Nella **Regione Liguria** due dei cinque Dipartimenti delle Dipendenze esistenti hanno collaborato con le Amministrazioni locali e con la Polizia Stradale per la attuazione di campagne di rilevazione del tasso alcolemico alla guida.
La Regione sta sviluppando inoltre, in collaborazione con gli Uffici territoriali del Governo, il progetto per un Osservatorio permanente sull'incidentalità stradale correlata all'uso di alcol e sostanze psicotrope.
La **Regione Emilia Romagna** ha predisposto un protocollo operativo per la valutazione dell'idoneità alla guida nei soggetti segnalati dalla Polizia stradale per guida in stato di ebbrezza alcolica, che entrerà presto in vigore. Il protocollo prevede un percorso diagnostico preparatorio al giudizio di idoneità emesso dall'apposita Commissione medica locale, e comprende una diagnosi personalizzata, un'azione informativo-educativa efficace per la comunicazione del rischio, una valutazione finale sulla condizione e atteggiamento del soggetto in relazione al consumo e abuso di alcol.
I Servizi di alcologia presenti sul territorio vengono individuati quali strutture più idonee a svolgere tale percorso diagnostico, alla fine del quale è previsto l'invio di una dettagliata relazione alla Commissione medica locale, integrata dal medico alcologo ai sensi dell'art. 6 comma 1 a) della Legge 125/2001.
La **Regione Toscana** con il progetto "*On the road again*" ha finanziato, unitamente all'Azienda USL di Grosseto, iniziative per la prevenzione degli incidenti stradali dirette in particolare ai giovani in uscita dalle discoteche del litorale, finalizzate ad accrescere la consapevolezza della quantità di alcol assunta e i rischi collegati. Nell'ambito del progetto sono stati effettuati, in collaborazione con la Polizia stradale e i Carabinieri, 12.742 test per la misurazione del tasso alcolemico, sono state interessate 6 Province e 35 discoteche, con 90 uscite di Camper attrezzati per un percorso totale di 10.000 Km. e 466 presenze da parte degli operatori pubblici e del privato sociale. L'esperienza, tutt'ora in corso, ha riscontrato un forte interesse da parte dei giovani e favorito un approccio consapevole sui rischi derivanti dall'uso inadeguato di alcol.
Quale atto specificamente applicativo della legge 125/2001 la **Regione Umbria** ha pubblicato, nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n.23 del 22.05.2002, la Deliberazione della Giunta Regionale 3 Aprile 2002 n. 405 "Legge 125/01-Protocollo Patente", cui è seguita la pubblicazione della Determinazione dirigenziale per la relativa applicazione operativa.
Con tali atti si è inteso in particolare dare applicazione al disposto dell'art. 6 comma 1 della legge 125/2001, che prevede l'integrazione delle Commissioni mediche locali con un medico dei servizi alcologici per le visite di aspiranti conducenti che manifestano sintomi associabili a patologie alcolcorrelate.
E' stato pertanto elaborato un "Protocollo patente" quale nuova procedura comune da utilizzare su tutto il territorio regionale per la formulazione, da parte delle Commissioni mediche locali, del giudizio medico-legale sulla idoneità psico-fisica alla guida dei veicoli a motore dei soggetti che presentano patologie o problemi alcolcorrelati.
Il protocollo individua in particolare un'essenziale casistica di persone in condizioni di rischio di alcoldipendenza, e fissa tempi e procedure relative alla conferma o meno della loro idoneità alla guida. Sono state individuate tre possibili condizioni di rischio (molto basso, basso e intermedio, alto) in relazione alle quali la Commissione medica locale è vincolata ad assumere determinati provvedimenti, quali ad esempio, nei casi di alto rischio, l'invio obbligatorio dei soggetti interessati alle Unità alcologiche dell'Azienda USL. Queste provvederanno a redigere una relazione clinica da inviare alla stessa Commissione medica locale ai fini del definitivo pronunciamento, e in tal caso, secondo il disposto della legge 125/2001, la Commissione medica sarà integrata con un medico dei servizi alcologici.

La Regione ha inoltre attivato un protocollo regionale per l'assistenza alcologica nelle carceri.
La **Regione Marche** ha promosso un rapporto di collaborazione fra i Servizi di alcologia e la Polizia Stradale in occasione della manifestazione "Estate Salute", ai fini delle attività di prevenzione e controllo degli abusi durante la guida di autoveicoli. L'ufficio per la Promozione della Salute dell'Azienda USL n.7 di Ancona collabora attivamente con l'Ufficio Educazione e Prevenzione del Comando di Polizia municipale per la programmazione e realizzazione di attività di prevenzione degli incidenti stradali. Per l'anno in corso sono stati organizzati, in collaborazione con il Comando di Polizia Municipale di Ancona, due convegni rivolti ai giovani, sui temi "Consumo di bevande alcoliche e incidentalità " e "Vacanze per Strada".
Un'iniziativa di collaborazione tra il locale Servizio di alcologia e la Direzione dell'Ospedale di Novafeltria (PS) ha consentito di porre il divieto di vendita di bevande alcoliche nel bar interno del medesimo Ospedale.
Attività di collaborazione sono state attivate anche tra Presidi ospedalieri e Polizia stradale, ai fini delle attività di controllo e prevenzione degli abusi durante la guida.
Nella **Regione Lazio** è stato attivato un Servizio di osservazione/intervento su quanto riportato dai mass-media sui problemi alcolcorrelati, con lo scopo di effettuare gli opportuni interventi correttivi e informativi tramite interviste, comunicati stampa, etc..
Nella **Regione Puglia** numerosi SERT hanno avviato o stanno avviando, in coerenza con gli obiettivi del Piano sociosanitario 2002-2004, in collaborazione con le rispettive Polizie municipali e in particolare nelle scuole superiori, progetti di prevenzione del consumo di alcol miranti a evidenziare le alterazioni psico-fisiche indotte dall'uso/abuso di alcol e le loro ripercussioni sulle prestazioni alla guida.
Nella **Regione Basilicata** l'Azienda USL n.4 di Matera ha inserito nella locale Commissione medica per le patenti di guida un medico dei servizi di alcologia, in attuazione dell'art. 6 comma 1 a) della legge 125/2001.
Nella **Regione Sardegna** vengono riscontrate particolari difficoltà nella collaborazione con le competenti amministrazioni dell'Interno o municipali per il rispetto delle disposizioni in materia di tasso alcolemico durante la guida, pubblicità e vendita nelle autostrade. Presso alcune specifiche Aziende USL vi sono state comunque iniziative di collaborazione e incontro con le Forze dell'ordine e i Vigili urbani. E' stato inoltre presentato un progetto per dotare l'azienda USL di Olbia di un etilometro da utilizzare per iniziative preventive territoriali, da finanziarsi con il Fondo nazionale per la lotta alla droga.

3.5. Le attività e i progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro

La **Regione Lombardia** partecipa a un progetto nazionale del Ministero della Salute finanziato col Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, finalizzato alla realizzazione di un programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza per la prevenzione dell'uso inadeguato di alcol, diretto al personale dipendente delle aziende e coordinato dalla Regione Toscana. Tale progetto si propone fra l'altro di favorire la prevenzione degli incidenti sul lavoro e di contribuire all'individuazione delle realtà lavorative in cui l'assunzione di alcol espone particolarmente al rischio di infortuni. Nell'ambito del progetto sono previste fra l'altro attività di formazione rivolte alle rappresentanze sindacali aziendali, ai datori di lavoro e ai tecnici della sicurezza, nonché la creazione di una banca dati alcol-lavoro.

La **Provincia Autonoma** di **Bolzano-Alto Adige** ha rilevato che nel proprio territorio circa il 30% degli infortuni sul lavoro è imputabile all'alcol, con notevoli gravi conseguenze sul piano economico e sociale. Anche per tali motivi la Provincia ha avviato nel SERT di Bressanone il progetto triennale "Alcol in Azienda", con l'obiettivo di favorire la diffusione della cultura dell'astinenza dall'alcol sul posto di lavoro e il precoce riconoscimento del problema da parte dei datori di lavoro ai fini del coinvolgimento dei competenti servizi sociosanitari. Nell'ambito del progetto si prevedono azioni di informazione e prevenzione con la diffusione di materiale specifico attraverso i mass media, l'istituzione di un numero verde e di uno specifico sito Internet.

La **Provincia Autonoma** di **Trento** ha attivato il progetto pluriennale "Alcol e mondo del lavoro", finanziato con la quota provinciale del Fondo nazionale per la lotta alla droga ed attuato in collaborazione con le Associazioni degli Industriali, degli Artigiani e le Confederazioni Sindacali.

Tale progetto ha contemplato fra l'altro la somministrazione di interviste ai lavoratori dell'industria e dell'artigianato per valutare l'entità del fenomeno (1000 interviste su circa 50.000 addetti), nonché incontri di sensibilizzazione e formazione con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS). E' in fase di studio la prosecuzione di tale progetto sui dipendenti pubblici.

La **Regione Veneto** ha finanziato con la quota regionale del Fondo nazionale per la lotta alla droga numerosi progetti diretti alle diverse componenti del mondo del lavoro (lavoratori, datori di lavoro, sindacati, medici del lavoro, addetti alla sicurezza) per la sensibilizzazione sui rischi associati al consumo di bevande alcoliche in ambito lavorativo e sui problemi alcolcorrelati. Nell'ambito di alcuni di tali progetti è stato distribuito materiale informativo specificamente realizzato per i lavoratori. Fra le azioni realizzate, anche la sospensione della distribuzione di bevande alcoliche in una mensa aziendale durante la celebrazione della giornata nazionale "Alcol Prevention Day" del 2002.

La **Regione Friuli Venezia Giulia** ha attivato uno specifico progetto denominato "Progetto Euclide", tramite il quale ha svolto numerosi interventi mirati in grosse realtà lavorative quali quelle dei cantieri navali della Fincantieri di Monfalcone e della Ferriera di Trieste. In altre realtà lavorative regionali di piccola e media grandezza viene svolta un'azione di informazione e vigilanza tramite la collaborazione con i Medici di Medicina del Lavoro.

Nella **Regione Liguria** un Dipartimento delle Dipendenze sta sviluppando un progetto per la tutela della sicurezza sul lavoro nell'ambito delle attività per l'inserimento lavorativo degli utenti con problemi di abuso di sostanze.

La **Regione Emilia Romagna** ha avviato presso l'Azienda USL di Modena un progetto pilota regionale denominato "Alcol e Lavoro", che interessa il territorio di 14 Comuni afferenti ai Distretti sanitari di Sassuolo e Pavullo. Sono coinvolte tre diverse tipologie di Servizi (per le Dipendenze patologiche, per la Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro, per l'Epidemiologia) e le Associazioni di auto-mutuo aiuto. Il progetto è di durata triennale ed è rivolto al 20% della popolazione lavorativa (oltre 10.000 addetti). Esso si propone, fra l'altro, la sensibilizzazione dei lavoratori sui rischi alcolcorrelati, la riduzione dei consumi e degli infortuni sul lavoro, stradali e domestici, la facilitazione dell'accesso dei lavoratori e delle famiglie ai servizi e l'accrescimento delle conoscenze sulla legislazione relativa agli ambienti di lavoro.

La **Regione Toscana** ha assunto nel 2002 l'incarico per il coordinamento di un gruppo di Regioni nell'ambito di un importante progetto nazionale del Ministero della Salute, finanziato con il Fondo nazionale per la lotta alla droga, ai fini della realizzazione di un programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza diretto al personale dipendente delle aziende, finalizzato alla prevenzione dell'uso inadeguato di alcol. Al progetto

partecipano attivamente le Organizzazioni sindacali regionali, le Rappresentanze sindacali aziendali, le Associazioni dei datori di lavoro, gli Enti del privato sociale no-profit, le Associazioni di auto-mutuo aiuto, i servizi pubblici. Interventi di prevenzione e sensibilizzazione sono già stati effettuati presso le aziende di varie Province, e altri sono stati programmati, individuando i luoghi di lavoro con più elevato rischio di infortunio e maggiore difficoltà di interventi preventivi. Per l'anno 2003 è previsto un convegno nazionale per la presentazione del progetto e la diffusione dei primi risultati conseguiti.
La **Regione Umbria** ha aderito al già citato progetto nazionale del Ministero della Salute, finanziato col Fondo nazionale per la lotta alla droga e coordinato dalla Regione Toscana, per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati tra i lavoratori delle aziende.
La **Regione Abruzzo** e la **Regione Sicilia** hanno partecipato, con un gruppo di altre Regioni coordinate dalla Regione Toscana, al sopraccitato progetto nazionale del Ministero della Salute per la prevenzione dell'abuso di alcol nei luoghi di lavoro.
La **Regione Sardegna** si è molto attivata per le attività di prevenzione dirette al mondo del lavoro, riconoscendone la grande utilità, e ha provveduto a finanziare con la quota regionale del Fondo nazionale per la lotta alla droga numerosi progetti in tale ambito. Nelle Aziende USL interessate sono stati organizzati, in stretta collaborazione con le imprese e le aziende, programmi di incontro con i lavoratori durante l'orario di lavoro, finalizzati a evidenziare sopratutto il rischio alcolcorrelato all'interno degli ambienti di lavoro.

3.6. I provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo

La **Regione Piemonte** sta predisponendo, data la variabilità dei trattamenti attuati, un progetto mirato alla definizione di linee guida con particolare attenzione alle terapie farmacologiche proposte agli alcodipendenti che si rivolgono ai Servizi.
Nella **Regione Valle d'Aosta** i farmaci per le terapie antiabuso e/o *anticraving* dell'alcolismo vengono regolarmente erogati a carico dell'Azienda USL Valle d'Aosta.
La **Regione Lombardia** prevede la somministrazione di farmaci specifici all'interno dei programmi di cura integrati medico-psico-sociali. I farmaci possono essere erogati sia in forma diretta, durante le terapie ambulatoriali effettuate nella sede dei Servizi, senza alcun onere a carico dell'utente, sia tramite prescrizione effettuata dalla stessa Unità operativa alcologica o dal Medico di Medicina Generale, con cui viene instaurata una stretta collaborazione. In tal caso l'onere della spesa è a carico del soggetto, secondo quanto previsto dalla vigente normativa statale e regionale.
In caso di terapie farmacologiche a lungo termine durante una fase riabilitativa effettuata presso Gruppi di auto-mutuo aiuto, le stesse vengono continuamente monitorate, anche attraverso esami di laboratorio, dal personale medico dell'Unità alcologica o dal Medico di Medicina Generale.
Nella **Provincia Autonoma** di **Bolzano-Alto Adige** i SERT, rifornendosi dalle farmacie ospedaliere, erogano direttamente ai pazienti i farmaci per le terapie antiabuso e *anticraving* dell'alcolismo. Inoltre, previo accordo con i medici ospedalieri ed alcuni medici di base, c'è la disponibilità alla erogazione dei suddetti farmaci per la continuazione di terapie post-ricovero ospedaliero o prescritte dai medici di base.
Nella **Regione Veneto** i farmaci per terapie antiabuso e *anticraving* dell'alcolismo vengono generalmente erogati direttamente dai Servizi per le Dipendenze e dai Presidi ospedalieri.
Nella **Regione Liguria** tutti i Dipartimenti delle Dipendenze erogano farmaci avversativi ed *anticraving* dell'alcolismo.

La **Regione Emilia Romagna** prevede, in generale, che i farmaci per il trattamento dell'alcolismo vengano erogati direttamente dai Servizi per le Dipendenze patologiche e dai Presidi ospedalieri.
La **Regione Umbria** garantisce attraverso i Servizi di alcologia l'erogazione gratuita delle terapie farmacologiche ai soggetti alcoldipendenti.
La **Regione Marche** ha previsto la somministrazione gratuita dei farmaci *anticraving* o antiabuso agli utenti alcolisti da parte dei SERT o degli ambulatori farmacologici dei Dipartimenti delle Dipendenze. In una Azienda USL è stato realizzato un percorso terapeutico che prevede, oltre alla somministrazione gratuita dei tradizionali farmaci antiabuso o *anticraving,* anche l'effettuazione di agopuntura da parte di personale opportunamente formato. Terapie farmacologiche sono previste anche nell'ambito dei trattamenti effettuati presso strutture di accoglienza.
La **Regione Lazio** eroga a carico del Servizio Sanitario Nazionale farmaci utili per il trattamento dell'abuso e del *craving* dei pazienti alcolisti.
Nella **Regione Abruzzo** nell'anno 2000 il 49,5% dei soggetti in carico ai servizi alcologici ha ricevuto un trattamento medico-farmacologico in regime ambulatoriale.
Nella **Regione Campania** il trattamento farmacologico è l'intervento terapeutico predominante nell'ambito di quelli effettuati nei Servizi per le Dipendenze.
La **Regione Basilicata** non prevede in generale l'erogazione diretta, da parte dei Servizi, dei farmaci per terapie antiabuso e *anticraving* per l'alcolismo, che vengono comunque forniti dalla farmacia ospedaliera. Solo in un'Azienda USL il SERT effettua gratuitamente terapie antiabuso e *anticraving* dell'alcolismo.
Nella **Regione Calabria** le terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo sono erogate e assicurate dai SERT e dall'Unità alcologica, ove esistente.
Nella **Regione Sardegna** tutte le Aziende USL tranne due hanno assicurato l'erogazione dei farmaci antiabuso a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

PARTE QUARTA

4. I servizi alcologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30.3.2001 n. 125. Il quadro al 31.12.2001.

4.1. Il personale dei servizi

Al 31.12.2001 sono stati rilevati 324 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza (+2,9% rispetto all'anno precedente) distribuiti in 20 Regioni. Di questi servizi il 94,8% sono di tipo territoriale, il 4,3% di tipo ospedaliero e lo 0,6% di tipo universitario (tab.1-2; graf.1).
In totale nel 2001 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 2.795 unità di personale (+14,1% rispetto al 2000), suddivise tra 660 unità addette esclusivamente (pari al 23,6% del totale) e 2.135 addette parzialmente (76,4% del totale) (tabelle 3-5; graf.2).
Dalla tabella 6 e dal grafico 6, che riportano la distribuzione percentuale dei ruoli professionali addetti esclusivamente sul personale complessivo (somma di esclusivi e parziali), si osserva una certa omogeneità nei valori percentuali: escludendo gli amministrativi, la proporzione più alta di addetti esclusivi spetta agli educatori professionali (30,6%), seguiti dagli assistenti sociali (25%), dagli infermieri professionali (23,6%), dagli psicologi (23,3%) e dai medici (22,5%). Limitando l'analisi ai profili direttamente coinvolti nel trattamento dell'alcoldipendenza, le quote più basse di coinvolgimento esclusivo sono dunque riferite ai medici e agli psicologi. La tabella 7 riporta l'analoga distribuzione relativamente agli addetti parziali.
I grafici 3-5 mostrano la composizione per tipologia di ruolo per il personale totale e per le due categorie in cui è stato ripartito. Analizzando il dato nazionale, si osserva una percentuale più alta di professionalità sanitarie (medici e infermieri) nel personale occupato parzialmente (47% del totale del personale parziale) rispetto a quello impiegato esclusivamente (45,6% del totale degli esclusivi); la proporzione di psicologi non si differenzia sostanzialmente nelle due distribuzioni (17,3% del personale esclusivo e 17,6% di quello parziale) mentre più elevata, negli addetti esclusivamente, è la percentuale sia di assistenti sociali (17,4% vs 16,2%) sia di educatori professionali (10,9% vs 7,7%). Infine, il personale amministrativo e di altro tipo rappresenta l'11,5% e l'8,8% delle due categorie in esame (rispettivamente personale parziale ed esclusivo).
La tabella 8 e i grafici 7-9 riportano i trend del numero assoluto delle unità di personale (totale, esclusivo e parziale) distinte per tipologia di ruolo. Nel periodo 1996-2001 si osserva, per entrambe le tipologie di rapporto di lavoro, un aumento (in termini assoluti) di tutte le figure professionali coinvolte, più marcato per gli psicologi e per gli operatori sociosanitari. In particolare, nel biennio 2000-2001 relativamente al sottogruppo degli addetti esclusivi l'incremento più elevato, escludendo gli amministrativi ed il personale di altro tipo, si registra per gli operatori sociosanitari (+17,5%), seguono i medici (+15,1%) e gli psicologi (+6,5%); nel sottogruppo complementare degli addetti parziali la variazione maggiore si osserva invece per gli psicologi (+24,9%) seguita da quella dei medici (+15%) e degli operatori sociosanitari (+13%). In termini percentuali (tab. 8 bis) dall'analisi del trend nel periodo 1996-2001 emerge una tendenziale diminuzione della proporzione dei medici (sebbene nel biennio 2000-2001 si sia verificato un incremento dello 0,8%) e una crescita di psicologi (pari al 5,3% nell'ultimo biennio) e di operatori sociosanitari (il dato è stabile nel biennio 2000-2001).

4.2. I modelli organizzativi, gli approcci terapeutici e i programmi di trattamento

Nella tabella 9 sono visualizzate, per ogni singola funzione e con dettaglio regionale, le percentuali di servizi o gruppi di lavoro che hanno dichiarato di aver svolto nel corso del 2001 le funzioni indicate. Come si può osservare, oltre l'80% dei servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi, ha definito (84,9%) e/o attuato (85,2%) programmi terapeutico-riabilitativi e ha effettuato interventi di prevenzione (81,2%). Per le funzioni di coordinamento, le percentuali di attivazione più basse sono riferite a quelle che coinvolgono interventi di altre strutture o servizi sanitari pubblici (57,4%) e rilevazioni epidemiologiche (48,8%), le più alte sono attribuibili al coordinamento con il servizio sociale pubblico (78,7%), con i servizi ospedalieri (77,2%) e con il medico di famiglia (75%). I piani operativi di formazione del personale e sensibilizzazione hanno coinvolto il 65,4% dei servizi rilevati. Numerose sono le Regioni caratterizzate da percentuali molto alte e superiori alla media per tutte le funzioni in esame (ad esempio la Valle d'Aosta, l'Emilia Romagna, il Friuli, le Marche, il Molise); al Nord emerge tuttavia una situazione di netta inferiorità della Lombardia rispetto al resto d'Italia (valori nettamente minori della media e più bassi rispetto a tutte le altre Regioni, per ciascuna delle funzioni previste).
Analizzando i programmi di trattamento (tab.10; graf.10) si osserva che il 28,3% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 24,3% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, l'11,8% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per l'11,3% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2% circa degli alcoldipendenti. I trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 10,9% degli utenti e sono principalmente consistiti nella terapia individuale (55%) e terapia di gruppo o familiare (45%).
Il ricovero ospedaliero ha riguardato l'8,2% del totale degli utenti rilevati (6,4% in istituti pubblici, 1,8% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (64,1% sul totale dei ricoverati in regime ospedaliero ordinario o in day hospital e 66,7% sul totale dei ricoverati in casa di cura privata convenzionata (graf.11).
Dall'analisi territoriale emerge nuovamente una situazione di estrema eterogeneità a livello regionale: ad esempio si ricorre al trattamento medico-farmacologico per oltre il 40% dei casi in Liguria e in Emilia Romagna contro un 20% circa dei casi in Veneto; per il counseling i valori oscillano tra il 18% e il 38% circa, rappresentati rispettivamente dall'Emilia e dalla provincia di Bolzano; la percentuale dei soggetti sottoposti a psicoterapia (individuale o di gruppo) varia in un range compreso tra l'2,1% del Friuli e il 18,9% della Campania; l'inserimento in gruppi di auto/mutuo aiuto presenta valori superiori alla media nazionale solo in 4 Regioni del Centro-Nord (Marche, Friuli, Veneto e Piemonte), il trattamento socioriabilitativo sembra essere una tipologia di trattamento maggiormente affermata al Sud (in particolare Sardegna e Sicilia hanno adottato questa modalità terapeutica per oltre il 15% dei casi contro l'11,3% della media nazionale) sebbene il valore massimo della distribuzione sia rappresentato da Emilia e Liguria con il 19% dei casi; l'inserimento in comunità semiresidenziali o residenziali è massimo in Valle d'Aosta e minimo in Friuli; infine, relativamente al ricorso al ricovero in strutture pubbliche, spicca la Valle d'Aosta con un 20,5% dei casi (contro il 6,4% dell'Italia); analogamente, riguardo al ricovero in strutture private convenzionate, le Marche si contraddistinguono per un 18% circa di utenti che vengono indirizzati a questo tipo di approccio terapeutico (contro il 2%

circa della media nazionale).
Nel periodo 1996-2001 (tab.11, graf. 12) si delinea complessivamente una crescita della percentuale di trattamenti medico-farmacologici ambulatoriali (da 20,6% a 28,3%, con una lieve flessione nel biennio 2000-2001) e una netta diminuzione della frequenza di pazienti che partecipano a gruppi di auto/mutuo aiuto (da 21,1% del 1996 all'11,8% del 2001); aumentano tra il 2000 e il 2001 i pazienti sottoposti a psicoterapia (nettamente meno numerosi rispetto a quanto osservato nei primi anni della rilevazione) e quelli che usufruiscono di un trattamento di tipo socioriabilitativo (8,1% nel 1999, 9,6% nel 2000 e 11,3% nel 2001), mentre scende, nel medesimo biennio, la frequenza di ricorso al counseling (da 25,6% del 2000 a 24,3% del 2001). Tra il 2000 e il 2001 gli utenti inseriti in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale aumentano dall'1,7% all'1,9% del totale dei soggetti trattati; infine il ricovero costituisce una possibilità di trattamento in tendenziale disuso (la proporzione di pazienti che vi ricorrono scende dal 10,3% del 1996 all'8,2% del 2001), sebbene negli anni il cambiamento sia in realtà rappresentato da una riduzione dei ricoveri (ordinari o in day hospital) in strutture pubbliche e da un aumento di quelli in case di cura private convenzionate (questi ultimi tuttavia si riducono nel biennio 2000-2001 dal 2,2% all'1,8% del numero complessivo dei soggetti trattati).

4.3. La collaborazione dei servizi con gli Enti e le Associazioni del volontariato, privato sociale e privato

Per quanto riguarda la collaborazione con i Gruppi di auto-mutuo aiuto, si osserva (tab.12a) che nel 2001 il 74,4% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 45,4% con gli A.A. e il 12,3% con altri gruppi. Le attività di collaborazione con le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali e con le cooperative sociali per la gestione dei servizi sociosanitari ed educativi riguardano rispettivamente il 42,6% e il 17,3% dei servizi; più alta è la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio (47,2%). Nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli Enti privati (tab. 12b), cioè con case di cura convenzionate (20,4%) o private (0,9%). Si ripropone, come per molti altri aspetti del fenomeno in esame, l'assenza di una omogeneità territoriale, qui ancora più accentuata per la presenza di situazioni "estreme" (Regioni con scostamenti molto significativi, in una direzione o in quella opposta, rispetto al valore centrale di riferimento)
Nella tabella 13 è riportato il numero medio annuale, per servizio o gruppo di lavoro, di Enti o Associazioni del volontariato e privato sociale (tab. 13a) e di Enti privati (tab. 13b) che hanno collaborato con i servizi per l'alcoldipendenza. Analizzando il dato nazionale si osserva che mediamente, nel corso del 2001, ogni servizio ha collaborato con circa 8 CAT, 3 AA e 2 comunità e cooperative sociali. Meno frequente, come già visto, la collaborazione con gli Enti privati (valori medi pari a 1,8 e 2,2, rispettivamente, per la case di cura convenzionate e private), mentre permangono in entrambi i casi le differenziazioni a livello regionale.

4.4. Le caratteristiche demografiche dell'utenza

Nel 2001[1] sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 34.778 soggetti alcoldipendenti (tabelle 14-15, graf.13), valore in aumento rispetto all'anno precedente (+0,6%). La graduatoria regionale vede le Regioni del Nord (ad eccezione della Valle d'Aosta e della Liguria) ai primi posti. In particolare Veneto e Lombardia sono le Regioni con il numero assoluto più elevato di utenti (oltre 5.000), mentre al Sud il valore più basso si registra in Molise con 291 utenti. Il 40,5% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il rimanente 59,5% da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente; stratificando per sesso, le percentuali di nuovi utenti risultano pari a 41,3% per i maschi e 37,9% per le femmine. A livello regionale, i nuovi utenti presentano una elevata disomogeneità nella distribuzione percentuale: la maggiore concentrazione si osserva in Friuli (64% del totale degli utenti che usufruiscono dei servizi regionali) mentre l'Emilia presenta la proporzione più bassa di nuovi utenti (32,2%).
Il rapporto M/F è pari a 3,3 (gli uomini rappresentano il 76,6% dell'utenza totale). Tale dato (graf.14) appare in lieve aumento rispetto all'anno 2000 (3,2) mentre si riconferma la maggiore proporzione di maschi tra i nuovi utenti (78,1%) rispetto agli utenti già presi in carico dai servizi (75,6%), che presumibilmente riflette la più elevata prevalenza del fenomeno dell'alcoldipendenza tra i soggetti di sesso maschile. A livello regionale (tab.16) questa maggiore rappresentatività risulta più evidente al Centro-Sud sia per il totale degli utenti (ad eccezione del Friuli e della provincia di Bolzano, tutte le Regioni centro-meridionali rilevate presentano valori del rapporto M/F superiori alla media nazionale, con un massimo- pari a 5,6- raggiunto in Campania) sia per i nuovi utenti (valore minimo – pari a 2,3 - in Valle d'Aosta, valore massimo, pari a 5,7 – in Campania).
L'analisi per età (tab.17, graf.15a, graf.15d-e) evidenzia che la classe modale è 40-49 anni, sia per l'utenza totale (9.789 soggetti pari al 28,2%) sia per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti (rispettivamente 26,3% e 29,4%). Gli individui di età compresa tra i 30 e i 59 anni rappresentano il 75,3% di tutti gli alcoldipendenti in esame (72,6% nei nuovi utenti e 77,1% negli utenti già in carico), i giovani al di sotto dei 30 anni non superano il 15% (9,1% in totale, 12,8% nei nuovi utenti e 6,6% negli utenti vecchi) mentre considerevole è la quota degli individui di 60 anni e oltre (15,6% in totale ripartiti tra 14,6% e 16,3% rispettivamente nei nuovi e vecchi utenti). Come atteso, i nuovi utenti sono dunque più giovani degli utenti già in carico o rientrati: il 61,6% dei primi ha più di 40 anni rispetto al 70,9% dei secondi; il 12,8% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale è del 6,6%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 35,3% per i nuovi utenti e il 41,5% per quelli già in carico.
L'analisi temporale (tab.18) relativamente al periodo 1996-2001 mostra una sostanziale stabilità nella composizione percentuale per età; il grafico 14a evidenzia tuttavia che nei 6 anni in esame cresce la proporzione dei giovani fino a 40 anni (con un incremento relativo della classe "<20 anni" sensibilmente più elevato rispetto alle altre fasce di età) e degli ultrasessantenni, mentre è negativo il trend delle classi 40-49 anni e 50-59 anni. Analogo andamento si registra all'interno del sottogruppo dei nuovi utenti (graf.14b): limitandosi al biennio 2000-2001 variazioni positive si riscontrano per gli individui al di sopra dei 30 anni,

[1] E' importante fin da subito premettere che le osservazioni seguenti, relative alle caratteristiche "demografiche" (sesso ed età) degli alcoldipendenti, riflettono presumibilmente le caratteristiche della popolazione generale da cui la sottopopolazione in esame (utenti dei servizi per l'alcoldipendenza) proviene e quindi andrebbero in qualche modo standardizzate rispetto ad un opportuno denominatore.

ad eccezione della classe "50-59 anni".
Analizzando distintamente i due sessi sul totale degli individui rilevati (graf.15b-c), si nota che l'utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 33,9% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 29,2% delle femmine; nella classe modale 40-49 si concentra il 31% delle donne (contro il 27,3% del sesso maschile), nella classe successiva (50-59 anni) le percentuali scendono a 23,1% e 24,3%, rispettivamente, per gli uomini e per le donne, mentre sostanzialmente uguale risulta la proporzione di utenti con età maggiore o uguale a 60 anni (15,6% maschi e 15,5% femmine). Si nota inoltre che la maggiore rappresentatività delle classi anziane nell'utenza femminile tende ad aumentare negli anni (da 12,9% nel 1996 a 15,5% nel 2001, con un incremento relativo nell'ultimo biennio pari al 9,9%).
Stratificando per sesso e tipologia di utenza (graf.15f-g-h-i) si evidenzia nuovamente il maggior peso percentuale, nelle donne, delle classi di età più avanzate, più accentuato nel sottogruppo dei vecchi utenti.
Le caratteristiche fin qui evidenziate sulla distribuzione per età degli utenti vengono sostanzialmente confermate analizzando l'età media (tab.19). Nel 2001 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,7 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (46,4 rispetto a 45,5) a conferma dell'ipotesi della maggiore anzianità dell'utenza alcoldipendente femminile e, come già evidenziato, i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (44,3 vs 46,7), ma entrambi i sottogruppi non si discostano dalla tendenza generale di una maggiore rappresentatività delle età avanzate nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 45,4 vs 44 nel sottogruppo dei nuovi utenti e 47 vs 46,6 anni nel sottogruppo degli utenti già in carico).
A livello regionale, si delinea, pur con qualche eccezione, una sorta di gradiente Nord-Sud: per il complesso degli utenti le Regioni che presentano valori dell'età media superiori al corrispondente dato nazionale sono infatti tutte appartenenti alla ripartizione dell'Italia settentrionale (Emilia, Piemonte, Valle d'Aosta, provincia di Bolzano e Veneto) mentre valori più bassi si registrano al Centro-Sud (ad eccezione di Lombardia, Friuli e Liguria), in particolare in Campania (41,2) e Sicilia (40,7). Tale variabilità regionale si ripropone, pur con qualche differenziazione, anche separatamente nei due sessi e stratificando per tipologia di utenza (sebbene il gradiente Nord –Sud sia più "netto" nel sesso maschile rispetto a quello femminile e nei nuovi utenti rispetto ai vecchi).
Nell'intervallo temporale osservato (tab.20, graf.16) i valori dell'età media sono oscillati ma non hanno evidenziato nessun chiaro andamento se non una tendenza alla diminuzione per i nuovi utenti maschi (da 44,7 nel 1996 a 44 nel 2001, con un lieve aumento nel biennio 2000-2001).

4.5. I consumi alcolici dell'utenza

Nel 2001 (tab.21, graf.17) la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (62,6%), seguito dalla birra (19,1%), dai superalcolici (10,4%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (4,4%). Il consumo di vino non si discosta significativamente tra i sessi (62,6% negli uomini vs 62,9% nelle donne), la birra e i superalcolici risultano prevalentemente consumati dagli uomini (rispettivamente 19,7% vs 17% e 10,6% vs 9,9%) mentre per gli aperitivi, amari e digestivi si osserva una percentuale di consumatori di sesso femminile più elevata (6,1% vs 3,9% negli uomini).
La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile

regionalmente: per il vino si passa dal 71,1% del Veneto al 39% della Sardegna, Regione in cui è molto alto il consumo di birra (36,6%); il Sud sembra caratterizzarsi per un maggior uso oltre che di birra (Campania, Molise, Sicilia e Sardegna presentano tutte valori superiori alla media mentre per il Nord tale situazione si registra solo in Friuli e nella provincia di Bolzano) anche di superalcolici (oltre il 20% in Campania e Sicilia contro il 10,4% della media nazionale); più dispersa territorialmente è la prevalenza di consumatori di aperitivi/amari/digestivi (il range è compreso tra lo 0,7% di Bolzano e il 12,2% della Valle d'Aosta). Tranne in alcuni casi si riconferma a livello regionale la tendenza generale di una maggiore presenza maschile tra i consumatori di birra e di superalcolici e di una netta preferenza femminile per aperitivi/amari/digestivi (fa eccezione solo il Piemonte col il 7,2% di consumatori maschi vs il 6,6% di femmine).

Nel periodo 1996-2001 (tab.22, graf.18) si osserva un evidente aumento del consumo di birra (da 14,1% a 19,1%, con una lieve flessione nel biennio 2000-2001 pari al –3,5%) ed una riduzione del ricorso al vino tra gli utenti dei servizi (da 68,3% a 62,6%, con un andamento opposto nell'ultimo biennio); riguardo ai superalcolici, alla diminuzione tra il 1998 (anno di maggior consumo) e il 2000 è seguito un incremento nel biennio successivo, mentre continua l'andamento decrescente della frequenza di consumatori di aperitivi. Stratificando per sesso (grafici 18a-b) emerge che l'aumento del consumo di birra e la riduzione del consumo di vino appaiono più marcati tra gli utenti maschi (rispettivamente +38,5% e –9% contro +26,2% e –5,7% delle donne nel periodo 1996-2001); al contrario, sostanzialmente uguale tra i due sessi è l'entità della variazione relativa, tra il 1999 e il 2001, del consumo di superalcolici, mentre più alta tra le donne è la riduzione della prevalenza di consumo di aperitivi.

Nel biennio 2000-2001 si notano tra i sessi alcune differenze rispetto agli analoghi andamenti della popolazione complessiva. In particolare le donne si contraddistinguono per un aumento del consumo di vino sensibilmente maggiore rispetto a quello degli uomini e per una diminuzione (contrariamente a quanto avviene nel sottogruppo dei maschi e nel totale degli utenti) del consumo di superalcolici.

PAGINA BIANCA

TABELLE E GRAFICI

PAGINA BIANCA

Tab.1 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2001

	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
REGIONE	**territoriale**	**ospedaliera**	**universitaria**	**non indicata**	**TOTALE**
PIEMONTE	58	-	-	-	58
VALLE D'AOSTA	1	-	-	-	1
LOMBARDIA	40	4	2	-	46
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	-	-	6
PROV.AUTON.TRENTO	-	-	-	-	-
VENETO	34	7	-	-	41
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	-	-	-	6
LIGURIA	2	-	-	-	2
EMILIA ROMAGNA	40	-	-	-	40
TOSCANA	35	-	-	-	35
UMBRIA	-	-	-	-	-
MARCHE	12	1	-	-	13
ABRUZZO	-	-	-	-	-
MOLISE	6	-	-	-	6
CAMPANIA	23	-	-	1	24
PUGLIA	-	-	-	-	-
BASILICATA	-	-	-	-	-
CALABRIA	-	-	-	-	-
SICILIA	33	-	-	-	33
SARDEGNA	12	1	-	-	13
ITALIA	307	14	2	1	324

Tab.2 - NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
ANNO	**territoriale**	**ospedaliera**	**universitaria**	**non indicata**	**TOTALE**
1996	256	20	2	2	280
1997	266	19	4	0	289
1998	245	16	2	5	268
1999	320	12	2	10	344
2000	299	13	3	-	315
2001	307	14	2	1	324