Parlamento una relazione sugli interventi realizzati ai sensi della presente legge, predisposta sulla base delle relazioni inviate dalle Regioni.

Art. 10 - Intervento ospedaliero

1. Il trattamento dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati è svolto nelle apposite unità operative collocate presso le aziende ospedaliere e le strutture sanitarie pubbliche e private appositamente accreditate.

Art. 11 - Strutture di accoglienza

1. Nell'ambito della loro programmazione socio-sanitaria, le Regioni ... (omissis) possono realizzare nuove strutture di accoglienza per pazienti alcoldipendenti che necessitano di cure prima dell'invio al trattamento domiciliare o in day-hospital.
2. La permanenza presso tali strutture non può essere superiore a trenta giorni.

- c) co-operation with international bodies and institutions working in the alcohol field, particularly the World Health Organisation;
4. provision of opinions to other Ministries, Regions and autonomous provinces on any alcohol related issue that is linked to this law's objectives.

Art. 5 - Modification of University curricula

1. Within 60 days from the date of the law enforcement, university curricula in the field of health, medicine, psychology and social affairs may be required to include specialisation in alcohol related problems.

Art. 6 - Drink Driving

1. Regarding the requirements to get the driving licence for people who manifest symptoms or behaviours attributable to alcohol related problems, the medical board examining these people must include a medical doctor of the public Service working in the field of prevention, treatment and social rehabilitation of people with alcohol related problems.
2. It is the responsibility of the Minister of Transports to issue decrees suited to guarantee that appropriate training and education on the negative consequences of drink driving is given to driving schools teachers. Alcohol education must be also included in the programmes for new drivers.
3. Blood Alcohol Content limit for driving shall be dropped from 0.8 g/litre to 0.5 g/litre within three months from the date of the law enforcement.

Art. 7 - Special warning on medication labelling

1. Possible contraindications of alcohol interaction with medications must be clearly indicated in the medications labelling, together with the possible risks related to driving after taking the medication.

Art. 8 - Report to the Parliament

1. The Minister of Health shall present a report to the Parliament on the implementation of the law, taking into account the reports coming from the Regions.

Art. 10 - Treatment in hospital

1. The treatment of patients with alcohol-related problems and pathologies shall be carried out in appropriate medical units within hospitals and public as well as approved private health institutions.

Art. 11 - Alcohol Services

1. Within their health and social planning, the Regional governments... (omissis) can establish new services for those alcohol dependent patients who might need care before being addressed to day-hospital or home treatment.
2. Patients can be offered this care service for up to 30 days.

Art. 12 - Co-operation with other organisations

1. The Regional governments, the Local health Units and the services for prevention, treatment and rehabilitation of people with alcohol related problems and pathologies might co-operate with private voluntary and non-governmental organisations that specialise in this field.

Art. 12 - Collaborazione con altre organizzazioni

1. Le Regioni, le Aziende unità sanitarie locali e i Servizi per la prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati possono cooperare con organizzazioni di volontariato privato e non-governative specializzate nel settore.

Art. 13 - Disposizioni in materia di pubblicità

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le emittenti radiotelevisive pubbliche e private e le agenzie pubblicitarie, unitamente ai rappresentanti della produzione, adottano un codice di autoregolamentazione sulle modalità dei messaggi pubblicitari relativi alle bevande alcoliche.
2. È vietata la pubblicità di bevande alcoliche e superalcoliche nei seguenti casi:
 - a) all'interno di programmi specificamente rivolti a bambini e adolescenti e nei quindici minuti precedenti e successivi alla trasmissione degli stessi;
 - b) se il messaggio pubblicitario attribuisce all'alcol proprietà terapeutiche che non siano espressamente riconosciute dal Ministero della Salute;
 - c) se la pubblicità mostra minori intenti al consumo di alcol o rappresenta l'assunzione di alcol come un comportamento positivo.
3. È vietata la pubblicità diretta o indiretta delle bevande alcoliche nei luoghi frequentati prevalentemente dai minori di 18 anni di età.
4. È vietata la pubblicità radiotelevisiva di bevande superalcoliche nella fascia oraria dalle 16 alle 19.
5. È inoltre vietata in qualsiasi forma la pubblicità di bevande superalcoliche:
 - a) sulla stampa giornaliera e periodica destinata ai minori;
 - b) nelle sale cinematografiche in occasione della proiezione di film destinati prevalentemente alla visione da parte dei minori.
6. La violazione delle disposizioni di cui ai commi 2, 3 e 4 è punita con una sanzione pari a Euro 2.500 fino a 10.000. La sanzione è raddoppiata per ogni ulteriore trasgressione.
7. La sanzione si applica alle industrie produttrici, alle emittenti radiotelevisive e agli organi di stampa nonché ai proprietari delle sale cinematografiche.

Art. 14 - Vendita di bevande superalcoliche sulle autostrade

1. È vietata la vendita di bevande con contenuto alcolico superiore al 21% (superalcolici) nei bar delle aree di servizio situate lungo le autostrade dalle ore 22 alle ore 6.
2. La violazione di tale disposizione è punita con una sanzione di Euro 2.500 fino a 5.000 Euro.

Art. 15 - Alcol sui luoghi di lavoro

1. Nelle attività lavorative ad elevato rischio di infortuni ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi (individuate con decreto dei Ministri della Salute e del Lavoro) è vietata l'assunzione e la somministrazione di bevande alcoliche.
2. I controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possono essere effettuati esclusivamente dal medico aziendale ovvero dai medici del lavoro attivi nei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro.
3. I lavoratori affetti da patologie alcolcorrelate che intendano accedere ai programmi terapeutici hanno diritto alle stesse agevolazioni e allo stesso trattamento delle persone tossicodipendenti.
4. Chiunque contravvenga alle disposizioni di cui al comma 1 è punito col pagamento di una sanzione di Euro 500 fino a 2.500.

Art. 13 - Alcohol advertising

1. Within six months from the date this law is effective, public and private TV networks together with advertising agencies and the alcohol industries shall adopt a self-regulation code on the rules of alcohol advertising.
2. Alcohol advertising (for alcohol beverages and spirits) is forbidden in the following situations:
 - a) in programmes specifically devoted to children and adolescents, and during the 15 minutes before and after the programmes themselves;
 - b) in case the message suggests that alcohol has therapeutic properties which are not officially recognised by the Ministry of Health;
 - c) where advertising shows children and adolescents consuming alcohol or representing alcohol intake as a positive attitude.
3. Direct or indirect advertisement of alcohol beverages is forbidden in those environments mainly attended by underage people (18 years old).
4. Radio and television advertisement of spirits is forbidden between 4 and 7 p.m.
5. All kind of spirits advertisement is also forbidden:
 - a) in daily and periodical press targeting children and adolescents;
 - b) in movie theatres when movies for children and adolescents are shown.
6. Violations to points 2, 3 and 4 are punishable by fines from 2.500 to 10.000 Euros. Fines are doubled for any further violation.
7. Fines apply to the alcohol industries, TV networks, magazine and cinema owners.

Art. 14 - Selling of spirits on highways

1. It is forbidden to sell alcohol beverages exceeding 21% alcohol content (spirits) between 10 p.m. and 6 a.m. in the cafes located in the rest areas along the motorways.
2. Violations are punishable by fines between 2.500 to 5.000 Euros.

Art. 15 - Alcohol in the Workplaces

1. In dangerous job environments for the people's health and safety (to be identified by the Ministers of Health and Labour), it is forbidden to use and to provide alcohol beverages.
2. Alcohol tests in the workplaces can be made only by the company doctor or by occupational doctors working in the services for prevention and safety in the workplaces.
3. Workers who wish to follow treatment for their alcohol related problems will have access to the same facilities and will get the same allowances as drug addicted people.
4. A violation of point 1 is punishable by fines between 500 to 2.500 Euros.

5. L'efficacia e l'entità dei costi degli interventi per contrastare il consumo rischioso e dannoso di alcol nell'ambito del Servizio sanitario di base

Garantire una rosa più ampia di iniziative volte alla diagnosi precoce dell'abuso di alcol è stato l'obiettivo comune di quattro esperienze diverse realizzate in Italia in quattro zone diverse nel corso degli ultimi cinque anni, che hanno prodotto dati attualmente in esame per disegnare una futura strategia nazionale che includa la diagnosi precoce e le attività di intervento breve nel lavoro quotidiano dei medici generici del Servizio sanitario nazionale italiano.

Tutte queste esperienze sono state realizzate nell'ambito del Framework della fase IV del Progetto EIBI (*Early Identification and Brief Intervention*) dell'OMS, che rappresenta un prezioso sforzo scientifico verso la creazione di una base dimostrativa per l'uso condiviso a livello internazionale di strumenti e metodologie comuni per contribuire a ridurre i rischi e i danni alcolcorrelati negli individui e nella società. Il ramo italiano del Progetto EIBI dell'OMS ha coinvolto due diverse unità di *screening* a Firenze (a) la zona nord-ovest e b) il Chianti e l'area di Scandicci, una in Friuli, nel comune di Martignacco, e una quarta unità in Veneto, nel Comune di Padova. Durante il periodo 1998-2003 è stato creato un procedimento complesso volto a costruire alleanze strategiche, a coinvolgere e formare i medici generici in vari corsi di formazione che comprendono anche la percezione e le opinioni dei medici stessi sui problemi alcol-correlati tra i loro pazienti, ad adattare lo *screening* e gli strumenti di intervento breve sulle esigenze dei pazienti (basandosi sul questionario AUDIT e sul pacchetto "Help people change" dell'OMS), realizzare procedure di *screening* e valutare i risultati da usarsi poi per l'elaborazione di un Progetto dimostrativo comunitario sull'alcol, attualmente in corso per i prossimi 3 anni (Fase IV del Progetto EIBI dell'OMS).

Lo scopo era quello di promuovere un "consumo responsabile di alcol" e di prevenire i problemi alcolcorrelati nei settori della salute, della scuola e del traffico stradale.

Gli obiettivi erano:

- rendere le comunità consapevoli sia dei pregi che dei rischi dell'alcol;
- far produrre agli insegnanti, insieme ai loro studenti, degli strumenti educativi;
- consentire agli operatori del Servizio sanitario di base di frenare o interrompere il consumo di alcol da parte dei loro pazienti se pericoloso;
- mobilitare le persone sul territorio.

Il metodo è stato il seguente:

- facilitare le interazioni all'interno delle comunità e attivare le risorse locali per mettere in atto iniziative di prevenzione;

5. The effectiveness and cost effectiveness of interventions for hazardous and harmful alcohol use in primary health care

Ensuring a wider range of initiatives devoted at the early detection of alcohol abuse has been the common aim of four different experiences performed in Italy in four different areas during the last few years and produced evidences that are actually being evaluated to draft a forthcoming National strategy devoted to include early detection and brief intervention activities in the daily work of the Italian NHS General Practitioner. All these experiences were performed in the Framework of the Phase IV WHO EIBI Project representing a valuable scientific effort to produce the evidence basis for a shared utilisation at the international level of common instruments and methodologies to contribute to the reduction of alcohol-related risk and harm in the individuals and the society. The Italian branch of the WHO EIBI Project involved two different screening unit in Florence (the Northwest and the Chianti and Scandicci areas within the Tuscany Region), one in the municipality of Martignacco in the Friuli Region and a forth unit in the municipality of Padua in the Veneto Region. During the period 1998-2003 a complex process was built on to build strategic alliances, involve and train the GPs in different training courses also including the GPs perception and views on alcohol related problem among their clients, customise the screening and the brief intervention instruments (based on the WHO AUDIT questionnaire and Help people change pack), performing the screenings procedures and evaluating the results to be used for the development of a Community alcohol demonstration project actually ongoing for the next 3 years (Phase IV of the WHO EIBI Project).

The aim was to promote "responsible drinking" and to prevent alcohol related problems in the sectors of health, school and traffic. The objectives were:

- people in the community acknowledge both the values and the risks of alcohol;
- school teachers produce educational tools together with their students;
- PHC professionals are able to lower or stop their clients' drinking when risky;
- community people are mobilized.

The method was the following:

- facilitating interactions in the community and activating local resources to carry out preventive initiatives;
- planning training courses with local schools and health professionals;
- spreading messages produced within the community itself;
- making all the messages from each sector of the Project to appropriately circulate, and getting the local media be informed about all the phases of the Project.

- b) pianificare corsi di formazione insieme alle scuole locali e agli operatori sanitari;
- c) diffondere messaggi prodotti dalla comunità stessa;
- d) far circolare adeguatamente tutti i messaggi da parte di ogni settore del Progetto e informare i *media* locali su tutte le sue fasi.

La maggior parte dei risultati sinora ottenuti ha dimostrato l'esistenza di un problema di abuso di alcol particolarmente tra i giovanissimi, violenze alcolcorrelate all'interno della famiglia, guida in stato di ebbrezza e problemi di ordine pubblico. Il modello tradizionale di consumo di alcol, cioè l'assunzione di vino durante i pasti, viene avvertito dai medici generici come, in qualche maniera, in via di cambiamento. Tra le proposte emerse per fronteggiare tali problematiche sono risultate prioritarie le seguenti:

- a) informare la comunità territoriale per mezzo di cartelloni pubblicitari, giornali, festival, film;
- b) rivolgere corsi di formazione a varie categorie professionali;
- c) migliorare la cooperazione tra quei settori riconosciuti come gli strumenti principali da promuovere al livello della comunità.

Sono emersi, inoltre, gli ostacoli e le barriere alla attuazione di iniziative di contrasto all'abuso quali, ad esempio, la mancanza di senso del proprio ruolo da parte del medico di medicina generale o la mancanza di tempo ed è stata suggerita l'opportunità di alcuni possibili incentivi volti a favorire l'integrazione della diagnosi precoce nei *setting* di assistenza primaria (anche in termini di formazione, capacità di comunicazione, tecniche di consulenza, approccio positivo ecc.). I medici generici hanno evidenziato anche altri problemi connessi con il loro ambiente di lavoro:

1. Essi lavorano principalmente con adulti/anziani che hanno sull'alcol convinzioni radicate.
2. I giovani si recano raramente dai propri medici di base.
3. Le donne tendono a nascondere i problemi connessi al loro consumo di alcol.
4. Tendenza a minimizzare il consumo di alcol da parte dei pazienti.
5. Gli stessi medici hanno difficoltà a porre ai propri pazienti domande sul consumo di alcol.

Per quanto riguarda la formazione mirata, l'esperienza italiana ha mostrato la necessità di dotare i medici generici almeno di un breve ma esauriente corso di formazione basato sull'informazione e l'educazione sui problemi alcolcorrelati e sull'uso standardizzato del pacchetto mirato EIBI.

Durante la rilevazione dei dati è stato messo assieme un gruppo campione di individui nelle varie strutture sanitarie di base di ogni Centro partecipante, poi sottoposto in modo *random* all'AUDIT. I soggetti che hanno raggiunto punteggi elevati sono stati sottoposti ad un ulteriore controllo con CIDI (Intervista diagnostica internazionale composita) che costi-

The main results outlined the evidence of a concern for alcohol abuse especially of youngsters, alcohol related violence within the family, drinking and driving, and problems of public order. The traditional drinking pattern, i.e. assuming wine at meal-time, was felt by GPs as somehow changing. Among suggestions:

- a) *informing the community by means of posters, newspapers, festivals, movies;*
- b) *addressing training courses to different professionals;*
- c) *improving co-operation among sectors were individuated as main instruments to be used at the community level.*

Barriers came out (lack of sense of role, lack of time, as example) and the needs for possible incentives were suggested (also in terms of training, communication skills, counseling techniques, positive approach etc). Some more problems have been underlined by GPs, linked to their working setting:

1. *They work primarily with adults/elderly people, who have strong cultural beliefs on alcohol.*
2. *Young people rarely go to see their GPs.*
3. *Women tend to hide problems related to their alcohol consumption.*
4. *Tendency to minimize alcohol consumption by patients.*
5. *GPs themselves have difficulties in asking their patients questions on alcohol consumption.*

As far as customized training is concerned, the Italian experience showed the need to provide GPs at least with a short but comprehensive training course based on the information and training on alcohol problems and on the standardized use of the customized EIBI package.

During the surveys a sample size of individuals was recruited in different primary care centers of each participant's Center and submitted randomly to AUDIT. People who reported high scores were double-checked with CIDI (Composite International Diagnostic Interview) which was the identified diagnostic tool for dependency. CIDI was shown to be hardly applicable in the PHC settings and some evidences came out on the need to limit to the first 3 items the AUDIT questionnaire.

The possibility to improve the capacity to deal with alcohol problem seems to receive new strength from the above reported experience. The past experience was extremely important to focus the attention on the need for standardised instruments and methodology and on the development of the local capacity to involve all the possible stakeholders into a community strategy that cannot be limited to the Primary Health Care settings.

The need for a much more formalised approach on alcohol-related problems and diseases and the possibility to implement the early detection of alcohol abuse into the daily work of General practitioners by mean validated instruments has start to become a priority in terms of Public Health strategy even if

tuiva lo strumento riconosciuto per la diagnosi della dipendenza. La CIDI si è dimostrata difficilmente applicabile nelle strutture sanitarie di base e si sono raccolte alcune prove della necessità di limitare l'uso del questionario AUDIT ai primi tre punti.

La possibilità di migliorare la capacità di gestire i problemi alcolcorrelati sembra ricevere nuova forza dall'esperienza sopra descritta. L'esperienza passata è stata estremamente importante per focalizzare l'attenzione sulla necessità di strumenti e metodologie standard e sullo sviluppo delle capacità locali di coinvolgere tutti i possibili *stakeholder* in una strategia comunitaria che non può essere limitata alle strutture del Servizio sanitario di base. La necessità di un approccio molto più strutturato ai problemi e ai disagi alcolcorrelati insieme alla possibilità di implementare la diagnosi precoce dell'abuso di alcol nel lavoro quotidiano dei medici generici per mezzo di strumenti convalidati sta diventando una priorità in termini di strategie di salute pubblica, sebbene debbano ancora essere superati molti ostacoli o pregiudizi e fatti molti sforzi per affermare l'idea che la pratica comune non sarà, comunque, appesantita da difficili procedure e test di *screening* e che il rapporto costi/benefici sarà più alto rispetto ad oggi. La sensazione attuale e la percezione dei medici generici rispetto alla diagnosi precoce e all'intervento breve sull'abuso di alcol, chiaramente influenzata dal carico delle procedure pilota di sondaggio, non dovrebbe essere sottovalutata, bensì presa in considerazione e valutata accuratamente insieme alle esperienze degli altri Paesi, per trovare una strada comune (e più facile) per creare su misura una strategia nuova ed efficace che possa contribuire a ridurre i rischi e i danni dell'alcol. In base a ciò, la necessità di un buon modello di formazione degli operatori professionali coinvolti nella strategia preventiva appare prioritaria, insieme a un maggiore sforzo per introdurre uno standard comune di valutazione. L'adattamento nazionale dell'EIBI sarà la sfida dei prossimi anni, insieme alla definizione di una strategia da implementarsi nelle specifiche strutture socio-sanitarie.

Per quanto riguarda un'implementazione della strategia EIBI, l'Istituto superiore di sanità (Osservatorio nazionale alcol, WHO (OMS) CC for *Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Health Problems*, Centro Nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute), in collaborazione con la SIMG (Società italiana dei medici generici), ha realizzato un progetto nazionale finanziato dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga della Presidenza del Consiglio, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali per verificare la fattibilità della diagnosi precoce (AUDIT) e dell'intervento breve nelle strutture del Servizio sanitario di base. Inoltre l'implementazione della IV fase del Progetto dell'OMS è collegata alle attività del progetto nazionale PRISMA (Progetto italiano di prevenzione, identificazione e strategie di monitoraggio sull'alcol) già pubblicato alla pagina web in-

many obstacles and prejudices have to be overcome and many efforts to be done to convince that the common practice will not be affected by difficult screening procedures test and that the cost-benefit ratio will be higher than today. The current feelings and perception of GPs in facing the early detection and brief intervention for alcohol abuse, clearly influenced by the burden of the pilot testing procedures, should not be underestimated but taken into account and evaluated accurately together with the other Countries experiences to try to find a common (and easiest) way to tailor new and effective strategy that could help in reduce alcohol risk and harm.

According to this the need for a good model of training for the Professionals involved in the preventive strategy seems to be a priority together with a major effort to introduce a common standard of evaluation. The Country adaptation of the EIBI will be a challenge for the forthcoming years together with the setting of a strategy to be implemented in the specific health and social settings.

In terms of implementation of the EIBI strategy, the Istituto Superiore di Sanità (Osservatorio Nazionale Alcol, WHO CC for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Health Problems, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute) is now ongoing in performing in collaboration with the SIMG (Italian Society of General Practitioners) a national project funded by the Fondo Nazionale Droga (Dependencies National Funding) of the Presidenza del Consiglio, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Welfare to verify the feasibility of the early detection (AUDIT) and brief intervention in the Primary Health Care settings.

Furthermore, the implementation of the IV Phase of the WHO Project is linked to the activities of the national PRISMA project (Italian Project PR.I.S.M.A. Italian project on Prevention, Identification and Strategies Management for Alcohol-related problems) already acknowledged on the international specific website (<http://www.gencat.net/salut/phaseiv/>) and currently funded for three years by the Presidenza del Consiglio.

The demonstration projects will be realised in the four local areas where the EIBI project was performed during the last years involving all the partners that contributed to this specific national EIBI report. Specific original documentation and methodologies have been printed and distributed also by specific web pages (Osservatorio su Fumo, Alcol e Droga-ISS: <http://www.iss.it/ofad>, Società Italiana di Alcolologia: <http://www.dfc.unifi.it/sia/mese-prevenzione/aprile2004.htm> and Alcolonline: <http://www.alcolonline.org/alcol-day/2004.html>) supporting the national setting of the network of strategic alliances including public health, research, scientific and third sector bodies and institution together with a strong commitment of the Italian Society of General Practitioners (SIMG) fully involved in the ongoing funded projects.

ternazionale specifica (<http://www.who-alcoholphaseiv.net/report2006italy.pdf>) e finanziato per tre anni dalla Presidenza del Consiglio. I progetti dimostrativi sono in corso di realizzazione nelle quattro unità locali in cui era stato attuato il progetto EIBI nel corso degli ultimi cinque anni, coinvolgendo tutti i partner che hanno contribuito a questo rapporto nazionale. La documentazione originale e le metodologie specifiche sono state edite e distribuite anche da pagine web specializzate (Osservatorio su fumo, alcol e droga - ISS: <http://www.iss.it/ofad/>, Società italiana di alcologia: <http://www.dfc.unifi.it/sia/mese-prevenzione/aprile2004.htm> e *Alcolonline*: <http://www.alcolonline.org/alcoloday/2004.html>), a supporto della realizzazione nazionale di una rete di alleanze strategiche che comprendano salute pubblica, ricerca, enti e istituzioni scientifiche e del terziario insieme a un forte impegno della Società italiana dei medici generici (SIMG), pienamente coinvolta nei progetti finanziati attualmente in corso.

Lungi dall'essere completata, la IV fase del Progetto EIBI dell'OMS continuerà nel corso dei prossimi anni l'implementazione della ricerca e dell'attività nazionale ed europea attualmente in corso, in particolare per mezzo della adozione della presente strategia nazionale come risultato del progetto europeo PHEPA (http://www.phepa.net/units/phepa/pdf/strategy_italy.pdf). Ciò contribuirà a ottenere risultati socio-sanitari che offrano alle persone più opportunità di svolgere un ruolo attivo nel processo individuale e in quello collettivo di salutogenesi e a creare contesti più sani e un ambiente molto più sicuro.

6. Interventi preventivi integrativi nell'assistenza sanitaria di base

6.1. Principi

Breve descrizione dei principi sui quali sarà basato il programma per lo sviluppo di una strategia integrata per la diagnosi precoce dell'abuso di alcol e l'implementazione di un programma basato sui dati raccolti, volto alla riduzione del danno socio-sanitario arrecato dall'alcol a tutta la popolazione

La possibilità di implementare un programma efficace sulla diagnosi precoce e sull'intervento breve nel lavoro quotidiano dei medici generici è chiaramente connessa alla necessità di migliorare le conoscenze offrendo ai medici una formazione specifica a livello culturale, educativo e vocazionale che aiuti a migliorare il livello delle conoscenze, delle competenze e del loro ruolo rispetto all'alcol a livello territoriale, da raggiungere auspicabilmente attraverso una formazione sui maggiori problemi e principi elencati al punto 6.3.

Partendo dalla necessità di creare una prospettiva di stile di vita più sano e seguendo un approccio "generalista", gli individui a rischio dovrebbero essere identificati chiaramente se-

Far to be completed the phase IV of the WHO EIBI Project will go ahead through the implementation of the national as well as the European ongoing research and activity particularly by mean the creation of a national strategy as a result of the EU PHEPA project. This will help in achieving both health and social outcomes giving people more opportunities to play an active role in the individual's as well as the collective process devoted to set healthier contexts and a much more safe environment.

* * * * *

6. Integrating preventive interventions in primary health care

6.1. Principles

A brief description of the principles on which the programme will be based

To develop an integrated strategy for the early detection of alcohol abuse and the implementation of an evidence based programme aimed at the reduction of the health and social harm done by alcohol in the general population

The possibility to implement an effective programme on early detection and brief intervention in the daily work of the GPs is clearly linked to the need to improve the knowledge by mean providing them a specific cultural, educational as well as vocational training supporting an improvement in the level of GPs knowledge, competence and role on alcohol at the community level hopefully achieved by mean a training on some main issues and principles listed at point 6.3.

Starting from the need to provide a healthier lifestyle perspective and following a "general population" approach, the individuals at risk should be clearly identified according to a stan-

condo una metodologia standard e sottoposti all'intervento breve, per cercare di ridurre tanto il livello del consumo quanto il rischio di danni alcolcorrelati. Gli strumenti di *screening* dovrebbero consentire di identificare le persone già alcol dipendenti e di indirizzarle verso un adeguato grado di cura e riabilitazione a livello locale. I bevitori il cui consumo di alcol venga riconosciuto al di sotto del limite di rischio secondo la procedura di *screening* identificata devono comunque essere informati sui possibili rischi per la salute correlati al consumo e all'abuso di alcol, in conformità col principio dell'OMS "Meno è meglio". Il programma dovrebbe fornire l'intera rosa delle risposte preventive e cliniche, chiaramente differenziata secondo il diverso livello di consumo di alcol, di abuso o dipendenza diagnosticato dallo standard di *screening* stabilito. Dovrebbe essere utilizzata una strategia di informazione e comunicazione generale volta a migliorare la consapevolezza individuale del possibile rischio connesso all'alcol, sostenendo l'orientamento verso stili di vita e comportamenti più sani, e ponendo il ruolo individuale al centro del proprio processo di salutogenesi. Dovrebbe essere fatto ogni sforzo per integrare tutte le nuove prove scientifiche sull'alcol e la salute nella cultura mediterranea del bere, evitando i divieti o i bandi totali ma producendo messaggi positivi che parlino dei vantaggi della moderazione (sia del limitarsi che del non bere) e procurino un'informazione obiettiva sul consumo di alcol che non sia mai isolata dal contesto degli stili di vita. Una possibile azione correlata all'implementazione del programma dovrebbe essere lo sviluppo di una strategia specifica, volta ad aumentare la capacità della comunità di gestire i problemi alcolcorrelati. Tale strategia includerà, nei limiti del possibile, le amministrazioni locali, gli operatori socio-sanitari, gli insegnanti e tutti i possibili *stakeholder* che possono interagire con la comunità e gli individui, per aiutare le persone a cambiare. Una strategia di comunicazione efficace, infine, dovrebbe essere rivolta a quanti prendono decisioni politiche, sollecitando i valori connessi al programma implementato a livello territoriale e la necessità di integrare l'approccio di promozione e prevenzione della salute con iniziative specifiche e/o campagne di riduzione del rischio per la salute.

6.2. Linee guida, protocolli e assistenza basata sulla pratica

Descrizione delle linee guida, dei protocolli e dell'assistenza che può essere o meno necessario sviluppare

Le linee guida della Fase IV dell'OMS costituiscono una buona base di partenza per l'identificazione di pazienti a rischio e per il successivo intervento breve da parte dei medici di medicina generale e degli operatori del Sistema sanitario di base. L'approccio generale integra il concetto di alcolismo (usualmente riferito a poche persone) con il concetto dell'alcol come fattore di rischio per la comunità, sollecitando la necessità di un cambiamento nella percezione specifica dei medici

standardized methodology and submitted to a brief intervention to try to reduce the level of consumption and risk of alcohol-related harm as well. The screening tools should perhaps allow to identify people already with alcohol-dependency to be channelled towards appropriate level of care and rehabilitation at the local level. Drinkers whose alcohol consumption will be detected as below the "risky" limit according to the identified screening procedure, will receive in any case information on the possible risks for the health related to alcohol consumption and abuse according to the WHO principle "Less is better". The full range of preventive and clinical responses should be provided by the programme and clearly differentiated according to the different level of alcohol consumption, abuse or addiction detected by the established screening standard. A general information and communication strategy should be used aimed at improving the individuals' awareness of the possible risk related to alcohol use, supporting the change towards healthier lifestyles and behaving and putting individual role at the centre of his own "salutogenesis" process. Any major effort should be done to integrate all the new scientific evidence on alcohol and health into the traditional Mediterranean culture of drinking, avoiding prescriptions or bans but producing positive messages mentioning the advantages of the moderation (either restraining on not drinking) and providing an objective information on alcohol consumption never isolated by the lifestyles context. A possible action related to the implementation of the programme should be the development of a specific strategy aimed at increasing the community capacity to deal with alcohol problems. This strategy will involve, whereas possible, local administrators, health and social professionals, school educators and all the possible stakeholders that can interact with the community and the individuals to help people change. Finally, an effective communication strategy should be addressed at policy decision makers soliciting the values linked to the programme implemented at the community level and the need to integrate the health promoting and preventing approach with specific initiatives and or campaigns on health risk reduction.

6.2. Practice based guidelines, protocols and aids

A description of the guidelines, protocols and aids that may or may not need developing
WHO Phase IV guidelines will represent a good basis for the identification of clients at risk and for subsequent brief intervention by GPs and PHC professionals. The general approach will integrate the concept of alcoholism (usually referred to few people) together with the concept of alcohol as a risk factor for the community soliciting the need for a change in the specific perception by GPs. Country adapted EIBI should be the working tool. Dealing with alcohol issues in PHC would not receive an adequate consideration by professionals if not supported by a strong motivation. It was felt basic in the outlining

di medicina generale. Lo strumento di lavoro prioritario è quello validato nel corso dell'EIBI, adattato alle esigenze nazionali al fine di dare massime garanzie che il trattamento dei problemi alcolcorrelati nei *setting* di assistenza di base riceva una adeguata considerazione da parte di operatori professionali pur non sufficientemente motivati. Nella definizione del protocollo si è ritenuto di basilare importanza accentuare il ruolo degli operatori professionali nella strategia complessiva. In termini strategici i medici di medicina generale rappresenteranno la pietra angolare di una strategia completa, auspicabilmente rivolta allo scambio di "buone prassi" e al coinvolgimento tanto della rete dei servizi del Sistema sanitario nazionale quanto di quella municipale (integrazione socio-sanitaria, n.d.r.). L'approccio potrà comunque riguardare tutti i professionisti della salute impegnati nel settore dell'assistenza sanitaria primaria e nelle attività di diagnosi e cura.

La realizzazione della rete integrata così concepita rappresenterà lo strumento chiave della piena implementazione della strategia e del miglioramento dell'efficacia del programma di prevenzione a livello territoriale. Il punto critico è quello di sostenere, comunque, i medici di medicina generale nel loro lavoro quotidiano e renderli più partecipi nella gestione dei bevitori problematici e a maggior rischio. Una nuova professionalità dovrebbe essere così delineata dal programma di formazione, volta a creare nuove abilità e capacità specifiche nella consulenza sui problemi alcolcorrelati come anche nella promozione di stili di vita più sani.

6.3. Formazione

Descrizione della formazione che può essere o meno necessario implementare

La formazione degli operatori professionali sarà basata su un corso specifico volto all'informazione generale, alla diagnosi precoce e all'intervento breve, nonché alla gestione del consumo problematico e dell'alcoldipendenza. Il tempo dedicato a questi quattro punti dovrebbe essere di 6 ore così ripartite: 20% per l'informazione generale, 20% per la diagnosi precoce, 40% per l'intervento breve e il restante 20% per la gestione dell'alcoldipendenza. Un incontro di un solo giorno, in "full immersion", organizzato in 2 sessioni di 3 ore ciascuna, introdurrà l'adattamento nazionale del pacchetto EIBI, includendo in particolare:

1. Identificazione precoce dei problemi alcolcorrelati ed intervento breve.
2. Principi di identificazione e incremento della consapevolezza dei rischi connessi al consumo di bevande alcoliche.
3. Principi di promozione della salute in ambienti specifici.
4. Principi di relazione all'interno della comunità locale (coinvolgimento delle amministrazioni e dei politici locali).
5. Principi di continuità della cura e di continuità della riabilitazione e cura.

of the protocol to stress the role of the professionals in the overall strategy. In terms of strategy GPs will be represent the corner stone into a comprehensive strategy hopefully aimed at the exchange of "good practice" and involving the network of the services of the National Health System as well as of the municipality. The integration of such a network will be instrumental to the full implementation of the strategy and to improve the effectiveness of the preventive programme at the level of the community. The key point is to support a GPs in their daily work to let them be more involved in problematic and risky drinkers management. A new professional should be reshaped by the training programme aimed at creating new skills and expertise in counselling on alcohol problems as well as in promoting healthier lifestyles.

6.3. Training

A description of the training that may or may not need to be implemented

The training of the professionals will be based on a specific course devoted to general information, early detection, and brief intervention and alcohol dependency management. The time devoted to these four items should be 6 hours (20 % for general information, 20% for early detection, 40 % for brief intervention, and 20 % for alcohol dependency management). A one-day full immersion meeting, organised in 2 sessions, 3 hours per session will introduce the Country adapted EIBI pack specifically including:

1. Early identification of alcohol related problem and brief intervention.
2. Principles on identification and awareness of the risks related to the use of alcoholic beverages.
3. Principles on health promotion in specific settings.
4. Principles on networking in the local community (involvement of local administration and politicians).
5. Principles on continuity of care and of continuity of rehabilitation and care.
6. Principles on general population preventive approach.
7. The role of subsidiarity, intersectorial and inter-istitutional co-operation.
 - Special topics 1: the family, the community, the professional roles, the empowerment of the individuals, the communication of the risk.
 - Special topics 2: young people and alcohol, drink driving, multi-users.

Training should be developed aiming at:

1. Raising the local community awareness by involving the different stakeholders regarding the risks of alcohol consumption.
2. Identifying "essential" basic training and more in-depth sessions with an multidisciplinary perspective.
3. Identifying an updating programme embedded in the local community.

6. Principi di approccio preventivo generale sulla popolazione.
7. Il ruolo degli ausiliari, cooperazione intersettoriale e interistituzionale.
 - Argomenti speciali 1: la famiglia, la comunità territoriale, i ruoli professionali, la responsabilizzazione individuale, la comunicazione del rischio.
 - Argomenti speciali 2: i giovani e l'alcol, la guida in stato di ebbrezza, la dimensione "multi o poli-user".

Nelle attività pratiche dovrebbe essere elaborata una formazione finalizzata a:

1. Aumentare la consapevolezza delle comunità locali coinvolgendo i differenti *stakeholder* sui rischi legati al consumo di alcol.
2. Identificare la formazione "essenziale" di base e quella delle sessioni approfondite con prospettiva multidisciplinare.
3. Identificare un programma di aggiornamento inserito nella comunità locale.
4. Costruire una connessione tra le conoscenze professionali e la comunità locale attraverso lo strumento pratico della formazione.

I medici di medicina generale hanno un ruolo naturale e centrale ma dovranno essere coinvolti anche altri operatori del settore sanitario di base, in un approccio multidisciplinare.

Il corso di formazione per i medici coinvolgerà esperti di alcolologia con differenti campi di esperienza (clinica, epidemiologica, comunicazione ecc.) e almeno un medico di medicina generale come insegnante e/o tutore (la formazione diretta e la "formazione del formatore" saranno i modelli di base). Non si dovrebbero superare le due sessioni complete, organizzate in forma di letture, *role-play* e discussione di gruppo. Sarà fondamentale sviluppare migliori capacità di comunicazione nei medici di base nei confronti dei loro pazienti, che possano stimolare una reazione individuale al rischio alcolcorrelato e all'alcolismo, sostenendo e supportando un'attiva motivazione a modificare gli stili di vita. Quando possibile, la formazione dovrebbe sempre essere estesa anche ad altri operatori del settore sanitario di base come infermieri, medici ospedalieri ecc.. Dovrebbero essere offerte nozioni di base su come applicare l'EIBI all'interno dell'orario di lavoro quotidiano.

L'esperienza già in corso del Progetto integrato per la prevenzione dell'alcoldipendenza e del Progetto PRISMA, attualmente coordinati e monitorati dall'Istituto superiore di sanità, connessa alle attività di diagnosi precoce e di intervento breve sull'abuso di alcol e già sperimentate da una rete nazionale di medici di medicina generale, sarà d'aiuto nella messa a punto delle linee guida per l'implementazione delle attività, incluse quelle connesse al periodo di formazione che potrebbero essere razionalizzate in termini di impegno orario, a seconda degli esiti e dei *feedback* che giungeranno dai medici già sottoposti al *training*. Un ulteriore *feedback* giungerà dall'uso di materiali specifici già prodotti sia per i medici di medicina generale (*Guida all'identificazione dei problemi alcol-*

4. *Building a link between professional knowledge and the local community through the practical instrument of training. General practitioners have a natural role in this issue, but other PCH workers must be involved, in a multi-disciplinary approach.*

The training course for the GPs will include alcohol experts from the different fields of expertise (clinical, epidemiological, communicational and so on) and at least one GP as teacher and/or tutor (the direct training and the "training the trainer" should be the basic models). It should not exceed two comprehensive sessions to be organised by mean lectures, role-playing, and group discussion. It will be crucial to develop improving GPs communication skills with their clients enabling an individuals' reaction to risky drinking behaving and supporting an active motivation to change unhealthy lifestyles. Training should be extended, whenever possible to other PHC workers such as nurses, hospital doctors and so on. Basic elements should be provided on how to perform EIBI inside daily working hours.

The already ongoing experience of the "Progetto Integrato per la Prevenzione dell'Alcoldipendenza" actually coordinated and monitored by the Istituto Superiore di Sanità and related to the early detection and brief intervention of alcohol abuse activities performed by 100 GPs all over Italy will be helpful in refining the guidelines for the implementation of the activities including those related to the training period that should be lowered in terms of hours depending by the outcomes and the feedback coming from the trained GPs. Further feedback will come from the use of the specific materials that have been already produced for GPs as well as for the general population and for at-risk population by the Istituto Superiore di Sanità in collaboration with the SIA and many other selected experts, acknowledged by the Ministry of Health and published on specific web-pages for the free-download, dissemination and use (Osservatorio su Fumo, Alcol e Droga-ISS: <http://www.iss.it/ofad>, Società Italiana di Alcolologia: <http://www.dfc.unifi.it/sia/mese-prevenzione/aprile2004.htm> and Alcolonline: <http://www.alcolonline.org/alcolday/2004.html>)

6.4 Engaging primary health care providers

The strategies that are going to be used to engage primary health care providers in the programme

As to the GPs the Italian previous experiences shown that the best results were achieved by mean the full involvement of GPs in terms of co-leaders of a Project and of the training organisation, rather than just be the object of a community project, or a target of an education program. As to the other PHC professionals, who are spread in the communities, the programme will take into account any possible form of active co-operation between professionals and with those involved in the continuity of care services.

The role of PHC workers within the local community will have

correlati) che per la popolazione generale (*Alcol sai cosa bevi? Più sai meno rischi!*) e quella a rischio (*Decidi di cambiare*), materiali prodotti dall'Istituto superiore di sanità in collaborazione con la SIA e molti altri esperti selezionati, riconosciuti dal Ministro della Salute e pubblicati su specifiche pagine web che si possono scaricare, diffondere e usare liberamente (Osservatorio nazionale alcol, Osservatorio su fumo, alcol e droga-ISS: <http://www.iss.it/ofad>, Società italiana di alcologia: <http://www.dfc.unifi.it/sia/mese-prevenzione/aprile2004.htm> e *Alcolonline*: <http://www.alcolonline.org/alcolday/2004.html>).

6.4. Coinvolgere gli operatori del servizio sanitario di base *Strategie da mettere in atto per coinvolgere nel programma gli operatori del Servizio sanitario di base*

Per quanto riguarda i medici di medicina generale, la passata esperienza italiana ha dimostrato che i migliori risultati sono stati raggiunti coinvolgendo pienamente i medici stessi nella funzione di co-direttori di un progetto e dell'organizzazione della formazione, piuttosto che rendendoli soltanto l'oggetto di un progetto territoriale o l'obiettivo di un programma di formazione. Quanto agli altri operatori professionali del Servizio sanitario di base distribuiti nelle comunità, il programma prenderà in considerazione ogni possibile forma di cooperazione attiva tra gli operatori stessi e il personale continuamente occupato nei Servizi sanitari.

Il ruolo dei professionisti e degli operatori del settore sanitario di base all'interno della comunità locale dovrà essere considerato e accentuato e dovrà essere valutata e, ove possibile, creata una stretta collaborazione con i sindaci. L'importanza del ruolo specifico dei programmi locali di prevenzione dell'alcolismo e della salute e del contributo di un intervento di sanità pubblica in linea con gli obiettivi del Progetto sarà chiaramente descritta ai medici di medicina generale e ai decisori politici mettendo a loro disposizione tutti i dati e le informazioni disponibili sui vantaggi derivanti dalle attività del Progetto. Il coinvolgimento, fin dall'inizio, delle associazioni dei medici di medicina generale (anche quelle locali) e dei singoli medici è considerato un punto di fondamentale importanza per l'esito positivo del programma. Riassumendo: dopo il corso di formazione, il primo passo dovrebbe essere quello di individuare i medici motivati e lavorare insieme ad essi. Una volta che si sarà realizzata la struttura di rete di base, altri medici generici potranno afferirvi. Una strategia di comunicazione ben precisa faciliterà questo processo.

6.5. Finanziamento e rimborso

Previsione dei costi del programma; fonti di finanziamento; rimborso ai fornitori per la loro attività e rimborso ai pazienti delle spese sostenute

Quanto alle fonti del finanziamento, il programma dovrebbe essere realizzato e prodotto in modo tale che anche le asso-

to be mentioned, stressed, and a tight junction with the Mayors should be evaluated and created where possible. The importance of the specific role of local alcohol and health prevention programme from one side and of the contribution of a Public Health intervention according to the aims of the Project will be clearly outlined to the GPs as well as to the policy-decision makers providing them with all the available evidences on the advantages arising from the Project's activities. The involvement of GPs associations (also local) and individual GPs at the very beginning is considered a crucial point for the positive outcome of the programme. Summarising: after the training course, finding and working with the motivated practitioners should be the first step. After a strong group has been created, more GPs will join in. A well-defined communication strategy will facilitate this process.

6.5. Funding and reimbursement

How much the programme is going to cost; sources of funding; reimbursement of the providers for their activity and reimbursement of clients for their costs

As to sources of funding, the programme should be written in order that also private associations or groups that focus on solution of social needs may be interested and involved. Funding is needed for the national working group to start the project, to propose the first training course and to create a local leading group. No incentives have to be provided for all the PHC workers if a widespread, routine action and if the specific preventive interventions will be appropriately proposed to the Public Health bodies and, better, to the Ministry of Health including them in the daily work of GPs according to the community's need to deal with all the lifestyles determinants and with alcohol prevention as a specific issue to be faced by mean a developed Country strategy. A possible financial incentive could be provided for the new role of the PHC worker within the local community (Health Promoter) but it has to be agreed and arranged only in accordance with the National and Local Health authorities as well as representatives of the GPs. Furthermore, If the programme will be agreed at the community level, funding can be asked to both public and private sectors.

6.6. Specialist support and knowledge centres

It is likely that the effectiveness of the programme will be enhanced when there is support by specialist services and/or by specialist research and knowledge centres that provide the up to date and necessary information

In Italy a few number of alcohol and health education specialists should be appointed at the Regional level to provide the necessary information. In some Regions, Regional School for the Training of General Practitioners could be involved; all over Italy the Istituto Superiore di Sanità is the technical body of the National Health System and the recognised Public Health body acting as a knowledge as well as scientific and specialist

ciazioni private o gruppi deputati o finalizzati alla soluzione di problematiche sociali possano essere interessati e coinvolti. Al gruppo di lavoro nazionale il finanziamento è necessario per far partire il progetto, per proporre il primo corso di formazione e per creare un gruppo dirigente locale. Non ci sarà necessità di offrire incentivi ai lavoratori del servizio sanitario di base se un'azione ad ampio raggio, continuativa, e interventi preventivi specifici saranno adeguatamente proposti agli organismi di tutela della salute pubblica ed in particolare al Ministero della Salute proponendone l'inserimento nelle attività quotidiane di lavoro dei medici di medicina generale secondo le necessità territoriali (regionali e nazionali) di affrontare la necessità di sostegno all'adozione e realizzazione di modelli e stili di vita sani e soprattutto la prevenzione dell'alcolismo e del bere problematico come un problema specifico da fronteggiare grazie all'elaborazione di una strategia nazionale. Per il nuovo ruolo degli operatori sanitari nella comunità locale (Promotore della salute) potrebbe essere offerto un possibile incentivo economico, ma dovrà essere concordato e organizzato esclusivamente in collaborazione con le autorità sanitarie nazionali, regionali e locali, nonché con rappresentanti dei medici generici. Inoltre, se il programma sarà accettato a livello territoriale, i finanziamenti potranno essere richiesti sia nel settore pubblico che, ove adeguato, in quello privato.

6.6. Supporto specialistico e centri di conoscenza

Verosimilmente l'efficacia del programma sarà accresciuta dall'eventuale supporto di servizi specialistici e/o dalle istituzioni di ricerca e dai centri di conoscenza specifica che offrono l'informazione necessaria e più aggiornata.

In Italia dovrebbe essere designato a livello regionale un piccolo numero di specialisti dell'educazione in materia di alcol e salute, allo scopo di offrire l'informazione necessaria. In alcune Regioni potrebbe essere coinvolta, ove esistente, la Scuola regionale di formazione dei medici di medicina generale; su tutto il territorio nazionale l'Istituto superiore di sanità è l'ente tecnico-scientifico del Sistema sanitario nazionale nonché l'ente di salute pubblica riconosciuto ad agire come centro di conoscenza, ma anche come centro nazionale, scientifico e specialistico, per la ricerca, la formazione, la valutazione e il monitoraggio. Il supporto specialistico potrebbe essere offerto in Italia dall'Osservatorio nazionale alcol - CNE-SPS-OssFAD (ISS), dal Centro collaboratore OMS per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcolcorrelati, da ricercatori di chiara fama attivi nel settore, insieme a società scientifiche e professionali come la SIA (Società italiana di alcolologia) e la SIMG (Società italiana dei medici generici).

6.7. Monitorare il programma

La strategia nazionale e l'implementazione del Progetto comprendono sia una raccolta di dati di partenza che un controllo

National centre for research, training, evaluation and monitoring. Specialist support in Italy could be provided by the Osservatorio Nazionale Alcol - OssFAD (ISS), the WHO CC for research and health promotion on alcohol and health related problems, well-known researchers in the field, together with scientific and professionals' societies like SIA (Società Italiana di Alcolologia) and the SIMG (Italian Society of GPs).

6.7. Monitoring the programme

The Country strategy and the Project implementation include a baseline data collection as well as an intermediate and a final check of the intervention programme. So, depending by the number of individuals submitted to the programme, many different indicators might be used to monitor the outcomes. Where the community programme will be implemented into a well-defined area such as a small local municipality the main indicators should be:

- prevalence of alcohol consumers according to the different levels of alcohol consumption;
- change in patterns of alcohol consumption at the end of the intervention programme and particularly;
- prevalence of alcohol drinkers that decreased the amount of alcoholic intake;
- hospital discharge rates for alcohol-related problems before and after the programme of intervention.

Further indicators should be related to a random enquiry (questionnaire) to the professional involved on the

- self-perceived quality of the work done;
- self-perceived quality of the interactions between GPs and the other professionals involved.

Finally a questionnaire should be submitted to the clients asking them for the level of satisfaction.

6.8. Preparing for the introduction of the programme

What needs to be done to prepare for the implementation of the programme

Building alliances is necessary at the political, administrative scientific and local groups (cfr WHO Phase iv Study). Creating partnership of GPs representatives and associations will be basic to ensure the full involvement of the Local Health Units and Service and of the community's municipality as well. The preparation of a written strategy, of the related materials and the organizations of few well-managed meetings will put in the optimal condition the presentation and the starting of the programme. It will be a priority to develop a good communication strategy and to organise local conferences to announce and promote the programme.

6.9. Managing the programme

By whom and how will the programme be managed at a country/regional level

Alcohol and health education specialists, and GPs and other

intermedio e uno finale sul programma degli interventi. In tal modo, a seconda del numero degli individui sottoposti al programma, per monitorare i risultati potrebbero essere usati molti indicatori diversi. Laddove il programma comunitario sarà implementato su di un'area ben definita, come ad esempio in un piccolo Comune, gli indicatori principali saranno:

- prevalenza dei consumatori di alcol secondo i diversi livelli di consumo;
- cambiamento del modello di consumo di alcol al termine del programma di intervento, e in particolare:
 - prevalenza dei bevitori problematici che hanno diminuito la quantità di alcol ingerito;
 - percentuali delle dimissioni ospedaliere per problemi alcolcorrelati prima e dopo il programma di intervento.

Ulteriori indicatori dovrebbero essere collegati a un sondaggio *random* (questionario), rivolto ai professionisti coinvolti, su:

- autovalutazione della qualità del lavoro svolto;
- autovalutazione della qualità delle interazioni tra i medici generici e gli altri professionisti coinvolti.

Infine si dovrebbe far compilare un questionario ai pazienti chiedendo loro di esprimere il loro livello di soddisfazione.

6.8. Preparazione dell'introduzione del programma

Cosa è necessario fare per preparare l'implementazione del programma

È necessario realizzare e costruire alleanze strategiche tra gruppi di interlocutori sanitari, amministrativi, scientifici e di decisori politici locali (cfr. studio Fase IV dell'OMS). Creare dei partenariati tra i rappresentanti dei medici generici e le associazioni sarà fondamentale per garantire il pieno coinvolgimento delle Unità sanitarie locali e del Servizio, nonché delle municipalità. La preparazione di una strategia scritta e dei relativi materiali, nonché l'organizzazione di alcuni incontri ben gestiti, creeranno le condizioni ottimali per la presentazione e l'avvio del programma. Sarà prioritario sviluppare una buona strategia di comunicazione e organizzare conferenze locali per annunciare e promuovere il programma.

6.9. Gestione del programma

Chi e come dovrà gestire il programma a livello nazionale/regionale

Tra coloro ai quali sarà affidata la gestione del programma dovrebbero figurare specialisti dell'educazione su alcol e salute nonché medici di medicina generale e altri operatori sanitari di base. Sarà allestito sia un coordinamento nazionale che un gruppo direttivo che comprenda almeno un coordinatore da ogni Regione. Un comitato scientifico dovrà monitorare le attività svolte, consigliando i coordinatori sulle migliori procedure possibili da applicare.

6.10. Comunicazione del programma

Sviluppo di una strategia di comunicazione per informare gli

PHC professionals should be included among those one who will manage the program. A national coordination will be provided as well as a steering group involving at least one coordinator from each Region. A scientific committee will monitor the activities carried out advising the coordinators on the possible best practices to be used.

6.10. Communicating about the programme

The development of a communication strategy to communicate to the providers about the programme and to the clients about the availability of the programme

The communication strategy can be organized according to the different stages of the programme. Starting with the need to involve GPs in the process of the creation of renewed professional skills it will be basic to outline their role in dealing with alcohol problems and to provide them with the evidences of the results of the previous experiences in the field of the EIBI. The production and dissemination of booklets (actually The Italian Society of GPs has adopted for specific programmes the booklet produced by SIA, ISS and AICAT "GUIDA: Guida Utile alla Identificazione Dei problemi Alcolcorrelati; http://www.iss.it/sitp/ofad/alco/apdf/libr_6.zip") aimed at the dissemination of the available information related to the adequacy and the responsibility of the role of GPs in identifying the risky behaviours in the wider field of lifestyles together with a summary of possible actions to be integrated in the daily work will constitute the start core of the communication strategy before the beginning of the programme. It has to be mentioned that the training courses focusing on the practical aspects of this approach represents itself a crucial part of the communication strategy that will take into account the needs and the perception of the GPs on what is feasible and realistically applicable in terms of timing and already available resources. All the efforts should be done to apply the standard agreed at the European level to help improve the level of comparison of the outcomes of the programme. A periodical information to the GPs involved into the programme will be produced by the National coordinator to keep the network aware of the interim results as well as on the possible solution to the problems related to the application of the study protocol. A further initiative is linked to the forthcoming possible approval of the research project MEDICOM (Communication Model for health promotion and prevention programmes by GPs) already agreed between the ISS and SIMG and submitted to the Ministry of Health.

Finally the dissemination of the results, after the evaluation, will make available the information to be exchanged within the targeted community by mean a specific communication strategy involving the media at local, regional and national level and spreading the advantages of the adopted health promoting approach. The community will be made aware of the availability of the programme by mean a communication strategy agreed with the professional associations, the municipalities

operatori del programma e i pazienti sulla disponibilità del programma

La strategia di comunicazione può essere organizzata secondo i vari stadi del programma. Partendo dalla necessità di coinvolgere i medici di medicina generale nel processo di rinnovamento delle abilità professionali, sarà fondamentale definire il loro ruolo nella gestione dei problemi alcolcorrelati e dotarli dei dati e dei risultati delle esperienze precedenti nell'ambito dell'EIBI. La produzione e la diffusione di opuscoli (attualmente la Società italiana dei medici generici ha adottato per alcuni programmi specifici l'opuscolo prodotto da SIA, ISS e AICAT "GUIDA: Guida utile alla identificazione dei problemi alcolcorrelati; http://www.iss.it/sitp/ofad/alco/apdf/libr_6.zip"), finalizzata alla diffusione dell'informazione disponibile connessa all'adeguatezza e alla responsabilità del ruolo dei medici di medicina generale nell'identificazione di comportamenti a rischio nel campo più ampio degli stili di vita, insieme a un riepilogo delle azioni possibili da integrarsi nel lavoro quotidiano, costituiranno il punto di partenza della strategia di comunicazione prima dell'inizio del programma. È opportuno sottolineare che i corsi di formazione concentrati sugli aspetti pratici di questo approccio rappresentano essi stessi una parte cruciale della strategia di comunicazione che dovrà prendere in considerazione le necessità e la percezione dei medici su cosa sia fattibile e realisticamente applicabile in termini di tempo e di risorse già disponibili. Dovrà essere compiuto ogni sforzo per applicare lo standard concordato a livello europeo, per sostenere il livello di confronto dei risultati del programma. Il coordinatore nazionale produrrà un'informazione periodica per i medici coinvolti nel programma, allo scopo di mantenere la rete al corrente dei risultati parziali come anche delle possibili soluzioni ai problemi legati all'applicazione del protocollo di studio. Un'ulteriore iniziativa è connessa alla possibile attivazione di una progettualità specifica (MEDICOM, Modello di comunicazione della promozione della salute e dei programmi di prevenzione da parte dei medici di medicina generale), già redatto in collaborazione da ISS e SIMG e portato all'attenzione del Ministero della Salute.

Infine la diffusione dei risultati, dopo la valutazione, renderà disponibile l'informazione da far circolare all'interno della comunità-target per mezzo di una strategia di comunicazione specifica che coinvolga i mezzi di informazione a livello locale, regionale e nazionale e divulghi i vantaggi dell'approccio di promozione della salute adottato. La comunità sarà messa al corrente della disponibilità del programma per mezzo di una strategia di comunicazione concordata con le associazioni professionali e i Comuni, e tutti i pazienti coinvolti nel programma riceveranno un'informazione completa sui possibili vantaggi derivanti dalla partecipazione al programma messo in atto dai medici generici. Una campagna preventiva nazionale sull'alcol e l'alcolismo potrebbe essere lanciata di

and all the clients involved into the programme will receive a complete information on the possible advantages arising from the participation to the programme performed in the GPs bodies. A National preventive campaign on alcohol will be launched together with the start of the strategy; this will be made possible according to the institutional role of the Istituto Superiore di Sanità actually involved and collaborating in the planning of the forthcoming National Campaign (year 2005) funded and realized by the Ministry of Health. To improve the dissemination of information on alcohol prevention to the population as well as to inform health professionals on the services available at the local level, the Ministry of Health funded to the Istituto Superiore di Sanità the setting of a free phone line (Telefono Verde Alcol 800 63 2000). Furthermore a series of meeting could be arranged involving all the possible stakeholders at the local level; in this filed Italy has since 2002 organized the Alcohol Prevention Day in April, actually promoted by the Italian Society of Alcoholology (SIA) and the Italian Club of Alcoholics and Treatment (AICAT) as a yearly occasion to spread alcohol-related health aimed at the reduction of alcohol-related harm (see specific web-pages for full description: <http://www.iss.it/sitp/ofad/alco/down.html>, <http://www.dfc.unifi.it/sia/mese-prevenzione/aprile2004.htm>, <http://www.aicat.net/Attualita.htm>, <http://www.alcolonline.org/alcolday.html>).

The Alcohol Prevention day has been acknowledged by the Ministry of Health, by the Presidenza del Consiglio (First Minister Office), many of the Ministries of the Italian Government and by all of the Italian Regions as well as the Association of the Italian Municipalities (ANCI) and is supported by many association such as ANPAS and Alcoholic Anonymous.

* * * * *

pari passo all'avvio della strategia; questo sarà possibile in sintonia con il ruolo istituzionale dell'Istituto superiore di sanità attualmente coinvolto nelle attività di comunicazione specifiche e mandatario della pianificazione della prossima campagna nazionale (anno 2006) finanziata e dal Ministro della Salute. Per migliorare la diffusione dell'informazione sulla prevenzione dell'alcolismo nella popolazione e per informare gli operatori professionali sanitari sui servizi disponibili a livello locale, il Ministro della Salute ha già finanziato all'Istituto superiore di sanità l'attivazione di una linea telefonica gratuita (Telefono verde alcol 800 63 2000). Inoltre potrebbero essere organizzati una serie di incontri che coinvolgano tutti i possibili *stakeholder* a livello locale; in questo campo l'Italia ha organizzato dal 2002 l'*Alcohol Prevention Day* nel mese di aprile, attualmente promosso dalla Società di alcolologia (SIA) e dall'Associazione italiana dei club degli alcolisti in trattamento (AICAT), come occasione annuale per diffondere la salute alcolcorrelata finalizzata alla riduzione dei danni alcolcorrelati (si vedano le pagine web specifiche per una descrizione completa: <http://www.iss.it/sitp/ofad/alco/down.html>, <http://www.dfc.unifi.it/sia/mese-prevenzione/aprile2004.htm>, <http://www.aicat.net/Attualita.htm>, <http://www.alcolonline.org/alcolday.html>).

L'*Alcohol Prevention Day* è stato riconosciuto dal Ministro della Salute, dalla Presidenza del Consiglio (Ufficio del Primo ministro), da molti Ministeri del Governo italiano e da tutte le Regioni italiane, nonché dall'Associazione nazionale Comuni d'Italia (ANCI), ed è sostenuto da molte associazioni come ANPAS, EURO CARE e Alcolisti Anonimi.

7. Obiettivi di ricerca

Identificazione dei futuri obiettivi di ricerca

La possibilità di migliorare la capacità di gestione dei problemi alcolcorrelati sembra trarre nuova forza dall'esperienza sopra descritta. L'esperienza italiana è stata estremamente importante per focalizzare la necessità di strumenti e metodologie standard e lo sviluppo delle capacità locali di coinvolgere tutti i possibili *stakeholder* in una strategia territoriale che non può essere limitata alle strutture del Servizio sanitario di base. La necessità di un approccio ai problemi alcolcorrelati molto più strutturato, e la possibilità di implementare la diagnosi precoce dell'abuso di alcol nel lavoro quotidiano dei medici generici per mezzo di strumenti convalidati, sta diventando una priorità in termini di strategie di salute pubblica, sebbene debbano ancora essere superati molti ostacoli o pregiudizi, e fatti molti sforzi per affermare l'idea che la pratica comune non sarà appesantita da difficili procedure e test di *screening* e che il rapporto costi/benefici sarà più vantaggioso rispetto alla situazione attuale. La sensazione corrente e la percezione dei medici generici rispetto alla

7. Research needs

An identification of future research needs

The possibility to improve the capacity to deal with alcohol problem seems to receive new strength from the above reported experience. The Italian experience was extremely important to focus the attention on the need for standardised instruments and methodology and on the development of the local capacity to involve all the possible stakeholders into a community strategy that cannot be limited to the Primary Health Care settings. The need for a much more formalised approach on alcohol-related problems and diseases and the possibility to implement the early detection of alcohol abuse into the daily work of General practitioners by mean validated instruments has start to become a priority in terms of Public Health strategy even if many obstacles and prejudices have to be overcome and many efforts to be done to convince that the common practice will not be affected by difficult screening procedures test and that the cost-benefit ratio will be higher than today. The currently reported feelings and perception of GPs in facing the early detection and brief inter-

diagnosi precoce e all'intervento breve sull'abuso di alcol, chiaramente influenzata dal carico delle procedure pilota di sondaggio, non dovrebbe essere sottovalutata bensì presa in considerazione e valutata accuratamente insieme alle esperienze degli altri Paesi, per trovare una strada comune (e più facile) per creare su misura una strategia nuova ed efficace che possa contribuire a ridurre i rischi e i danni dell'alcol. In base a ciò, la necessità di un buon modello di formazione degli operatori professionali coinvolti nella strategia preventiva appare prioritaria insieme a uno sforzo maggiore per introdurre uno standard comune di intervento breve e di successiva valutazione. L'adattamento nazionale dell'EIBI sarà la sfida dei prossimi anni, insieme alla necessità di implementare metodologie e approcci specifici alla diagnosi precoce e ai conseguenti interventi, finalizzati alla prevenzione dell'alcoldipendenza. È necessario fare un'osservazione generale sull'opportunità di sviluppare e implementare a livello dell'intera popolazione e di tutti gli individui che risultino negativi al questionario AUDIT previsto dal modello EIBI una strategia di comunicazione per la prevenzione, finalizzata non solo alla riduzione dei danni alcolcorrelati ma anche ad accrescere la consapevolezza dell'aumento del rischio (in particolare tra i giovanissimi) legato a stili di vita non salutari, laddove l'alcol, il fumo, le abitudini alimentari sbagliate o l'insufficiente attività fisica sono diventati i problemi di salute più diffusi in tutta la popolazione. In termini di implementazione della strategia EIBI, le esperienze già condotte negli ultimi anni sollecitano l'esigenza di considerare attentamente le necessità dei medici di medicina generale e di renderle compatibili con quelle relative all'adattamento nazionale dell'AUDIT nelle attività di prevenzione nei contesti e nelle strutture del Servizio sanitario italiano di assistenza primaria⁴.

Osservando la carenza di risultati relativi ad attività di ricerca specifiche o esperienze in atto a livello nazionale, sarà funzionale alla diffusione e alla piena implementazione dell'adattamento nazionale dell'approccio EIBI supportare e svilup-

vention for alcohol abuse, clearly influenced by the burden of the pilot testing procedures, should not be underestimated but taken into account and accurately evaluated together with the other Countries experiences to try to find a common (and easiest) way to tailor new and effective strategy that could help in reduce alcohol risk and harm. According to this the need for a good model of training for the Professionals involved in the preventive strategy seems to be a priority together with a major effort to introduce a common standard of brief intervention and consequent evaluation. The Country adaptation of the EIBI will be a challenge for the forthcoming years together with the need to implement methodologies and specific approaches on early detection and consequent interventions aimed at preventing people becoming alcohol dependent.

A general remark have to be made on the opportunity to develop and implement at the general population level and for all of the individuals negative at the AUDIT questionnaire a communication strategy for the prevention to be oriented not only at reducing alcohol harm but at increasing the awareness of the increased risk (particularly among youngsters) of an unhealthy lifestyle where alcohol, but more often smoking, inappropriate dietary habits or low levels of physical activities are becoming to represent the most common figures all over the population.

In terms of implementation of the EIBI strategy the past experience ask for a careful reading of the needs of the GPs particularly those related to the adaptation of the AUDIT in the Italian Primary Health Care Settings⁴.

Looking at the gaps of current research outcome it will be instrumental to the spreading and full implementation of the EIBI Country adapted approach the support and the development of projects aimed at the evaluation of the influence of the early detection and brief intervention of alcohol abuse within

⁴ a) G. Bartoli, V. Patussi, A. Rossi, E. Scafato, *Abuso di alcool e prevenzione: la ricerca "Drinkless"*, Rivista SIMG, 4 (2001). http://www.simg.it/servizi/servizi_riviste2001/numero4/3.htm
 b) S. Polvani, G. Bartoli, V. Patussi, U. Bartoli, F. Marcomini, E. Scafato, *L'opinione dei medici di base sulla prevenzione delle problematiche alcolcorrelate. Il Progetto "Drink Less": uno studio collaborativo dell'Organizzazione mondiale della sanità*, Bollettino per le farmacotossicodipendenze e l'alcolismo, XXIII, 1 (2000). http://www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin_it/2000-1/art11.html
 c) V. Patussi, G. Bartoli, F. Focardi, E. Ragazzo, F. Marcomini, F. Muscas, R. Russo, P. Zuccaro, Scafato, *L'integrazione delle attività di prevenzione alcol-correlata nei setting di medicina generale: l'esperienza ed i risultati del progetto dell'OMS Drinkless in Italia*, Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo, XXVI, 4 (2003), pp. 17-25. http://www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin_it/2003-4/pag%20%203%2042003.pdf

⁴ a) G. Bartoli, V. Patussi, A. Rossi, E. Scafato, *Abuso di alcool e prevenzione: la ricerca "Drinkless"*, Rivista SIMG, 4 (2001). http://www.simg.it/servizi/servizi_riviste2001/numero4/3.htm
 b) S. Polvani, G. Bartoli, V. Patussi, U. Bartoli, F. Marcomini, E. Scafato, *L'opinione dei medici di base sulla prevenzione delle problematiche alcolcorrelate. Il Progetto "Drink Less": uno studio collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*, Bollettino per le Farmacotossicodipendenze e l'alcolismo, XXIII (1), 2000. http://www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin_it/2000-1/art11.html
 c) V. Patussi, G. Bartoli, F. Focardi, E. Ragazzo, F. Marcomini, F. Muscas, R. Russo, P. Zuccaro, E. Scafato, *L'integrazione delle attività di prevenzione alcol-correlata nei setting di medicina generale: l'esperienza ed i risultati del progetto, WHO Drinkless in Italia*, Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, XXVI (4), 2003: 17-25. http://www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin_it/2003-4/pag%20%203%2042003.pdf

pare progetti volti alla valutazione dell'influenza della diagnosi precoce e dell'intervento breve sull'abuso di alcol in tutta la popolazione per diminuire i danni e i rischi alcolcorrelati, così come alla valutazione dell'efficacia del ruolo dei medici generici e degli operatori professionali del servizio sanitario di base nella comunità, a livello regionale e nazionale. Ricerche, studi, rilevazioni statistiche e progetti specifici dovrebbero essere finalizzati a:

- studi epidemiologici (determinanti dei modelli di consumo dell'alcol e dei rischi alcolcorrelati) in particolare sui giovani che spesso non si rivolgono mai ai servizi sanitari di base, e allargando l'approccio EIBI concentrandosi su ambienti particolari come scuole, luoghi di lavoro, ospedali;
- valutazione qualitativa dell'impatto complessivo dei programmi di promozione della salute (concentrarsi su gruppi con pazienti e persone-chiave della comunità; valutare l'interazione tra operatori sanitari e i loro pazienti);
- costruire una modalità di comunicazione specifica sull'alcol e valutare dati di *follow-up* periodici, come base di partenza per supportare la promozione di successivi studi preventivi da svolgere al livello delle strutture sanitarie di base;
- studi sul livello di soddisfazione dei pazienti e dei medici generici.

Infine sussiste la necessità di offrire a chi elabora le politiche, agli operatori professionali e ai cittadini un sistema strutturato di monitoraggio del problema alcol che consenta di migliorare la capacità di affrontare i problemi alcolcorrelati; ciò è reso particolarmente indispensabile dall'esigenza di monitorare lo stato di salute e i danni alcolcorrelati sui soggetti più vulnerabili della popolazione, come i giovani, le donne e gli anziani, nonché di rendere più sicuri alcuni contesti come la guida, i luoghi di lavoro e gli ambienti dell'educazione e dell'intrattenimento (Scuole, Università, bar, discoteche, luoghi dove si svolgono eventi sportivi ecc.) come, peraltro, già sollecitato dall'art.3 della legge 125/2001.

La speranza è che la strategia sin qui delineata abbia il risultato finale di liberare il potenziale dei medici di medicina generale e quello di tutti i professionisti del settore sanitario di base e di prevenzione primaria, stimolando il coinvolgimento di tutti i partner della salute pubblica nel lavoro comune di costruzione di una società più sana e per incrementare i livelli di benessere e di salute nella popolazione italiana.

Appendice

Gruppo italiano PHEPA

Ente coordinatore: Istituto superiore di sanità (ISS), Roma
Coordinamento del Gruppo nazionale:

ISS: Emanuele Scafato, Istituto superiore di sanità (ISS), WHO (OMS) C. C. for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Health Problems, Osservatorio Nazionale alcol,

the general population in decreasing the alcohol related harm and risk as well as about the evaluation of the effectiveness of GPs and PHC professionals role in the community, regional and national levels. Specific researches, studies, surveys and projects should be devoted to:

- *epidemiological studies (determinants of alcohol patterns of consumption and harms due to alcohol) particularly on young people often never utilising PHC services and widening the EIBI approach focussing on peculiar settings such as schools, working places, hospitals;*
- *qualitative evaluation of the overall impact of health promoting programmes (focus groups with clients and with key persons in the community; evaluation of the interaction between health professionals and their clients);*
- *alcohol and communication skill training and periodical follow up evaluation, as a start to support the promotion of further preventive studies at the PHC level;*
- *studies on the level of satisfaction of the clients as well as of the GPs.*

Finally, there is the need to provide policy makers, health professional and citizens with a formal monitoring system on alcohol allowing and improving the capacity to deal with alcohol problem; this is particularly felt taking into account the need to monitor health status and alcohol related-harm for the most vulnerable targets of population such as young people, women and the elderly as well as some contexts such as drink-driving, workplaces and educational and recreational sites (schools, universities, pubs, discos, sport event places etc.).

The strategy so far outlined would have hopefully the final result to free the potential of the GPs as well as of the PHC professionals and to stimulate the involvement of all the public health partners and stakeholders to contribute to a healthier society and an increase in the Italian population wellness and well being.

Appendix

PHEPA Italian Team

Coordinating body: Istituto superiore di sanità (ISS), Rome
National Team's coordinator:

ISS: Emanuele Scafato, Istituto superiore di sanità (ISS), WHO C. C. for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Health Problems, Osservatorio Nazionale Alcol Os-

CNESPS, OssFAD, Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Rome, Italy

Composizione del Gruppo nazionale:

Allaman Allamani e Gabriele Bardazzi, Centro alcologico, Azienda sanitaria di Firenze, Servizio sanitario nazionale; Centro alcologico Regione Toscana, Pierluigi Struzzo, Servizio sanitario nazionale, Rete regionale delle Città Sane, Udine, Franco Marcomini, Dipartimento delle dipendenze, Unità alcologia, Padova, Tiziana Codenotti, EURO CARE Italia Association, Padova, Valentino Patussi, Centro di ricerca per gli studi alcologici, Firenze, Alessandro Rossi, Società italiana dei medici generici (SIMG), Area dipendenze e abuso di sostanze, Rosaria Russo, Istituto superiore di sanità

Composizione dell'intero gruppo di lavoro cooperante con il Gruppo nazionale

E. Scafato (ISS), R. Russo (ISS), F. Cicogna (Ministero della Salute), A. Rossi (SIMG), G. Farchi (ISS), D. Greco (ISS), C. Gandin (ISS), L. Di Pasquale (ISS), L. Galluzzo (ISS), R. Scipione (ISS), E. Chessa (ISS), S. Mariotti (ISS), S. Ghirini (ISS), N. Parisi (ISS), the OssFAD Working Group and the ISS Telefono verde Working Group (ISS), A. Allamani, G. Bardazzi Centro alcologico, Azienda sanitaria di Firenze, Sistema sanitario nazionale; Centro alcologico Regione Toscana, V. Boscherini, Cooperativa medica "Leonardo", Firenze; F. Cipriani, Unità epidemiologica, Azienda sanitaria Regione Toscana; R. Brunetti, Unità educativa sulla salute, Azienda sanitaria di Firenze, I. Basetti Sani, A. Centurioni, Centro alcologico, Azienda sanitaria di Firenze; P. Ammannati, Unità dietetica, Azienda sanitaria di Firenze; F. Voller, Azienda sanitaria Regione Toscana; A. Orsetti, P. Trotta, Addiction Department, Azienda sanitaria di Firenze; L. Seriacopi, Sistema di educazione scolastica, Firenze; E. Forni, Istituto Politecnico, Torino; E.R. Martini, ASSCOM, Milano; P. Struzzo Servizio sanitario nazionale, Rete regionale delle Città Sane, Udine; V. Patussi, Centro di alcologia e nutrizione, Università di Firenze; Centro alcologico Regione Toscana, B. Gianmoena, Università di Udine; Mario Casini, Distretto dell'Azienda di servizi sanitari; Romano Paduano, Società italiana di medicina generica; F. Marcomini, Dipartimento dipendenze, Unità alcologica, Padova; T. Codenotti, Ass. EURO CARE Italia, Padova; L. Mezzani, Centro di ricerca per gli studi di alcologia, Firenze; O. Bazzani, Centro di ricerca per gli studi di alcologia, Firenze; M. Cecchi, Dipartimento dipendenze, Azienda sanitaria di Firenze; G. Guidoni, Dipartimento dipendenze, Azienda sanitaria di Firenze; S. Polvani, Ufficio epidemiologico, Dipartimento dipendenze, Azienda sanitaria di Firenze; F. Muscas, Cooperativa medica MEDICOOP Sesto Fiorentino, Firenze; V. Cerrato, Ass. EURO CARE Italia, Padova; L. Nadir, Ass. EURO CARE Italia, Padova, E. Pattarino, Società italiana dei medici generici (SIMG).

servatorio Fumo Alcol e Droga – OssFAD, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Rome, Italy

National Team's composition:

Allaman Allamani and Gabriele Bardazzi, Centro Alcologico, Florence Health Agency, NHS; Centro Alcologico Regione Toscana, Pierluigi Struzzo, N.H.S., Regional Network of the Healthy Cities, Udine, Franco Marcomini, Addiction Department, Alcohol Unit, Padova, Tiziana Codenotti, EURO CARE Italia Association, Padova, Valentino Patussi, Research Centre for Alcohol Studies, Florence, Alessandro Rossi, Italian Society of GPs (SIMG), Addiction and Abuse substances Area, Rosaria Russo, Istituto Superiore di Sanità

National Team's collaborative full Working group composition

E. Scafato (ISS), R. Russo (ISS), P.G. Zuccaro (ISS), F. Cicogna (Ministry of Health), A. Rossi (SIMG), G. Farchi (ISS), D. Greco (ISS), C. Gandin (ISS), L. Di Pasquale (ISS), L. Galluzzo (ISS), R. Scipione (ISS), E. Chessa (ISS), S. Mariotti (ISS), S. Ghirini (ISS), N. Parisi (ISS), the OssFAD and the ISS Telefono Verde Working Group (ISS), A. Allamani, G. Bardazzi Centro Alcologico, Florence Health Agency, NHS; Centro Alcologico Regione Toscana, V. Boscherini, Cooperativa Medica "Leonardo", Florence; F. Cipriani, Epidemiology Unit, Regione Toscana Health Agency; R. Brunetti, Health Education Unit, Florence Health Agency, I. Basetti Sani, A. Centurioni, Centro Alcologico, FHA; P. Ammannati, Dietetic Unit, Florence Health Agency; F. Voller, Regione Toscana Health Agency; A. Orsetti, P. Trotta, Addiction Department, FHA; L. Seriacopi, School Educational System, Florence; E. Forni, Polytechnic Institute, Turin; E. R. Martini, ASSCOM, Milan; P. Struzzo N.H.S., Regional Network of the Healthy Cities, Udine; V. Patussi Centro di Alcologia e Nutrizione, University of Florence; Centro Alcologico Regione Toscana, B. Gianmoena, University of Udine, Mario Casini - District of Health Services Company (HSC), Dr Romano Paduano - Italian Society of General Medicine., F. Marcomini, Addiction Department, Alcohol Unit, Padova, T. Codenotti, EURO CARE Italia Association, Padova, L. Mezzani, Research Centre for Alcohol Studies, Florence, O. Bazzani, Research Centre for Alcohol Studies, Florence, M. Cecchi, Addiction Department, Florence Health Agency, G. Guidoni, Addiction Department, Florence Health Agency, S. Polvani, Epidemiological Office, Addiction Department, Florence Health Agency, F. Muscas, Cooperativa Medica MEDICOOP Sesto Fiorentino, Florence, V. Cerrato, Ass. EURO CARE Italia, Padova, L. Nadir, Ass. EURO CARE Italia, Padova, E. Pattarino, Italian Society of GPs (SIMG).

Bibliografia Bibliography

- Alcohol policies in Europe, in *Alcohol in the European Region - Consumption, harm and policies*, Rehn N. and the National Counterparts of European Alcohol Action Plan, Chapter 5, pp. 43-76 (contributors list: p. 96) World Health Organization, Europe, 2001. (<http://www.youngalcohol.who.dk/PDFdocs>)
- Alcohol-less is better, Report of the WHO European Conference Health, Society and Alcohol, Paris, 12-14 December, 1995, World Health Organization, Regional Publications, European Series, n. 70 (1996).
- Alcol, aspetti economici, sociali, medici, psicologici (1982), Atti della Regione Toscana, Firenze.
- Allamani A., Basetti Sani I., Voller F., Cipriani F., Ammannati P., Centurioni A. (2003), Experiences from a community alcohol action research in Scandicci, Florence, *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, English supplement*, vol. 20: 105-9 (riferisce del progetto comunità realizzato a Scandicci dal 1999).
- Allamani A., Centurioni A. (2000), Training of General Practitioners and other Primary Health Care Professionals as part of a Community Project in a district in Florence, Italy, *Alcologia*, XII (1): 31-6.
- Allamani A., Cipriani F., Gordon D.R., Innocenti S., Pennati P., Morettoni A. (1995), Alcohol drinking patterns and work areas in Florence, Italy: teachers and craftsmen, *Addiction Research*, 3: 135-40.
- Allamani A., Cipriani F., Innocenti S., Lomuto C., Marchi M. (1988), Alcohol drinking patterns and work areas: epidemiological study of factory and rural workers in Florence, Italy, *British Journal of Addiction*, 83: 1169-78.
- Allamani A., Cipriani F., Voller F., Rossi D., Anav S., Karlsson T., Östenberg E. (2002), Italy, in E. Östenberg, T. Karlsson (eds.), *Alcohol Policies in EU Member States and Norway*, National Research and Development Centre for Welfare and Health STAKES, Finland (descrizione dell'Italia secondo il progetto ECAS).
- Allamani A., Forni E., Ammannati P.A., Basetti Sani I., Centurioni A. (2000), Alcohol carousel and children's school drawings as part of a community educational strategy, *Substance Use and Misuse*, 35: 125-39.
- Bartoli G., Focardi F., Ragazzo E., Muscas F., Patussi V. (2001), L'intervento breve sui rischi legati al consumo di alcol da parte del MMG: l'esperienza del progetto Drinkless, *Abstract in Alcologia*, suppl. vol. XIII (2), maggio-agosto 2001: 175.
- Bartoli G., Patussi V., Muscas F., Rossi A. (2001), Brief intervention in PHC for risky drinking: what is feasible for GPs?, *Abstract in Book of Abstracts Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine, WONCA Region Europe, Tampere, Finland, 3-7 June 2001*, pp. 52-3.
- Bartoli G., Patussi V., Rossi A., Scafato E. (2001), Abuso di alcol e prevenzione: la ricerca "Drinkless", *Rivista SIMG*, 4. http://www.simg.it/servizi/servizi_riviste2001/numero4/3.htm
- Bartoli G., Patussi V., Rossi A., Scafato E. (2001), Abuso di alcol e prevenzione: la ricerca Drinkless, *SIMG Rivista di politica professionale della medicina generale*, 4: 9-12.
- Bartoli G., Polvani S., Patussi V. (2000), La prevenzione delle problematiche Alcolcorrelate e il Medico di Medicina Generale: il Progetto Drink-Less, *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*, XXIII (1): 75-82.
- Bartoli G., Polvani S., Patussi V., Bartoli U., Marcomini F. (2000), Risultati della Ricerca Drinkless, *Abstract in Alcologia*, suppl. vol. XII (2), maggio-agosto 2000: 131-3.
- Communication from the Commission on the health strategy of the European Community [COM(2000)285 final].
- Community action to prevent alcohol problems, WHO Euro Office. 1999 EUR/ICP/LVNG 030301(A).
- Conclusions of 13/11/1996 of the Council and the Ministers for Health, *Official Journal* n. C336, 19/12/1992, p. 2.
- Conclusions of 13/11/1996 of the Council and the Ministers of Education, *Official Journal* n. C336, 19/12/1992, p. 8.
- Council Recommendation "Drinking of alcohol by children and adolescents" (COM(2000)736 final).
- Decision n. 645/96/EC of the European Parliament and of the Council of 29/03/1996. *Official Journal* n. 095, 16/06/1996.
- Design for a set of European Community Health Indicator, Report by the ECHI Project, Integrated approach to establishing European Community Health indicator. Health Monitoring Programme - European Commission, Public Health and Safety at work. Directorate, DGV/F-Luxembourg (http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/library/tenders/call26_9_en.pdf)
- European Alcohol Action Plan - Third Phase, WHO Regional Committee Resolution EUR/RC49/R8 1999.
- Farchi G., Scafato E., Greco D., Buratti E. (1999), Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: obiettivi di salute e politiche regionali, in *La salute in Italia 1999*, Ediesse.
- Global status report, Alcohol Policy, WHO 2004, Geneva.
- Greco D., Farchi G., Scafato E. (2000), Lezioni di Piano: obiettivi di salute, *Politiche sanitarie*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1 (3): 161-2.
- Health for all indicators for monitoring and evaluation of Health 21, WHO Regional Committee Resolution EUR/RC49/R10 1999.
- Legge 30 marzo 2001, n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati", *G.U.* 18 Aprile 2001, n. 90.
- Maillart V., Allamani A., Marchi M.R., Milo D. (eds.) (1992), La Comunicazione Terapeutica per le professioni di salute (Therapeutic Communication for Health Professions), Regione Toscana, Firenze.
- Patussi V., Bartoli G., Focardi F., Ragazzo E., Marcomini F., Muscas F., Russo R., Zuccaro P., Scafato E. (2003), L'integrazione delle attività di prevenzione alcol-correlata nei setting di medicina generale: l'esperienza ed i risultati del progetto WHO Drink-less in Italia, *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*, XXVI (4): 17-25.
- Patussi V., Bartoli G., Polvani S., Engelman K. (2000), Public services and the Community Resources for Alcohol Related Problems in Italy, *Alcoholism. Journal on alcoholism and related addictions*, XXXVI (2), Zagreb 2000: 139-51.
- Patussi V., Bartoli G., Ragazzo E., Focardi F., Polvani S. (1999), Progetto di Comunità per la prevenzione delle problematiche alcolcorrelate e la promozione della salute, *Abstract in Alcologia*, suppl. vol. XI (2), maggio-agosto 1999: 106-7.

Patussi V., Mezzani L., Scafato E. (accepted 2004 - in press), An overview of pathologies occurring in alcohol abusers, in *Comprehensive Handbook of Alcohol Related Pathology*, Elsevier, vol. 1, chapter 21st, pp. 255-62.

Patussi V., Scafato E. (2002), L'alcol come strumento preventivo? Esiste un bere moderato?, *Rivista Società Italiana di Medicina Generale SIMG*, 2/3: 14-5.

Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (National Health Plan), Ministero della Sanità, Roma 2003.

Polvani S., Bartoli G., Patussi V., Bartoli U., Marcomini F., Scafato E. (2000), L'opinione dei medici di base sulla prevenzione delle problematiche alcolcorrelate. Il progetto "Drink Less": uno studio collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, *Bollettino per le dipendenze e l'alcolismo*, UNICRI-Ministero della Sanità, 1 (XXIII): 75-82.

Polvani S., Bartoli G., Patussi V., Bartoli U., Marcomini F., Scafato E. (2000), The Opinion of General Practitioners on the Prevention of Alcohol-related Problems: The Drink Less Project. A World Health Organization Study, *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*, XXIII (1) <http://www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin/2000-1e/art3.html>

Scafato E. (1998), Alcol: prospettive di sanità e salute pubblica per il Duemila, *Alcologia - European Journal of Alcohol Studies*, X (suppl. 1-2): 14.

Scafato E. (1998), La riduzione dell'esposizione all'alcol come fattore di rischio: il razionale dell'intervento proposto dagli obiettivi di salute del Piano sanitario nazionale 1998-2000, *Alcologia - European Journal of Alcohol studies*, X (suppl. 1-2): 20.

Scafato E. (1998), La sanità del Duemila. L'Italia e lo standard europeo, *Salute e Territorio*, XIX (6): 225-31.

Scafato E. (1999), Gli strumenti di promozione della salute in Italia, *Salute e Territorio*, Monografia "Le Strategie per il Terzo Millennio", a cura di E. Scafato, XX (114): 113-5.

Scafato E. (1999), Le strategie per il Terzo Millennio. Il Progetto "Health 21", *Salute e Territorio*, Monografia "Le Strategie per il Terzo Millennio", a cura di E. Scafato, XX (114): 94-102.

Scafato E. (2000), La identificazione di nuovi obiettivi di salute e di nuove politiche rivolte alla prevenzione dei rischi alcol-correlati dei giovani in Europa, *Alcologia, European Journal on Alcohol Studies*, 1: 2-11.

Scafato E. (2000), Lo stato di salute in Italia, *Salute e Territorio*, XXI (120): 84-8.

Scafato E. (2000), Setting new health targets and policies to prevent alcohol-related risks in young people, *Alcologia, European Journal on Alcohol Studies*, 1: 3-12.

Scafato E. (2001), Alcohol as a health target in public policy: the Italian perspective, February 2001, *International Ministerial Conference on Young People and Alcohol*, WHO EUR/00/5020274/01681.

Scafato E. (2001), Alcohol as a part of regional, Italian and European healthcare plans. The rationale behind the goal-oriented evidence-based preventive approach, *Alcologia, European Journal on Alcohol Studies*, 1: 3-10.

Scafato E. (2001), Alcohol as a part of Regional, Italian and European healthcare plans, *Alcologia, European Journal on Alcohol studies*, 13 (1): 3-10.

Scafato E. (2001), Alcohol as part of regional, Italian and European healthcare plans. The rationale behind the goal-oriented, evidence-based preventive approach, *Alcologia (Bologna)* 13(1): 3-10.

Scafato E. (2001), L'alcol nella programmazione sanitaria europea, italiana e regionale. Il razionale dell'approccio preventivo per obiettivi e strategie basate sull'evidenza, *Alcologia, European Journal on Alcohol studies*, suppl. 13 (1): 5-16.

Scafato E. (2003) Epidemiologia alcolologica, in *Cerbini C., Biagianni C., Travaglini M., Dimauro P.E. (eds.)*, *Alcologia oggi. Nuove tendenze tra clinica ed ecologia*, FrancoAngeli, Milano 2003, pp. 13-7.

Scafato E. (2003), Commento a: Abitudini alcoliche nei futuri operatori sanitari, *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* 16(2): iv.

Scafato E. (2004), Epidemiologia dell'alcol e mondo femminile, *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, vol. 40, n. 1, pp. 25-34.

Scafato E., Cicogna, F. (1998), I consumi alcolici in Italia ed Europa e l'intervento previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 nel quadro dell'obiettivo n. 17 del Progetto O.M.S. "Health for All", *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo*, XXI (1): 11-20.

Scafato E., Cicogna, F. (1998), The implementation of European Alcohol Action Plan. Italian perspective on alcohol issues for the twenty-first century, *Alcologia - European Journal of Alcohol studies*, X (1-2): 72-4.

Scafato E., Farchi G. (1999), Alcol e malattie cardiovascolari, in *Dipendenze. Manuale teorico-pratico per operatori*, Carocci Editore.

Scafato E., Patussi V., Ghirini S., Russo R., Mattioli D., Carosi G., Di Pasquale L. e il Gruppo di lavoro OssFAD (2004), Alcohol Prevention day 2004. L'analisi dell'Osservatorio nazionale Alcol-OssFAD sui consumi in Italia, *Not Ist Super Sanità* 17 (5): 11-15.

Scafato E., Robledo de Dios, T. (1998), Alcopops and under-age drinkers: a new front in the fight against alcohol-related risks for the young?, *Alcologia - European Journal of Alcohol studies*, X (1-2): 5-9.

Scafato E., Russo R., Gandin C., Zuccaro P. (2003), La dimensione europea dell'alcolismo, *Salute e Territorio*, XXIV (141): 322-8.

Scafato E., Zuccaro P., Russo R., Bartoli G. (2001), Alcohol, Health and policy: the Italian perspective, *Alcologia, European Journal on Alcohol studies*, 13 (2): 61-5.

Smoking, drinking and drug taking in the European Region, WHO Euro Office, 1997.

Struzzo P. (1999), Problemi alcool-correlati. Dalla terapia all'assistenza sanitaria primaria. L'esperienza di Udine "Città Sana", *Recenti Progressi in Medicina*, vol. 90, n. 2, Febbraio 1999, pp. 1-4.

Struzzo P. et al. (2001), EU Commission Inco-Copernicus Programme, Final Report of the E. C. A. To. D. project (Exchange of methodology between European Union Countries - NIS and CCE, to define essentials of European Community Actions supporting primary health care action against Tobacco consumption and hazardous Drinking (Italy annex) (PL 973051).

Struzzo P., Gianmoena B., Kodiljia R. *The attitude and knowledge of Italian family doctors in respect to early identification and brief intervention on alcohol & tobacco: a controlled study. General Practice online* September 2003.

Acknowledgements

Si ringrazia per la collaborazione Laura Mezzani, Tiziana Codenotti e Rosaria Russo.

The clinical guidelines has been prepared by the authors on behalf of the Phepa network. The authors also wish to acknowledge the support and input in the document of the other partners and experts of the Phepa project.

MEMBERS OF THE PHEPA NETWORK

Partners

Rolande James Anderson - The Irish College of General Practitioners (Ireland)
Sverre Barfod - The Alcohol Group, Central Research Unit of General Practice (Denmark)
Preben Bendtsen - Department of Health and Society, Social Medicine and Public Health Science, Linköping University (Sweden)
Antoni Gual - Alcoholology Unit of the Hospital Clínic (Spain)
Nick Heather - School of Psychology & Sport Sciences, Northumbria University (England)
Annemarie Huiberts - Netherlands Institute of Health Promotion and Disease Prevention (Netherlands)
Philippe Michaud - Programme "Boire Moins c'est Mieux" (France)
Leo Pas - Scientific Society of Flemish General Practitioners (WVVH) (Belgium)
Cristina Ribeiro Gomes - Direção Geral da Saúde (Portugal)
Emanuele Scafato - Istituto Superiore di Sanità, Scientific Governmental Research Organization (Italy)
Kaija Seppä - University of Tampere, Medical School (Finland)
Michael Smolka - University of Heidelberg; Central Institute of Mental Health, Department of Addictive Behaviour and Addiction Medicine (Germany)

Observers

Alexander Kantchelov - National Centre for Addictions (Bulgaria)
Marko Kolsek - Department of Family Medicine (Slovenia)
Jerzy Mellibruda - State Agency for the Prevention of Alcohol Related Problems (Poland)
Eleonóra Sinéger - Hungarian Association of Addictologists (Hungary)
Hana Sovinova - National Institute of Public Health (Czech Republic)

Experts

Mauri Aalto - National Public Health Institute (Finland)
Peter Anderson - Public health consultant (United Kingdom)
Mats Berglund - University Hospital MAS (Sweden)
Joao Breda - Direção Geral da Saúde (Portugal)
Jonathan Chick - Royal Edinburgh Hospital (United Kingdom)
Joan Colom - Program on Substance Abuse, Health Department Government of Catalonia (Spain)
Bart Garmyn - Scientific Society of Flemish General Practitioners (WVVH) (Belgium)
Isidore S. Obot - Department of Mental Health and Substance Dependence (WHO)
Lidia Segura - Program on Substance Abuse, Health Department Government of Catalonia (Spain)