

Tab. II.6 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2016

REGIONE	Medico farmacologico ambulatoriale	Psicoterapeutico		Counseling all'utente o alla famiglia	Inserimento nei gruppi di auto/muto aiuto	Trattamento socio- riabilitativo	Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.	Ricovero ospedaliero o day hospital per:		Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:			Altro
		individuale	di gruppo o familiare					sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcolcorrelate	altro	sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcolcorrelate	
PIEMONTE	19,5	9,8	0,0	16,8	1,8	28,3	2,6	0,1	0,5	0,1	0,0	0,0	20,3
VALLE D'AOSTA	41,3	17,7	1,4	13,8	2,6	16,3	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	23,5	8,9	4,5	22,2	1,7	17,9	2,9	1,2	0,4	0,7	0,6	0,1	15,5
PROV. AUTON. BOLZANO	24,3	23,8	0,0	35,6	0,1	11,6	2,7	0,5	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0
PROV. AUTON. TRENTO	8,9	0,4	0,0	62,9	16,3	4,6	1,5	2,3	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0
VENETO	30,2	5,6	3,7	23,1	10,9	12,6	2,6	3,0	1,5	0,4	0,4	0,1	5,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	13,0	2,6	5,6	32,4	8,9	8,5	2,2	4,9	0,4	0,8	0,4	0,1	13,8
LIGURIA	29,2	9,6	5,5	31,5	3,0	13,5	3,7	1,1	1,0	0,0	1,0	0,1	0,8
EMILIA ROMAGNA	47,6	3,3	1,7	8,9	1,5	24,5	4,6	0,6	0,1	0,8	0,0	0,0	6,4
TOSCANA	39,4	2,8	1,1	28,3	9,5	10,7	2,9	0,8	0,8	0,4	0,8	0,8	1,7
UMBRIA	29,2	6,2	5,8	36,4	7,4	8,4	2,9	1,0	0,9	0,0	1,6	0,3	0,0
MARCHE	30,9	10,2	3,4	27,8	1,1	16,6	2,6	2,1	0,7	0,0	3,9	0,2	0,7
LAZIO	28,8	16,5	4,4	23,9	6,6	8,9	3,4	1,5	0,8	0,1	1,8	0,2	2,9
ABRUZZO	25,6	13,1	5,8	35,2	3,3	8,4	3,3	1,0	0,9	0,0	2,0	1,3	0,0
MOLISE	26,1	6,0	5,3	32,7	6,4	19,4	2,2	0,9	0,7	0,0	0,4	0,1	0,0
CAMPANIA	34,1	10,6	3,8	30,6	2,4	9,4	2,8	2,0	2,4	0,0	1,4	0,3	0,2
PUGLIA	29,8	14,8	6,1	20,7	2,3	14,4	4,7	1,4	1,1	0,3	0,3	0,7	3,4
BASILICATA	23,9	14,5	7,5	29,5	6,7	12,7	5,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CALABRIA	28,7	13,0	4,7	24,2	8,4	16,8	3,7	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
SICILIA	28,4	12,4	3,3	31,0	2,3	16,5	2,1	1,0	1,4	0,0	0,7	0,5	0,3
SARDEGNA	32,5	12,9	5,6	28,8	5,6	9,1	2,1	1,1	1,3	0,0	0,3	0,0	0,6
ITALIA	28,1	8,7	3,4	25,5	5,0	15,3	2,9	1,5	0,8	0,3	0,8	0,2	7,1

Tab. II.7 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO

percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Medico farmacologico ambulatoriale	28,2	30,3	29,4	30,0	28,9	27,0	26,8	27,3	27,1	25,7	27,3	28,1
Psicoterapeutico	7,0	7,1	6,6	6,7	6,9	8,1	7,9	7,5	8,3	8,2	9,1	8,7
individuale												
di gruppo o familiare	4,6	4,1	3,0	3,6	3,3	4,6	3,4	3,5	3,5	2,9	2,9	3,4
Counseling all'utente o alla famiglia	26,1	26,4	28,3	26,5	26,5	27,2	29,0	26,5	28,3	24,8	25,3	25,5
Inserimento nei gruppi di auto/mutuo aiuto	9,8	8,8	8,5	7,8	7,0	7,0	7,4	6,3	5,6	5,5	4,5	5,0
Trattamento socio-riabilitativo	12,1	13,0	13,7	14,0	14,5	14,6	13,3	13,5	12,1	15,8	16,0	15,3
Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.	2,5	2,5	2,9	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	2,5	2,5	2,9	2,9
Ricovero ospedaliero o day hospital per:	2,7	2,8	2,3	2,3	2,1	2,3	1,7	1,9	1,6	1,6	1,6	1,5
sindrome di dipendenza da alcool												
altre patologie alcoolcorrelate	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,3	1,0	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
altro	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3
Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:	1,6	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	0,7	0,8
sindrome di dipendenza da alcool												
altre patologie alcoolcorrelate	0,4	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2
altro	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4	0,4	0,0	0,2	0,5	0,5	0,9	0,3
Altro	2,8	1,8	2,1	3,5	5,2	3,1	5,3	8,8	8,5	10,4	7,6	7,1

**Tab.II.8a - PERCENTUALI* DI SERVIZIO GRUPPI DI LAVORO CHE HANNO SVOLTO ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE
CON IL VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE - ANNO 2016**

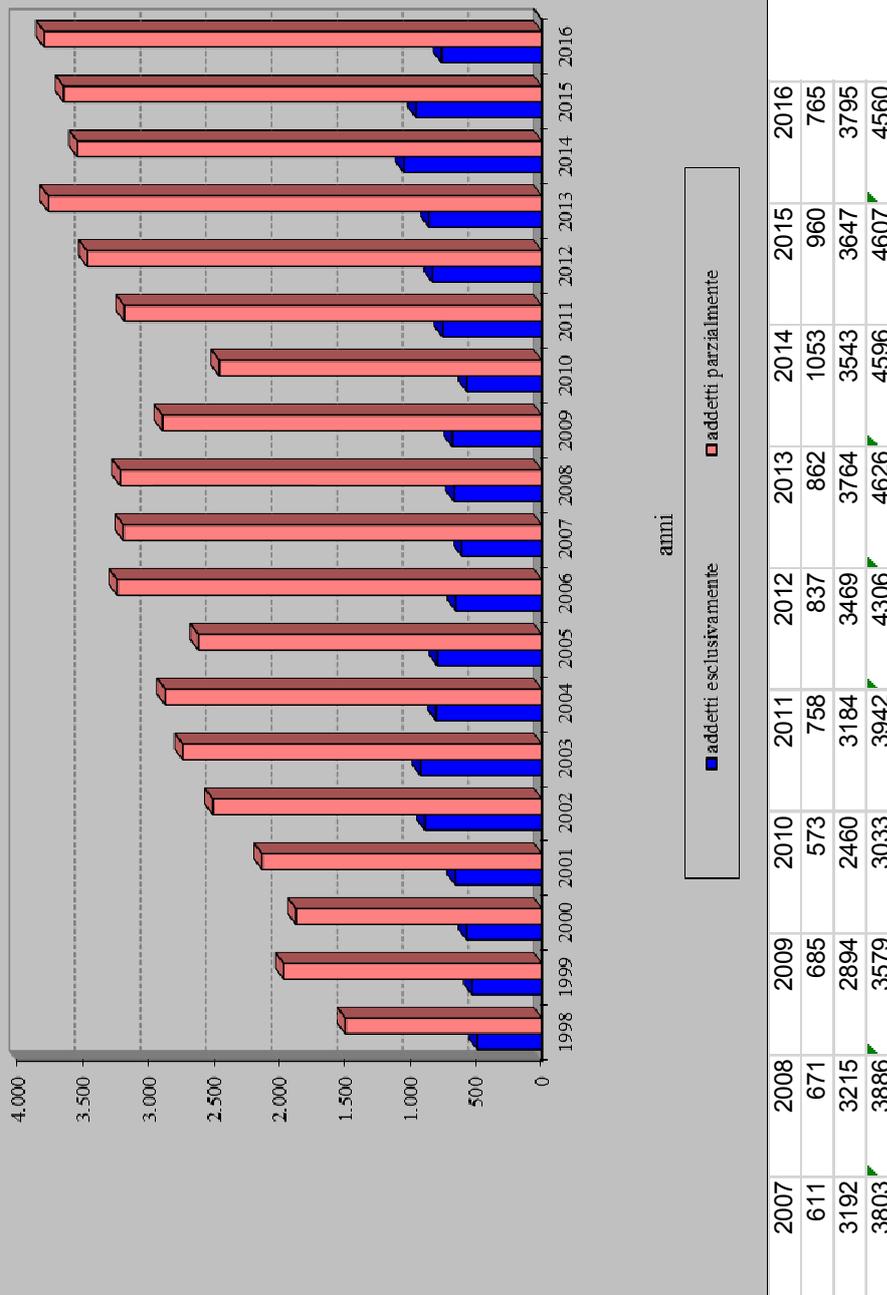
REGIONE	Gruppi auto \ mutuo aiuto			Comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali	Cooperative sociali per la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi	Cooperative sociali per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	Altro	
	CAT	AA						Altro
		AA	Altro					
PIEMONTE	60,6	31,8	7,6	36,4	28,8	47,0	3,0	
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	
LOMBARDIA	78,9	84,2	12,3	66,7	31,6	64,9	1,8	
PROV.AUTON.BOLZANO	16,7	66,7	83,3	50,0	33,3	83,3	-	
PROV.AUTON.TRENTO	90,0	40,0	10,0	50,0	70,0	80,0	-	
VENETO	93,8	75,0	21,9	53,1	31,3	84,4	12,5	
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	100,0	40,0	20,0	60,0	60,0	20,0	
LIGURIA	66,7	50,0	-	66,7	-	50,0	-	
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	-	-	-	-	
TOSCANA	68,4	47,4	28,9	50,0	31,6	42,1	13,2	
UMBRIA	63,6	54,5	9,1	45,5	36,4	18,2	-	
MARCHE	50,0	78,6	21,4	71,4	21,4	42,9	14,3	
LAZIO	39,4	48,5	21,2	51,5	27,3	36,4	-	
ABRUZZO	-	16,7	-	16,7	16,7	16,7	16,7	
MOLISE	66,7	33,3	16,7	100,0	-	-	16,7	
CAMPANIA	31,0	21,4	9,5	42,9	21,4	16,7	7,1	
PUGLIA	22,0	7,3	4,9	26,8	12,2	12,2	2,4	
BASILICATA	100,0	33,3	-	66,7	-	-	-	
CALABRIA	50,0	30,0	20,0	80,0	20,0	20,0	-	
SICILIA	29,4	15,7	2,0	43,1	15,7	13,7	5,9	
SARDEGNA	91,7	33,3	41,7	41,7	33,3	41,7	-	
ITALIA	50,0	38,7	13,1	43,8	23,6	35,7	4,8	

*=calcolate sul totale dei servizi o gruppi di lavoro che hanno fornito l'informazione (modello AL.C.07)

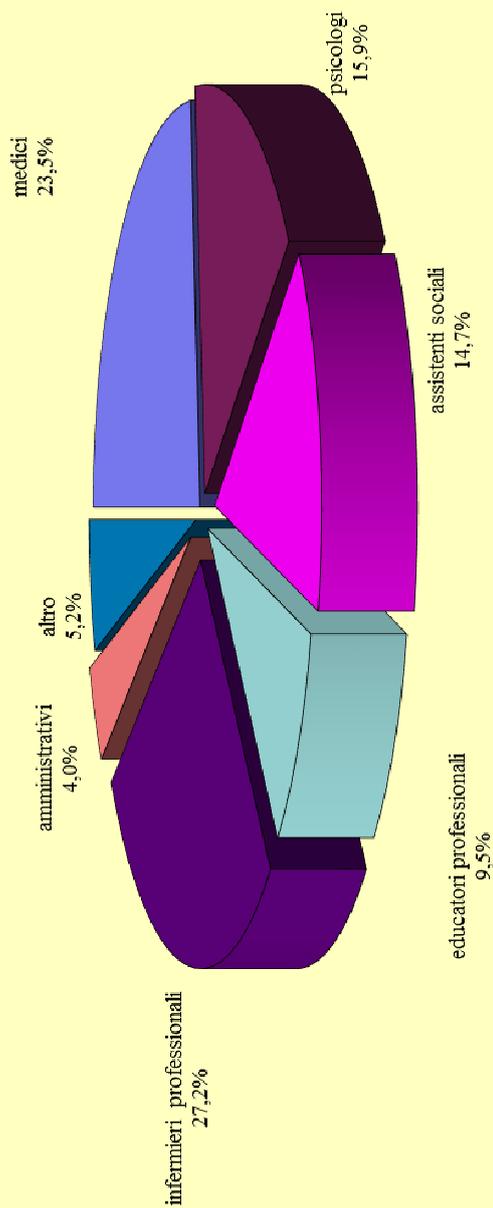
<i>Segue tab. II.8b</i>			
b) Enti privati			
REGIONE	Case di cura convenzionate	Case di cura private	Altro
PIEMONTE	33,3	1,5	3,0
VALLE D'AOSTA	-	-	-
LOMBARDIA	31,6	-	-
PROV.AUTON.BOLZANO	50,0	-	16,7
PROV.AUTON.TRENTO	30,0	-	-
VENETO	12,5	-	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	40,0	-	-
LIGURIA	33,3	-	-
EMILIA ROMAGNA	-	-	-
TOSCANA	7,9	-	-
UMBRIA	18,2	-	-
MARCHE	42,9	7,1	-
LAZIO	27,3	3,0	-
ABRUZZO	-	-	-
MOLISE	33,3	-	-
CAMPANIA	33,3	-	-
PUGLIA	-	-	-
BASILICATA	-	-	-
CALABRIA	10,0	-	-
SICILIA	19,6	-	-
SARDEGNA	25,0	8,3	-
ITALIA	21,0	0,8	0,6



Graf. II.1 - PERSONALE ADDETTO ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOOLDIPENDENZA



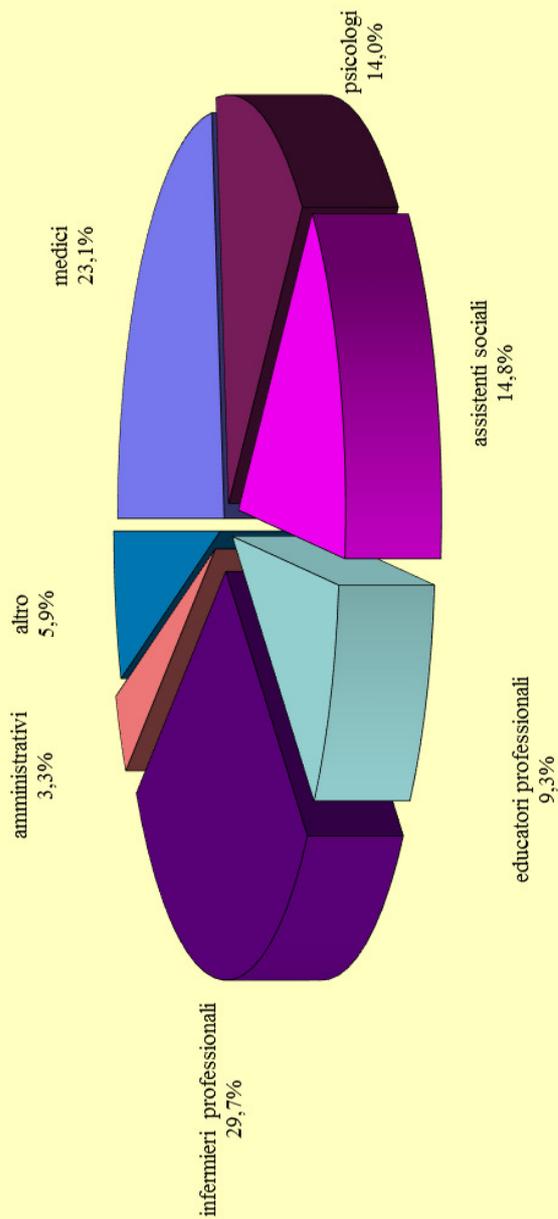
**Graf.II.2 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE (TOTALE) PER QUALIFICA
ANNO 2016**



23,5307	15,92105	14,69298	9,473684	27,21491	3,969298	5,197368	100
1073	726	670	432	1241	181	237	4560
medici	psicologi	assistenti	educatori p	infermieri p	amministr	altro	
23,5307	15,92105	14,69298	9,473684	27,21491	3,969298	5,197368	100



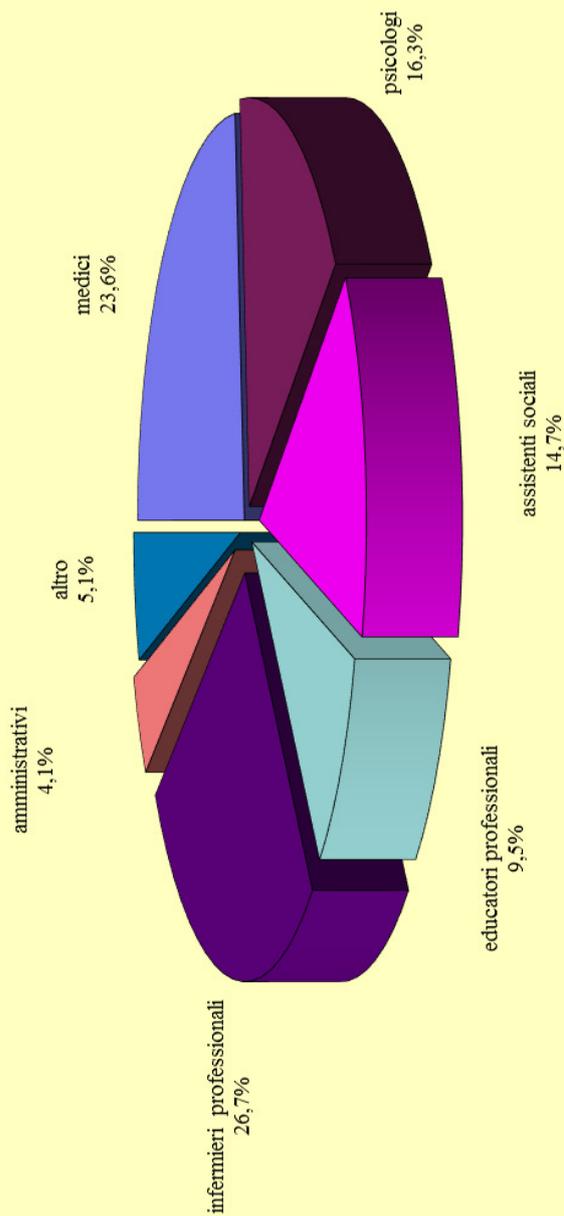
Graf. II.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2016



177	107	113	71	227	25	45	765
medici	psicologi	infermieri p	educatori p	infermieri p	amministrat	altro	
23,13725	13,98693	14,77124	9,281046	29,6732	3,267974	5,882353	100

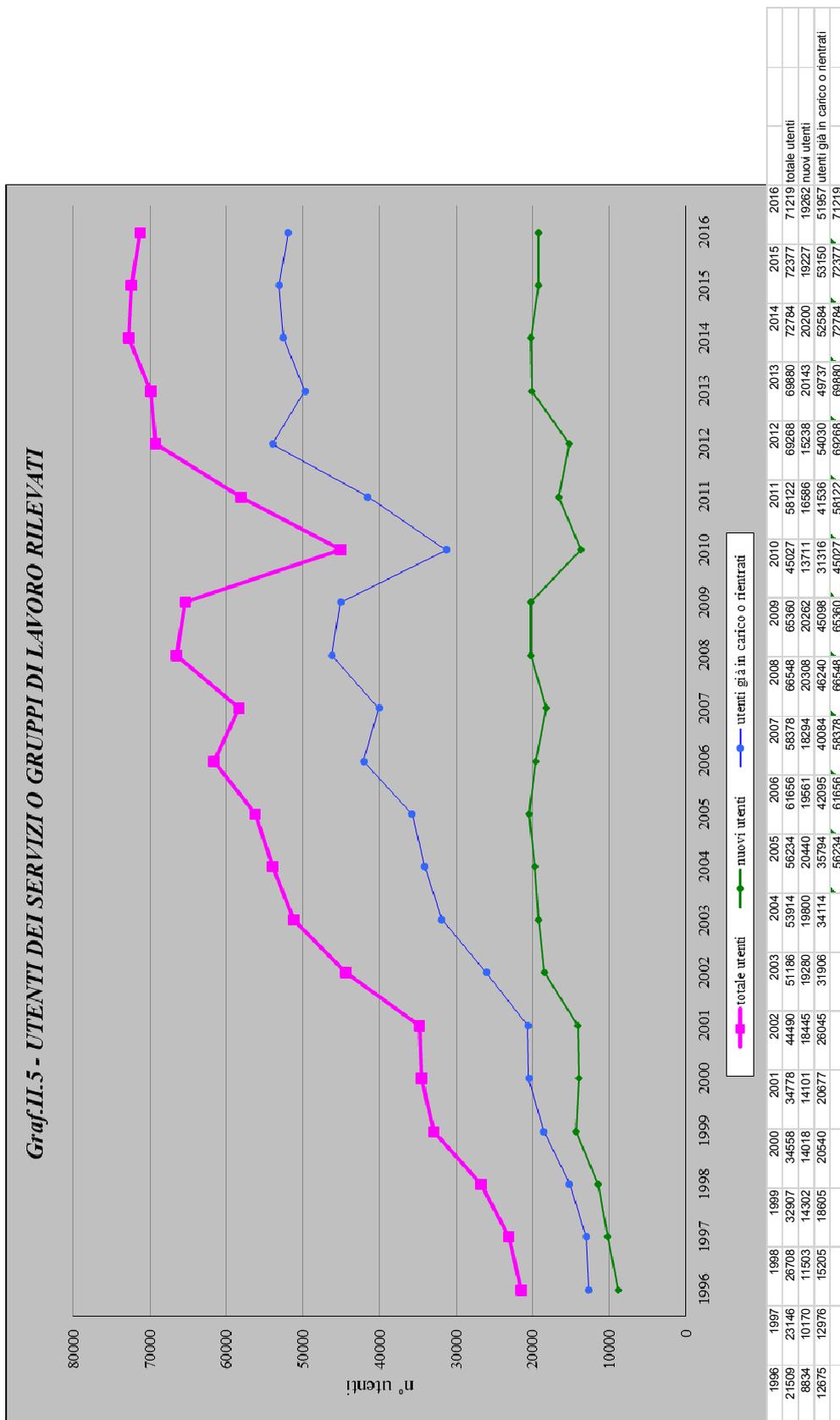


Graf.IL.4 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO PARZIALMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2016

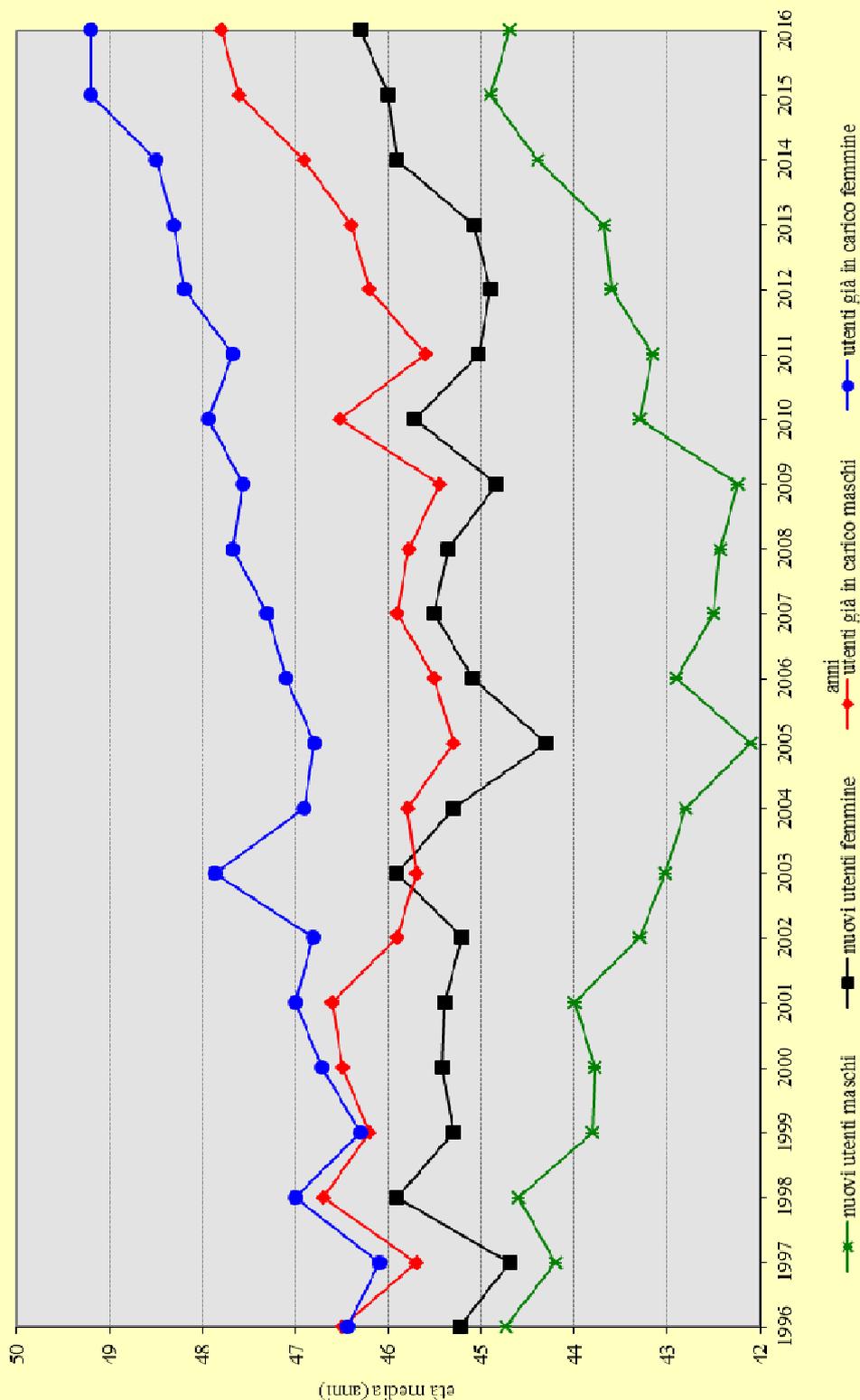


896	619	557	361	1.014	156	192	3.795
medici	psicologi	assistenti	educatori p	infermieri p	amministrati	altro	
23,61001	16,31094	14,67721	9,512516	26,71937	4,110672	5,059289	100



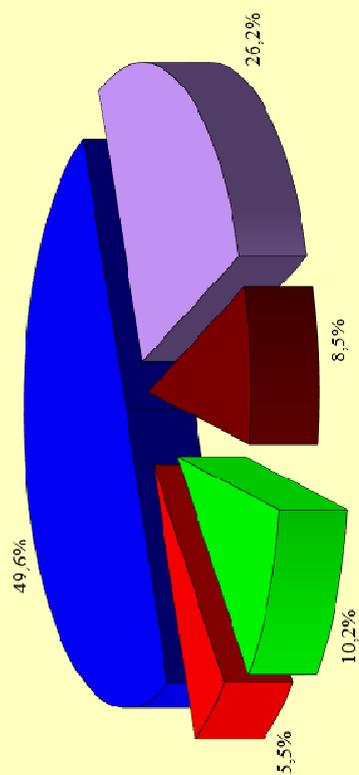


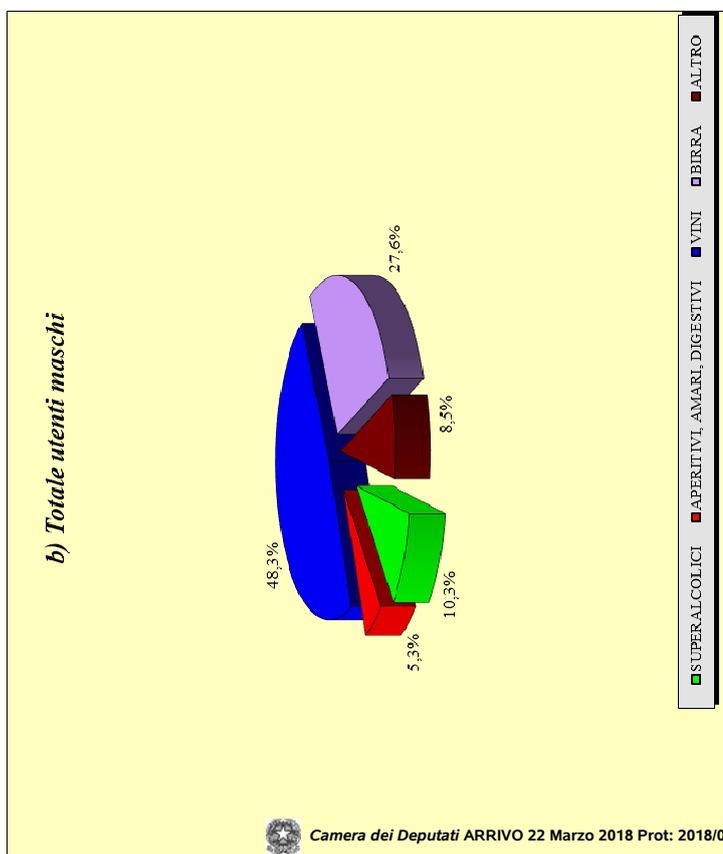
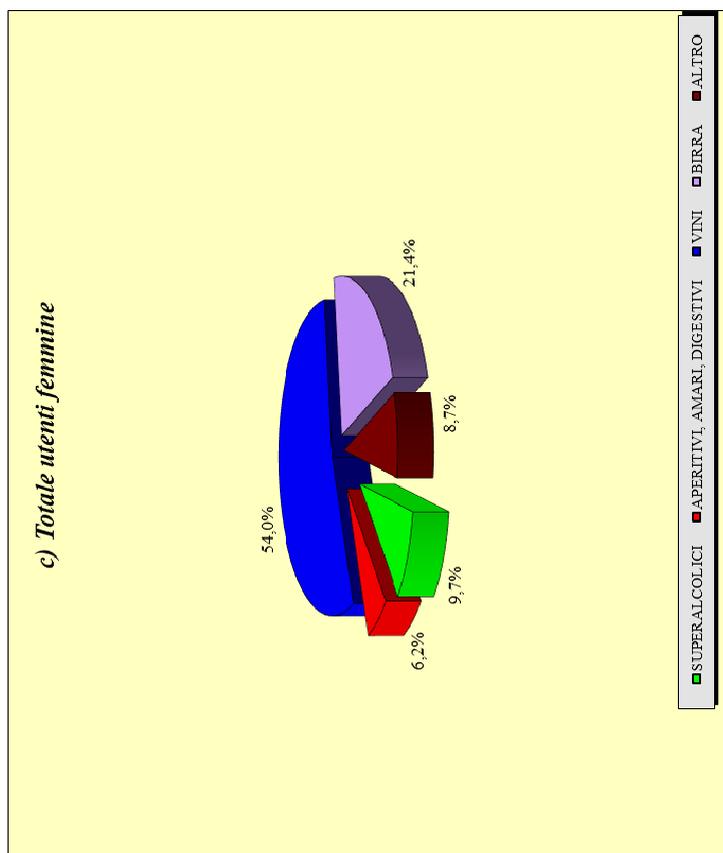
Graf. II.6 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI



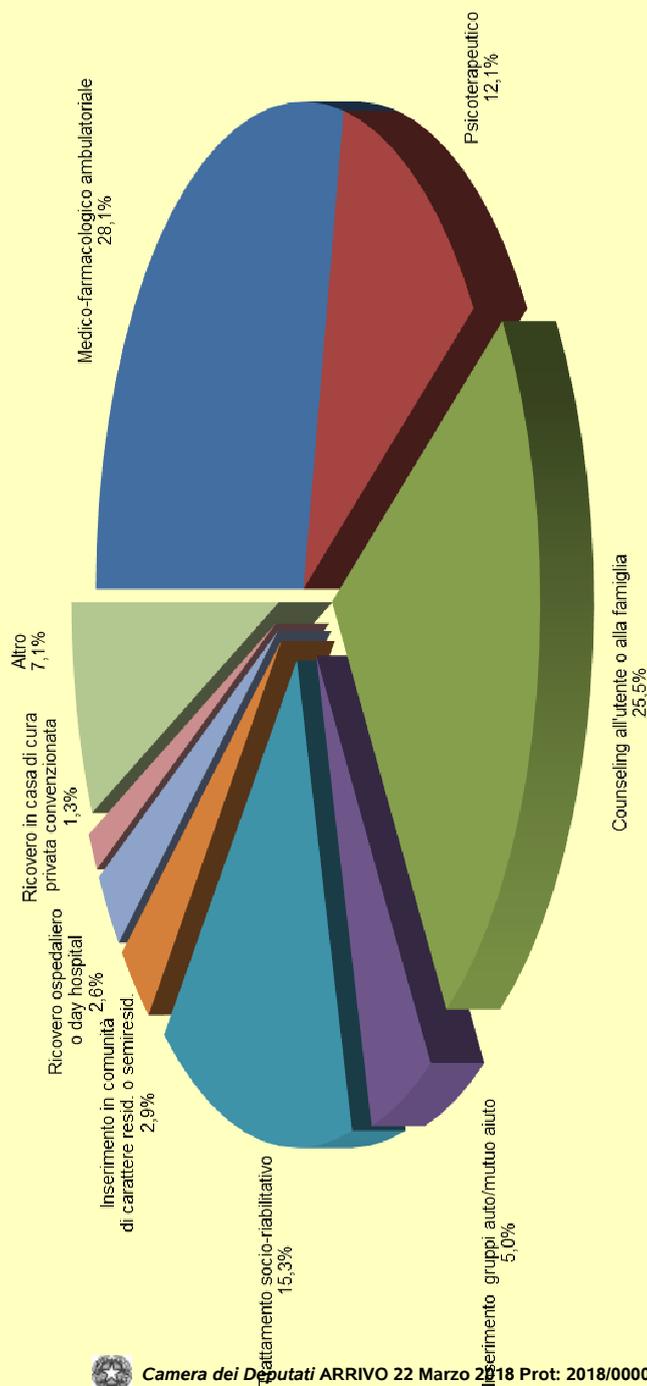
**Graf. II.7a - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA
DI USO PREVALENTE - ANNO 2016**

a) Totale utenti





**Graf. II.8 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO
PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (*)
ANNO 2016**





PARTE TERZA

5. GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125

5.1. Gli interventi di indirizzo

II PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 marzo 2007 e pubblicato nella G.U. s. g. n. 88 del 16 aprile 2007, costituisce un documento programmatico di indirizzi concordati tra Ministero e Regioni, secondo le previsioni della legge 125/2001, con la finalità di promuovere l'implementazione di un insieme di strategie e azioni finalizzate a rafforzare le attività di prevenzione e a ridurre la mortalità e morbilità alcol correlate nel nostro Paese. In esso la riduzione dei danni causati dall'alcol, secondo gli orientamenti adottati nei più recenti Piani Sanitari Nazionali, viene riconosciuta come un importante obiettivo di salute pubblica e viene ribadita la necessità di politiche e azioni finalizzate ad attivare una corretta informazione e prevenzione, in grado di evidenziare gli aspetti di rischio legati all'abuso di alcol. Il PNAS contiene ed estende i principi e gli obiettivi indicati negli atti di indirizzo predisposti ed approvati in ambito comunitario e nella strategia europea dell'OMS.

Il PNAS aveva durata triennale (1 gennaio 2007-31 dicembre 2009) ma le indicazioni in esso contenute sono tutt'ora valide ed inserite tra gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione come punto di riferimento per le azioni di prevenzione di livello nazionale e regionale.

Il PNAS ha individuato otto aree strategiche di intervento prioritario ed indicato per ciascuna di esse le azioni da realizzare e i risultati attesi, secondo lo schema sotto indicato.

1. Informazione /educazione

Risultati attesi: nella popolazione generale, maggiore conoscenza e consapevolezza del danno; nei giovani, sviluppo delle abilità necessarie a resistere alle pressioni al bere.

Azioni: campagne tramite mass media; collaborazione con la scuola fin dalla materna, con programmi di prevenzione di ampia portata.

2. Bere e guida

Risultati attesi: riduzione numero incidenti, morti e feriti, specie tra i giovani.

Azioni: collaborazione per i controlli dell'aria espirata nei luoghi del divertimento giovanile e azioni preventive di comunità.

3. Ambienti e luoghi di lavoro

Risultati attesi: riduzione di incidenti e violenze sui luoghi di lavoro, soprattutto in quelli a rischio per la sicurezza di terzi.

Azioni: collaborazione con imprese e organizzazioni sindacali per educazione alla salute e tempestiva identificazione e trattamento dei soggetti a rischio.

4. Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza

Risultati attesi: disponibilità di trattamenti accessibili ed efficaci per i singoli e per le famiglie.

Azioni: formazione degli operatori della medicina di base per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio e per l'attuazione di interventi brevi di trattamento; approccio integrato ai problemi, che coinvolga, oltre ai servizi sociosanitari, i medici di medicina generale, i servizi sociali, i gruppi di auto aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate.

5. Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione

Risultati attesi: maggiore responsabilizzazione e disponibilità alla collaborazione da parte del mondo della produzione e distribuzione, soprattutto per il rispetto dei limiti di età legali per la somministrazione e per il contrasto dell'accesso dei giovani alle bevande alcoliche; riduzione degli incidenti alcol correlati all'uscita degli ambienti dove si beve.

Azioni: monitoraggio permanente per la stima dell'impatto dell'alcol sulla salute e per la valutazione dei costi relativi, nonché per valutare l'affidabilità delle politiche sociali ed economiche relative all'industria degli alcolici; programmi di formazione per accrescere il senso di responsabilità personale, etica e legale degli addetti alla vendita e somministrazione.

6. Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol

Risultati attesi: incremento delle azioni di comunità finalizzate alla riduzione dei diversi problemi alcolcorrelati; maggiore sensibilità ai problemi da parte delle diverse istituzioni locali.

Azioni: assicurare agli operatori del settore non sanitario, quale quello educativo, sociale e giudiziario, un training professionale in campo alcolologico, che favorisca un effettivo approccio multisettoriale ai problemi; promozione di programmi socio-sanitari che rafforzino la mobilitazione della comunità, lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi alcol correlati.

7. Potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto

Risultati attesi: incremento del sostegno alle organizzazioni che promuovono iniziative di prevenzione o riduzione del danno alcol correlato.

Azioni: supporto alle organizzazioni che operano non solo a livello professionale ma anche a livello di azione civile e che possono collaborare a migliorare l'informazione e a sostenere lo sviluppo di politiche efficaci.

8. Monitoraggio del danno alcol correlato e delle relative politiche di contrasto

Risultati attesi: implementazione di un sistema informativo e di monitoraggio/sorveglianza sul consumo di alcol e sui modelli comportamentali connessi, sui danni alcol correlati e sulle politiche alcolologiche realizzate a livello regionale e locale.

Azioni: creazione, in collaborazione con tutte le Regioni, di una rete che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, del danno alcol correlato e dell'efficacia degli interventi adottati.

L'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute

Per l'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute il Ministero ha finanziato 5 progetti, tutti già conclusi, finalizzati a rafforzare l'azione di coordinamento delle Regioni, a migliorare il monitoraggio dei più importanti indicatori di rischio e problemi alcol correlati a livello nazionale e regionale, a promuovere l'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcol correlati nei contesti lavorativi e nella assistenza sanitaria di base.

Il PNAS ha poi trovato collocazione dapprima nel Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2013 e successivamente nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018; entrambi i PNP ne hanno previsto il recepimento tra gli obiettivi dell'area della prevenzione universale, riguardante la prevenzione di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari. Le linee strategiche del PNAS restano un valido punto di riferimento per gli interventi di livello centrale e regionale.