

**Progetto multicentrico nazionale di promozione della salute
su alcol e problemi alcolcorrelati**

“Alcol, meno è meglio”



Premessa

In tutto il Mondo nel recente WHO Global status Report on alcohol 2004 si stima che almeno 2 miliardi di persone consumano bevande alcoliche e che 76,3 milioni di persone presentano disagi alcolcorrelati diagnosticabili. Dal punto di vista della salute pubblica il carico di malattia dovuto al consumo di alcol in termini di mortalità e morbilità ha un peso considerevole nella maggior parte del mondo. L'alcol causa nel mondo 1,8 milioni di decessi (3,2% del totale dei decessi) e di questi gli incidenti non intenzionali ne rappresentano ben un terzo.

Nel mondo si verifica una perdita di 58,3 milioni (4% del totale) di anni di vita attiva (il 40% di questa perdita è dovuta alle sofferenze neuro-psichiatriche). Esiste una sicura relazione causale tra l'alcol e 60 tipi di malattie e problemi.

L'alcol è da sempre un grave problema delle nostre comunità. L'Europa è il continente con il più alto consumo pro-capite (2 volte rispetto alla media dei consumi mondiali). Circa 600.000 europei sono morti per l'alcol nel 2002 (6,3% di tutte le morti premature in quell'anno) e di questi ben 63.000 giovani tra 15-29 anni. In Europa l'alcol rappresenta la causa di ben il 10,8% del totale delle malattie. L'alcol è in Europa il terzo tra i più importanti fattori di rischio ed è preceduto solo dal fumo di tabacco e dall'ipertensione.

Secondo La FAO nel documento World drink trends del 2003 l'Italia è oggi al 36° posto nel mondo in una triste classifica che vede al primo posto l'Uganda seguita da Lussemburgo, repubblica Ceca, Irlanda, Moldavia, Francia etc.....**Quindi l'Italia con 9,4 L/alcol anidro procapite è ancora in una posizione di alto consumo rispetto alla media mondiale di 5,1 litri di alcol puro per persona.**

Nota positiva è che l'Italia nonostante ciò è uno dei Paesi Europei che hanno presentato un decremento costante dei consumi negli ultimi 30 anni (intorno a -30%). L'andamento recente (dati ISTAT 1998-2005) sembra però stabilizzato e non ci sono segnali di ulteriore calo. L'indagine multiscopo ISTAT 2005 **"Aspetti della vita quotidiana"** tra l'altro evidenzia invece un incremento in questi anni del numero di consumatori soprattutto tra le giovani donne nelle fasce 18-19 anni (dal 53,3% al 56,3%) e 20-24 anni (dal 57,6% al 60,4%). Tra le bevande alcoliche l'unico incremento significativo è quello della percentuale dei consumatori di aperitivi e superalcolici.

Nel 2005 tutte le persone al di sopra di 11 anni di età che hanno dichiarato di aver consumato *almeno una bevanda alcolica nell'anno* sono il 69,7% (36 milioni di persone) e tra queste 82,1% maschi e 58,1% femmine. Il consumo di alcol riguarda soprattutto gli adulti infatti la fascia di età con il maggior numero assoluto di consumatori è quella tra 45-54 anni (78%) con 89% tra i maschi e 66,9% tra le femmine. All'aumentare del titolo di studio aumenta la percentuale di consumatori e ciò avviene soprattutto tra le donne (46,1 di consumatrici tra le meno istruite e 73,8% tra le laureate. Dal punto di vista territoriale le regioni con il maggior numero % di consumatori sono in ordine Veneto (76,2%), Trentino-Alto Adige (75,4%), Emilia-Romagna (74,2%)

Per quanto riguarda le persone che *consumano giornalmente bevande alcoliche* esse rappresentano il 31% della popolazione sopra gli 11 anni.

La quota di consumatori di questo tipo ha un andamento crescente all'aumentare dell'età con un picco a 60-64 anni (46,4%; 65,9 tra gli uomini e 28% tra le donne). Il consumo quotidiano è più diffuso tra i pensionati, i lavoratori in proprio e le persone con la licenza elementare.

Dal punto di vista territoriale in questo caso le regioni con i tassi più alti sono Marche (38,2%), Liguria (36,8%) e Toscana (36,1%). Il consumo di bevande alcoliche in Unità Alcoliche pro-capite aumenta progressivamente con l'età. Il picco massimo è a 55-64 anni (il 15,7% degli uomini di 55-59 assume più di 3 unità alcoliche, mentre tra le donne 60-64 anni il 3,6 consuma oltre 2 unità di al-

col). Tra gli anziani 65-74 anni un maschio su 2 e una donna su 7 è sopra una unità alcolica al giorno (limite di rischio per gli anziani). Sopra i 75 anni la percentuale è del 40,2% per gli uomini e 10% per le donne.

Ma cosa sta succedendo nelle giovani generazioni:

Consumo fuori pasto: in questi anni si è attestato a circa il 7% della popolazione sopra 11 anni fino ad oltre 75 anni. Consumano fuori pasto più gli uomini delle donne e in particolare i giovani. La fascia di età dove i consumatori di alcolici hanno la percentuale più elevata è quella 20-24 anni cui segue quella 25-29 anni

Ubriacature (binge drinking): tra la popolazione sopra gli 11 anni anche in questo caso la fascia di età dove è più alta la percentuale delle persone che si sono ubriacate almeno una volta negli ultimi 12 mesi è quella 20-24 anni (con grande prevalenza di maschi).

Tra i minorenni questa percentuale è del 4,6% e a 18-19 anni raggiunge già il 14,6%.

Dopo i 25 anni queste percentuali decrescono progressivamente fino alle età più avanzate.

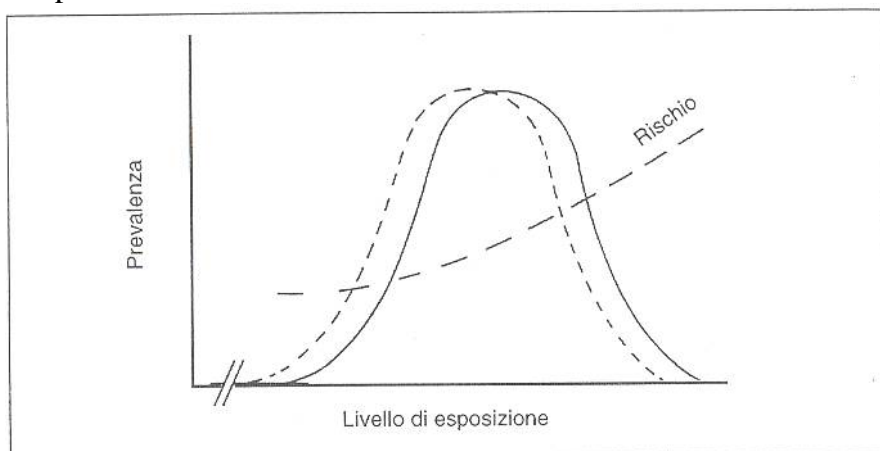
Minori a rischio: nella fascia 11-15 anni i minori che hanno dichiarato di aver bevuto almeno una volta nell'ultimo anno sono il 19,5% con minori differenze tra maschi e femmine. Tra questi adolescenti l'1% dichiara di consumare alcolici fuori pasto e il 2,3% si è ubriacato almeno una volta nell'anno precedente.

Tutto si incrementa nei giovani 16-17 anni ((8% beve quotidianamente, il 4,7% beve fuori pasto una volta la settimana, il 10,9% si è ubriacato almeno una volta nell'ultimo anno).

Genitori e rischio: recenti ricerche confermano che più i genitori consumano bevande alcoliche e più cresce la percentuale di ragazzi che consumano una qualsiasi quantità di alcolici. Ciò ci indica ancora una volta che i comportamenti giovanili sono fortemente legati e dipendenti dai comportamenti degli adulti che sono la categoria che più di ogni altra dovrebbe cominciare a mettersi in discussione su queste tematiche.

Che fare di fronte a tutto ciò?

Fin da 1992 l'OMS nel primo **“European Alcohol Action Plan”** ha sostenuto in termini scientifici e di programmazione territoriale **che il maggior numero di problemi alcolcorrelati proviene dai così detti bevitori moderati e che il numero dei consumatori ad alto rischio è direttamente proporzionale al consumo medio pro-capite della popolazione.** Si rendeva quindi necessario, già da allora, realizzare programmi per la riduzione generale dei consumi di bevande alcoliche, dal momento che anche la letteratura scientifica sosteneva e sostiene tuttora questo indirizzo. Un piccolo cambiamento individuale moltiplicato per un numero enorme di persone si trasforma in una più forte riduzione dei problemi rispetto ad un'approccio finalizzato solo al trattamento delle situazioni più gravi dal punto di vista socio-sanitario.



- Rappresentazione schematica della relazione fra il rischio di malattia e la distribuzione dei diversi livelli di esposizione ad una causa. La curva tratteggiata mostra la nuova (più bassa) distribuzione dell'esposizione dopo misure di controllo sull'insieme della popolazione.

Da J. Rose *“Le strategie della medicina preventiva”* 1996

Queste modalità operative sono state ulteriormente confermate da altri importanti documenti O.M.S. come “**Alcohol-less is better**” del 1995 in cui è stata pubblicata la **European Charter on Alcohol**, “**Health for all**” del 2000 , “**Declaration on young people and alcohol**” (Stoccolma 21/2/ 2001) e “**Framework on alcohol policy in the European Region**” (Bucharest 12-15 settembre 2005).

Particolarmente significativi i principi etici dell’European Charter on Alcohol:

- ✚ **Tutte le persone hanno diritto ad una vita familiare, lavorativa e sociale protetta da incidenti, violenze ed altre conseguenze negative legate al consumo di bevande alcoliche.**
- ✚ **Fin dall’età giovanile tutte le persone hanno diritto ad una informazione e ad una educazione corretta ed imparziale sulle conseguenze del consumo di bevande alcoliche sulla salute, la famiglia, la società.**
- ✚ **Tutti i bambini e gli adolescenti hanno diritto a crescere in un ambiente protetto dalle conseguenze negative legate al consumo di bevande alcoliche e, quanto più possibile, dalle spinte promozionali a favore delle bevande alcoliche.**
- ✚ **Tutte le persone che consumano bevande alcoliche in modo rischioso o dannoso e i membri delle loro famiglie hanno diritto a modalità di trattamento e di assistenza accessibili.**
- ✚ **Tutte le persone che non desiderano consumare bevande alcoliche o che non possono farlo per motivi di salute o per altre ragioni, hanno diritto ad essere salvaguardate dalle pressioni al bere bevande alcoliche e di essere supportate nel loro comportamento di non bere.**

Dal 1993 nella provincia di Cremona e successivamente nelle province di Trento, Brescia, Perugia Avezzano e Salerno si sono sviluppate iniziative basate su un approccio di comunità per la riduzione dei consumi locali che dal 1999 hanno assunto l’identità di un progetto nazionale definito “Alcol, meno è meglio”. E’ una rete operativa e valutativa nazionale sostenuta tecnicamente anche dall’Università “Bicocca di Milano.

Enti e Associazioni partecipanti al “Progetto”

1. Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati APCAT di Trento (segreteria e coordinamento organizzativo)
2. Comune di Perugia – Azienda Sanitaria n. 2 dell’Umbria, Perugia, Gruppo Operativo Alcologico Territoriale – Consorzio Auriga di Perugia (un quartiere di Perugia)
3. Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Cremona, Servizio per le Dipendenze, Settore di Alcologia – Consorzio dei Comuni di Vescovato, Gadesco Pieve Delmona, Grontardo, Pescarolo, Scandolara Ripa d’Oglio, Cappella dei Picenardi, Cicognolo; (Ass. BUSsola e APCAT)
4. Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Cremona, Servizio per le Dipendenze, Settore di Alcologia – Comune di Cremona (area di intervento: Cremona, quartiere ex Zaist) Ass. BUSsola e APCAT.
5. Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Cremona, Servizio per le Dipendenze, Settore di Alcologia (area di intervento: Comune di Casalmaggiore) Ass. BUSsola e APCAT
6. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Direzione Promozione ed Educazione alla Salute, Centro di Alcologia di Rovereto – Comune di Rovereto (area di intervento: un quartiere di Rovereto) ACAT Rovereto e Servizio di Alcologia di Rovereto.
7. Comuni di Castegnato, Gussago, Ospitaletto (Brescia)
8. Comune di Bastia Umbra – Consorzio Auriga di Perugia (area di intervento: Comune di Bastia Umbra)
9. Azienda Sanitaria Locale di Avezzano – Sulmona, Servizio Tossicodipendenze e Alcologia di Avezzano (area di intervento: un quartiere di Avezzano) Sert di Avezzano
10. Comuni di Olmeneta, Pozzaglio, Persichello, Corte de Frati – Associazione BUSsola – Apcat Cremona (area di intervento: i comuni sopra menzionati).
11. Comuni di Spinadesco, Grumello, Sesto e Uniti – Associazione BUSsola – Apcat Cremona (area di intervento: i comuni sopra menzionati).
12. Comuni di Storo, Bondo, Bondone, Brione, Bersona, Breguzzo, Castel Condino, Cimego, Condino, Daone, Lardaro, Praso, Prezzo, Pieve di Bono, Roncone, Tirano di Sotto – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Direzione Promozione ed Educazione alla Salute, Centro di Alcologia di Tione (area di intervento: i comuni sopra menzionati) APCAT Trento.
13. Comune di Salerno – Gruppo Logos Salerno (area di intervento: comuni della provincia di Salerno: Campora, Castesanlorenzo, Felitto, Laurino, Magliano Vetere, Monteforte Cilento, Piaggine, Sacco, Stio, Trentinara, Valle dell’ Angelo)

Comitato di Coordinamento(in ordine alfabetico)

1. Baseliçe Nello – Gruppo Logos di Salerno (area i intervento comuni della provincia di Salerno: Campora, Castesanlorenzo, Felitto, Laurino, Magliano Vetere, Monteforte Cilento, Piaggine, Sacco, Stio, Trentinara, Valle dell' Angelo)
2. Bazzoli Fabio – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Centro di Alcologia di Tione
3. Corioni Daniela- Comuni di Castegnato, Gussago, Ospitaletto
4. Cuni Roberto Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati A.P.C.A.T. - Trento (**segreteria e coordinamento organizzativo**)
5. Di Salvatore Adelmo – Azienda Sanitaria Locale di Avezzano - Sulmona, Servizio Tossicodipendenze e Alcologia di Avezzano
6. De Stefani Renzo –Sostenitore del comitato di Coordinamento
7. Lucantoni Simona - Comune di Bastia Umbra e Consorzio Auriga di Perugia
8. Matteucci Valeria– Azienda Sanitaria n. 2 dell' Umbria, Perugia, Gruppo Operativo Alcologico Territoriale
9. Pellegrini Luigino – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento, Centro di Alcologia di Rovereto
10. Sorini Emanuele – Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Cremona, Servizio per le Dipendenze, Nucleo Operativo di Alcologia (**coordinamento scientifico**)

Segreteria organizzativa

Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati

Piazza S. Maria Maggiore, 7 – 38100 Trento

Tel. 0461-273722/24 - fax 0461-985052

E mail: csdpa@iol.it

www.irsrs.tn.it/csdpa/index.html

Segreteria scientifica

Nucleo Operativo per l' Alcologia

SER.T. –ASL della provincia di Cremona

Via Postumia 23/G – 26100 Cremona

E-mail=sert.cremona@aslcremona.it

Tel. 0372/497566-497617

Nome del Progetto: “Alcol, meno è meglio”

Ambiti territoriali definiti

Da un minimo di 4-5 ad un massimo di 8-10

Popolazione di riferimento da un minimo di 7.000 a un massimo di 20.000 abitanti

Durata: 3 anni

rilevazione dei consumi 6 mesi

effettuazione attività 24 mesi

rilevazione consumi e valutazione 6 mesi

Periodo di realizzazione della ricerca

Giugno 1999 - dicembre 2006 (non tutte le realtà hanno dato il via al "Progetto" nello stesso periodo).

I progetti segnalati in azzurro sono ancora in corso.

Progetto Alcol, meno è meglio	
Città in cui si svolge il Progetto	Numero abitanti
Avezzano (un quartiere della città - in corso)	7.000
Bastia Umbra	17.000
Brescia (3 comuni della provincia: Castegnato, Gussago, Ospitaletto)	30.000
Casalmaggiore	13.500
Cremona (un quartiere della città)	11.000
Cremona (7 comuni della provincia: Vescovato, Gadesco Pieve Delmona, Grontardo, Pescarolo, Scandolara Ripa d'Oglio, Cappella dei Picenardi, Cicognolo)	9.300
Cremona (3 comuni della provincia: Spinadesco, Grumello, Sesto e Uniti)	6.200
Cremona (3 comuni della provincia: Olmeneta, Corte de Frati, Pozzaglio, Persichello)	6.200
Narni	7.000
Perugia (un quartiere della città)	13.000
Rovereto (un quartiere della città)	7.000
Salerno (comuni della provincia: Campora, Castellanlorenzo, Felitto, Laurino, Magliano Vetere, Monteforte Cilento, Piaggine, Sacco, Stio, Trentinara, Valle dell'Angelo) in corso	14.193
Trento (17 Comuni della Valle del Chiese)	13.000
	154.393

Azioni

Azioni di informazione e di educazione/sensibilizzazione sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati rivolte alla popolazione generale e ad alcuni target specifici

NB! Rispetto alle attività programmate e agli obiettivi percentuali previsti è tollerato tra i singoli ambiti uno scarto massimo del 10%.

Obiettivo generale

Produrre una riduzione dei consumi di alcol negli ambiti territoriali dove si svolge il “Progetto” secondo gli indirizzi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che considera la riduzione dei consumi di alcol un determinante di salute (1,2,3,4,5,6).

Obiettivi specifici

1. Informare sul “Progetto” almeno il 70% della popolazione residente negli ambiti territoriali dove questi si svolge.
2. Educare/sensibilizzare sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati attraverso attività strutturate almeno il 5% della popolazione residente negli ambiti territoriali dove si svolge il “Progetto”.

Metodologia

Approccio di comunità attraverso il lavoro di rete volto al coinvolgimento e alla corresponsabilizzazione della popolazione generale tramite i suoi leader e le sue organizzazioni formali e informali e di ogni persona raggiunta dal “Progetto”

Fasi

1. Rilevazione dei consumi negli ambiti territoriali del “Progetto” e in quelli di controllo
2. Mappatura delle risorse presenti nell'ambito territoriale e individuazione degli “attori” da coinvolgere nelle attività
3. Coinvolgimento attivo delle risorse individuate nella fase 2 per acquisirne il consenso e la partecipazione al “Progetto” e costituzione di un Comitato locale di coordinamento.
4. Elaborazione e attuazione delle attività informative e di educazione/sensibilizzazione (= azioni del progetto)
5. Rilevazione dei cambiamenti dei consumi negli ambiti territoriali del “Progetto” e in quelli di controllo.

Azioni

1. Azioni di informazione

Obiettivo specifico: informare sul “Progetto” almeno il 70% della popolazione residente negli ambiti territoriali dove questo si svolge, a partire dagli adolescenti oltre i 13 anni.

- a) invio all’inizio del “Progetto”, da parte dell’Amministrazione che lo promuove, della *Carta Europea sull’Alcol* e di una lettera di accompagnamento in cui si presenta il “Progetto” a tutte le famiglie residenti nell’ambito territoriale interessato
- b) predisposizione e distribuzione di materiale informativo cartaceo, di materiale video, di gadget, etc. per il tramite di quanto previsto al punto c) e delle azioni di educazione e di sensibilizzazione
- c) realizzazione di forme diverse di pubblicità dinamica che accompagneranno tutto il “Progetto” e che saranno utilizzate nei tempi e nei luoghi di maggiore fruibilità (mezzo mobile attrezzato, bollettini di quartiere e di parrocchia, animazione mirata, gazebo, etc.)
- d) organizzazione almeno 1 volta all’anno di feste analcoliche offerte a tutta la popolazione dell’ambito territoriale
- e) organizzazione almeno 2 volte all’anno di spettacoli culturali (teatro, cinema, marionette, etc.) offerte a tutta la popolazione dell’ambito territoriale e che, a prescindere dal contenuto, devono essere chiaramente ricondotte al “Progetto” e prevedere al termine un rinfresco analcolico

2. Azioni di educazione/sensibilizzazione

Obiettivo specifico: educare/sensibilizzare sull’alcol e sui problemi alcolcorrelati attraverso attività strutturate almeno il 5% della popolazione residente negli ambiti territoriali dove si svolge il “Progetto”.

Le azioni di sensibilizzazione sono proposte a target diversi ma presentano alcuni riferimenti metodologici comuni:

- a) durata non inferiore alle 2 ore
- b) numero di partecipanti tale da permettere una metodologia di lavoro improntata a favorire una partecipazione fortemente interattiva
- c) attività strutturata in modo tale da garantire: contributo dell’esperto, lavoro in piccolo gruppo, discussione plenaria finale. È auspicabile offrire un rinfresco analcolico

L’obiettivo specifico dovrà essere raggiunto tramite azioni finalizzate rivolte quanto meno ai target sotto elencati:

- a) popolazione generale, (= famiglie del territorio)
- b) decisori politico amministrativi
- c) operatori socio-sanitari
- d) forze dell’ordine

- e) associazioni di volontariato, sportive, culturali, religiose e centri anziani
- f) mondo del lavoro con attenzione alle aziende dove si svolgono lavori a rischio (guida automezzi, lavorazione sostanze tossiche, vigilanza, etc.)
- g) giovani

NB! È opportuno specificare il programma dell'azione concernente i giovani in quanto questo target è particolarmente significativo per un progetto di promozione della salute.

Bambini e adolescenti appartenenti alle scuole materne e del primo ciclo scolastico, secondo la nuova riforma. Età 4/12 anni:

Ambito di sensibilizzazione: Scuola

Strumenti: Lavoro su una favola a contenuto specifico (7) o lavoro attraverso i contenuti didattici di documenti quali: *La scuola come comunità in salute "ALCOL E FUMO" scegliere per tutelare il nostro futuro* (12)

Obiettivo: sensibilizzare il 10% dei ragazzi residenti negli ambiti territoriali, in cui si svolge il "Progetto"

Adolescenti e giovani adulti dai 13 ai 25 anni:

Ambito di sensibilizzazione: Scuola, Centri di aggregazione, Associazioni sportive e giovanili, Discoteche

Strumenti: Interventi nelle scuole con gli insegnanti (8,9,13), Interventi nelle scuole guida (10), Partnership con le discoteche, Educazioni tra pari, ecc...

Obiettivo: Informare il 70% dei ragazzi residenti negli ambiti territoriali in cui si svolge il progetto e sensibilizzarne il 10%

NB! Negli interventi con le scuole si privilegia il coinvolgimento contestuale di ragazzi, genitori, insegnanti.

Fattori critici di successo

1. Istituzione di un gruppo di coordinamento nazionale del "Progetto" dove siano rappresentati tutti gli ambiti territoriali in cui si realizza il "Progetto" e che ne garantisca la corretta effettuazione
2. Istituzione di gruppi di coordinamento del "Progetto" in ogni ambito territoriale dove il "Progetto" si realizza e che sia rappresentativo di quel territorio.
3. Recepimento della *Carta Europea sull'Alcol* da parte delle Amministrazioni locali degli ambiti territoriali dove il "Progetto" si realizza.

Valutazione generale del “Progetto”

Le caratteristiche del progetto basate su un approccio di popolazione e la coerenza con gli obiettivi specifici orientano per un sistema di valutazione incentrato in 4 ambiti valutativi, 2 di processo e 2 di risultato.

Valutazioni di processo

1. Valutazione della fase di costruzione del consenso

Sono previste le seguenti tappe operative:

- a) definire il numero delle risorse formali e informali da contattare
- b) fissare un incontro di presentazione del “Progetto” con le risorse di cui al punto a)
- c) compilare le schede specifiche di rilevazione
- d) elaborare i risultati delle schede

L’obiettivo è di ottenere almeno un 50% di adesioni delle risorse a cui è stato presentato il “Progetto”.

2. Valutazione della visibilità del progetto

Viene proposta una intervista telefonica da sottoporre a campioni diversi di almeno 100 persone ogni 6 mesi al fine di valutare la visibilità delle iniziative del “Progetto” e verificare la percentuale di persone che ne sono venute a conoscenza e la percentuale di persone che vi hanno partecipato. I campioni semestrali devono contenere anche nominativi di giovani dai 13 anni in su. L’analisi delle risposte permetterà così di verificare il raggiungimento del 70% di persone informate sul progetto dai 13 ai 25 anni e anche il 70% relativo alla popolazione rimanente.

Valutazioni di risultato

1. Valutazione delle ricadute sulla promozione e protezione della salute

Le aree di indagine sono le seguenti:

1. Sviluppo di capacità individuali specifiche

- numero di richieste di aiuto per sé o per altri avanzate ai servizi socio-sanitari e/o ai gruppi di auto-aiuto in relazione al “Progetto”
- numero di nuove adesioni di singoli cittadini al “Progetto” (protagonisti di azioni e proponenti di nuove iniziative)
- percentuale di persone che hanno ridotto i consumi in relazione al “Progetto”

2. Sviluppo di ambienti favorevoli alla salute

- numero di richieste di formazione e di sensibilizzazione in tema di alcol e problemi alcolcorrelati provenienti dagli ambienti coinvolti dalle varie iniziative del “Progetto”
- numero di eventi significativi e stabili di cambiamento in un determinato ambito coinvolto nel “Progetto” (es. bar analcolico nell’oratorio).

3. *Riorientamento dei servizi socio-sanitari*

- numero di azioni di promozione e protezione della salute in tema di alcol e problemi alcolcorrelati promosse dai servizi socio-sanitari dell'ambito territoriale in relazione al "Progetto"
- richieste di formazione in tema di alcol e problemi alcolcorrelati da parte dei servizi socio-sanitari dell'ambito territoriale in relazione al "Progetto"
- numero di persone con problemi alcolcorrelati individuate dai servizi socio-sanitari in relazione al "Progetto"
- numero di programmi per "interventi brevi" attivati dai servizi socio-sanitari in relazione al "Progetto" (11)

2. *Valutazione dei cambiamenti dei consumi*

Data la necessità di valutare il potenziale effetto delle iniziative rivolte alla popolazione generale e ai target specifici, si userà un'indagine campionaria con base di popolazione volta a valutare i consumi di alcol negli ambiti territoriali dove avranno luogo i "Progetti", prima e dopo l'effettuazione delle azioni.

Ogni Ente che collabora all'iniziativa seleziona due campioni, uno rappresentativo della popolazione nella quale verranno attuate le iniziative (popolazione bersaglio), uno rappresentativo di una popolazione simile in cui non è previsto alcun tipo di intervento (popolazione di controllo).

Dal confronto delle differenze nei consumi di bevande alcoliche delle due popolazioni prima e dopo l'intervento è possibile apprezzare se la prospettata diminuzione nella popolazione bersaglio sia da attribuire all'intervento stesso, verificandone così l'efficacia.

Il consumo è rilevato con un questionario postale. I non rispondenti sono intervistati per via telefonica e, solo come ultima possibilità, il questionario viene somministrato tramite un'intervista personale a domicilio. Per evitare distorsioni da selezione, non sono previste sostituzioni delle unità non rispondenti.

I campioni devono essere estratti casualmente dalle liste anagrafiche comunali.

È fissata una dimensione campionaria di 3100 unità riferita all'universo degli ambiti territoriali, dimensione necessaria per poter apprezzare significativamente una diminuzione dei consumi, attribuibile all'intervento, superiore al 10%.

La numerosità campionaria viene divisa tra tutti gli Enti che aderiscono al "Progetto", a condizione che in ogni realtà coinvolta nell'iniziativa l'intervento sia identico. Lo strumento di rilevazione proposto è il questionario per le indagini sulla salute noto in letteratura come HSQ, in cui il consumo di alcol è misurato secondo una scala quantità/frequenza.

Bibliografia essenziale

1. *European Alcohol Action Plan*. Copenhagen, OMS Ufficio Regionale Europeo, 1993 (documento EUR/ICP/ADA 035)
Versione italiana: *Alcol: un Piano d'Azione Europeo*. Trento, Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati
2. *European Charter on Alcohol*. Copenhagen, OMS Ufficio Regionale Europeo, 1995
3. *Alcohol – less is better*. Copenhagen, OMS Ufficio Regionale Europeo, 1996 (European Series No. 70)
Versione italiana: *Alcol, meno è meglio*. Trento, Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati
4. P. ANDERSON *Alcohol and primary health care*. Copenhagen, OMS Ufficio Regionale Europeo, 1996 (European Series No. 64)
Versione italiana: *Alcol e assistenza sanitaria di base*. Trento, Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati
5. *Health 21 – The Health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, OMS Ufficio Regionale Europeo, 1999 (European Health for All Series No. 6)
6. *Health 21 – health for all in the 21st century. An introduction*. Copenhagen, OMS Ufficio Regionale Europeo, 1998 (European Health for All Series No. 5)
7. P. MOSA, E. MONETA, M. SCAGLIA *La favola di Orfeo*. Provincia di Cremona, 1997
8. AA. VV. *Alcol, scuola, salute*. Trento, Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati, 1998
9. AA. VV. *Giovani e alcol*. Trento, Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati, 1998
10. A. NOVENTA, B. ALLIEVI, R. ZANELLI *L'alcol batte in testa non fare il pistone*. Bergamo
11. C. ZORZI *Alcol e problemi alcolcorrelati – Una Guida per il medico di famiglia*. Trento, Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati, 1998
12. *La scuola come comunità in salute "Alcol e fumo" - Scegliere per tutelare il nostro futuro. Guida didattica per gli insegnanti delle quinte elementari*. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento - Direzione per la Promozione e l'Educazione alla Salute - Servizio Educazione alla Salute; Centri di Alcologia dei Distretti Sanitari; I.P.R.A.S.E.
13. *La scuola come comunità in salute "Alcol e fumo" - Scegliere per tutelare il nostro futuro. Guida didattica per gli insegnanti delle scuole medie*. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento - Direzione per la Promozione e l'Educazione alla Salute - Servizio Educazione alla Salute; Centri di Alcologia dei Distretti Sanitari; I.P.R.A.S.E.
14. “*Framework for alcohol policy in the WHO European Region*” Bucharest 12-15 settembre 2005

Per ulteriori contributi bibliografici si suggerisce di fare riferimento alle bibliografie dei testi 1,3,4,5,11.