ATTI PARLAMENTARI

XIV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **CC**
n. **2**

RELAZIONE

SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE IN MATERIA DI ALCOOL E DI PROBLEMI ALCOOLCORRELATI

(Anno 2003)

Presentata dal Ministro della salute

(SIRCHIA)

Trasmessa alla Presidenza il 4 aprile 2005

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

INDICE

PREFAZIONE ..... *Pag.* 5

PREMESSA ..... » 6

PARTE PRIMA

1. Il quadro epidemiologico ..... » 7
   1.1 I consumi e i modelli di consumo ..... » 7
   1.2 La mortalità, la morbilità e l'utenza dei servizi per l'alcoldipendenza ..... » 9
   1.3 Considerazioni critiche ..... » 10

2. Gli interventi del Ministero della salute in attuazione della legge 30.3.2001 n. 125 ..... » 11
   2.1 Gli interventi normativi e di indirizzo ..... » 11
   2.2 Gli interventi in materia di informazione ..... » 13
   2.3 Gli interventi in materia di assistenza farmaceutica ..... » 14
   2.4 La destinazione dei finanziamenti previsti per il monitoraggio dei dati ..... » 15
   2.5 I progetti sull'alcol finanziati a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga ..... » 18
   2.6 La partecipazione alle politiche internazionali ..... » 20
   Tabelle e grafici ..... » 23

PARTE SECONDA

3. Gli interventi delle Regioni e Province Autonome in attuazione della legge 30.3.2001 n. 125 ..... » 43
   3.1 Gli interventi per la prevenzione, il trattamento, la formazione del personale, la ricerca e la collaborazione con gli Enti del privato sociale e dell'auto-mutuo aiuto ..... » 44
   3.2 Le strutture di accoglienza attivate per le finalità previste dall'articolo 11 della legge 30.3.2001 n. 125 ..... » 72
   3.3 La collaborazione con Enti e Associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge ..... » 74
   3.4 La collaborazione con le istituzioni competenti per il rispetto delle disposizioni della legge in materia di pubblicità, vendita di bevande superalcoliche nelle autostrade, tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli ..... » 77
   3.5 Le attività e i progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro ..... » 80

3.6 I provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo ..... *Pag.* 83

3.7 Progetti o iniziative di particolare rilevanza realizzati dalle Regioni in adesione agli orientamenti e ai principi della legge 125/2001 ..... » 84

3.7.1 Contributo originale della Regione Emilia Romagna ... » 87

3.7.2 Contributo originale della Regione Calabria ..... » 98

PARTE TERZA

4. I SERVIZI ALCOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125. IL QUADRO AL 31.12.2003 ..... » 119

4.1 Il personale dei servizi ..... » 119

4.2 I modelli organizzativi, gli approcci terapeutici e i programmi di trattamento ..... » 120

4.3 La collaborazione dei servizi con gli enti e le associazioni del volontariato, privato sociale e privato ..... » 121

4.4 Le caratteristiche demografiche dell'utenza ..... » 121

4.5 I consumi alcolici dell'utenza ..... » 123

Tabelle e grafici ..... » 125

P R E F A Z I O N E

La riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol è, attualmente, uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica perseguiti da gran parte degli Stati europei.

Nell'intera Europa, circa un giovane su quattro, di età compresa tra i 15 e i 29 anni, muore a causa dell'alcol che rappresenta, secondo le ultime stime, il primo fattore di rischio di invalidità, mortalità prematura e malattia cronica tra i giovani.

Ogni anno, in Italia, più di 20 mila persone muoiono per abuso di alcol e per problemi alcol correlati. In particolare, l'alcol è la causa di quasi la metà dei circa 7.000 decessi conseguiti ad incidenti stradali che si registrano nel nostro Paese e che rappresentano la prima causa di morte per gli uomini al disotto dei 40 anni. Inoltre, stiamo assistendo ad un fenomeno preoccupante: l'aumento del consumo di bevande alcoliche soprattutto nelle fasce di età più vulnerabili, dai 14 ai 17 anni, e nelle giovani donne. Si pensi che in questa fascia di età sono circa il 17 per cento dei maschi e il 13,8 per cento delle femmine che consumano alcol al di fuori dei pasti.

Per questo il Ministero della salute, che ha posto nel Piano Sanitario Nazionale 2003/2005 come prioritario il problema dell'abuso di alcol, sta realizzando una campagna di comunicazione, che partirà il prossimo aprile, finalizzata a responsabilizzare e sensibilizzare soprattutto le nuove generazioni sui rischi per la salute legati all'eccessivo consumo di alcol. Inoltre, con le Regioni, è stato messo a punto un Piano Nazionale Alcol e Salute che costituisce la premessa per l'adozione di un più ampio Piano Nazionale Alcol che coinvolga nella prevenzione del danno alcol correlato anche tutte le altre istituzioni non sanitarie che hanno interessi e responsabilità nella salvaguardia della salute e sicurezza dei cittadini. Gli sviluppi operativi del Piano sono inseriti nel programma di attività del Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) e prevedono, in particolare, la creazione di ulteriori strumenti e risorse a disposizione di Ministero e Regioni per realizzare in campo alcologico interventi ancora più diffusi ed incisivi.

Va detto, che nel settore alcologico sempre più si va rafforzando, secondo quanto previsto dalle recenti riforme costituzionali, una collaborazione crescente tra il Ministero della salute, Regioni e Province Autonome. A tale proposito va sottolineato il ruolo assunto dai progetti nazionali promossi dal Ministero della salute con il finanziamento del Fondo nazionale per la lotta alla droga, il cui implemento ha costituito una parte importante di questa attività collaborativa.

Obiettivo di questa Relazione al Parlamento, che fornisce un esame dettagliato del panorama delle politiche alcologiche realizzate nel 2003, è quello di costituire non solo un mezzo di verifica dell'attuazione della Legge quadro 125/2001 in materia di alcol e problemi alcol correlati, ma anche di essere un'occasione di confronto e di dibattito per l'approfondimento dei problemi emergenti e per la definizione di opportuni ed eventuali adeguamenti organizzativi e normativi.

Prof. Girolamo Sirchia

P R E M E S S A

L'articolo 8 della legge 30.3.2001 n. 125 dispone che il Ministro della salute trasmetta al Parlamento una relazione annuale sugli interventi realizzati ai sensi della legge stessa, da predisporre sulla base delle relazioni che le Regioni e Province Autonome sono tenute a trasmettere al Ministero, ai sensi dell'articolo 9 comma 2, entro il 30 giugno.

In considerazione dei tempi richiesti per l'elaborazione e l'analisi dei dati e delle informazioni, la Relazione annuale viene predisposta nella seconda metà di ciascun anno, con riferimento agli interventi posti in essere nell'anno precedente.

La presente Relazione al Parlamento si riferisce agli interventi attivati nel corso dell'anno 2003.

Alle Regioni e Province Autonome è stato chiesto di provvedere all'invio degli elementi informativi riguardanti il periodo indicato in conformità a una griglia di argomenti individuata allo scopo di facilitare la rilevazione dello stato di attuazione della legge secondo uno schema uniforme a livello nazionale.

La data del 30.7.2004 è stata posta quale termine ultimo per la chiusura da parte del Ministero della salute della raccolta delle informazioni delle Regioni relativamente all'anno 2003 ai fini della predisposizione della presente Relazione.

Tuttavia l'ultima relazione è pervenuta al Ministero della salute nel settembre 2004.

PARTE PRIMA

1. Il quadro epidemiologico

1.1. I consumi e i modelli di consumo

La correlazione tra l'elevato consumo di alcol nella popolazione e l'aumento del rischio di morbilità e mortalità per alcune cause appare oggi un'evidenza consolidata. I principali orientamenti delle politiche internazionali e in particolare dell'O.M.S., e i risultati di importanti studi e ricerche comparative, fra cui quelli promossi dalla stessa Unione Europea, configurano ormai il consumo di alcol come uno dei principali determinanti per la salute della popolazione, e in particolare di quella europea.

L'Italia è un Paese in cui il consumo di bevande alcoliche, e in particolare di vino, fa parte di una radicata tradizione culturale e l'assunzione moderata di alcol è una consuetudine alimentare molto diffusa. Negli ultimi anni si stanno inoltre diffondendo nel nostro Paese modelli di consumo importati dai Paesi del Nord Europa che comportano notevoli variazioni nella quantità e qualità dei consumi; la realtà italiana appare pertanto in questo momento storico piuttosto complessa, proprio per la compresenza di modelli di consumo molto diversi, variamente distribuiti tra le diverse classi di età e i sessi.

Ogni modello di consumo comporta d'altra parte rischi specifici, ed è pertanto molto importante individuare e monitorare gli indicatori del rischio connesso ai diversi modelli.

Secondo un trend iniziato a partire dall'inizio degli anni ottanta, continua in Italia nel 2001 il calo del consumo medio annuo pro-capite di alcol, calcolato dall'O.M.S. in 7,85 litri tenendo conto di tutta la popolazione (contro l'8,04 del 1999 e l'8,03 del 2000) e in 9,14 litri tenendo conto solo della popolazione di età superiore ai 15 anni (contro il 9,36 del 1999 e il 9,32 del 2000).

A spiegare il calo progressivo dei consumi complessivi di alcol è ancora prevalentemente il calo dei consumi di vino e in misura minore quello dei superalcolici, mentre i consumi di birra vengono rilevati ancora in aumento.

Il livello del consumo medio pro-capite appare nel nostro Paese, peraltro, ancora notevolmente al di sopra di quello ritenuto auspicabile dall'O.M.S. nella Regione europea per l'anno 2015, individuato, nell'ambito del Programma "Health 21/ 1999", Target 12, in 6 litri l'anno per tutta la popolazione al di sopra dei 15 anni e in 0 litri per quella di età inferiore.

Secondo la più recente indagine multiscopo ISTAT "Aspetti della vita quotidiana", svolta annualmente presso le famiglie italiane, nel 2001 il numero dei consumatori di vino almeno una volta l'anno è pari al 59,6% (73,8% nei maschi e 46,4% nelle femmine); i consumatori di birra almeno una volta l'anno sono pari al 48,4% (69,7% nei maschi e 34,1% nelle femmine) (tab.1a).

Il consumo quotidiano di vino in quantità eccedentarie (consumo quotidiano di oltre ½ litro) riguarda per il 2001 il 9,3% della popolazione maschile e l'1,5% della popolazione femminile (in particolare il 17,6% dei maschi di età compresa tra 60 e 64 anni e il 3,3% delle femmine di pari età).

I bevitori di bevande alcoliche al di fuori dei pasti rappresentano nel 2001 il 25% della popolazione (37,8% nei maschi e 13,1% nelle femmine) (tab.1b).

Nella fascia di età tra i 14 e i 17 anni, consumano alcol al di fuori dei pasti il 17,1% dei maschi e il 13,8% delle femmine (tab.1d).

Secondo lo studio europeo ESPAD nel 2002 fra i giovani studenti italiani di età compresa fra i 15 e i 19 anni i consumatori di bevande alcoliche rappresentano l'89,0%. Il 54,6% degli studenti riferisce di essersi ubriacato almeno una volta nella vita (tab. 2a); il 4% non percepisce alcun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri ogni giorno (tab.2b).

Contestualmente alla diminuzione complessiva della quantità del consumo, continua la tendenza all'aumento della quota di popolazione che consuma bevande alcoliche, già rilevata a partire dal 1998 (tab.1a).

Secondo l'ISTAT è aumentato il numero dei consumatori di vino almeno una volta l'anno, che passa nel 2001 al 59,6% delle persone di 14 anni e più contro il 57,1% nel 2000. Continua anche l'incremento dei consumatori di birra almeno una volta l'anno, che sono passati dal 42,6% nel 1993 al 48,4% nel 2001 (69,7% negli uomini e 34,1% nelle donne). L'aumento della diffusione del consumo riguarda sopratutto le donne e le fasce di popolazione più giovane.

Il consumo quotidiano di vino in quantità eccedentarie (consumo quotidiano superiore al ½ litro) riguarda per il 2001 il 9,3% della popolazione maschile (il 17,6% sono maschi fra i 60 e i 64 anni).

Sembra persistere nella popolazione maschile la tendenza al calo dei consumi eccedentari già evidenziatosi da qualche anno, come appare ben rilevabile dall'esame della serie storica del dato a partire dal 1993, quando tale consumo interessava il 14% dei maschi (tab.1c).

La popolazione femminile appare meno interessata dal fenomeno dei consumi eccedentari di vino, che riguarda nel 2001 l'1,5% delle donne; in tale anno sembra peraltro interrompersi la tendenza alla crescita dei consumi eccedentari che si era andata delineando nella popolazione femminile a partire dal 1998 fino al 2000.

Tenendo conto che la dose alcolica giornaliera non deve comunque superare, secondo i parametri di rischio per la salute definiti dall'O.M.S., 40 g. per gli uomini e 20 g. per le donne (corrispondenti, rispettivamente, a circa 3 bicchieri e a 1 bicchiere e mezzo di vino di media gradazione alcolica), anche solo tenendo conto del numero di bevitori di oltre ½ litro di vino al giorno, possiamo affermare che appare piuttosto elevata nel 2001 in Italia la percentuale di popolazione, sopratutto maschile, a rischio di sviluppare problematiche alcolcorrelate di varia natura e gravità.

L'analisi dei consumi al di fuori dei pasti, altra importante fonte di valutazione della esposizione al rischio alcolcorrelato di una popolazione, evidenzia dal 2000 al 2001 un netto aumento della prevalenza di tali consumatori, che passano dal 23,3% al 25%, a conferma di un trend di crescita che, evidenziabile fin dal 1993, era sembrato ridimensionarsi negli anni 1999 e 2000 (tab.1a).

Particolarmente preoccupante è la conferma della crescita di questa tipologia di consumo per le fasce di età tra i 14 e i 17 anni, dove i maschi passano, fra il 1995 e il 2001, dal 12,9 % al 17,1%, e le femmine dal 6,0% al 13,8% (tab.1d).

Evidente appare negli ultimi anni la tendenza delle giovani generazioni ad un aumento del consumo di bevande alcoliche e dei comportamenti di abuso particolarmente gravi quali le ubriacature, sebbene nel 2002 quest'ultima tendenza registri un'interruzione.

Secondo lo studio europeo ESPAD fra i giovani studenti italiani di età compresa fra i 15 e i 19 anni i consumatori di bevande alcoliche passano progressivamente, fra il 1999 e il 2002, dall'86,5% all'89,0%. Tra loro risultano in aumento, fra il 1999 e il 2001, gli episodi di intossicazione alcolica e la percentuale dei giovani che riferisce di essersi ubriacato almeno una volta passa dal 52,7% nel 1999 al 55,2% nel 2001. Nel 2002 peraltro, come si è detto, tale percentuale scende al 54,6% (tab.2 a).

Fra gli stessi giovani emerge inoltre tra il 1999 e il 2002 un atteggiamento di crescente tolleranza verso l'abuso di alcol e i comportamenti correlati; aumentano costantemente tra il 1999 e il 2002 coloro che non disapprovano ubriacarsi una volta la settimana, che passano dal 18% al 25%, e contestualmente sembra diminuire la percezione del rischio connesso ai comportamenti d'abuso: benché una rilevante maggioranza di giovani percepisca il rischio connesso col bere 4 o 5 bicchieri ogni giorno, tuttavia la percentuale di coloro che non vedono alcun rischio in tale comportamento è in aumento passando dal 3% del 1999 al 4% del 2002 (tab.2b).

Il fenomeno dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla percentuale di giovani utenti alcoldipendenti in carico nel 2002 presso i servizi sociosanitari per l'alcoldipendenza così come evidenziata dai dati rilevati dal Ministero della Salute (nel 2002 i minori di 20 anni rappresentano lo 0,5% dell'utenza e i giovani fra i 20 e i 29 anni il 9,1%) (tab.3a e graf.1).

1.2. La mortalità, la morbilità e l'utenza dei servizi per l'alcoldipendenza

Nel calcolo della mortalità alcolcorrelata si tiene conto che l'alcol provoca danni all'organismo non solo in forma diretta e a seguito di cronico abuso (psicosi alcolica, cirrosi epatica, alcuni tumori, etc.), ma anche in forma indiretta e con consumi anche limitati (incidenti stradali, domestici e sul lavoro).

Le stime della mortalità alcolcorrelata si riferiscono ancora a valori elevati, situati, a seconda delle diverse fonti (Ministero della Salute-Gruppo Epidemiologico Società italiana di Alcologia-Osservatorio permanente su giovani e alcol) e dell'anno della stima, fra i 15.000 e i 22.000 morti l'anno.

Prosegue peraltro, in concomitanza con la diminuzione della quantità dei consumi, la diminuzione del tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica e patologie croniche del fegato, considerato dall'O.M.S. uno dei più importanti indicatori di danno alcolcorrelato.

Il dato più recente, riferito all'anno 2001, è infatti pari a 13,64 per 100.000 abitanti, contro il 22,60 del 1990, il 17,91 del 1995, e il 13,89 del 2000.

La mortalità per incidente stradale si stima in Italia correlata all'uso di alcol alla guida per il 33% o il 40% del totale della mortalità per questa causa, a seconda delle fonti.

Nell'anno 2001 sono stati rilevati dall'ISTAT 235.142 incidenti stradali (contro i 228.912 del 2000) che hanno provocato 6.682 morti (contro i 6.649 del 2000), con un indice di mortalità del 2,84% (contro il 2,90% del 2000).

Tra questi incidenti, 17.713 (contro i 15.326 del 2000) sono avvenuti nelle notti tra venerdì e sabato, e hanno provocato 909 morti (contro i 917 del 2000), con un indice di mortalità media del 5,53% nei due anni.

L'evidente aumento, in una sola annualità, del numero degli incidenti del fine settimana, anche se fortunatamente rimane quasi invariata la mortalità da essi derivata, è un dato particolarmente allarmante, data l'elevata correlazione tra questo tipo di incidente stradale e l'abuso di sostanze.

Particolarmente grave appare la situazione per i giovani fra i 15 e i 24 anni, per i quali l'incidente stradale costituisce la causa di più del 40% dei decessi.

Il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol passa dal 172,2 del 2000 al 177,1 del 2002.

La Regione Valle D'Aosta e la P.A. di Bolzano appaiono nel 2002 quelle a più alto tasso di ospedalizzazione, seguite da Trento, Veneto e Liguria. Le stesse Regioni risultavano tali anche per l'anno 2000 (tab.4 a).

Dei dimessi per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, 88.792 (il 78,1%) sono maschi e 24.859 (il 21,9%) sono femmine (tab.4c).

Le diagnosi di ricovero prevalenti per i maschi riguardano la cardiomiopatia alcolica (84,8% nei maschi e 15,2% nelle femmine) e il danno epatico da alcol non specificato (83,0% nei maschi e 17,0% nelle femmine); le diagnosi che interessano maggiormente le donne in rapporto ai maschi riguardano l'avvelenamento da antagonisti dell'alcol (39,1% nelle femmine contro 60,9% nei maschi) e gli effetti tossici dell'alcol (35,4 % nelle femmine contro 64,6% nei maschi) (tab. 4c).
La distribuzione percentuale delle diagnosi totalmente alcolattribuibili nell'anno 2002 ci mostra i valori più elevati nelle fasce di età più alte (oltre i 55 anni), che si riferiscono, in ordine di prevalenza, a cirrosi epatica, cardiomiopatia, steatosi e gastrite alcolica. Nelle fasce di età più giovani (15-35 anni) da antagonisti dell'alcol (tab.4b).
Per quanto riguarda i soggetti alcoldipendenti, nel 2002 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro per le alcoldipendenze operanti nell'ambito del S.S.N. 44.490 utenti (34.191 maschi, 10.299 femmine).
La fascia di età più interessata è quella fra i 40 e i 49 anni, che rappresenta il 28% del totale delle utenze, seguita dalla fascia 30-39 anni (24,8 %) e 50-59 (23,7%). I minori di 20 anni rappresentano lo 0,5% dell'utenza, e quelli fra i 20 e i 29 anni il 9,1% (tab.3a-graf.1).
Tra questi utenti sembrano diminuire nel tempo i soggetti delle fasce di età più mature, mentre in aumento appaiono quelli di età fra i 20 e i 29 anni, che rappresentano nel 2002 il 9,1%. Relativamente stabile nel tempo, ma comunque rilevante, l'utenza al di sotto dei 20 anni (0,5%), che comunque risulta in diminuzione rispetto al 2001 (tab.3b).
Gli utenti dei servizi per le alcoldipendenze hanno consumato più frequentemente come bevanda alcolica il vino (59,8%), la birra (20,4%) e i superalcolici (11,9%) (tab.3c e graf.2). In crescita nel tempo la percentuale di coloro che assumono in concomitanza sostanze stupefacenti, che nel 2002 rappresentano l'8,9% contro il 5,7% nel 1996 (tab.3d).
I trattamenti prevalenti sono stati nel 2002 quello medico farmacologico (30,3% degli utenti) e *counseling* all'utente o alla famiglia (23% degli utenti). Appaiono in netta diminuzione gli utenti dei servizi territoriali per le alcoldipendenze che vengono avviati al ricovero ospedaliero in strutture pubbliche e private (principalmente per sindrome di dipendenza da alcol), che passano dal 10,3% nel 1996 al 7,3% nel 2002 (tab.3e e graf.3).

1.3. Considerazioni critiche

Il persistere della tendenza al calo dei consumi medi pro-capite di alcol già in atto dal 1981 (-33,3% tra il 1981 e il 1998) è sicuramente in correlazione con fattori macroeconomici e socioculturali di ampia portata che hanno inciso sulla evoluzione di modelli e stili di vita della popolazione italiana. Si deve comunque anche rilevare nell'ultimo decennio una maggiore incisività delle politiche sanitarie e sociali nel campo della prevenzione dei danni alcolcorrelati, come è stato già ampiamente illustrato nella I Relazione del Ministro della Salute al Parlamento.
Il semplice dato della diminuzione della quantità dei consumi non è sufficiente peraltro ad assicurare la protezione della popolazione dai problemi alcolcorrelati, ed è necessario prestare grande attenzione allo studio e al monitoraggio della distribuzione dei consumi e i modelli di consumo nelle varie fasce di popolazione, dai quali sembrano emergere alcune importanti criticità:
-aumento della popolazione dei consumatori e conseguente maggiore esposizione della popolazione al rischio di danni sociali e sanitari correlati;
-persistenza della tendenza all'aumento dei consumatori appartenenti a categorie socio-demografiche particolarmente a rischio di danno alcolcorrelato, quali le donne e i giovani;

-aumento dei comportamenti di consumo a rischio, quali i consumi fuori pasto, i consumi eccedentari e le ubriacature, in particolare nell'ambito della popolazione giovanile di entrambi i sessi e, in minor misura rispetto al 2000, nella popolazione femminile.

I dati relativi alla popolazione giovanile appaiono particolarmente gravi se si considera che esistono numerose evidenze sulla tendenza dei giovani che consumano alcol a praticare altri comportamenti a rischio, e che dunque l'abuso di alcol funge spesso, in quanto sostanza totalmente legale, da ponte verso altre sostanze illecite.

Questi fenomeni appaiono sicuramente in relazione con l'avvicinamento del nostro Paese, e sopratutto dei giovani, ai modelli di consumo prevalenti nei Paesi del Nord Europa, con il progressivo passaggio da un bere incentrato sul consumo di vino o bevande a bassa gradazione alcolica, assunti a completamento dei pasti, a un bere al di fuori dei pasti e in occasioni ricreazionali, con uso di bevande ad alto contenuto alcolico e in quantità spesso eccessive.

A questa evoluzione dei modelli di consumo sembrano partecipare ormai in misura considerevole anche le donne, che continuano ad accrescere progressivamente la loro presenza nella platea dei consumatori, conformandosi sempre più, sopratutto le più giovani, alle abitudini maschili e ai nuovi modelli comportamentali.

Va anche sottolineato che la persistente coesistenza, accanto a questi fenomeni, del tradizionale modello di consumo alcolico, caratterizzato da un bere alimentare e moderato, associato a immagini familiari e positive, e che gode di una certa approvazione o almeno tolleranza sociale, potrebbe rappresentare nel nostro Paese un ulteriore, specifico elemento di rischio, sopratutto per i più giovani.

Si può, infatti, ipotizzare che la tradizionale cultura di tolleranza o approvazione del bere moderato, trasmessa spesso ai giovani dalle stesse famiglie, possa fungere da barriera ad un'adeguata percezione dei diversi e gravissimi rischi correlati ai nuovi modelli di consumo.

Elemento cruciale delle politiche di prevenzione appare dunque al momento attuale, sopratutto per la protezione dei più giovani, l'adozione di politiche e azioni che intervengano sulla percezione culturale del bere, al fine di rendere evidenti le diverse implicazioni di rischio connesse ai diversi comportamenti e trasmettere univoci orientamenti di sicura evidenza scientifica.

2. Gli interventi del Ministero della Salute in attuazione della legge 30.3.2001 n. 125

2.1. Gli interventi normativi e di indirizzo

2.1.1. Col D.P.R. 23.5.2003, pubblicato nella G.U. del 18.6.2003 n.139, Suppl. n. 95, è stato recepito il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, in cui sono stati inseriti alcuni importanti e specifici riferimenti ai problemi derivanti dall'alcol, in adesione ai principi sanciti dalla legge 125/2001.

Pur riconoscendo che il consumo di bevande alcoliche in Italia è andato diminuendo dal 1981, è stata ribadita, infatti, la necessità di porre in essere ogni possibile intervento per raggiungere gli obiettivi posti dall'OMS nonché dall'Unione Europea con la approvazione di una specifica strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati.

Nel Piano sanitario, che rappresenta, alla luce delle più recenti modifiche costituzionali, un vero e proprio progetto di salute da condividere e attuare in sinergia con le Regioni, la prevenzione dell'alcolismo è stata contemplata nell'ambito di uno dei dieci progetti adottati per la strategia del cambiamento: "*Promuovere stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute*".

Nel Piano viene riconosciuto che la riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol è attualmente uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica, che la gran parte degli Stati persegue per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini. Si ribadisce che numerose evidenze dimostrano che gli individui che abusano dell'alcol, e in particolare i giovani, sono più esposti ad assumere comportamenti ad alto rischio quali la guida di autoveicoli e l'esecuzione di lavori in condizioni psicofisiche inadeguate. Per i più giovani inoltre si sottolinea la correlazione fra uso di alcol, fumo e abuso di droghe, e il ruolo assunto dall'alcol quale "ponte" per l'approccio all'uso di sostanze psicotrope illegali.

2.1.2. L'art.3 comma 1 della legge 125/2001 prevede, tra le attribuzioni dello Stato, che con Atto di indirizzo e coordinamento da adottarsi ai sensi dell'art. 8 della legge 59/97, sentita la Consulta Nazionale sull'alcol e i problemi alcolcorrelati presieduta dal Ministro per la Solidarietà sociale, nel rispetto delle competenze attribuite allo Stato e alle Regioni, nonché alle previsioni del Piano Sanitario Nazionale, siano definiti i requisiti minimi, strutturali e organizzativi, e gli standard minimi di attività dei servizi, i criteri per il monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati, le azioni di informazione e di prevenzione nei vari ambienti scolastici, militari, di aggregazione.
Tramite un apposito gruppo di lavoro congiunto Ministero/ Regioni, costituito con D. M. 21.12.2001, è stato predisposto uno schema di indirizzi che è stato inviato al Ministero del Lavoro e Politiche sociali per il previsto esame, secondo le previsioni dell' art. 3 comma 1 della legge, da parte della costituenda Consulta Nazionale sull'alcol presso quel Ministero.
Nel corso del 2003 non è stato ancora possibile sottoporre tale schema di provvedimento all'esame della Consulta Nazionale sull'alcol, essendosi presso il Ministero del Lavoro concluse le procedure per il suo insediamento soltanto nell'Agosto 2004, con la pubblicazione, nella G.U. n. 183 del 6.8.2004, del Decreto del Ministro del Lavoro e Politiche sociali n. 199 in data 3.6.2004 ("*Regolamento recante il funzionamento e l'organizzazione della Consulta Nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati, ai sensi dell'art. 4, comma 4, della legge 30 marzo 2001, n. 125*").
Nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 16 gennaio 2003 d'altra parte i Presidenti delle Regioni hanno espresso l'avviso, condiviso dal Ministro della Salute, che, alla luce delle modifiche intervenute al Titolo V della Costituzione, in luogo del previsto Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, per l'emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento ai sensi della legge 125/2001, si pervenga ad un accordo da sancire in sede di Conferenza Stato-Regioni.
La Segreteria della Conferenza Stato-Regioni ha inoltrato successivamente al Ministero della Salute, con nota del 3 settembre 2003, richiesta di conoscere la proposta del provvedimento di accordo, ai fini dell'avvio della relativa istruttoria tecnica.
Il Ministero della Salute ha interessato i competenti Uffici per la predisposizione di tale proposta di accordo, anche in base a quanto già elaborato dal citato gruppo di lavoro Ministero/Regioni, ritenendo peraltro necessario attenderne l'esame preliminare da parte della costituenda Consulta Nazionale sull'alcol, secondo le previsioni dell'art.3 comma 1 della legge 125/2001.

2.1.3. Nel corso dell'anno 2003 il Ministero della Salute ha proseguito la sua collaborazione con il Ministero del Lavoro e Politiche sociali, cui la legge assegna la competenza primaria, ai fini della predisposizione degli elementi tecnici dello schema di Decreto interministeriale previsto dall'art. 15 comma 1 della legge, per l'individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortunio sul lavoro e per le quali dovrà essere adottato il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche.

Sono in via di conclusione le procedure per la formalizzazione del concerto tra i due Ministeri ai fini dell'emanazione del previsto Decreto.

2.2. Gli interventi in materia di informazione

2.2.1. L'art. 3 comma 4 della legge 125/2001 autorizza una spesa annuale pari a € 1.032.914 per le azioni di informazione e prevenzione da realizzarsi negli ambienti scolastici, militari, penitenziari e di aggregazione giovanile.
A tali fini nel corso del 2003 il Ministero della Salute, cui è assegnata la competenza per il relativo capitolo di spesa, ha proseguito i contatti già precedentemente intrapresi con le associazioni attive nella lotta ai problemi alcolcorrelati per l'avvio di campagne di informazione destinate in particolare al mondo giovanile e adolescenziale, ed ha provveduto ad impegnare la soma di € 2.300.000 per la realizzazione di una campagna di comunicazione finalizzata ad informare e sensibilizzare la popolazione, e in particolare quella giovanile, sui rischi legati al consumo di alcol. I giovani tra i 12 e i 16 anni rappresentano il target primario, mentre quello secondario è rappresentato da giovani fino ai 30 anni, alcolisti, famiglie, operatori didattici e sanitari e tutte le figure direttamente a contatto con il mondo giovanile.
La campagna si inquadra negli obiettivi indicati dall'OMS e, in particolare, dall'Unione Europea con la recente approvazione di una specifica strategia per la riduzione dei pericoli connessi all'alcol, allineandosi altresì ai principi sanciti nella *Carta europea sui giovani e l'alcol* approvata nel Febbraio 2001 a Stoccolma dagli Stati europei aderenti all'O.M.S.:
-ridurre le conseguenze negative sulla salute causate dall'alcol
-sviluppare un senso critico verso il consumo di alcol ed un'autonomia maggiore nei confronti della pressione esercitata dai mass media
-coinvolgere i giovani nelle attività di prevenzione ad essi destinati.
Gli obiettivi operativi previsti per la campagna sono i seguenti:
-evitare il consumo di alcol nei giovanissimi
-evitare l'abuso
-ridurre il rischio correlato a comportamenti sbagliati.
La strategia di comunicazione è finalizzata a sminuire l'alcol nell'immaginario giovanile e nelle forme di consumo veicolate dalla pubblicità e dai media, a incrementare il grado di consapevolezza dei giovani rispetto ai rischi connessi all'uso/abuso di alcol, a sensibilizzare allo sviluppo di auto-coscienza e responsabilità.
Si prevede di utilizzare strumenti quali spot radiofonici, cinematografici e televisivi, numero verde, Internet, affissioni e cartellonistica sui mezzi pubblici di trasporto, opuscoli informativi.
In adesione al Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, che prevede tra i dieci obiettivi strategici un piano di azione specificamente dedicato alla promozione di stili di vita salutari, il Ministero ha proseguito l'attuazione del programma di comunicazione istituzionale sugli stili di vita e la salute, che riguarda anche il consumo di bevande alcoliche.

2.2.2. Il Ministero della Salute ha curato nel corso del 2003 la pubblicazione di 4 numeri del *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, rivista scientifica finalizzata all'informazione e aggiornamento periodico delle Regioni e degli operatori sui dati relativi al consumo di sostanze d'abuso legali e illegali, sui principali problemi emergenti, sui metodi di cura, trattamento, prevenzione e riabilitazione, nonché sul funzionamento dei servizi e dei presidi.

La rivista viene inviata tra l'altro a tutti i servizi pubblici e privati attivi in tema di tossicodipendenza e alcolismo, ed è disponibile su Internet all'indirizzo *http//www.unicri.it/min.san.bollettino.*
Molti degli articoli pubblicati nell'anno 2003 hanno riguardato problemi alcolcorrelati, e in particolare i temi alcol e guida, abuso giovanile e discoteche, consumo femminile, ruolo dei medici di Medicina Generale, prevenzione alcologica di comunità.
A partire dall'anno 2003 è stata modificata la veste editoriale della rivista e sono stati rinnovati il Comitato scientifico (la cui presidenza è stata affidata al prof. Carmelo Furnari) e il Comitato di redazione (la cui presidenza è stata affidata alla Dr.ssa Antonella Cinque).

2.3. Gli interventi in materia di assistenza farmaceutica

L'art. 3 comma 3 della legge 125/2001 prevede l'adozione da parte della Commissione Unica del Farmaco presso il Ministero della Salute di un provvedimento diretto ad assicurare che siano erogati a carico del S.S.N. i farmaci utilizzati nelle terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo, per i quali è necessaria la prescrizione medico-specialistica.
La legge prevede altresì che i medicinali, inseriti in classe H, siano dispensati dalle farmacie ospedaliere e per il tramite delle farmacie territoriali, secondo modalità definite con decreto del Ministro della Salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sentite le organizzazioni più rappresentative delle farmacie pubbliche e private e le organizzazioni delle imprese distributrici.
La CUF insediata pro tempore presso il Ministero della Salute non aveva ritenuto, già nella seduta del 19/20 giugno 2001, di modificare il regime di fornitura in essere per ragioni di salute pubblica, in considerazione che i farmaci di cui trattasi erano inclusi nella Tabella I delle sostanze soggette a controllo ai sensi del D.P.R. 309/90 in materia di disciplina delle sostanze stupefacenti.
Al novembre 2003 l'unico medicinale utilizzato nelle terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo sottoposto alla normativa del D.P.R. 309/90 in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope risulta peraltro essere solo la specialità medicale *Alcover* (contenente acido gamma idrossibutirrico o sodio oxidato), autorizzata all'immissione in commercio nelle due formulazioni di soluzione orale e flaconcini orali, e di cui risulta in commercio a tale data solo la soluzione orale, compresa nella fascia H del Nuovo Prontuario Farmaceutico Nazionale e nella tabella IV delle sostanze stupefacenti e psicotrope di cui all'art. 14 del D.P.R. 309/90.
Gli altri farmaci utilizzati per il trattamento dell'alcolismo cronico risultano i seguenti:

Principio attivo	Specialità medicinale	Fascia
DISULFIRAM	- Antabuse dispergettes CPR - Etiltox 200mg CPR	C A
METADOXINA	Metadoxil	C
NALTREXONE	- Antaxone - Nalorex	C C

Questi tre principi attivi non sono sottoposti alla normativa in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope di cui al D.P.R. 309/90.
Di essi nel 2003 soltanto l'Etiltox è dispensato in regime di fornitura a carico del S.S.N., mentre tutti gli altri risultano a totale carico del cittadino.

2.4. La destinazione dei finanziamenti previsti per il monitoraggio dei dati

L'art. 3 comma 4 della legge 125/2001 ha autorizzato, a decorrere dall'anno 2001, la spesa massima di lire 1.000 milioni annue (pari a € 516.457) per la realizzazione delle attività di monitoraggio dell'abuso di alcol e dei problemi alcolcorrelati.
In considerazione di quanto previsto dall'art. 3 circa la necessità che le attività di monitoraggio siano realizzate secondo modalità che garantiscano l'elaborazione e la diffusione dei dati a livello regionale e nazionale, il Ministero ha ritenuto opportuno ripartire tra le Amministrazioni regionali le somme assegnate al Ministero della Salute per l'anno 2003, adottando le medesime linee operative degli anni precedenti ai fini di una sperimentazione da confermare con successivi e definitivi indirizzi.
Lo schema di ripartizione è stato costruito sulla base dei criteri individuati dal citato Gruppo di lavoro Ministero/Regioni per la predisposizione dell'Atto di indirizzo, relativi all'entità della popolazione regionale residente, ai consumi complessivi di bevande alcoliche e al numero dei bevitori eccedentari secondo la più recente rilevazione ISTAT.
La proposta di ripartizione è stata sottoposta all'esame della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome per il parere ai sensi dell'art. 2, comma 4 del decreto legislativo 28.8.1997 n. 281, e successivamente approvata nella seduta del 10 dicembre 2003, conformemente alla tabella sottoindicata.

RIPARTO DEI FONDI PER IL MONITORAGGIO DEI DATI ALCOLOGICI -ANNO 2003-	
REGIONI E PROV. AUT.	**QUOTA (in Euro)**
PIEMONTE	40.709,38
VALLE D'AOSTA	1.330,61
LOMBARDIA	84.659,43
P.A. BOLZANO	3.754,92
P.A. TRENTO	4.039,70
VENETO	43.809,84
FIULI-VENEZIA GIULIA	11.434,84
LIGURIA	15.221,77
EMILIA-ROMAGNA.	40.077,49
TOSCANA.	34.403,90
UMBRIA	8.502,85
MARCHE	14.997,40
LAZIO	46.770,79
ABRUZZO	11.813,88
MOLISE	3.052,10
CAMPANIA	46.210,94
PUGLIA	34.143,35
BASILICATA	5.634,59
CALABRIA	16.994,69
SICILIA	34.343,89
SARDEGNA	14.550,65
TOTALE	516.457,00

Il Ministero ha quindi provveduto a richiedere alle Regioni e Province Autonome, ai fini dell'erogazione del previsto finanziamento, l'invio di dati e informazioni sugli indicatori sotto citati:

-prevalenza e incidenza delle patologie alcolcorrelate nei ricoveri ospedalieri

-rapporto tra n. di utenti alcoldipendenti e n. di servizi rilevati (pubblici e privati, convenzionati o accreditati)

-rapporto tra popolazione regionale e utenza dei gruppi di auto-mutuo aiuto

-consumi annuali pro capite di alcol puro della popolazione regionale; consumi annuali pro-capite di bevande alcoliche suddivise nei tre grandi gruppi

-modelli di consumo e abuso e altre variabili comportamentali e sociologiche relative, con dati disaggregati almeno per fasce d'età, sesso e condizioni socioeconomiche; fenomeni eventualmente emergenti ritenuti di interesse per la conoscenza e l'interpretazione sociale del danno derivante dall'uso di bevande alcoliche.

Nella sottostante tabella è illustrata la situazione, al 31.12.2004, delle attività e dei finanziamenti erogati dal Ministero alle Regioni ai sensi dell'art. 3 comma 4.

MONITORAGGIO DATI ALCOL-ATTIVITA' SVOLTE E PAGAMENTI EFFETTUATI **Situazione al 31.12.2004**

	ANNO 2001			ANNO 2002			ANNO 2003		
REGIONI	**FINANZIAMENTO ANNO 2001**	**Attività svolte**	**Pagamenti effettuati**	**FINANZIAMENTO ANNO 2002**	**Attività svolte**	**Pagamenti effettuati**	**FINANZIAMENTO ANNO 2003**	**Attività svolte**	**Pagamenti effettuati**
Piemonte	40.709,38	x	40.709,38	40.709,38	x	40.709,38	40.709,38		
Valle D'Aosta	1.330,61			1.330,61			1.330,61		
Lombardia	84.659,43	x	84.659,43	84.659,43	x	84.659,43	84.659,43	x	84.659,43
Prov. Aut. Trento	4.039,70			4.039,70			4.039,70		
Prov. Aut. Bolzano	3.754,92	x	3.754,92	3.754,92	x	3.754,92	3.754,92	x	3.754,92
Veneto	43.809,84	x	oo	43.809,84	x	oo	43.809,84		
Friuli Venezia Giulia	11.434,84	x	oo	11.434,84	x	11.434,84	11.434,84		
Liguria	15.221,77			15.221,77			15.221,77		
Emilia Romagna	40.077,49	x	oo	40.077,49	x	oo	40.077,49	x	
Toscana	34.403,90	x	34.403,90	34.403,90	x	34.403,90	34.403,90		
Umbria	8.502,85			8.502,85			8.502,85		
Marche	14.997,40			14.997,40			14.997,40		
Lazio	46.770,79	x	oo	46.770,79	x	oo	46.770,79	x	
Abruzzo	11.813,88	x	11.813,88	11.813,88	x	11.813,88	11.813,88		
Molise	3.052,10			3.052,10			3.052,10		
Campania	46.210,94	x	46.210,94	46.210,94	x	46.210,94	46.210,94	x	
Puglia	34.143,35	x	34.143,35	34.143,35	x	34.143,35	34.143,35		
Basilicata	5.634,58			5.634,58			5.634,59		
Calabria	16.994,69			16.994,69			16.994,69		
Sicilia	34.343,89	x	34.343,89	34.343,89	x	34.343,89	34.343,89		
Sardegna	14.550,65			14.550,65			14.550,64		
	516.457,00		**290.039,69**	**516.457,00**		**301.474,53**	**516.457,00**		**88.414,35**

12

Nota: nella colonna "pagamenti effettuati", le celle contrassegnate con il segno "o" oppure "oo" indicano che è stata inoltrata o si è in attesa di inoltrare richiesta di reiscrizione in bilancio di somme andate in perenzione amministrativa

2.5. I progetti sull'alcol finanziati a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga

Con l'approvazione della Legge 18.2.1999 n. 45 "Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze" la possibilità di finanziamento a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga è stata estesa anche a progetti relativi alla "alcoldipendenza correlata", presentati dalle Regioni e dai Ministeri interessati.
Dopo l'approvazione della legge 125/2001 il Ministero della Salute ha presentato al suddetto Fondo richiesta di finanziamento per n. 3 progetti predisposti sulla base delle finalità e degli obiettivi enunciati dalla legge 125/2001, per favorire interventi e azioni utili alla sua puntuale attuazione. I finanziamenti sono stati concessi.
Nell'anno 2003 si sono svolte le attività amministrative e organizzative necessarie per avviare l'implementazione di tali progetti, e in particolare sono stati presi contatti e avviati incontri con le Regioni e Province Autonome, anche tramite il Coordinamento permanente delle Regioni italiane sulla tossicodipendenza presso la Regione Veneto.
Per i 2 progetti finanziati con i fondi dell'anno 2001 sono state identificate, tramite il suddetto Coordinamento permanente, le Regioni interessate alla realizzazione degli stessi e in particolare quelle interessate a svolgere un ruolo di capofila per la gestione amministrativa e il coordinamento tecnico.
Per l'implementazione dell'unico progetto in materia di alcol finanziato con i fondi relativi all'anno 2002, di fatto oggettivamente ritardata da motivi relativi alla temporanea indisponibilità dei fondi medesimi, per motivi non dipendenti dal Ministero della Salute, non sono state effettuate attività nel corso del 2003

1) Progetto *"Impatto dei problemi alcolcorrelati nella popolazione afferente alle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere: epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi"*.
(Finanziamento approvato: € 464.811,21)
In considerazione del fatto che la legge 125/2001 impegna l'Amministrazione centrale della Salute alla definizione dei requisiti e standard minimi di funzionamento dei servizi, e le Regioni ad una specifica programmazione di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati, questo progetto intende rappresentare un sostegno per l'efficace e proficua messa a punto di validi strumenti a ciò finalizzati, creando una solida base conoscitiva, operativa e organizzativa, anche tramite la sperimentazione di attività innovative, sulla quale innestare un'efficace attività istituzionale.
Rivestendo valore cruciale, per le esigenze conoscitive del sistema, il dato relativo all'impatto dei problemi e patologie alcolcorrelate nella popolazione afferente alle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, in termini di epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi, il progetto è stato elaborato per approfondire su queste basi la conoscenza dei fenomeni di abuso e dipendenza da alcol nel nostro Paese, individuandone le tipologie, le correlazioni con altre patologie e altri tipi di dipendenza, con i ricoveri ospedalieri e con altre variabili demografiche, socioeconomiche e culturali. Ciò anche tenendo conto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità suggerisce da tempo di impostare gli studi relativi ai danni da alcol su indicatori di disabilità piuttosto che di mortalità.
Il progetto consentirà di porre le basi per la messa a punto di un sistema di monitoraggio permanente, adeguato alle esigenze conoscitive di un sistema di assistenza integrato, così come configurato in relazione alla recente normativa.
Il ruolo di capofila del progetto è stato assegnato congiuntamente alle Regioni Toscana e

Lombardia, che ne cureranno l'implementazione coordinando le Regioni Piemonte, Liguria, Veneto, Abruzzo, Umbria, Marche, Calabria, Campania, Puglia e Sardegna.

2) Progetto "*Un progetto sperimentale per l'alcoldipendenza: autogestione teleassistita, tecniche cognitivo-comportamentali e trattamento individualizzato per ottimizzare gli interventi integrati di prevenzione secondaria dell'abuso alcolico nei servizi*".
(Finanziamento approvato: € 206.582,76)
Dopo l'approvazione della legge 125/2001, nel momento in cui i servizi per l'alcoldipendenza sono diventati, per volontà del legislatore, un segmento importante nell'ambito del sistema preposto alla salute dei cittadini, è apparso particolarmente utile e opportuno predisporre le basi per la costruzione di un modello di assistenza alcologica operativamente valido, sperimentando, in relazione ad ipotesi di lavoro scientificamente fondate e preliminarmente validate, interventi operativi in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni degli utenti.
Poiché le ricadute nell'abuso da parte di soggetti già disintossicati costituiscono un nodo cruciale e ancora irrisolto nel trattamento degli alcolisti e vengono rilevate, nonostante la correttezza e l'efficacia dei metodi di disintossicazione, percentuali di ricaduta mediamente molto elevate, è stato elaborato uno specifico progetto di carattere sperimentale finalizzato a costruire un modello di intervento che faciliti l'accesso degli utenti alcolisti al sistema, prolunghi la loro permanenza nei programmi di trattamento e accresca nel tempo e nello spazio le occasioni di rapporto con i servizi, assicurando periodici contatti a lungo termine, anche tramite teleassistenza, in grado di contenere nel lungo periodo i fenomeni di ricaduta. Si prevede di sostenere a tal fine anche la diffusione sul territorio di esperienze di auto-mutuo aiuto promosse o protette dal servizio pubblico.
Il progetto prevede inoltre una fase di formazione per mettere in grado gli operatori di gestire rapporti, anche limitati e a distanza, ma continui e attenti, con i singoli pazienti, e di interagire con le loro energie di autoregolazione e di cambiamento, cogliendo tutte le possibilità presenti nell'ambito di un percorso pluriennale, dove la ricaduta è gestita quale momento critico ma non risolutivo del rapporto terapeutico.
Il ruolo di capofila del progetto è stato assegnato alla Regione Lazio, che ne curerà l'implementazione coordinando le Regioni Piemonte, Toscana, Abruzzo, Umbria, Molise, Campania, Puglia e Sicilia, che hanno aderito al progetto.

3) "*Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione dell'abuso di alcol e dei rischi alcolcorrelati, per la costruzione di nuovi modelli di intervento che utilizzino i giovani come 'risorsa'*".
(Finanziamento approvato: € 480.930,00)
La legge 125/2001 contempla fra le sue finalità, al comma 1 punto a), la tutela del diritto di bambini e adolescenti ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche. D'altra parte sta emergendo tra i giovani del nostro Paese una crescente diffusione del consumo di bevande alcoliche ad alto rischio, con la conseguente necessità di adottare adeguate misure di prevenzione.
Tenendo conto della centralità e della criticità della scuola quale luogo di apprendimento conoscitivo e relazionale anche rispetto ai problemi che attengono alla salute psicofisica, è stato elaborato un progetto per la valutazione di impatto e di risultato degli interventi e degli strumenti di prevenzione dell'abuso alcolico nella scuola.
Il progetto si propone di individuare i punti di forza o di criticità, a livello comunicativo, cognitivo, relazionale o quant'altro, delle strategie educative e dei programmi adottati, di studiare opinioni, credenze, condizionamenti e situazioni che favoriscono l'attrazione dei giovani verso modelli di consumo alcolico a rischio, di costruire e sperimentare, sulla base

delle conoscenze acquisite, un modello operativo in grado di coinvolgere i giovani in modo attivo nella gestione degli interventi preventivi nella scuola e di valorizzarli come risorsa.

2.6. La partecipazione alle politiche internazionali

Nel corso del 2003 il Ministero della Salute ha garantito tramite i suoi rappresentanti la partecipazione dell'Italia alle attività della Commissione Europea dedicate alla valutazione periodica prevista dalla Raccomandazione del Consiglio "Consumo di bevande alcoliche da parte di bambini e adolescenti" e dalla Conclusione del Consiglio per l'adozione di una strategia comunitaria tesa a ridurre l'impatto sociale e sanitario dell'alcol nell'ambito della popolazione generale.

Tale partecipazione è stata espressa nell'ambito degli organi formali della Commissione ed in particolare nel Gruppo di lavoro "*Alcol e salute*" insediato presso la Direzione Generale Salute e Tutela dei Consumatori della Commissione europea (DG SANCO), che ha svolto riunioni periodiche cui sono stati chiamati a partecipare, nell'ambito di sessioni dedicate, oltre ai rappresentanti del Ministero, anche rappresentanti del mondo della produzione e industria delle bevande alcoliche, del settore pubblicitario, degli organismi di autodisciplina e delle Organizzazioni non governative di tutela degli alcolisti.

Le politiche europee in campo alcologico hanno avuto nell'anno 2003 un forte impulso con l'adozione del nuovo Programma di azione comunitario nel campo della Sanità pubblica per gli anni 2003-2008, che sostituisce gli otto programmi comunitari precedenti.

Il Programma prevede infatti fra i settori di lavoro prioritari per l'anno 2003 quelli relativi ai determinanti di salute e alle informazioni di salute, nell'ambito dei quali sono contemplati specificamente i comportamenti e gli stili di vita riferiti all'uso e abuso di alcol.

Per quanto riguarda l'alcol è stata discussa e condivisa l'esigenza di istituire una rete di organismi esperti per sostenere l'applicazione della Raccomandazione del Consiglio U.E. sul consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani e per contribuire all'ulteriore elaborazione di una strategia comunitaria destinata a ridurre i danni provocati dall'alcol.

Un'attenzione specifica viene dedicata alla promozione della partecipazione dei giovani nell'elaborazione di politiche e attività di lotta contro l'alcolismo, quale priorità enunciata nella Raccomandazione del Consiglio sui giovani e l'alcol.

Il Programma 2003-2008 ha rappresentato anche un'importante opportunità di finanziamento per progetti relativi alle azioni previste.

Per una migliore attuazione del Programma 2003-2008 sono stati elaborati specifici piani per la riorganizzazione della citata Direzione Generale Salute e Tutela dei consumatori (DG SANCO), che in futuro comprenderà tre unità operative strutturate in funzione delle tre parti del programma di sanità pubblica, fra le quali l'unità "Informazioni sulla salute" e l'unità "Determinanti di salute," nell'ambito delle quali saranno trattati i problemi legati all'alcol.

Le azioni avviate con il Piano di lavoro 2003 hanno riguardato sopratutto la raccolta di dati su alcol e stili di vita, finalizzata alla elaborazione di indicatori relativi al consumo, alla promozione dell'alcol e alla legislazione in materia.

E' stata altresì programmata la predisposizione, nell'ambito delle Relazioni sulla sanità pubblica identificate come prioritarie dalla Commissione, di una relazione sull'impatto economico e sociale dell'alcol nella U.E. .

Tutti le azioni riguardanti l'alcol forniranno un contributo basilare per la preparazione di una Conferenza sull'alcol, la salute e la società, da tenersi nel 2005 o all'inizio del 2006.

I principi sanciti dalla legge 125/2001 per la tutela della popolazione, e in particolare di bambini e adolescenti, dai danni alcolcorrelati sono stati sostenuti e hanno trovano pieno

riscontro nelle attività istituzionali esercitate dal Ministero della Salute nell'ambito delle richiamate attività istituzionali di ambito U.E..

In particolare la rete costituita con la partecipazione congiunta di rappresentanti degli Stati membri e delle parti interessate ha contribuito a rafforzare i reciproci legami tramite la discussione di temi quali le politiche fiscali, la necessità del coinvolgimento dei giovani e il ruolo della salute nelle altre politiche, con l'obiettivo specifico di ricercare un equilibrio tra sanità e mercato interno. In tale contesto è stata rilevata la necessità di garantire una coerenza tra gli obiettivi di sanità pubblica e quelli relativi ai diversi settori economici della produzione agricola (vino) e industriale (birra e liquori), sottolineando il ruolo peculiare rivestito per tali fini dai Ministeri della Salute dei singoli Stati.

A tale proposito, nell'ambito della citata riorganizzazione della Direzione Generale Salute e Tutela dei consumatori (DG SANCO), è stata prevista una nuova unità di sanità pubblica per la trattazione delle questioni sanitarie che interessano anche altri ambiti di politica comunitaria.

Sono proseguiti i lavori della Commissione U.E. in merito al provvedimento "Conclusioni del Consiglio su una strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati", attraverso cui il Consiglio, nel giugno 2001, invitava la Commissione a studiare la possibilità di sostenere una strategia comunitaria globale volta a ridurre il danno alcolcorrelato a completamento delle politiche nazionali. Gli stati di avanzamento dei lavori si riferiscono sopratutto alla definizione di una proposta per l'articolazione complessa di una strategia comunitaria di ampio respiro, che include misure da adottarsi anche in ambiti politici diversi da quelli specificamente sanitari, quali la ricerca, la tassazione, i consumi, la salvaguardia del consumatore, i trasporti, la pubblicità, il commercio, la sponsorizzazione.

Per quanto riguarda le attività di collaborazione con l'O.M.S., Il Ministero della Salute ha partecipato al finanziamento del *Centro di collaborazione dell'O.M.S. per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcolcorrelati*, costituito presso l'Istituto Superiore di Sanità con finalità di promozione e supporto di attività nazionali e internazionali di ricerca, formazione, valutazione e coordinamento, ai fini della riduzione dei rischi per la salute legati all'uso e abuso di alcol.

Il Centro ha svolto fra l'altro per l'Italia il ruolo di *National Counterpart* dell'O.M.S. per il Piano d'Azione Europeo sull'alcol.

PAGINA BIANCA

PARTE I

TABELLE E GRAFICI

PAGINA BIANCA

Tab.1a - PERSONE DI 14 ANNI E PIU' CHE CONSUMANO ALMENO QUALCHE VOLTA L'ANNO VINO, BIRRA, ALCOLICI FUORI PASTO - ANNI 1993-2001 (a) (per 100 persone di 14 anni e più)

ANNI	Vino	Birra	Alcolici fuori pasto
1993	58,0	42,6	20,9
1994	57,1	44,5	22,4
1995	57.1	45,2	22,3
1997	58,8	46,8	24,3
1998	56,9	47,2	24,7
1999	56,8	46,7	23,6
2000	57,1	47,5	23,3
2001	59,6	48,4	25.0

(a) nel 1996 le informazioni non sono state rilevate

Fonte: ISTAT-Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"-Anno 2001

Tab.1b - PERSONE DI 14 ANNI E PIU' PER CONSUMO DI VINO, BIRRA ED ALCOLICI ALMENO QUALCHE VOLTA L'ANNO, CLASSE DI ETA' E SESSO - ANNO 2001 (per 100 persone della stessa età)

CLASSI DI ETA'	Consuma vino	Consuma oltre 1/2 litro di vino al giorno	Consuma birra	Consuma alcolici fuori pasto
	MASCHI			
14-17	23,3	0,3	40,1	17,1
18-19	46,4	1,3	69,9	43,4
20-24	58,0	2,1	76,6	47,3
25-34	70,0	4,4	76,7	46,8
35-44	79,1	7,6	76,6	40,6
45-54	83,3	12,7	70,3	39,0
55-59	83,2	14,3	59,6	38,3
60-64	82,7	17,6	53,3	37,0
65-74	83,4	16,3	42,3	28,8
75 e più	77,4	12,1	28,1	21,6
Totale	**73,8**	**9,3**	**69,7**	**37,8**
	FEMMINE			
14-17	15,6	0,2	57,3	13,8
18-19	25,7	0,2	42,6	27,5
20-24	34,9	0,4	43,8	24,4
25-34	41,8	0,7	47,9	18,7
35-44	49,9	1,2	46,9	13,8
45-54	55,8	1,9	40,3	13,4
55-59	54,5	2,8	30,6	11,1
60-64	53,7	3,3	24,3	8,9
65-74	48,8	2,2	14,3	6,1
75 e più	46,1	1,7	9,7	4,8
Totale	**46,4**	**1,5**	**34,1**	**13,1**
	MASCHI E FEMMINE			
14-17	19,5	0,3	33,9	15,5
18-19	36,2	0,8	56,4	35,5
20-24	46,5	1,2	60,4	36,0
25-34	56,0	2,6	62,4	32,9
35-44	64,6	4,5	61,9	27,3
45-54	69,4	7,2	55,0	26,0
55-59	68,9	8,5	45,1	24,7
60-64	67,7	10,2	38,3	22,5
65-74	64,3	8,5	26,9	16,3
75 e più	57,6	5,5	16,5	11,0
Totale	**59,6**	**5,3**	**48,4**	**25**

Fonte: ISTAT-Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"-Anno 2001

Tab.1c - PREVALENZA DEI CONSUMATORI (%) DI OLTRE 1/2 LITRO DI VINO AL GIORNO
ANNI 1993-2001

(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Maschi	14,0	12,1	12,2	-	10,7	9,7	9,3	9,8	9,3
Femmine	2,2	1,9	1,8	-	1,9	1,5	1,5	2,0	1,5

Fonte: ISTAT-Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"-Anno 2001

Tab.1d - PREVALENZA DEI CONSUMATORI (%) DI ALCOLICI FUORI PASTO NELLA CLASSE DI ETA' 14-17 ANNI - ANNI 1993-2001

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
MASCHI	9,8	13,4	12,9	-	18,4	15,2	18,0	16,8	17,1
FEMMINE	7,1	8,0	6,0	-	10,8	9,7	12,8	12,2	13,8

Fonte: ISTAT 2002- Indagine Multiscopo annuale sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana-Anno 2001

Tab.2a - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA ANNI 1999-2002

	1999	2000	2001	2002
Bevande alcoliche	86,5%	89,4%	87,4%	89,0%
Ubriacarsi	52,7%	55,0%	55,2%	54,6%

Fonte: Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2002

PROGETTO ESPAD

Tab.2b - APPROVAZIONE E PERCEZIONE DEL RISCHIO NELL'USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ANNI 1999-2002

	1999	2000	2001	2002
Non disapprovo bere 1 o 2 bicchieri	75,0%	74,0%	79,0%	76,0%
Non disapprovo ubriacarsi 1 volta la settimana	18,0%	20,0%	23,0%	25,0%
Nessun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri quasi ogni giorno	3,0%	3,0%	4,0%	4,0%

Fonte: Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2002: Progetto ESPAD

PROGETTO ESPAD

Tab.3a - DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2002

REGIONE	Nuovi utenti						Utenti già in carico o rientrati						Totale utenti					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<20	108	0,8	28	0,7	136	0,7	57	0,3	14	0,2	71	0,3	165	0,5	42	0,4	207	0,5
20-29	1.941	13,5	307	7,5	2.248	12,2	1.510	7,6	306	4,9	1.816	7,0	3.451	10,1	613	6,0	4.064	9,1
30-39	3.793	26,5	982	23,9	4.775	25,9	4.833	24,3	1.410	22,8	6.243	24,0	8.626	25,2	2.392	23,2	11.018	24,8
40-49	3.815	26,6	1.319	32,1	5.134	27,8	5.570	28,0	1.907	30,8	7.477	28,7	9.385	27,4	3.226	31,3	12.611	28,3
50-59	3.026	21,1	979	23,8	4.005	21,7	4.903	24,7	1.653	26,7	6.556	25,2	7.929	23,2	2.632	25,6	10.561	23,7
>=60	1.647	11,5	500	12,2	2.147	11,6	2.988	15,0	894	14,5	3.882	14,9	4.635	13,6	1.394	13,5	6.029	13,6
TOTALE	**14.330**	**100,0**	**4.115**	**100,0**	**18.445**	**100,0**	**19.861**	**100,0**	**6.184**	**100,0**	**26.045**	**100,0**	**34.191**	**100,0**	**10.299**	**100,0**	**44.490**	**100,0**

Fonte: Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

Tab.3b-DISTRIBUZIONE PER ETA'(%) DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

CLASSI	Maschi							Femmine							Totale						
DI ETA'	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<20	0,5	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,7	0,4	0,6	0,7	0,7	0,4	0,5	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5
20-29	8,6	9,4	9,0	9,6	9,5	9,2	10,1	6,0	6,7	6,1	7,1	6,0	6,1	6,0	7,9	8,8	8,3	9,1	8,7	8,5	9,1
30-39	22,1	24,6	22,6	23,6	24,4	24,1	25,2	23,8	24,0	22,8	23,0	22,7	22,4	23,2	22,5	24,4	22,6	23,4	24,0	23,7	24,8
40-49	29,6	28,5	27,9	26,9	26,4	27,3	27,4	31,3	31,9	29,8	29,0	30,9	31,0	31,3	30,0	29,3	28,4	27,4	27,5	28,2	28,3
50-59	25,2	23,2	24,3	24,7	24,3	23,1	23,2	25,6	24,2	25,5	25,6	25,6	24,3	25,6	25,3	23,4	24,6	24,9	24,6	23,4	23,7
>=60	14,1	13,7	15,5	14,5	14,8	15,6	13,6	12,9	12,5	15,4	14,7	14,1	15,5	13,5	13,8	13,4	15,5	14,6	14,6	15,6	13,6
TOTALE	100,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

Tab. 3c - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%)

	SUPERALCOLICI			APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI			VINI			BIRRA			ALTRO		
ANNO	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
1996	9,9	9,2	9,8	4,4	7,0	5,0	68,8	66,7	68,3	14,2	13,5	14,1	2,6	3,5	2,8
1997	11,0	10,8	11,0	4,9	7,6	5,5	66,2	65,0	65,9	14,9	14,1	14,7	3,1	2,5	2,9
1998	11,1	12,7	11,5	4,5	7,8	5,3	67,2	63,0	66,3	15,0	12,9	14,5	2,1	3,6	2,5
1999	10,8	11,3	10,9	4,4	6,6	4,9	64,3	63,9	64,2	18,2	15,0	17,5	2,3	3,1	2,5
2000	9,8	10,7	10,0	4,1	6,3	4,6	62,0	61,4	61,9	20,5	17,3	19,8	3,5	4,4	3,7
2001	10,6	9,9	10,4	3,9	6,1	4,4	62,6	62,9	62,6	19,7	17,0	19,1	3,2	4,1	3,4
2002	12,0	11,4	11,9	4,8	5,9	5,0	59,6	60,5	59,8	21,1	18,1	20,4	2,6	4,1	2,9

Fonte: Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

Tab. 3d - USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE

ANNO	Percentuali sul totale utenti	
	Uso concomitante di sostanze stupefacenti e psicotrope	Abuso o uso improprio di farmaci
1996	5,7	6,3
1997	6,8	7,5
1998	5,9	7,2
1999	7,0	6,7
2000	7,3	6,6
2001	7,6	5,7
2002	8,9	6,6

Fonte: Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

Tab.3e - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO
percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Medico farmacologico ambulatoriale		20,6	22,2	24,5	25,4	28,4	28,3	30,3
Psicoterapeutico	individuale	5,6	5,8	7,8	6,1	6,0	6,0	6,9
	di gruppo o familiare	6,8	6,8	7,0	4,6	4,5	4,9	5,6
Counseling all'utente o alla famiglia		24,3	22,9	24,8	24,9	25,6	24,3	23,0
Inserimento nei gruppi di aiuto/mutuo aiuto		21,1	17,7	12,6	13,3	12,2	11,8	10,4
Trattamento socio-riabilitativo		7,3	9,6	10,6	8,1	9,6	11,3	12,5
Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.		1,6	1,2	1,1	6,2	1,7	1,9	2,0
Ricovero ospedaliero o day hospital per:	sindrome di dipendenza da alcool	5,3	6,5	5,5	4,5	4,8	4,1	3,6
	altre patologie alcoolcorrelate	3,4	3,3	2,1	1,7	1,8	1,8	1,5
	altro	0,7	1,1	0,9	0,6	0,3	0,5	0,4
Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:	sindrome di dipendenza da alcool	0,6	1,1	1,0	0,8	1,4	1,2	1,3
	altre patologie alcoolcorrelate	0,2	0,3	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3
	altro	0,1	0,1	0,3	0,4	0,5	0,4	0,2
Altro		2,4	1,7	1,7	3,3	2,8	3,2	2,0

Fonte: Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

Tab. 4a - Distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcool (cod. ICD 9-CM 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 977.3, 980)
Anno 2002
(Dimessi per 100.000 abitanti)

Regione	< = 14 anni		15 - 35 anni		36 - 55 anni		> 55 anni		Totale
	Maschi	*Femmine*	*Maschi*	*Femmine*	*Maschi*	*Femmine*	*Maschi*	*Femmine*	
Piemonte	4,2	2,8	83,2	22,4	388,8	131,2	503,0	98,4	178,6
Valle d'Aosta	0,0	0,0	265,2	99,3	935,6	482,1	1.958,4	245,4	560,5
Lombardia	4,3	2,6	154,3	40,2	429,2	156,1	684,6	124,9	220,1
Prov. Auton. Bolzano	24,7	0,0	292,2	108,2	1.053,7	301,1	1.233,4	284,3	426,6
Prov. Auton. Trento	8,3	0,0	131,1	41,3	715,0	213,4	1.303,4	244,7	357,6
Veneto	2,6	1,7	102,5	29,0	466,2	184,1	839,6	203,2	251,6
Friuli Venezia Giulia	0,0	0,0	71,3	19,8	500,0	157,6	935,3	227,4	283,7
Liguria	3,6	3,7	224,1	89,0	718,6	216,4	512,3	110,5	272,7
Emilia Romagna	3,0	3,2	122,9	49,5	389,6	150,2	454,6	92,7	184,5
Toscana	3,8	3,0	139,2	62,6	328,3	129,2	313,1	64,2	149,8
Umbria	5,8	4,1	80,7	21,2	220,6	57,2	367,5	64,9	119,1
Marche	3,1	1,1	150,9	64,7	513,3	156,7	455,7	90,8	203,6
Lazio	5,4	3,1	130,7	33,9	362,7	94,3	361,4	75,6	146,1
Abruzzo	7,6	8,0	251,8	57,6	610,3	137,4	696,7	117,6	259,4
Molise	4,2	8,9	189,0	39,9	846,4	192,4	694,2	123,4	286,8
Campania	3,1	0,8	79,0	20,1	260,2	58,6	267,6	72,3	93,5
Puglia	3,1	2,1	122,9	27,3	346,1	68,0	321,7	73,8	123,7
Basilicata	8,1	2,2	140,6	21,3	456,3	65,7	462,9	83,0	164,0
Calabria	7,9	3,6	95,2	21,6	419,6	68,9	490,9	73,7	149,8
Sicilia	5,6	1,2	94,0	17,1	271,3	40,7	203,4	34,8	85,7
Sardegna	9,2	4,4	168,9	40,8	504,4	93,8	640,7	85,7	205,2
Italia	4,6	2,4	124,7	35,2	405,6	120,3	505,1	102,9	177,1

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Tab.4b - Distribuzione percentuale delle diagnosi totalmente attribubili all'alcool (cod. ICD 9-CM 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 977.3, 980) secondo la classe di età del dimesso
Anno 2002

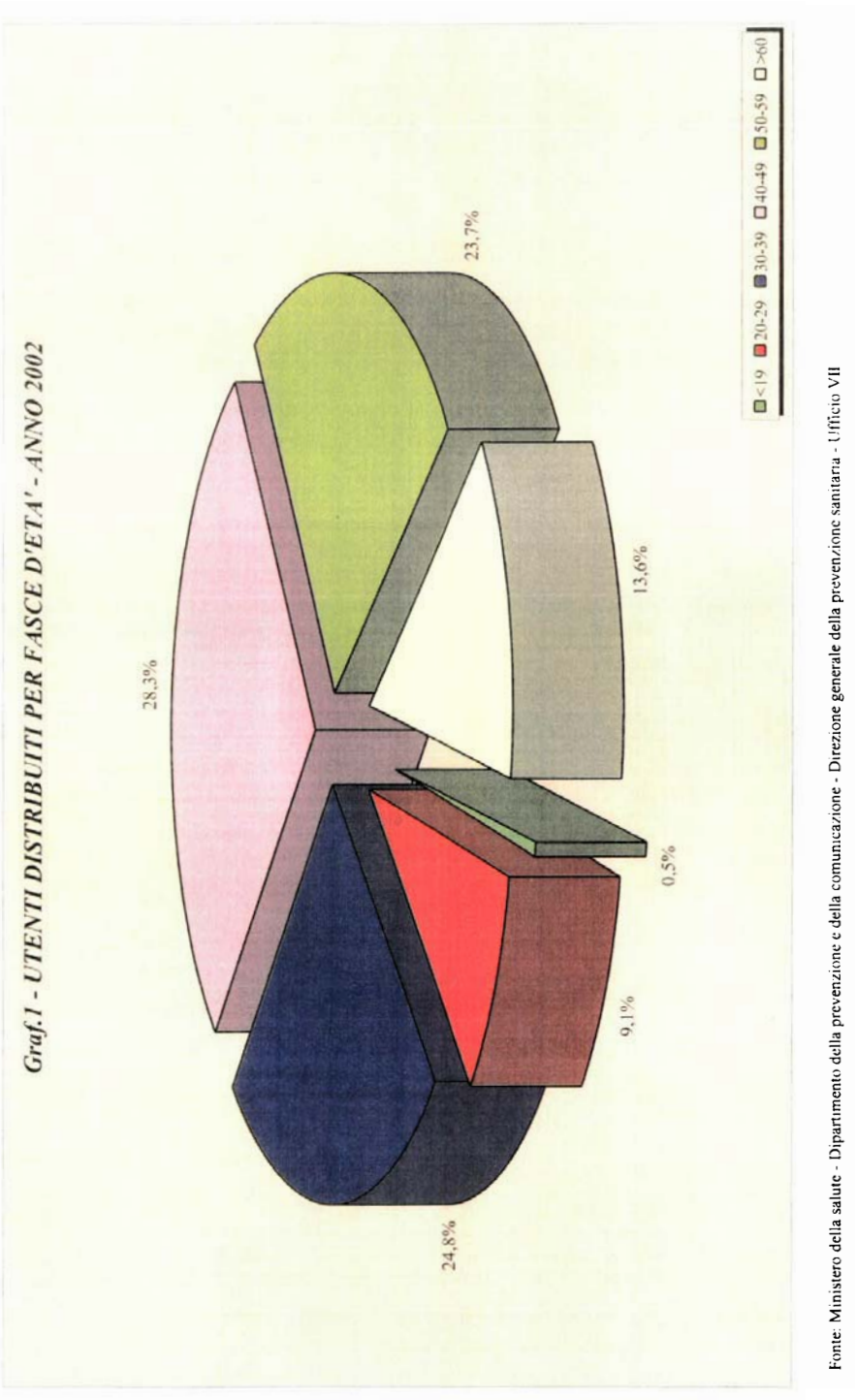
Cause di dimissione (*)		< = 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
291	Sindrome psicotiche indotte da alcool	0,0	12,0	49,1	38,9	100,0
303	Sindrome di dipendenza da alcool	0,1	19,7	52,5	27,7	100,0
305.0	Abuso di alcool	1,4	35,3	45,3	18,0	100,0
357.5	Polineuropatia alcoolica	0,0	4,6	46,8	48,6	100,0
425.5	Cardiomiopatia alcoolica	0,4	3,8	37,5	58,3	100,0
535.3	Gastrite alcoolica	0,5	11,3	39,3	48,9	100,0
571.0	Steatosi epatica alcoolica	0,0	8,2	39,3	52,5	100,0
571.1	Epatite acuta alcoolica	0,0	10,6	45,2	44,2	100,0
571.2	Cirrosi epatica alcoolica	0,0	1,7	31,5	66,7	100,0
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato	0,1	7,3	41,0	51,6	100,0
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	0,0	30,4	56,5	13,0	100,0
980	Effetti tossici dell'alcool	16,8	33,7	28,9	20,6	100,0
Totale		**0,3**	**12,8**	**42,9**	**44,1**	**100,0**

(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

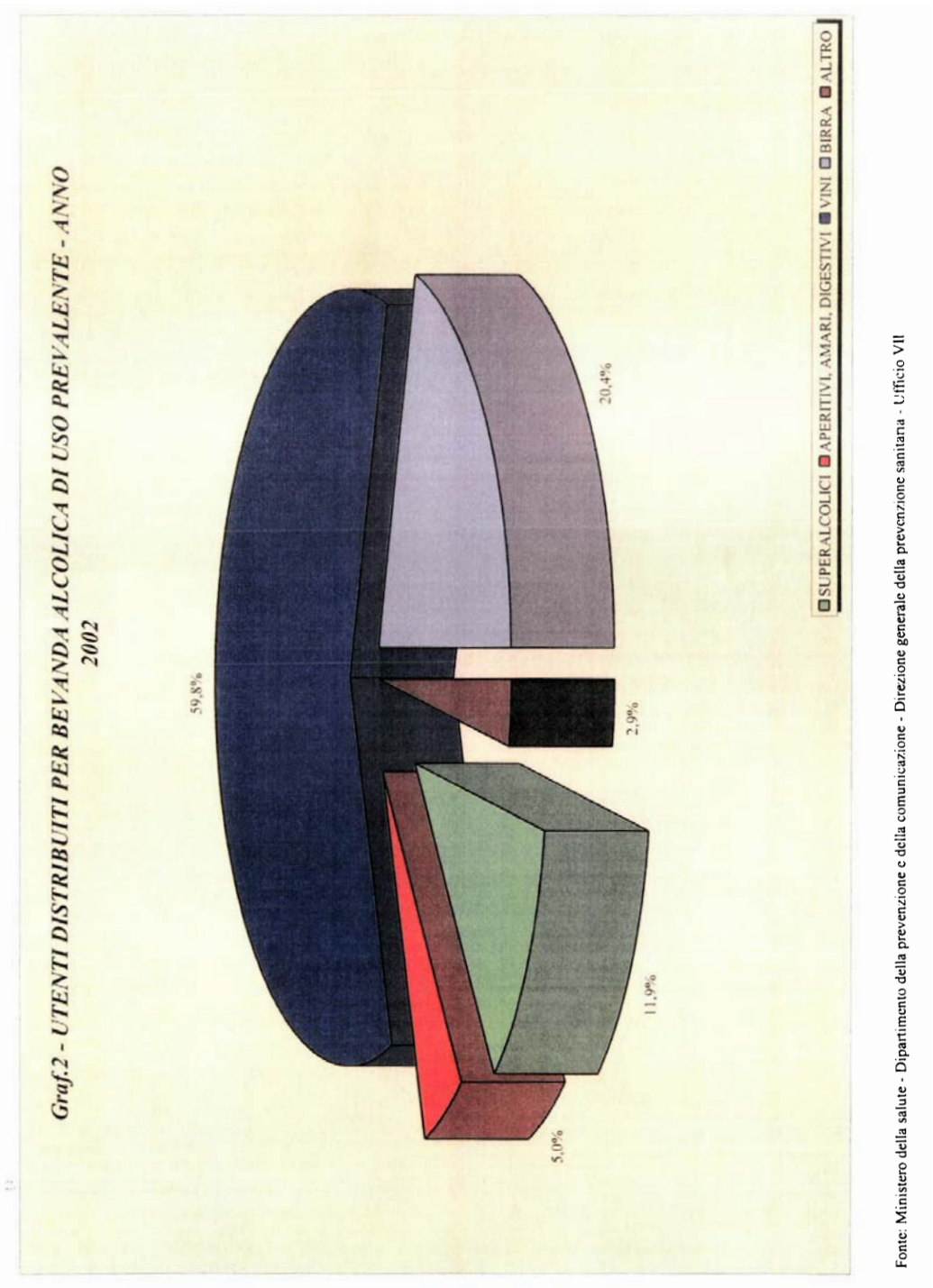
Tab.4c - Distribuzione percentuale delle diagnosi totalmente attribuibili all'alcool secondo il sesso del dimesso
Anno 2002

Cause di dimissione (*)		Valore assoluto			Valore percentuale		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi
		Maschi	*Femmine*	*Totale*	*Maschi*	*Femmine*	
291	Sindrome psicotiche indotte da alcool	4.579	1.109	5.688	80,5%	19,5%	5,0%
303	Sindrome di dipendenza da alcool	28.358	8.258	36.616	77,4%	22,6%	32,2%
305.0	Abuso di alcool	7.549	2.742	10.291	73,4%	26,6%	9,1%
357.5	Polineuropatia alcoolica	2.352	563	2.915	80,7%	19,3%	2,6%
425.5	Cardiomiopatia alcoolica	653	117	770	84,8%	15,2%	0,7%
535.3	Gastrite alcoolica	649	290	939	69,1%	30,9%	0,8%
571.0	Steatosi epatica alcoolica	8.339	2.471	10.810	77,1%	22,9%	9,5%
571.1	Epatite acuta alcoolica	4.405	973	5.378	81,9%	18,1%	4,7%
571.2	Cirrosi epatica alcoolica	25.293	6.885	32.178	78,6%	21,4%	28,3%
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato	6.344	1.301	7.645	83,0%	17,0%	6,7%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	14	9	23	60,9%	39,1%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcool	257	141	398	64,6%	35,4%	0,4%
Totale		**88.792**	**24.859**	**113.651**	**78,1%**	**21,9%**	**100,0%**

(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

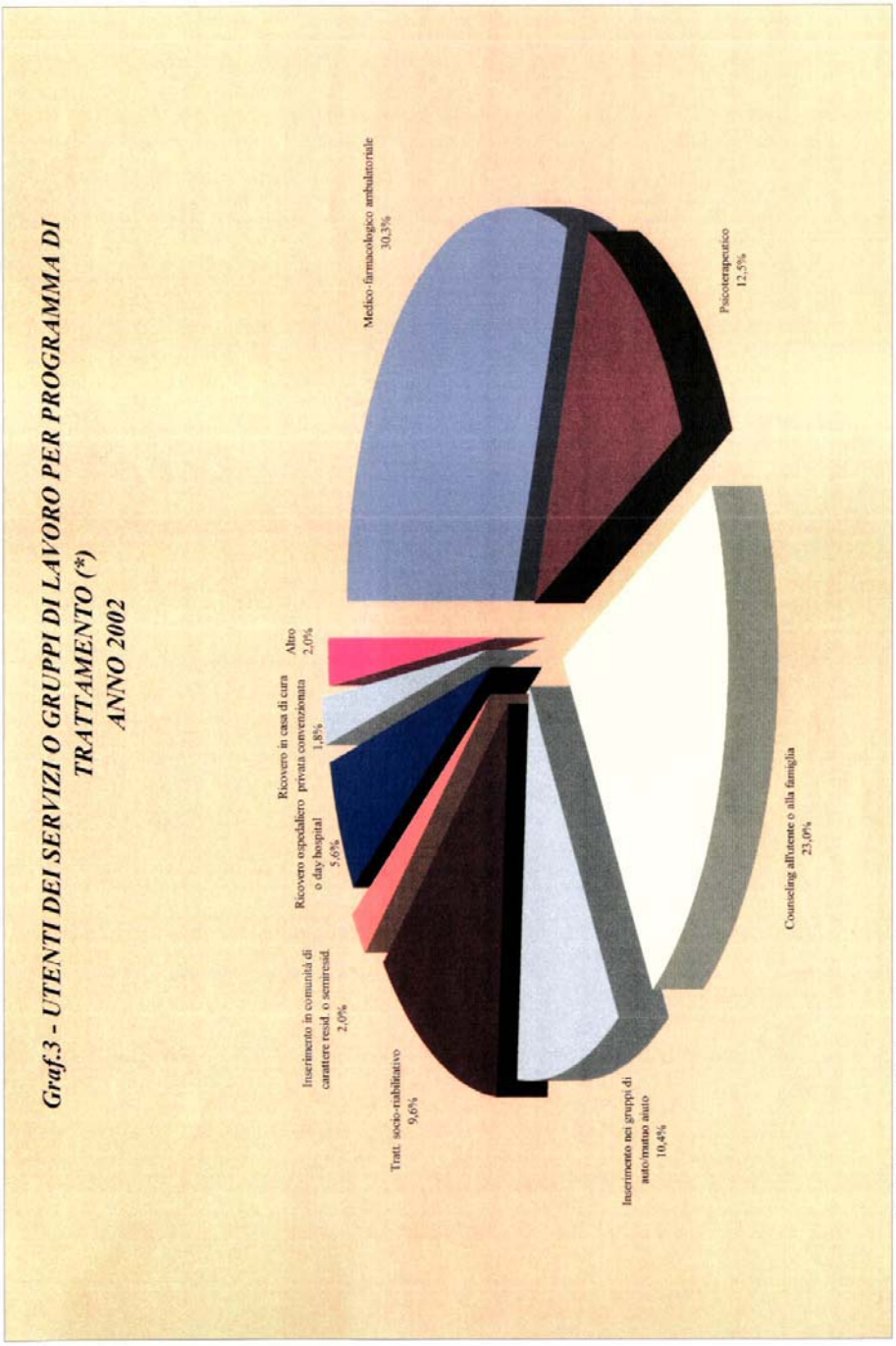


Fonte: Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII



Fonte: Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

Graf.3 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (*) ANNO 2002



(*) percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati

Fonte: Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

PAGINA BIANCA

PARTE SECONDA

3. Gli interventi delle Regioni e Province autonome in attuazione della legge 30.3.2001 n.125

Al fine di acquisire informazioni confrontabili secondo un modello uniforme per tutte le Regioni, il Ministero della Salute ha proposto alle Regioni, quale traccia per l'elaborazione delle Relazioni regionali previste dall'art. 9 comma 2 della legge stessa, lo schema sottoindicato, relativo ai principali settori di intervento previsti nella legge 30.3.2001 n.125.

-Interventi realizzati dalle Regioni -
Scheda indicativa di argomenti per la Relazione al Parlamento

1) Iniziative adottate dalle Regioni per
-favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali nonché migliorare la qualità degli stessi
-favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcolcorrelati
-garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto
-promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario
-favorire le Associazioni di auto-mutuo aiuto e le Organizzazioni del privato sociale *no profit*

2) Strutture di accoglienza eventualmente realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'art. 11

3) Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con Enti e Associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge

4) Attività di collaborazione con le competenti istituzioni dell'Amministrazione dell'Interno o municipali per il rispetto delle disposizioni in materia di
-pubblicità
-vendita di bevande superalcoliche nelle autostrade
-tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli

5) Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro

6) Provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo

7) Dettagliata illustrazione di un eventuale progetto o iniziativa di particolare rilevanza realizzata dalla Regione in adesione agli orientamenti e ai principi della legge 125/2001.

La data del 30.10.2004 è stata adottata dal Ministero della Salute quale termine ultimo per la conclusione della raccolta di informazioni utili alla predisposizione della Relazione al Parlamento relativa agli interventi realizzati al 31.12.2003.
Il riscontro delle Regioni alle richieste informative del Ministero non è stato unanime, diversamente che per l'anno precedente, poiché solo 17 Regioni e 2 Province Autonome hanno inviato la prevista Relazione, con livelli di completezza ed esaustività commisurati agli interventi adottati.

Ciononostante anche per l'anno 2003 è possibile presentare un quadro illustrativo sufficientemente rappresentativo dell'impatto della legge 125/2001 nei vari settori di interesse.

3.1. Gli interventi per la prevenzione, il trattamento, la formazione del personale, la ricerca e la collaborazione con gli Enti del privato sociale e dell'auto-mutuo aiuto

La **Regione Piemonte** ha continuato a operare per il rafforzamento dei gruppi di lavoro alcologici (G.L.A.) già costituiti a partire dagli anni '80 per offrire una risposta territoriale ai problemi alcolcorrelati, coinvolgendo servizi diversi nell'ambito dei territori di competenza delle diverse Aziende U.S.L.(SERT, Servizi sociali, Servizi del privato sociale e altri). Al fine di migliorare la presa in carico ed il percorso di recupero si è lavorato per individuare nell'ambito dei Dipartimenti per le Dipendenze specifiche Unità di Alcologia, secondo gli orientamenti a suo tempo adottati nell'ambito del Provvedimento di Accordo Stato-Regioni del 21.1.1999. Particolarmente trainante a questi fini è stato il ruolo svolto dai SERT. Attualmente nelle 63 sedi operative dei SERT piemontesi viene garantita un'attività di accoglienza e presa in carico delle persone con problemi alcolcorrelati.
Nell'anno 2003 sono stati presi in carico dai servizi alcologici territoriali complessivamente 4.201 utenti, di cui 3.129 maschi e 1.072 femmine. Il numero di tali utenti ha ripreso ad aumentare dal 2002 dopo la stabilizzazione osservata tra il 1999 e il 2001. L'aumento è dovuto sia ai nuovi utenti (1.425), sia agli utenti già in carico (2.776) e riguarda entrambi i sessi.
La classe di età 40-49 anni concentra il maggior numero di utenti sia tra quelli già in carico (33% tra i maschi e 36% tra le femmine) sia tra i nuovi (31% tra i maschi e 34% tra le femmine).
Tra i nuovi, il 35% dei maschi e il 38% delle femmine ha più di 50 anni.
Per quanto attiene alle attività di informazione e prevenzione, si è operato sopratutto tenendo presenti i bisogni della popolazione giovanile, rilevando quale problema fondamentale sopratutto la scarsa consapevolezza dei rischi alcolcorrelati sia da parte dei giovani che delle loro famiglie.
Le Aziende USL in collaborazione con la Regione hanno prodotto materiali audiovisivi di vario tipo su temi quali "Alcol e Guida" e "Alcol e giovani", che sono stati utilizzati sia per corsi ed incontri nelle scuole che per iniziative degli operatori rivolte alla popolazione generale. Nel territorio regionale sono stati organizzati incontri con i gestori delle Scuole guida ed è stato consegnato un *kit* di materiale da utilizzare nel corso delle lezioni con gli allievi.
In occasione della manifestazione "Aprile-Mese di prevenzione alcologica" promossa in tutte le Regioni dalla Società italiana di Alcologia e dalla Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in trattamento, è stato predisposto materiale di sensibilizzazione di vario tipo (magliette, manifesti, test per la misurazione dell'alcolemia, etc.) che è stato messo a disposizione di soggetti e associazioni interessate a operare nel settore.
La **Regione Valle d'Aosta** ha approvato, con D.G.R. n.3755/2003, specifiche linee di indirizzo regionali sugli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati. Nella Regione gli utenti alcoldipendenti afferiscono all'équipe di alcologia operante nell'unico SERT esistente nel territorio provinciale, nella quale operano due medici, due infermieri, due educatori professionali, un operatore sociale ed uno psicologo.
L'utenza di alcolisti in tale servizio appare in forte e costante aumento, in funzione sia della diffusione reale del fenomeno alcoldipendenza che delle accresciute possibilità di accoglienza derivanti dalla costituzione della suddetta équipe.

Nella Regione il fenomeno dell'abuso di alcol risulta comunque essere ancora sommerso, sottostimato nella sua pericolosità e scarsamente considerato nelle sue implicazioni e costi sociali.

Nell'anno 2003 sono entrati in contatto con il SERT 273 alcoldipendenti, dei quali 206 presi in carico. Di questi ultimi, il 24,7% sono nuovi casi. Il 40% si è presentato spontaneamente, il 35,6% in seguito a segnalazioni dei reparti ospedalieri, il 15% inviato da altri servizi dell'Azienda USL e dai medici di base.

La fascia di età più numerosa, anche per i nuovi casi, è quella tra i 40 ed i 49 anni, in cui predominano i soggetti coniugati (34,4%). Il 36,8% possiede la sola licenza elementare, il 46,1% la licenza media inferiore; non molto numerosi gli utenti con titoli di studio superiori. Il 40,7% degli utenti è regolarmente occupato, il 19% è formato da pensionati; disoccupati e sottoccupati rappresentano complessivamente il 15% del totale. Il fenomeno appare meno rilevante nella zona urbana (Aosta e dintorni) che negli altri Comuni della Regione. L'88,8% degli utenti è incensurata ma molti sono i provvedimenti di sequestro della patente per guida in stato di ebbrezza.

Il day hospital alcologico del SERT ha effettuato nel 2003 67 ricoveri, il 76,2 % dei quali ha avuto un esito positivo tramite la prosecuzione della presa in carico degli utenti nell'ambito di programmi territoriali.

Per quanto riguarda la prevenzione primaria e l'informazione, le problematiche relative all'alcol sono state affrontate nell'ambito di programmi più generali sulle dipendenze. In particolare sono state organizzate alcune serate di informazione rivolte alla popolazione generale. Nel 2003 inoltre, con D.G.R. n.4689, è stata ratificata l'adesione della Valle D'Aosta al progetto nazionale di sensibilizzazione, informazione e consulenza per la prevenzione dell'uso inadeguato dell'alcol nei luoghi di lavoro, promosso e finanziato dal Ministero della Salute con il Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga.

La formazione del personale addetto all'alcodipendenza è inglobata nei programmi generali di aggiornamento dell'Azienda USL Valle d'Aosta.

Nel corso dell'anno 2003 è continuato il dialogo ed il confronto con tutti i gruppi di auto-aiuto presenti sul territorio.

Nella **Regione Lombardia** nel corso del 2003 è stato adottato, con D.G.R. del 7 aprile 2003 n. VII/12621, il Progetto Regionale Dipendenze, con il quale viene costituito un ulteriore quadro di riferimento per le attività alcologiche. Viene stabilito quale obiettivo generale degli interventi regionali il contrasto di tutti i tipi di dipendenze, sia legali che illegali, e a tali fini viene garantita l'esistenza, per ogni Azienda USL, di almeno una Unità di Alcologia all'interno del Dipartimento delle Dipendenze.

La "pariteticità" tra diversi tipi di dipendenza trova poi riscontro in nuovi strumenti di intervento. Viene riconfermata la possibilità di poter usufruire in modo totalmente gratuito di tutti i trattamenti previsti nei livelli essenziali di assistenza.

All'interno delle linee guida regionali che definiscono obiettivi, priorità e modalità di azione, la programmazione regionale degli ultimi anni ha comunque previsto ed attivato un decentramento locale degli interventi.

Nell'anno 2003 sono state rilevate nelle Aziende USL della Regione 53 Unità operative alcologiche, che hanno preso in carico 8.333 utenti e le loro famiglie.

Gli interventi di cura e reinserimento effettuati a livello territoriale vedono usualmente una collaudata collaborazione tra servizi pubblici, servizi del privato sociale, medici di medicina generale, aziende ospedaliere e associazioni di volontariato e di auto-mutuo aiuto.

Riguardo a queste ultime, sono tre le associazioni operanti nel territorio regionale, con 550 unità di offerta. In particolare, l'associazione Alcolisti Anonimi durante il 2003 ha operato attraverso 110 gruppi e contattato 5.000 singoli utenti; le associazioni anonime Al-Anon e

Ala-teen (che raggruppano i familiari degli alcolisti) hanno operato tramite 120 gruppi; l'associazione regionale dei clubs per gli alcolisti in trattamento (A.R.C.A.T.) ha operato tramite 320 clubs, coinvolgendo 2.461 famiglie, con una media di 7,69 famiglie per club, per un totale di 4450 persone (media 13,9 persone per club).

Nell'anno 2003 il totale dei ricoveri ospedalieri e accessi in day hospital per le principali diagnosi (primarie e non) alcolcorrelate ha riguardato 35.066 soggetti, di cui 22.358 maschi e 12.708 femmine, con forte prevalenza della fascia d'età oltre i 50 anni. Il dato è da considerarsi di rilievo e potrebbe comunque essere sottostimato in relazione a diagnosi di patologia organica in cui l'abuso possa essere stato la causa anche se non più presente come problema attivo e quindi non rilevato.

Per le attività di prevenzione c'è una stretta collaborazione dei servizi sanitari con gli Uffici scolastici regionali ed altri Enti quali la Prefettura, la Provincia, ecc., che sono partner anche per altre specifiche attività. Inoltre sono stati utilizzati a livello territoriale anche in campo alcologico, soprattutto nel settore degli interventi di prevenzione specifica, i finanziamenti del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali.

Il raccordo territoriale con l'Ente locale (Piani di zona) ha consentito, oltre ad una progettazione sinergica, un migliore utilizzo delle risorse anche per le attività di prevenzione primaria specifica, consentendo di attingere a risorse stanziate da altre leggi di settore, quali la L. 285/97.

Gli interventi di prevenzione e formazione sono realizzati dalle Aziende USL in modo "trasversale", coordinando assieme le tematiche relative ad alcol e droga, che vengono di solito affrontate contestualmente. E' quindi impossibile quantificare le attività nello specifico campo alcologico, proprio perché la prevenzione dell'abuso di alcol fa parte della prevenzione specifica contro tutte le sostanze di abuso, seppure con interventi mirati, sia come modalità che come target. La quasi totalità degli interventi di prevenzione regionali viene attuata in partnership tra settore pubblico e settore del Privato sociale, dove l'Azienda USL svolge un ruolo di "capofila attivo" e di coordinamento.

Complessivamente sul territorio lombardo sono stati attivati 138 interventi di prevenzione e formazione, che hanno raggiunto un'utenza di almeno 118.570 utenti.

Gli interventi hanno riguardato settori e target relativi sopratutto al mondo della scuola, dell'aggregazione giovanile, delle scuole guida, del lavoro.

Molte risorse sia di personale che strumentali (unità mobili, unità di strada, etc.) sono state impegnate per la prevenzione dei così detti "problemi della notte", legati alla frequentazione delle discoteche, a vari altri eventi di interesse giovanile, ai comportamenti di aggregazione giovanile, etc.

La programmazione di attività in ambito scolastico nel corso del 2003 è stata oggetto di attento esame alla luce delle passate sperimentazioni sul campo e della verifica dei precedenti risultati, che hanno consentito di mettere a punto un modello di intervento preventivo che tiene conto delle specificità dei singoli contesti.

Le modalità di intervento più utilizzate hanno previsto azioni rivolte a docenti, studenti e genitori, sia con finalità informativo/preventive di tipo generale che con finalità più strutturali quali ad esempio il sostegno e la promozione del ruolo di opinion leader nella scuola. Tra gli strumenti utilizzati vi è stata anche l'attivazione di siti web, l'uso di kit multimediali, la preparazione e diffusione di opuscoli, l'uso di questionari per specifiche indagini. Queste ultime in particolare si sono rivelate molto utili sia ai fini di una conoscenza più dettagliata dei fenomeni sia ai fini di favorire una adeguata adesione dei soggetti alle attività di prevenzione.

Nell'area dell'aggregazione giovanile sono state condotte iniziative spesso di tipo trasversale, che hanno coinvolto attori diversi (giovani, adulti) pur in momenti specifici dedicati ai giovani, anche nell'ambito di eventi quali concerti, serate in discoteca,

manifestazioni sportive, attività ricreative alcol free, etc.. Tra la popolazione target ritroviamo giovani di gruppi informali, giovani di categorie "a rischio", giovani di gruppi formali quali associazioni sportive, associazioni scout, oratori, etc..
La maggior parte degli interventi sono stati focalizzati sui problemi della dipendenza in generale, ma alcuni sono stati mirati in modo specifico all'alcol. In molti casi obiettivo primario degli interventi è stata la prevenzione dei comportamenti a rischio.
Tra gli strumenti sono stati utilizzati in particolare il lavoro di gruppo, la *peer education*, l'allocazione di unità mobili, la distribuzione di materiale informativo dedicato, l'organizzazione di spazi di ascolto (quali *educational box*, etc.).
Particolare attenzione è stata posta in iniziative dirette alla prevenzione dei rischi relativi al mondo della notte e in particolare è proseguito il lavoro di collaborazione con i gestori e gli operatori di alcuni locali notturni delle città a suo tempo individuati per sviluppare concrete progettualità. E' stato realizzato e diffuso all'interno dei luoghi del divertimento notturno materiale informativo adeguato allo stile comunicativo giovanile.
Sono state inoltre realizzate le seguenti iniziative:
-azioni progettuali di potenziamento delle attività di prevenzione attraverso la sinergia dei diversi settori del divertimento notturno (happy hours, discoteche, pub, disco bar) e la realizzazione di nuovi interventi integrati (ad esempio, interventi in pub e locali notturni per il monitoraggio degli spostamenti dei giovani dagli happy hours alle discoteche; o strumenti di comunicazione di carattere preventivo fatti realizzare da esperti della comunicazione coadiuvati da professionisti del divertimento notturno);
-sperimentazione di nuovi strumenti per la divulgazione di messaggi di prevenzione e per la promozione delle iniziative progettuali;
-potenziamento della visibilità dell'azione preventiva nel mondo della notte, attraverso la realizzazione di eventi ad alto impatto territoriale che fanno da volano per altre iniziative.
E' proseguita la partecipazione della Regione Lombardia al progetto nazionale *"Formazione dei formatori del personale delle discoteche ai fini della prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope fra i giovani"*, coordinato dall'I.S.S. e finalizzato alla formazione del personale dei locali notturni, per favorire la realizzazione di iniziative preventive nelle discoteche. In particolare è iniziata la programmazione di percorsi formativi rivolti a specifici target quali gli operatori della notte, i gestori dei locali, il personale della *security*, etc..
Sono proseguite inoltre le iniziative integrate con le progettualità regionali "*Discoteche*" nell'ambito del progetto strategico regionale "*Nuove Droghe*".
Nella **Provincia Autonoma** di **Bolzano-Alto Adige** gli interventi nel campo delle dipendenze vedono coinvolti, a diversi livelli di collaborazione, molti enti e strutture, private e pubbliche, sociali e sanitarie, cui si affiancano anche istituzioni di altre Regioni italiane e straniere (Austria e Germania). L'attuale modello organizzativo ha finora soddisfatto la pluralità dei soggetti attivi del sistema anche se c'è la necessità di adeguarlo ai bisogni, al fine di razionalizzare interventi e risorse.
L'Azienda USL di Bolzano affida il trattamento ambulatoriale degli alcoldipendenti, tramite specifica convenzione, alla associazione "HANDS" di Bolzano, mentre il Servizio "Alcologia" dell'Ospedale di Bolzano assicura un servizio ospedaliero di consulenza.
L'Associazione "Hands" gestisce un ambulatorio in cui, oltre all'attività terapeutica a tempo pieno, il coordinamento con l'Azienda USL di Bolzano è assicurato da un Medico Psichiatra del Servizio per le Dipendenze-Settore Alcologia, distaccato ad hoc.
È stata potenziata la presenza di personale specialistico (psicologi, educatori) presso i Distretti socio-sanitari del territorio provinciale, con il compito di svolgere attività di psicoterapia all'utenza, di informazione e di stimolo alla formazione di gruppi di auto-aiuto, di consulenza e coordinamento degli interventi con le figure professionali del

Distretto e con i medici di Medicina Generale. Per permettere il decentramento del servizio, due psicologhe hanno iniziato nel 2003 la loro collaborazione part-time con l'Ambulatorio HANDS. Anche la collaborazione con il Servizio di Alcologia presso l'Ospedale Generale di Bolzano è stata incrementata nel 2003, tramite la partecipazione delle psicologhe del Servizio di Alcologia a riunioni mensili di coordinamento e discussione dei casi presso l'Ambulatorio HANDS, mentre il medico di HANDS è inserito nel gruppo di lavoro alcologico intraospedaliero, formato dalle psicologhe del Servizio di Alcologia e da medici di diversi Reparti.

Nel febbraio 2003 è avvenuto il trasferimento dell'Ambulatorio HANDS in una sede nuova che permette un miglior accesso dell'utenza e l'attuazione di interventi ambulatoriali in ambienti strutturalmente più adeguati. Gli spazi per le terapie di gruppo e gli incontri dei gruppi di auto-aiuto sono aumentati, permettendone l'effettuazione anche di tre in contemporanea. Dal mese di novembre 2003 è operativa la possibilità di collegamento internet con Webcam tra l'Ambulatorio e le altre strutture operative dell'associazione HANDS (Comunità Terapeutica, Laboratori, sedi distaccate); questo permette un migliore utilizzo delle risorse umane, interventi di consulenza e di supporto agli operatori più tempestivi ed efficaci nella gestione delle situazioni critiche nonché la riduzione dei rischi inerenti agli spostamenti degli operatori e degli utenti.

Nel Servizio "Alcologia" dell'Ospedale di Bolzano la collaborazione con l'Ambulatorio HANDS è assicurata tramite riunioni di coordinamento a cadenza mensile con l'équipe clinica di HANDS, in cui vengono effettuate in particolare attività di analisi, discussione e gestione integrata di casi. È proseguita nel 2003 l'attività di promozione e organizzazione del Gruppo Lavoro Alcologia (GLA). Il gruppo è formato dal personale del settore Alcologia, dal responsabile clinico di HANDS e da medici referenti dei Reparti di Pronto Soccorso-Astanteria, Medicina 1 e 2, Gastroenterologia, Psichiatria. Il gruppo ha l'obiettivo di sensibilizzare il personale sanitario ospedaliero alle tematiche alcologiche, di programmare iniziative di ricerca e formazione, di individuare e promuovere migliori protocolli di collaborazione ed intervento tra reparti e tra ospedale e territorio. Per il 2003 ha promosso un'iniziativa di formazione per medici ospedalieri e di medicina generale.

Al fine di meglio individuare i bisogni dell'utenza è stato studiato, con il supporto di HANDS e della Direzione sanitaria, il fabbisogno di ricoveri di disintossicazione alcolica nell'Azienda USL di Bolzano.

Il SERT di Merano ha registrato nel 2003 un incremento superiore al 20% dei contatti con l'utenza alcoldipendente, che risulta avere un'età media di 50 anni, un lavoro molto spesso stabile e una famiglia. Il Servizio ha concluso nel 2003 un progetto-pilota finalizzato alla valutazione della qualità interna, per migliorare i processi di accoglienza, presa in carico e progettazione dell'utenza nonché valutare gli esiti degli interventi interni e degli inserimenti in comunità terapeutica.

Il SERT di Bressanone ha avuto in carico un numero di alcoldipendenti pari a circa l'80% dell'utenza totale, che è rimasto pressoché stabile rispetto all'anno precedente.

Il SERT di Brunico, anch'esso con un'utenza alcoldipendente pari a circa l'80% del totale, accoglie gli utenti anche su prenotazione extra-oraria, ed eroga prestazioni di informazione, trattamento, disintossicazione ambulatoriale od ospedaliera e disassuefazione ambulatoriale o residenziale in comunità terapeutica.

La prevenzione e l'informazione sui danni alcolcorrelati costituiscono una delle priorità operative adottate nell'ambito del primo documento di indirizzi varato dalla Provincia Autonoma di Bolzano per pianificare gli interventi nel campo della dipendenza da alcol e da droghe illegali.

Tale documento, "*Linee di indirizzo per la politica sulle dipendenze in Alto Adige*", elaborato da un "comitato di esperti" coadiuvato da rappresentanti di strutture socio-

sanitarie pubbliche e private, raccoglie indirizzi strategici ed obiettivi di sviluppo comuni e condivisi da tutte le istituzioni operanti sul territorio provinciale, prendendo spunto dai risultati più aggiornati della ricerca e riprendendo gli standard europei.

Nel campo della prevenzione l'Assessorato alla Sanità ha inoltre, attraverso i propri competenti uffici,

-elaborato un concetto per la realizzazione della campagna "Sai quanto basta?" che è stato presentato a tutti i servizi del territorio

-collaborato alla programmazione di diverse iniziative di informazione e di sensibilizzazione che sono state realizzate in numerose scuole altoatesine da parte dei servizi di educazione alla salute presso le Intendenze scolastiche

-collaborato con la associazione "Forum Prevenzione" per lo svolgimento di un'intensa attività di informazione e prevenzione nelle scuole, nei centri giovanili e nei quartieri attraverso conferenze, corsi di aggiornamento, progetti mirati con famiglie ed enti pubblici

-collaborato ad alcuni progetti di prevenzione finanziati con il "Fondo nazionale per la lotta alla droga" realizzati dal Privato sociale.

Il SERT di Bolzano ha partecipato alla giornata mondiale per la lotta alla droga con attività informative al pubblico da parte degli operatori della associazione HANDS; è inoltre proseguita la campagna di pubblicizzazione del numero verde INFOALCOL e del sito internet dell'Associazione. Si è ulteriormente intensificata la collaborazione tra HANDS ed il "Forum Dipendenze", con il quale si è passati all'attuazione di un lavoro coordinato di prevenzione nel Comune di Sarentino, mentre è continuato quello già avviato l'anno precedente nel Comune di Caldaro.

Il SERT di Merano ha partecipato con i suoi operatori a seminari, convegni ed interventi presso le scuole medie inferiori e superiori.

Il SERT di Bressanone ha concluso nel dicembre 2003, in collaborazione con l'istituto SOFFI di Innsbruck, un progetto triennale di prevenzione dell'alcol all'interno delle aziende, finalizzato alla sensibilizzazione dei responsabili del personale sui danni alcolcorrelati, sia in termini economici che sociali, nonché alla rilevazione della richiesta di fabbisogno di intervento sul campo. All'interno del progetto è stato altresì previsto il trattamento terapeutico e socio-riabilitativo delle persone interessate dal problema. E' stata altresì offerta ai dirigenti delle aziende la possibilità di partecipare ad un programma di formazione per meglio comprendere la tipologia dell'alcolista e per riconoscere al più presto l'insorgenza del problema, in modo da consentire un intervento precoce e mirato.

Il SERT di Brunico ha organizzato due seminari sul tema dell'infanzia nelle famiglie di alcolisti.

Per quanto attiene la formazione e l'aggiornamento del personale addetto, l'Assessorato provinciale alla Sanità ha organizzato un Corso di Epidemiologia finalizzato alla utilizzazione del nuovo sistema informativo provinciale, cui hanno partecipato operatori di tutti i SERT nonché gli operatori di HANDS.

Il SERT di Bolzano ha organizzato, nell'ambito del Servizio di Alcologia, un corso di Counseling motivazionale breve rivolto a medici ospedalieri e di Medicina Generale, finalizzato all'apprendimento delle tecniche di base del colloquio motivazionale e a migliorare la collaborazione tra ospedale e territorio, sopratutto in relazione a quei soggetti con comportamenti inadeguati e scarsa aderenza alle prescrizioni mediche.

Il SERT ha inoltre partecipato al progetto "Sistema informativo e valutazione della qualità del servizio ambulatoriale", avviato da HANDS nell'Ottobre 2003, nonché alla programmazione ed attuazione di varie attività di aggiornamento sul colloquio motivazionale, rivolte a operatori di vario ambito.

L'ambulatorio HANDS ha avviato nell'Ottobre 2003, con la consulenza di una società specializzata, un progetto di sviluppo organizzativo delle attività ambulatoriali, finalizzate all'incremento della qualità dei servizi erogati. Attualmente 5 dei 6 psicologi frequentano un corso di formazione poliennale in psicoterapia. La formazione e l'aggiornamento degli operatori Hands è continuata anche tramite la partecipazione a:

-seminari e convegni dedicati all'intervento farmacologico, alla discussione e supervisione dei casi, all'approfondimento di tematiche riabilitative

-stages brevi presso il Centro residenziale terapeutico "Bad Bachgart", finalizzati al miglioramento della collaborazione terapeutica ed organizzativa tra il Centro stesso e l'ambulatorio HANDS

-un corso di formazione sulle tecniche del "colloquio motivazionale".

Il SERT di Merano ha curato la partecipazione degli operatori a convegni e seminari mirati all'aumento delle competenze sia sanitarie che psico-sociali, nonché all'approfondimento delle tecniche relative alla gestione dei gruppi di sostegno e auto-mutuo aiuto.

Il SERT di Brunico ha curato una formazione comune del personale sanitario sul colloquio motivazionale e favorito la formazione professionale individuale. Il SERT ha altresì attivato una collaborazione con alcune Università per offrire la possibilità ai laureandi di disporre di dati ed informazioni.

Per favorire le associazioni di auto-mutuo-aiuto e le organizzazioni del privato sociale l'Assessorato alla Sanità ha organizzato due giornate-studio finalizzate al miglioramento della collaborazione fra servizi pubblici e privati, sostenendo la necessità di operare con i gruppi di auto-mutuo aiuto di diverse filosofie e metodi.

La Provincia offre un finanziamento annuale alle associazioni private convenzionate per la gestione di servizi di assistenza e di riabilitazione di alcoldipendenti, nell'ambito del quale le stesse provvedono a favorire l'aggiornamento e la formazione del proprio personale attraverso la partecipazione a corsi e seminari in Italia e, per il personale di lingua tedesca, in Austria.

Il SERT di Bolzano ha proseguito, tramite l'ambulatorio HANDS, l'interazione e la collaborazione con i gruppi di Alcolisti Anonimi, Clubs di Alcolisti in trattamento ed altri gruppi presenti sul territorio della Azienda USL di Bolzano.

Nel corso del 2003 sono stati avviati i gruppi Hands a conduzione professionale per pazienti dimessi dal Centro terapeutico residenziale "Bad Bachgart" e dalle Comunità terapeutiche, con lo scopo di completare il lavoro psicoterapeutico avviato nelle strutture di cui sopra e di avviare, dopo circa 6 mesi, i pazienti ai gruppi Hands di auto-aiuto di base.

I SERT di Merano e Brunico collaborano con organizzazioni del privato sociale, rispettivamente, per la formazione del personale e per la riabilitazione degli alcolisti; il SERT di Brunico inoltre collabora con la associazione provinciale dei clubs per gli Alcolisti in trattamento per lo sviluppo di ulteriori gruppi sul territorio.

La **Provincia autonoma** di **Trento** ha un'unica Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS), nell'ambito della quale è stato istituito un Servizio di Riferimento per le attività alcologiche, con il compito di coordinare attività e strutture che operano nei vari Servizi di Alcologia periferici.
Ai fini di assicurare l'accesso a trattamenti sanitari e assistenziali adeguati, è stata organizzata una diffusione capillare dei Servizi di Alcologia sul territorio provinciale (11 Servizi di Alcologia indipendenti dal SERT, con un responsabile medico e almeno un operatore di rete). E' stato inoltre avviato il progetto "RAR" (Referente Alcologico di Reparto) per l'inserimento in tutti i reparti ospedalieri di almeno un referente formato (di solito un infermiere professionale) che individua i bevitori problematici tramite una apposita cartella anamnestica somministrata a tutti i pazienti ed esegue con essi colloqui motivazionali finalizzati all'invio ai Servizi di Alcologia e ai gruppi di auto aiuto.
Sono stati organizzati inoltre:
-incontri di sensibilizzazione-informazione per gruppi omogenei di persone attive nel sociale (assistenti sociali, educatori professionali, sacerdoti, forze dell'ordine, etc.) al fine di sensibilizzarli all'invio delle persone con problemi alcolcorrelati ai Servizi di Alcologia
-incontri "ad personam" con i medici di famiglia al fine di sensibilizzarli all'invio delle persone con problemi alcolcorrelati ai Servizi di Alcologia
-stampa e diffusione in luoghi pubblici (specie sanitari: ambulatori, farmacie, ospedali etc.) di manifesti e dépliants informativi sui Servizi di Alcologia.
Altre iniziative sono state attivate per favorire l'informazione e la prevenzione.
-Progetto "*Salute, alcol e fumo*" per le scuole elementari e medie. Si tratta di un corso di formazione per insegnanti delle classi V elementare e medie che viene effettuato ogni anno. Agli insegnanti è fornito un pacchetto didattico completo da sviluppare nel corso dell'anno scolastico su salute, alcol e fumo.
-Progetto "*Scuole superiori*". Prevede l'organizzazione di interventi nelle scuole superiori da parte degli operatori dei Servizi di Alcologia, previa una preliminare preparazione degli insegnanti tramite un incontro di tre ore con l'operatore del Servizio di Alcologia. Gli insegnanti si impegnano a dedicare all'alcol un certo numero di ore di lavoro in classe, a fare in ogni classe una lezione sull'educazione emotiva e a dare degli input sull'argomento durante l'anno scolastico.
-Progetto "*Alcol e fumo nei giovani: lo sport come strumento di protezione della salute*", finanziato con la quota provinciale del Fondo nazionale per la lotta alla droga. Il progetto prevede, tramite uno specifico protocollo d'intesa col CONI, la somministrazione di 300 interviste a giovani sportivi su uso di alcol, fumo e sostanze dopanti, ai fini di valutare l'entità dei fenomeni, e incontri di sensibilizzazione-formazione con tutti gli allenatori delle squadre sportive giovanili.
-Progetto "*Scuole guida*". Prevede un corso di formazione- sensibilizzazione di quattro ore per tutti gli istruttori e insegnanti delle scuole guida della Provincia, con la distribuzione di apposito materiale, anche audiovisivo, su alcol e guida; nonché una lezione su alcol e guida per tutti gli studenti delle autoscuole trentine.
-Progetto "*Pub-discoteche*". Prevede la permanenza davanti a pub e discoteche, nelle ore notturne e previo accordo col Comune ed i gestori delle discoteche, di alcuni giovani operatori su un'ambulanza dell'Azienda sanitaria provinciale dotata di etilometro. Compito degli operatori è di instaurare relazioni di dissuasione alla guida in stato di ebbrezza.
-Progetti di Comunità. Sono in corso in due realtà territoriali di circa 8.000 abitanti (rione di Rovereto e valle del Chiese) capillari interventi di sensibilizzazione a tutti i livelli della comunità sui problemi alcolcorrelati, preceduti e seguiti da un'indagine sui consumi (con campione un rione di Trento e la valle Giudicarie). Questi due progetti fanno parte di una ricerca policentrica nazionale.

Per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto l'Azienda sanitaria provinciale ha realizzato, come ogni anno, due "Settimane di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi", nonché giornate di aggiornamento per operatori dei Servizi di Alcologia e dei Club degli Alcolisti in Trattamento.

La ricerca e la formazione specialistica di livello universitario sono state promosse attraverso i rapporti di collaborazione instaurati con Dipartimenti universitari di Statistica e con Transcrime dell'Università di Trento, sopratutto nell'ambito di alcuni dei progetti sopra citati.

Tutti i Servizi di Alcologia hanno intrattenuto stretti rapporti di collaborazione con le associazioni dei clubs degli Alcolisti in Trattamento e i gruppi degli Alcolisti Anonimi.

La **Regione Veneto** ha istituito nei Dipartimenti per le Dipendenze delle 21 Aziende USL del territorio regionale almeno un'Unità operativa alcologica, con specifiche funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione degli utenti con problemi alcol-correlati.

Nel corso dell'anno 2003 sono stati presi in carico presso tali servizi 8500 utenti, cui vanno aggiunti 2300 utenti trattati nelle aziende ospedaliere di Padova e Verona.

Nella Regione Veneto si confermano e si consolidano nel corso dell'anno 2003 le attività sviluppate negli anni precedenti seguendo il modello regionale di rete alcologica territoriale, avviato fin dal 1999, tendente ad integrare le diverse professionalità, discipline e approcci esistenti nei servizi pubblici, nelle associazioni di auto-mutuo aiuto e volontariato, nelle comunità terapeutiche pubbliche e private, nelle unità operative ospedaliere, negli ambulatori dei medici di Medicina Generale, negli enti locali, nelle Forze dell'Ordine, nelle scuole, nelle associazioni di categoria e quant'altro.

In particolare, per quanto riguarda le iniziative tendenti a favorire l'accesso ai trattamenti e al miglioramento della qualità degli stessi, si è consolidato l'approccio multidimensionale centrato sul cliente, che offre possibilità d'accesso, diversificazione e personalizzazione dei percorsi terapeutici in relazione allo stadio motivazionale esistente, con una gamma di interventi che vanno dal semplice contatto e counseling telefonico fino agli inserimenti in programmi residenziali specificatamente studiati per alcolisti.

Le tre principali tipologie di intervento sono le seguenti:

-Servizi Ambulatoriali con accesso diretto (senza lista di attesa)

-Programmi terapeutico-riabilitativi in centri diurni, e/o comunità semiresidenziali

-Programmi terapeutico-riabilitativi in comunità di tipo residenziale o di lungodegenza.

Sono aumentate nel corso del 2003 le progettualità specifiche per il trattamento riabilitativo integrato della comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza e per l'inserimento socio-lavorativo dei soggetti alcoldipendenti.

Per favorire l'informazione e la prevenzione sui danni alcolcorrelati tutti i 21 Dipartimenti per le dipendenze della Regione hanno sviluppato interventi per coinvolgere i vari target interessati, che di solito sono stati inseriti in progetti più ampi, mirati all'aumento delle conoscenze e della percezione del rischio connesso al consumo delle sostanze psicoattive lecite ed illecite e alla promozione di stili di vita salutari, in gran parte finanziati dal Fondo nazionale per la lotta alla droga.

Tali progetti hanno coinvolto le diverse componenti del mondo della scuola (compresa la scuola materna), del tempo libero (gruppi informali e formali di giovani, gestori di locali pubblici, adulti significativi), del lavoro (lavoratori, sindacalisti, titolari di aziende, addetti alla sicurezza, medici del lavoro), delle autoscuole, delle carceri, dell'associazionismo e delle istituzioni socio-sanitarie, al fine di creare e sostenere ambienti che favoriscano la promozione della salute e rafforzino le capacità ed abilità personali e di gruppo per evitare i danni derivanti dal consumo delle sostanze psicotrope e in particolare dell'alcol.

Le iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione ed aggiornamento del personale addetto hanno riguardato per la maggior parte la partecipazione a convegni e a giornate di formazione facenti parte del Programma di formazione per operatori delle Tossicodipendenze (PFT) finanziato dalla Regione Veneto.

In alcune Unità alcologiche dipartimentali sono state organizzate attività di supervisione e corsi di formazione obbligatoria per personale sia proprio che ospedaliero (infermieri professionali, caposala, tecnici di laboratorio e di radiologia, etc.) con l'obiettivo principale di sensibilizzare e formare la maggior parte degli operatori socio-sanitari sui problemi dell'alcoldipendenza e delle patologie correlate.

Per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica sono stati adottati programmi di costante tutoraggio di infermieri professionali, assistenti sociali, educatori professionali, psicologi e medici di Medicina Generale. E' stata avviata inoltre presso l'Azienda USL di Padova una ricerca riguardante lo screening dei problemi alcolcorrelati sia nei degenti sia negli accessi al Pronto Soccorso.

Nel corso dell'anno 2003, sono state rafforzate le cooperative sociali, le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali e i centri diurni e notturni specifici per soggetti alcoldipendenti, già attivati negli anni precedenti. In particolare sono stati realizzati nuovi centri diurni per alcoldipendenti.

Nella **Regione** autonoma **Friuli-Venezia Giulia** sono presenti, all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze di tutte le Aziende USL, le Unità operative complesse per le dipendenze da sostanze legali, nel cui ambito sono collocate tutte le attività di diagnosi, cura e riabilitazione di interesse alcologico. Specifici protocolli d'intesa con le Aziende ospedaliere regionali consentono la disponibilità di alcuni posti letto nei reparti di Medicina, per la cura delle patologie alcolcorrelate.

Nell'anno 2003 le Unità operative di Alcologia hanno preso in carico 3.324 soggetti ed hanno prestato consulenza, senza una presa in carico, ad altri 582 soggetti. Inoltre, nel quadro dell'attività di collaborazione transfrontaliera, l'Azienda n.1 *Triestina* ha operato, per casi problematici, in sinergia con analoghi organismi sanitari della Slovenia e della Croazia.

La Regione Friuli-Venezia Giulia sta portando a termine il monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol ed ai problemi alcolcorrelati per il biennio 2001-2002, con un finanziamento dello Stato alle Regioni in attuazione dell'art.3, comma1, lettera c, della Legge 125/2001.

La formazione degli operatori è stata curata tramite periodici corsi di formazione ed aggiornamento, cui sono stati ammessi anche, quali uditori, gli operatori delle associazioni dei club degli Alcolisti in trattamento e di altre associazioni di volontariato impegnate nel settore alcologico. La Regione sostiene inoltre le "Scuole alcologiche territoriali" della associazione dei clubs degli Alcolisti in trattamento, per la formazione annuale dei conduttori dei clubs, a cui partecipano anche operatori pubblici.

Durante il 2003 è continuata la collaborazione tra il Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda n.2 *Isontina* e la Romania, per la formazione di operatori locali da impegnare per la conduzione di gruppi di auto-aiuto, secondo il metodo *Hudolin*.

Le attività di prevenzione sono state finanziate sopratutto tramite il Fondo nazionale per la lotta alla droga, e nei piani annuali delle Aziende USL sono stati programmati interventi in contesti lavorativi quali grosse industrie e cantieri navali, nelle scuole e nelle autoscuole, finalizzati sopratutto alla sensibilizzazione sui problemi derivanti dall'uso di bevande alcoliche, all'informazione sui corretti stili di vita e sulle normative che regolamentano la vendita delle bevande alcoliche e il sistema sanzionatorio per chi supera i valori limite del tasso alcolemico alla guida. L'Azienda USL n.1 *Triestina* ha inoltre sviluppato,

nell'ambito della prevista collaborazione transfrontaliera, programmi di prevenzione nelle scuole italiane dell'Istria Slovena e Croata.

La **Regione Liguria** ha attivato un percorso di analisi sul fenomeno alcolismo nel territorio, allo scopo di predisporre la stesura di linee guida regionali in materia di alcologia.

Risulta in espansione l'attività dei Nuclei operativi di Alcologia (NOA), che fin dal 2001 sono stati inseriti nell'ambito di ciascuno dei 5 Dipartimenti delle Dipendenze presenti nelle Aziende USL della Regione, con lo scopo di favorire l'accesso ai servizi e migliorare la qualità delle prestazioni in relazione ai problemi alcolcorrelati.

Gli ambulatori NOA sono dislocati sul territorio in sedi separate dal SERT, per favorire l'accesso evitando paure di stigmatizzazione. I NOA operano con attività di consulenza anche all'esterno del Dipartimento, presso gli ambulatori di alcune ospedali o nelle carceri.

E' stato intrapreso anche dai NOA, così come dai Dipartimenti delle Dipendenze, un percorso finalizzato all'accreditamento delle strutture sanitarie in ambito regionale.

Le attività di prevenzione e informazione rappresentano una delle principali attività dei NOA, che hanno operato in collaborazione con le scuole, le scuole guida, le amministrazioni locali e provinciali, gli ospedali.

A tale proposito la Regione Liguria, in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca scientifica, ha aderito assieme ad altre Regioni a un progetto del Ministero della Salute per la formazione degli insegnanti della scuola secondaria superiore sulle problematiche legate all'uso ed abuso di alcol, nel cui ambito è stato distribuito e utilizzato come materiale informativo ed educativo il kit *"...e sai cosa bevi"*, realizzato dalla Regione Emilia Romagna quale capofila delle Regioni aderenti al progetto stesso. Per l'informazione e l'addestramento all'uso del kit è stato organizzato un apposito seminario regionale.

Il personale dei NOA è stato coinvolto sia in attività di formazione interne sia in corsi e seminari esterni in materia di alcologia. La formazione specialistica di alcuni operatori dei NOA. viene assicurata tramite percorsi di specializzazione o Master universitari in materia di alcologia da essi intrapresi.

La Regione Liguria, attraverso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Tossicodipendenze, ha sviluppato sistemi di sorveglianza epidemiologica basati su standard europei. L'andamento e le caratteristiche del fenomeno dell'abuso di alcol vengono studiate sia attraverso i dati di attività delle strutture di servizio, sia attraverso indagini campionarie nella popolazione studentesca (indagine ESPAD) e nella popolazione generale (indagine IPSAD).

La collaborazione con le associazioni di auto-mutuo aiuto è stata garantita sia a livello regionale che territoriale, sia con i gruppi di alcolisti Anonimi (A.A.) sia con i club degli Alcolisti in trattamento (C.A.T.). Rappresentanti di entrambe queste associazioni svolgono attività di consulenza per gli utenti dei NOA.

La **Regione Emilia-Romagna** ha ultimato nel corso del 2003 la revisione e l'aggiornamento delle precedenti linee d'indirizzo sugli interventi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcol-correlati, risalenti al 1996, definendo un nuovo "Progetto regionale alcolismo". Tale Progetto si articola in 6 sottoprogetti, che individuano obiettivi e azioni di ambito preventivo, curativo e riabilitativo nelle seguenti aree:

-Prevenzione primaria con particolare riguardo alle giovani generazioni
-Intervento dei medici di Medicina Generale
-Strutture e programmi di assistenza, cura e riabilitazione
-Ospedali e Servizi Sanitari promotori di comportamenti consapevoli nell'uso delle bevande alcoliche

-Prevenzione dei rischi collegati al consumo di alcol nei luoghi pubblici e di lavoro
-Prevenzione degli incidenti stradali derivanti da consumo di alcol.

Nell'elaborare il nuovo Progetto regionale un'attenzione particolare è stata posta nel migliorare le possibilità di accesso ai servizi e la qualità degli stessi. Nei servizi per le dipendenze è stata ulteriormente sviluppata la costituzione di articolazioni funzionali dedicate all'area delle sostanze legali (alcol e tabacco), con accesso differenziato rispetto a quello previsto per i pazienti che fanno uso di sostanze illegali.

Per quanto riguarda la prevenzione e l'informazione, l'Emilia-Romagna, in qualità di regione capofila del Progetto promosso e finanziato dal Ministero della Salute "*Corsi di formazione per gli insegnanti della scuola superiore finalizzati ad accrescere conoscenze e impegno didattico per la prevenzione delle problematiche alcolcorrelate*", finanziato con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga, ha completato nel 2003 lo svolgimento dei seminari formativi nelle otto Regioni partecipanti. Obiettivo del progetto è stato quello di dotare i docenti di appositi strumenti operativi multimediali (quale il kit "*...E sai cosa bevi*" realizzato dall'Azienda USL-SERT di Piacenza) per la realizzazione di unità didattiche dedicate al tema dell'uso-abuso di alcol, creando spazi di dibattito e di interazione che aiutino i ragazzi a crearsi opinioni scientificamente corrette sull'argomento e a compiere scelte comportamentali consapevoli. La giornata seminariale conclusiva del progetto, svoltasi a Bologna nell'aprile 2003 e organizzata in stretta collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, ha coinvolto tutti i CSA (ex Provveditorati agli Studi) registrando la partecipazione di oltre 50 insegnanti. Si è inoltre programmato di avviare l'utilizzo del Kit multimediale "...E sai cosa bevi" in almeno una scuola pilota per Provincia, per proseguire successivamente con la diffusione a cascata del programma didattico in ambito regionale.

La Lega per la lotta contro i tumori di Reggio Emilia, che collabora attivamente alle iniziative regionali di prevenzione alcologica, ha iniziato la sperimentazione del Kit in un contesto peculiare quale quello di una scuola alberghiera del territorio reggiano.

In occasione della manifestazione "*Aprile, mese di prevenzione alcologica*", promossa a livello nazionale dalla Società italiana di Alcologia e dalla Associazione italiana dei clubs degli Alcolisti in trattamento, la Regione Emilia-Romagna ha patrocinato l'iniziativa e coordinato sul territorio regionale la realizzazione di numerosi eventi promozionali con diffusione al pubblico di materiale informativo sui danni alcolcorrelati e sull'offerta dei servizi territoriali. L'iniziativa ha interessato tutte le Aziende USL con il contributo e la partecipazione attiva delle associazioni di auto-aiuto.

Nel marzo 2003 è stato realizzato a Cesenatico, in collaborazione con l'Azienda USL-SERT di Rimini, un seminario regionale di formazione, a carattere residenziale, sul tema "*Uso di bevande alcoliche ed idoneità alla guida*", che aveva come destinatari figure quali i referenti alcologici delle Aziende USL, i medici legali, i medici della Polizia di Stato e delle Ferrovie dello Stato, i medici militari e quelli delle Commissioni mediche locali per le patenti. L'evento formativo, cui hanno partecipato oltre 60 operatori, attraverso un approfondito confronto di idee tra gli addetti ai lavori, ha fornito un prezioso contributo tecnico alla formulazione delle specifiche linee guida regionali in preparazione sull'argomento.

In occasione del XXV anniversario della associazione Alcolisti Anonimi in Emilia-Romagna, nel Novembre 2003, l'Azienda USL-SERT di Piacenza ha organizzato, in collaborazione con A.A. e con l'Università del Sacro Cuore, il convegno regionale "*Auto-mutuo aiuto e programma dei 12 passi: la solidarietà terapeutica*".

Il convegno, patrocinato dall'Assessorato regionale alle Politiche Sociali, è stata un'occasione formativa rivolta in particolare agli operatori socio sanitari, con l'obiettivo di far meglio conoscere, valorizzare e promuovere le potenzialità del mondo dell'auto-mutuo

aiuto, e in particolare di A.A., quale preziosa risorsa "non professionale" per affrontare problematiche complesse ad alta rilevanza sociale.

Nella **Regione Toscana** il modello organizzativo dei servizi alcologici è regolato dall'Azione Programmata "Organizzazione dei servizi alcologici" (D.C.R. 15.09.1998), che prevede l'operatività a livello regionale di una rete integrata di servizi in grado di affrontare in modo coordinato i molteplici aspetti di prevenzione, accesso ai servizi, diagnosi, cura e riabilitazione connessi ai problemi alcolcorrelati. Tale modello organizzativo è finalizzato in particolare a favorire la necessaria continuità d'intervento attraverso l'integrazione operativa tra i servizi sanitari territoriali e quelli ospedalieri; è prevista inoltre la sistematica partecipazione ai programmi di attività del mondo dell'associazionismo e del volontariato, dei medici di Medicina Generale, delle équipes alcologiche territoriali, degli specialisti ospedalieri. Il Piano Sanitario regionale 2002/2004 prevede peraltro di aggiornare le disposizioni inerenti l'assetto organizzativo e funzionale dei servizi per le problematiche di alcoldipendenza e alcolcorrelate alla luce delle esigenze emerse e delle indicazioni contenute nella legge 125/2001.

Come indicato anche nell'Azione Programmata, è stata costituita presso ogni SERT in ogni Azienda USL un'équipe alcologica in cui opera personale con profilo professionale di medico, psicologo, assistente sociale, educatore professionale, infermiere professionale e alla quale è affidato il compito di contrastare i comportamenti di abuso alcolico a livello territoriale con funzioni di educazione sanitaria, prevenzione, intervento diagnostico e orientamento terapeutico. E' prevista una risposta assistenziale in grado di favorire il rapporto con il soggetto alcoldipendente, far emergere le sottostanti motivazioni interne e farsi carico delle patologie somatiche talora invalidanti.

A livello regionale esistono due specifiche strutture operative, il Centro Alcologico Regionale e il Comitato Tecnico Scientifico presso la Giunta Regionale.

Il Centro Alcologico Regionale (CAR) funziona tramite la collaborazione attiva dell'Azienda Ospedaliera di Careggi, dell'Azienda USL 10 di Firenze e dell'Università degli Studi di Firenze, e svolge funzioni nel campo della epidemiologia (osservatorio dei problemi alcolcorrelati), della prevenzione (pianificazione, sperimentazione e validazione di nuovi modelli di intervento), della formazione degli operatori, della ricerca clinica e biologica.

Nell'anno 2003 la Regione Toscana ha erogato per lo svolgimento delle funzioni del CAR 103.291,82 Euro.

Il Comitato Tecnico Scientifico assiste la Giunta Regionale Toscana per l'indirizzo, il coordinamento e il supporto dell'azione programmata, ed è composto, tra gli altri, anche dai rappresentanti dei gruppi di volontariato di auto-mutuo aiuto (associazioni dei clubs degli Alcolisti in trattamento, degli Alcolisti Anonimi, degli Al-Anon) e degli enti ausiliari della Regione Toscana.

Nell'anno 2003 sul territorio regionale hanno operato n. 38 servizi alcologici territoriali presso i SERT e n. 1 servizio alcologico di ambito ospedaliero con disponibilità di ricovero, day hospital e attività ambulatoriale (centro di Alcologia presso l'Azienda Ospedaliera di Careggi). In tutte le Aziende USL sono presenti servizi alcologici.

Nell'anno 2003 le équipes alcologiche hanno avuto in trattamento 3201 utenti alcolisti, con un incremento dell'1,3 % rispetto all'utenza del 2002 e del 4,8% rispetto a quella del 2003, confermando un lento ma costante aumento dell'utenza nel corso del triennio dovuto in buona parte alla maggiore diffusione e specializzazione dei servizi. I dati confermano una netta prevalenza maschile che rispetto al totale dell'utenza rappresenta il 69,87 %.

La fascia d'età più rappresentata è sia per i maschi che per le femmine quella compresa tra i 40 e i 49 anni. La bevanda di uso prevalente, sia nei maschi che nelle femmine, è sempre

il vino, seguita da birra, superalcolici, altro e amari confermando il consumo delle bevande alcoliche degli anni precedenti.

La Regione Toscana ha avviato la predisposizione di una "cartella clinica" informatizzata finalizzata anche alla realizzazione di una banca dati che consentirà un monitoraggio più mirato delle problematiche alcolcorrelate e una programmazione più efficace nel settore. Sarà così possibile acquisire informazioni più dettagliate, attualmente non disponibili, su variabili quali età, sesso, stato civile, titolo di studio, condizione lavorativa, tipo e quantità di bevande assunte, tipi di trattamento effettuati, patologie presenti o pregresse.

Nell'anno 2003 la Regione Toscana, proseguendo il processo di qualificazione dei servizi iniziato con l'emanazione della legge regionale 8/1999, ha dato mandato all'Agenzia Regionale di Sanità di definire i requisiti strutturali, funzionali e organizzativi per l'accreditamento istituzionale dei servizi per le tossicodipendenze, all'interno dei quali operano le équipes alcologiche, nell'ottica di fornire prestazioni sanitarie di livello e appropriatezza sempre più elevati. Si prevede la conclusione dei lavori entro il 2004 e l'inizio del processo di accreditamento dei servizi per le dipendenze con il Piano Sanitario Regionale 2005/2007. Uno degli elementi qualificanti di tale percorso sarà l'adozione da parte di tutti i servizi di uno strumento omogeneo e condiviso per la raccolta dei dati sanitari e della loro gestione. A questo fine è stato costituito, all'interno del Sistema Informativo Regionale per le tossicodipendenze, un gruppo di lavoro formato da referenti di alcune équipes alcologiche coordinato dal Centro Alcologico Regionale per definire una Cartella alcologica regionale informatizzata. La messa a punto di tale cartella rappresenterà lo strumento più idoneo per monitorare il fenomeno dell'alcoldipendenza e delle patologie alcolcorrelate nella Regione, consentendo di effettuare adeguate valutazioni e di definire appropriate linee guida per la gestione dei problemi alcolcorrelati.

Numerosi sono stati gli interventi di prevenzione promossi dalla Regione e realizzati dalle Aziende USL, che hanno riguardato sia la popolazione generale che target specifici, ivi compresi gli operatori e in particolare i medici di Medicina Generale. Rilevanti, per il loro impatto su uno specifico territorio, sono stati gli interventi di comunità, realizzati nelle Aziende USL di Firenze e Pistoia.

Sono stati inoltre effettuati progetti che hanno coinvolto popolazioni specifiche come quella carceraria (nelle Aziende USL di Firenze, Arezzo, Pistoia e Empoli) e quella residente nelle comunità terapeutiche degli enti ausiliari della Regione (Comunità Incontro di Pistoia, CEIS di Lucca e Firenze).

In particolare nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino (Empoli) sono state realizzate, in stretta collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda USL di Empoli, attività di informazione e sensibilizzazione, gruppi psicoterapeutici, inquadramento psicodiagnostico, counseling individuale.

In relazione al vasto panorama degli interventi di prevenzione il Centro Alcologico Regionale ha promosso per i primi mesi del 2004 un seminario regionale sulla prevenzione in alcologia, con l'obiettivo di definire linee guida regionali sulle attività preventive in campo alcologico.

Per il secondo anno consecutivo la Regione Toscana ha finanziato la manifestazione "Mese di prevenzione alcologica", svoltasi nell'Aprile 2003, in collaborazione con la Società Italiana di Alcologia, l'Associazione italiana dei clubs di alcolisti in trattamento, l'Istituto Superiore di Sanità-OSFAD, le associazioni di alcolisti anonimi, e che ha coinvolto numerose équipes alcologiche delle Aziende USL, gli enti locali e le organizzazioni del privato sociale. Obiettivo dell'iniziativa è quello di promuovere e supportare le iniziative locali, mettendo a disposizione materiale informativo da diffondere capillarmente. Sono state realizzate e distribuite in tutta Italia 25.000 copie fra libretti informativi e regoli per calcolare i livelli di alcolemia ed è stato diffuso un CD ROM contenente i files in originale

dei materiali informativi, per consentirne la stampa da parte di tutti gli interessati che ne fanno richiesta. In Toscana sono state distribuite oltre 20.000 copie del materiale informativo (manifesti e volantini). Per il 2003 in particolare sono stati realizzati i manifesti per la "Campagna di sensibilizzazione Alcol e Giovani", una campagna nazionale di prevenzione promossa dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con la S.I.A., cui la Regione Toscana ha partecipato con un contributo economico. La campagna, elaborata in collaborazione con l'Università degli Studi di Firenze, ha affrontato per la prima volta il tema dell'alcol nella popolazione giovanile (con lo slogan "*Io c'ero fino a un bicchiere fa*") e ha raggiunto, da una prima valutazione dell'impatto, l'obiettivo assegnato di proporre ai giovani un messaggio "forte" che favorisse la riflessione sul proprio stile di consumo alcolico.

Tutte le iniziative realizzate sul territorio nazionale o in quello toscano sono state inserite sui siti internet. e.

In relazione alle attività del Mese di Prevenzione, si sono svolte in Toscana le seguenti iniziative a carattere scientifico:

-23 Aprile ,Firenze - "Three meeting with Harold Holder, PRC Berkeley

-29 Aprile, Lucca - Convegno "Presentazione della ricerca su droghe e culture giovanili"

-30 Aprile, Firenze - Conferenza Europea su "Alcol e lavoro"

-5 Maggio, Firenze- Convegno "Alcol, alcolismo: bambini adolescenti e famiglie"

-21 Giugno, Prato - Tavolo di lavoro su alcol e problemi alcolcorrelati.

Iniziative di prevenzione di varia tipologia sono state inoltre realizzate dai Comuni di Prato, Valdinievole, Sesto Fiorentino e Campi Bisenzio, Firenze, Pistoia, Massa, Siena.

Alcuni progetti sono stati realizzati dalla Regione Toscana in relazione a specifici problemi ritenuti di particolare importanza.

Nel mese di ottobre 2003 si è concluso il progetto "*Alcol e Rom*", che si è svolto all'interno dei campi nomadi di Firenze e Pisa e ha coinvolto i servizi sanitari e le amministrazioni locali dei due comuni.

In relazione al fenomeno delle "morti del sabato sera" e più in generale dei rischi alcol correlati dei giovani che frequentano i locali notturni, la Regione ha finanziato un progetto specifico denominato: "*Promozione di una cultura della sobrietà nei contesti di socializzazione giovanile*". Tale progetto nasce dalla necessità di intervenire su un fenomeno in costante espansione quale quello degli incidenti stradali, che coinvolge particolarmente la popolazione giovanile. Esso è finalizzato a sensibilizzare sia i giovani sui propri comportamenti a rischio sia i gestori dei locali notturni (non solo discoteche) per la promozione di iniziative rivolte alla riduzione dei consumi di alcolici nei giovani. Il progetto si integra con un altro analogo, cofinanziato dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla Regione Toscana, rivolto alla prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti nei locali notturni denominato "*Divertimento Sicuro*". L'integrazione dei due progetti è in linea con le politiche regionali di prevenzione rivolte ai giovani, che sono orientate a non intervenire specificatamente sulle singole sostanze di abuso ma in generale sugli stili di vita.

Oltre ai due progetti regionali menzionati sono stati realizzati e promossi altri progetti da parte di molte Aziende USL (Grosseto, Lucca, Arezzo, Versilia, Pisa, Prato, Pistoia, Valdinievole, Viareggio).

Il notevole sviluppo dell'attività alcologica nella Regione determina un crescente bisogno di aggiornamento e formazione degli operatori. A questo proposito è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro presso il Centro Alcologico Regionale e sono stati finanziati eventi formativi in collaborazione con le Aziende USL e le Università degli Studi della Regione.

Da due anni è attivato presso l'Università degli Studi di Firenze il Master di primo livello "*Patologie e Problemi Alcol Correlati*", una proposta formativa rivolta agli operatori dei

servizi, in grado di offrire alti livelli di professionalizzazione. All'interno dell'attività didattica sono stati realizzati due workshop, uno sul trattamento e l'altro sul ruolo della comunicazione sociale negli interventi di prevenzione.
E' stato realizzato, in collaborazione con il Centro di Alcologia dell'Azienda ospedaliera di Careggi e la Società Italiana di Alcologia, uno workshop internazionale per la conclusione del progetto "*Alcohol and the Workplace*".
Per dare concreta risposta alla domanda di aggiornamento da parte degli operatori, la Regione ha finanziato la realizzazione di una rete tra i centri di documentazione che si occupano di alcol e tossicodipendenza, con l'obiettivo specifico di favorire lo sviluppo della documentazione nelle aree interessate e favorire, in maniera integrata con le attività di formazione e aggiornamento permanente, l'accesso alla documentazione da parte degli operatori delle dipendenze. Il progetto ha realizzato il sito, che permette l'accesso alle banche online per il reperimento di informazioni e notizie sulle attività alcologiche regionali, e due volte al mese produce una newsletter per gli operatori della Toscana. Fornisce inoltre, su richiesta, servizio di reperimento di documentazione prodotta sia a livello regionale che nazionale.
Un ulteriore strumento di formazione ed aggiornamento, particolarmente utile per coloro che intendono collaborare al lavoro dei clubs degli Alcolisti in trattamento (CAT), è costituito dalla Scuola nazionale di perfezionamento in Alcologia di Arezzo, attività formativa di secondo livello la cui didattica prevede 150 ore di formazione in aula ed altrettante ore di tirocinio pratico, con il rilascio di un diploma dopo la discussione di una tesi. La scuola si ispira al metodo ecologico sociale del Prof. V. Hudolin e forma ogni anno circa 40 operatori provenienti dai servizi pubblici e dal volontariato.
Nella Regione Toscana l'integrazione tra servizi pubblici e associazioni di auto-aiuto è una pratica consolidata da tempo, e numerose équipes alcologiche delle Aziende USL svolgono la loro attività in stretto coordinamento e collaborazione con le associazioni di etilisti. Le associazioni di volontariato ed i gruppi di auto aiuto sono inserite all'interno del Comitato Tecnico Scientifico regionale che assiste la Giunta Regionale per l'indirizzo, il coordinamento ed il supporto dell'azione programmata.
In particolare le associazioni dei clubs per gli Alcolisti in trattamento rappresentano a livello regionale un elemento importante della rete dei servizi per l'alcologia; sul territorio regionale sono presenti 158 clubs, che hanno trattato 2622 famiglie con un membro alcolista, secondo un rapporto con la popolazione generale stimato in 1: 2905. La prevalenza degli alcolisti in trattamento presso i CAT è di 7,4 ogni 100.000 abitanti.
Frutto della forte integrazione tra i CAT e i servizi pubblici sono state le iniziative di formazione su alcol e aspetti ginecologici organizzate dall'ACPCAT di Pistoia in collaborazione con i Servizi per le Dipendenze, l'Università degli Studi di Firenze ed il Centro di Alcologia dell'Azienda Ospedaliera di Careggi. Sempre a Pistoia è stato realizzato un corso di sensibilizzazione effettuato in collaborazione con la Diocesi, rivolto ai sacerdoti.
L'associazione regionale toscana dei CAT (ARCAT) ha inoltre realizzato alcune attività formative e di sensibilizzazione mirate alla diffusione della conoscenza della metodologia *Hudolin*, anche di ambito internazionale (6 corsi di sensibilizzazione con la partecipazione di 220 persone, di cui un corso rivolto a volontari ed operatori stranieri).
Il movimento dei *Dodici passi* è presente con 26 gruppi di Alcolisti Anonimi, 13 gruppi di familiari (AlAnon) e 2 gruppi di figli minori di alcolisti (AlAteen). A causa dell'assoluto anonimato dei partecipanti, non è possibile rilevare numericamente l'utenza di questi gruppi.
Nella **Regione Umbria** i servizi dedicati ai problemi alcolcorrelati afferiscono ai Dipartimenti delle Dipendenze presenti nelle quattro Aziende USL, che assicurano il

necessario coordinamento delle attività anche in rapporto con i servizi ospedalieri, con gli altri dipartimenti e servizi interdistrettuali sanitari e sociali, pubblici e privati che a vario titolo entrano in relazione con le problematiche. I servizi alcologici svolgono nello specifico attività di accoglienza e sostegno nella diagnosi e nella riabilitazione della dipendenza da alcol, trattamento farmacologico, supporto alla cura delle patologie alcolcorrelate, riabilitazione e reinserimento sociale, certificazioni medico-legali, collaborazione con i gruppi di auto-mutuo-aiuto, inserimento in programmi residenziali, informazione e sensibilizzazione della popolazione.

La strategia regionale nell'area delle dipendenze prevede un modello di "governo clinico" che consente la costruzione di percorsi appropriati che individuano le corrette relazioni, all'interno dell'Azienda USL, tra le diverse responsabilità che afferiscono all'organizzazione dipartimentale e si esprimono compiutamente nella realizzazione del sistema integrato dei servizi. In particolare la strategia regionale per i problemi alcolcorrelati è centrata sul rapporto, in ambito distrettuale, tra la medicina di base, che è strutturata in équipes territoriali, responsabili della qualificazione multidimensionale della domanda, ed i servizi specifici, la cui funzione è nella qualificazione multidisciplinare dell'offerta; l'integrazione tra i due livelli deve garantire la continuità assistenziale e l'autovalutazione. Il nuovo Piano Sanitario Regionale 2003-2005 propone obiettivi di salute, un modello assistenziale e criteri di qualità degli interventi, che implicano un approccio globale.

Negli ultimi 10 anni è stata rilevata nella Regione la riduzione dei danni alcolcorrelati nelle coorti di popolazione più giovane, e un'espansione dei servizi e dell'utenza afferente.

Su tutto il territorio regionale sono molteplici le iniziative intese a favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcolcorrelati. La scuola, la famiglia, le scuole guida, i luoghi di lavoro, il territorio sono gli ambiti di intervento degli operatori del pubblico e del privato sociale. L'elaborazione e distribuzione di materiale informativo, incontri con i giovani, disponibilità di numeri di telefono di contatto ed informazione, progetti con i genitori, campagne di informazione, attivazione di tavoli di coordinamento socio-sanitaro tra i diversi soggetti interessati ai problemi alcolcorrelati, percorsi di sensibilizzazione e di informazione rivolti ai leaders della popolazione e ad associazioni di varie tipologie sono alcune delle attività realizzate, in collaborazione anche con i Consultori Giovani, i Centri di Salute Mentale, i Centri di Salute ed i Consultori di Medicina di base. Un ruolo importante hanno anche le Unità di strada e i servizi a bassa soglia, che operano nella identificazione delle problematiche di policonsumo con azioni realizzate nei luoghi di divertimento e sul territorio in genere, facilitando l'accesso delle persone ai servizi.

Nel 2003 la Regione Umbria ha aderito alla manifestazione nazionale "*Alcohol Prevention Day*", realizzata nel mese di aprile in collaborazione con i servizi pubblici e del privato sociale, con l'adesione delle associazioni di alcolisti, dei promotori sociali dei Comuni e degli assessorati alle Politiche sociali, che si sono impegnati, unitamente al territorio nella sua complessità, nelle attività di informazione, prevenzione e promozione della salute relativamente ai problemi alcolcorrelati. Si muove su questa linea la stesura della Carta dei servizi di alcologia nella Azienda USL n.2 e la costruzione di uno spot divulgativo ed informativo sui servizi e sul rischio alcol.

Numerose Aziende USL hanno realizzato programmi di educazione alla salute, rivolti sia alla popolazione generale che a specifici target, e in particolare studenti, operatori sociosanitari e medici di Medicina generale.

La formazione e l'aggiornamento del personale sono stati assicurati tramite l'organizzazione dei seguenti corsi:

"*Accoglienza e relazione nel contesto del poliambulatorio*"

"*I criteri scientifici nella pianificazione dell'assistenza. Aggiornamenti*"
"*Mediazione familiare: supervisione*"
"*Sensibilizzazione e formazione alla cultura e pratica di mutualità e formazione di gruppi di autoaiuto*"
"*La tutela della privacy e trattamento dei dati personali nelle attività psicologiche*"
"*Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico/sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi (metodo Hudolin)*".

Sono stati inoltre organizzati un corso di formazione sull'educazione socio-affettiva, un corso di formazione sulle metodologie dell'educazione tra pari e un corso di formazione per tutti i medici di Medicina Generale del territorio aziendale sul *counseling* nelle problematiche alcolcorrelate ed in particolare sulla metodologia dell'intervento breve.

La formazione specialistica di livello universitario viene assicurata nell'ambito dei corsi di laurea in Scienze Infermieristiche e Scienze Sociali, nonché tramite contatti con la Facoltà di Medicina.

Sono presenti nel territorio regionale e trovano ampio sostegno le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del privato sociale no profit. In particolare nel 2003 sono stati rilevati 32 clubs di Alcolisti in trattamento, 7 gruppi di Alcolisti Anonimi, una sede della Associazione nazionale contro l'alcolismo (ANCA). Due clubs di Alcolisti in trattamento sono stati aperti inoltre nelle Case circondariali di Terni e Perugia. Si interessano di problemi alcolcorrelati, sebbene non in maniera specifica, numerose associazioni di volontariato e cooperative sociali.

La **Regione Marche** ha approvato nel corso dell'anno 2003 il Decreto della Giunta Regionale n.747/03 per il riordino del sistema regionale delle dipendenze, che prevede l'istituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze e garantisce specificità alle Unità operative di alcologia. In particolare tale Decreto prevede che nell'area alcologica le azioni di prevenzione siano indirizzate, oltre che alla popolazione generale, a categorie rivelatesi particolarmente a rischio quali immigrati, disoccupati, soggetti anziani soprattutto se da poco pensionati, donne casalinghe e in particolare quelle di età post menopausale.

Per quanto riguarda la cura e la riabilitazione vengono previsti specifici percorsi assistenziali che tendono a mantenere stabile l'astensione dall'alcol, rivolti sia ai soggetti con rare ricadute sia ai soggetti che presentano particolare tendenza alla ricaduta.Viene altresì prevista la riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali specificatamente destinate agli alcoldipendenti, per cui vengono indicati i requisiti di massima relativamente ai trattamenti.

L'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali è stato facilitato tramite la realizzazione, a livello locale e regionale, di iniziative di formazione congiunta tra operatori pubblici e privati, prevedendo anche il coinvolgimento dei medici di Medicina Generale, per favorire la diagnosi precoce delle problematiche alcolcorrelate.

Le azioni di informazione e prevenzione sui danni alcolcorrelati sono state inserite per lo più nell'ambito di programmi più ampi e articolati di educazione alla salute relativi ai problemi di dipendenza, che hanno coinvolto il mondo della scuola, del tempo libero, del lavoro, delle autoscuole, delle carceri, dell'associazionismo etc..

Per quanto attiene alla formazione del personale sono state attuate le seguenti iniziative:

-corso per i medici di Medicina Generale, effettuato con la collaborazione della Clinica di Gastroenterologia dell'Università di Ancona, svoltosi in più sedi provinciali per favorire la partecipazione;

-corso di aggiornamento in campo alcologico per medici e psicologi dei servizi pubblici, affidato alla Azienda USL n. 7 di. Ancona, cui hanno partecipato 35 operatori;

-corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcol correlati e complessi (secondo il metodo *Hudolin*), cui hanno partecipato 30 corsisti.

Nel territorio della provincia di Macerata è stata realizzata la ricerca "*Mo.Di.P.*" (monitoraggio delle dipendenze patologiche) in relazione all'uso e abuso di sostanze illegali e legali, cui hanno collaborato alcune organizzazioni del *terzo settore*, che è stata inserita nel piano sanitario di ambito provinciale e ha trovato il sostegno delle tre aziende USL presenti nel territorio. La ricerca ha utilizzato una complessa serie di indicatori indiretti e diretti, individuati secondo gli standard europei, e si è rivolta in modo particolare alla fascia di età giovanile, rendendo possibile una "diagnosi del territorio" ed una "mappa delle dipendenze" utili a favorire l'organizzazione degli interventi. Gli indicatori sono stati integrati dalla ricerca qualitativa attraverso alcuni importanti testimoni privilegiati, tra cui le Forze dell'Ordine.

Con funzioni di coordinamento tecnico è stato altresì creato il Gruppo Alcologico Regionale, cui afferiscono componenti universitarie, dei servizi pubblici (SERT, DSM) degli enti ausiliari, delle associazioni di volontariato, con il cui ausilio si sta attualmente curando lo sviluppo degli indicatori per il monitoraggio dei dati e delle patologie alcolcorrelate di cui all'art. 3 della legge 125/2001.

La **Regione Lazio** ha continuato ad operare nell'anno 2003 secondo le direttive individuate per il settore delle alcoldipendenze dal Piano Sanitario Regionale per il triennio 2002/2004, per le finalità relative alle seguenti aree di intervento:

-potenziare le attività di assistenza da parte delle strutture pubbliche e dei promotori di salute quali i medici di Medicina Generale; attivare i servizi alcologici territoriali (SAIT);

-realizzare una rete attiva sulle problematiche dell'alcoldipendenza da costruire con le associazioni del privato sociale accreditate e i servizi pubblici competenti (si prevede di attivare a medio termine in ogni Azienda USL un servizio alcologico territoriale);

-promuovere e sviluppare un'attività di formazione permanente per gli operatori sia dei servizi pubblici che del privato sociale.

Per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari sono state sviluppate iniziative volte a coinvolgere le strutture territoriali più affini al trattamento delle alcoldipendenze, realizzando accordi con i Dipartimenti per la salute mentale, i SERT ed enti ausiliari di vario tipo, quali comunità terapeutiche, gruppi di Alcolisti Anonimi, centri di volontariato cattolico.

Presso il Centro di Riferimento Alcologico della Regione, operante presso il Servizio speciale per la Prevenzione e cura dei danni epatici da alcol dell'Università "La Sapienza", è stato attivato un progetto pilota per individuare gli interventi essenziali per il miglioramento della qualità dei servizi, al fine di creare un modello da adottare in tutti i servizi pubblici e privati della Regione operanti in campo alcologico.

Sono stati attivati, inoltre, numerosi protocolli di specifico trattamento farmacologico e psicologico, in coordinamento e collaborazione con alcune istituzioni estere.

Per quanto attiene l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcolcorrelati, la Regione Lazio ha partecipato alla realizzazione del progetto nazionale promosso e finanziato dal Ministero della Salute "*Corsi di formazione per gli insegnanti della scuola superiore finalizzati ad accrescere conoscenze e impegno didattico per la prevenzione delle problematiche alcolcorrelate*", coordinato dalla Regione Emilia Romagna, per la formazione degli insegnanti delle scuole superiori. Nell'ambito di tale progetto è stata concordata con l'Ufficio scolastico regionale l'attivazione di interventi preventivi nelle scuole gestiti dagli stessi professori con il coordinamento del Centro di Riferimento Alcologico regionale, che ha provveduto a fornire e consolidare le conoscenze di base utili ad affrontare le attività previste.

Nelle scuole pubbliche e private della Regione sono stati realizzati numerosi interventi di informazione ed educazione sui danni alcol-correlati, contribuendo a favorire una comunicazione tra i vari docenti delle scuole di ogni ordine e grado.

La formazione degli operatori ha riguardato in particolare i medici di Medicina Generale, che sono stati coinvolti nelle iniziative formative relative al progetto nazionale, promosso e finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dalla Regione Veneto, per la realizzazione di corsi per medici formatori, realizzati con strumenti e materiali a tale scopo specificamente prodotti. E' previsto che tali medici formatori si attivino a loro volta nell'organizzazione di occasioni formative al fine di sensibilizzare e formare ai problemi alcolcorrelati altri 200 medici della Regione, con corsi destinati a piccoli gruppi e accreditati per l'Educazione Continua in Medicina.

Altri corsi di formazione per i medici di Medicina Generale sono stati anche progettati con gli enti locali e il Comune di Roma.

E' stato realizzato inoltre un corso di formazione di I livello per gli operatori dei SERT e dei servizi privati in campo alcologico, al fine di omogeneizzare le conoscenze e gli iter diagnostico-terapeutici per favorire la prevista attivazione a medio termine in ogni Azienda USL di un servizio alcologico territoriale.

Sono state realizzate infine giornate formative a tema, su argomenti quali la sindrome feto alcolica, gli indicatori biochimici e il colloquio motivazionale nell'intervento breve.

Nel 2003 il Centro di Riferimento Alcologico Regionale ha collaborato ad un progetto formativo volto a migliorare ed adeguare alle necessità dell'utenza il centro alcologico di Rieti.

Per promuovere la formazione specialistica di livello universitario in campo alcologico sono stati attivati, tramite apposite convenzioni tra la Regione e l'Università "La Sapienza" di Roma, specifici insegnamenti nella Scuola di Specializzazione in Medicina Interna III, nella Scuola di Specializzazione in Gastroenterologia e nella Scuola di Specializzazione in Tossicologia Clinica.

Per tutte le citate specializzazioni è previsto uno stage presso il Centro di Riferimento Alcologico della Regione Lazio, ubicato presso l'Azienda Policlinico Umberto I, cui sono ammessi, tramite specifici accordi, anche numerosi operatori dei SERT.

Presso l'Università "La Sapienza" di Roma è stato inoltre istituito un Master di II livello in Alcologia, finalizzato a fornire a medici e psicologi una preparazione specificamente adeguata ad affrontare le problematiche e le patologie alcolcorrelate, e a definire l'iter diagnostico, terapeutico e riabilitativo sia da un punto di vista medico che psicologico e sociale.

L'alcolismo è stato introdotto quale materia d'insegnamento per gli infermieri nell'ambito del Master in Area Critica recentemente attivato.

Le attività di ricerca hanno consentito di avviare numerosi protocolli di trattamento farmacologico e psicologico specifico (motivazionale, cognitivo-comportamentale individuale e di gruppo) in coordinamento e in collaborazione con istituzioni estere (Università del New Mexico, Centro Alcologico di Albuquerque) con le quali si vanno definendo degli accordi di collaborazione istituzionale.

E' stata portata a termine una ricerca per il rilevamento dei consumi alcolici nel Comune di Roma che ha consentito di avere una conoscenza reale dei consumi alcolici in un campione significativo della popolazione metropolitana, con particolare riguardo a quei numerosi fattori psicosociali, estremamente importanti ma generalmente trascurati, che possono concorrere a generare l'alcolismo, quali lavoro, pensione, consumo di farmaci psicoattivi, scolarità, assistenza nel territorio, etc..

Nel contempo sono stati effettuati gli studi di fattibilità economica e territoriale necessari per sviluppare un progetto per la valutazione della prevalenza della sindrome feto-alcolica in Italia, in collaborazione con il II Consorzio Internazionale (che riunisce le Università di S.Diego, New Mexico, Texas, Stanford, Buffalo, Barcellona, Mosca, Helsinky, Cape Town). A tale scopo è stata avviata una prima indagine su una popolazione a rischio quale

quella delle donne in gravidanza, con l'obiettivo di costruire un intervento di prevenzione primaria e secondaria della sindrome feto-alcolica nella Regione Lazio. Tale indagine ha consentito di rilevare i consumi a rischio in questa particolare popolazione.
E' stato attivato un servizio di osservazione/intervento su quanto riportato dai mass-media sui problemi alcol-correlati, con interventi correttivi, informativi, educazionali svolti attraverso interviste, comunicati stampa, etc.
La Regione Lazio ha infine effettuato la rilevazione dei dati sulle attività poste in essere nel settore dell'alcoldipendenza sia in relazione alle disposizioni del D. M. 4/9/1996 (rilevazione sulle attività dei servizi alcologici e sull'utenza) che in relazione a quanto previsto dalla legge 125/2001 in merito al monitoraggio dei dati alcologici.
Nella **Regione Abruzzo** è stato costituito, in attuazione del Piano Sanitario Regionale 1999-2001, un Comitato Tecnico Consultivo Regionale (C.T.C.R.) in materia di sostanze d'abuso, di cui fanno parte operatori rappresentanti dei SERT, dei Servizi di Alcologia e degli enti ausiliari della Regione Abruzzo.
Al C.T.C.R. è affidato il compito di favorire il coordinamento tecnico in ambito regionale e territoriale tra i partecipanti al sistema dei servizi e tra questi e i soggetti che a vario titolo operano nel settore delle dipendenze, nonché di individuare le problematiche prioritarie sulle quali formulare proposte ed orientamenti di carattere tecnico e metodologico. Esso collabora inoltre alla formulazione delle proposte inerenti la programmazione regionale e contribuisce a verificarne lo stato di attuazione, collaborando alla valutazione dei risultati.
Nella Regione Abruzzo operano complessivamente n. 5 Servizi di Alcologia appartenenti a tre delle sei Aziende USL abruzzesi (A.U. 101 di Avezzano-Sulmona; A.U. 102 di Chieti; A.U. 105 di Pescara). Le strutture sono tutte di natura territoriale e solo nella Azienda USL di Avezzano-Sulmona il Servizio di Alcologia è incardinato nel SERT.
Le unità di personale impiegate in tali servizi sono 23, di cui il 65,2% addetto esclusivamente. Il 26% degli operatori è costituito da medici, il 21,7% da infermieri, il 13% da psicologi, il 21,7% da assistenti sociali, il 4,4% da educatori, il 4,4% da personale amministrativo e il restante 8,7% da altre figure.
I Servizi di Alcologia hanno preso in carico complessivamente nell'anno 2003 1.177 utenti, con un aumento del 15% rispetto all'anno precedente. Il rapporto tra il numero di utenti alcoldipendenti ed il numero dei Servizi di Alcologia presenti sul territorio è pari a 235,4. I nuovi utenti registrati per l'anno 2003 sono stati 389, di cui 75,6% maschi e 24,4% femmine. In lieve aumento, nella misura dello 0,7%, sono risultati anche i soggetti alcoldipendenti non presi in carico dai servizi, pari a 637 contro i 595 del 2002. I giovani al di sotto di 30 anni costituiscono il 17,7% degli utenti, i soggetti tra i 30 ed i 49 anni il 61,8%, quelli tra i 50 e i 59 il 15,0%.
In tutti i Servizi di Alcologia della Regione vengono svolte attività di accoglienza, osservazione e diagnosi, di definizione e attuazione dei programmi terapeutico-riabilitativi, di coordinamento con il medico di famiglia, con i servizi ospedalieri e con il servizio sociale. Quattro dei cinque servizi operanti svolgono anche attività di prevenzione e di coordinamento della rilevazione epidemiologica.
Il 33,1% dei soggetti ha ricevuto interventi di counseling, il 22,9% interventi di trattamento medico-farmacologico in regime ambulatoriale, il 13,3% interventi di trattamento di tipo socio-riabilitativo, il 5,8% trattamenti di tipo psicoterapeutico individuale, il 4,0% trattamenti di tipo psicoterapeutico di gruppo o familiare.
Quote relativamente esigue di utenti sono state trattate in regime di ricovero o day hospital presso ospedali pubblici: il 5,9% per sindrome da dipendenza da alcol e il 2,6% per altre patologie alcolcorrelate.
I trattamenti maggiormente erogati sono stati, nell'anno 2003, quelli medico-farmacologici ambulatoriali (pari al 37,4% di tutti i trattamenti) seguiti, nell'ordine, dai trattamenti socio-

riabilitativi (il 24,3%), dal counseling (il 23,6%), dai trattamenti di tipo psicoterapeutico individuale (l'11,4%). Le restanti tipologie di intervento hanno costituito meno del 10% dei trattamenti erogati.

Per quanto riguarda le attività di prevenzione e informazione, nell'anno 2003 la Regione Abruzzo ha partecipato alle attività inerenti l'attuazione dei seguenti progetti a carattere nazionale promossi dal Ministero della Salute e finanziati con il Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga per gli anni 1997,1998, 1999, 2000 e 2001:

-"*Rafforzamento e riconversione specialistica del trattamento del disagio psico-affettivo e relazionale giovanile ai fini della prevenzione secondaria precoce dei problemi droga e alcool-correlati*", per il quale ha svolto funzioni di capofila unitamente alla Regione Veneto;

-" *Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell'uso di alcol diretto al personale dipendente delle aziende*";

-"*Progetto nazionale per la formazione del personale delle discoteche ai fini della prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope tra i giovani*", progettato e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Nell'ambito del "*Progetto Obiettivo Regionale per la Tossicodipendenza e l'Alcodipendenza*", previsto e finanziato con il Piano Sanitario Regionale 1999-2001, sono state realizzate a favore degli operatori del settore iniziative formative sui problemi alcol-correlati e su metodi riabilitativi.

Il fenomeno dell'abuso di alcol nella Regione Abruzzo è stato negli ultimi anni oggetto di interventi di studio e ricerca, sopratutto nell'ambito delle attività connesse al Progetto Obiettivo sopra citato; sono state realizzati studi di ricerca sociale su disagio minorile e consumo di alcol, nonché indagini sulla soddisfazione degli utenti e sulle aspettative motivazionali degli operatori dei servizi di alcologia.

In quattro dei cinque Servizi di Alcologia è stata attivata nell'anno 2003 una collaborazione con almeno un ente o associazione di volontariato o privato sociale (di una struttura non sono pervenuti i dati a tale riguardo). La tipologia di ente collaborante più frequente è costituita dai gruppi di auto-mutuo aiuto: i servizi hanno collaborato con un numero di gruppi compreso tra 1 (Servizio di Alcologia di Popoli) e 6 (Servizio di Alcologia di Avezzano). Il 27,2% dei soggetti presi in carico dai Servizi di Alcologia è stato inserito nei gruppi di auto-mutuo aiuto.

E' rimasto stabile il ricorso alle cooperative sociali per la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi e per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, alle quali ricorrono in tutto n.3 Servizi di Alcologia.

Nella **Regione Campania** il 2003 ha rappresentato un anno significativo per il processo di modernizzazione degli interventi in materia di dipendenze.

A tale proposito un evento di particolare rilievo sul versante legislativo è stato l'approvazione della Delibera della Giunta Regionale n.2136 del 20/06/03 per la costituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze nelle 13 Aziende USL della Regione. Con tale provvedimento è stata tra l'altro prevista l'istituzione in ogni Dipartimento delle "*Unità A*", servizi dedicati alla promozione e alla realizzazione di attività di prevenzione, cura e riabilitazione in materia di alcol e problemi alcolcorrelati.

Sul piano operativo il Servizio regionale per le Tossicodipendenze e l'Alcolismo, attivo presso il settore Fasce deboli dell'Assessorato alla Sanità, ha promosso e sviluppato una serie di iniziative volte a creare tra gli operatori dei servizi e le realtà del privato sociale uno spazio specifico di lavoro (definito "*Azione A*") finalizzato allo studio del fenomeno alcol e alla attivazione di programmi per la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione presso i servizi pubblici, il mondo del *no profit* e la comunità locale.

Nel 2003, inoltre, notevole è stato l'impegno dei servizi del settore per cominciare a costruire un quadro epidemiologico specifico e aggiornato in campo alcologico, che ha condotto a ottenere dati più aggiornati sia in relazione ai consumi pro capite di alcol, che ai ricoveri per patologie alcolcorrelate nella popolazione regionale, avvalendosi anche della collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Agenzia Regionale della Sanità (ARSAN).

Gli studi epidemiologici effettuati hanno consentito di registrare nella popolazione regionale, tra il 1994 e il 2000, un incremento dei consumi di bevande alcoliche fuori pasto, per i quali i soggetti interessati passano dal 1,7% nel 1994 al 11,5% nel 2000.

Altri studi sul campo sono stati effettuati negli anni 2001 e 2002 da servizi pubblici ed enti del terzo settore, sopratutto sugli atteggiamenti e comportamenti di consumo della popolazione giovanile nei suoi principali luoghi di vita quali la scuola, i locali di ritrovo, il territorio, il mondo della notte. Tali studi, realizzati in aree geografiche rappresentative dell'intero territorio regionale, hanno confermato anche per la Campania le tendenze emergenti a livello nazionale, evidenziando la diffusione del consumo di alcol in circa il 70% della popolazione giovanile, con prevalenza di consumi occasionali ma di quantità molto elevata, fino ad arrivare al *binge drinking* di importazione anglosassone.

Viene altresì confermato anche in Campania il fenomeno nazionale relativo all'abbassamento dell'età media dei consumatori, e alla crescita del numero dei minorenni in età compresa tra i 14 e i 17 anni che bevono alcolici, in particolare tra le femmine.

Nel 2003 la Regione Campania ha proceduto all'attuazione delle attività di monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati per gli anni 2001 e 2002 di cui all'art. 3, comma 4 della legge 25/2001. Tale lavoro ha reso possibile, fra l'altro, la stesura di una mappa sui ricoveri per patologie alcolcorrelate negli ospedali e nelle case di cura della Regione.

Nel 2003 si è registrato un forte incremento del numero dei servizi rivolti all'accoglienza ed alla presa in carico delle persone alcoldipendenti, con conseguente significativo incremento delle attività di presa in carico e assistenza. I SERT che hanno effettuato attività in campo alcologico sono 43 su 45, con un incremento che sfiora il 50% rispetto all'anno precedente, in cui solo 23 operavano in tale ambito. Un contestuale incremento si è registrato anche nel numero degli operatori addetti, che sono passati da 244 del 2002 a 591 nel 2003.

Gli utenti trattati dalle unità A dei SERT sono stati complessivamente 1501, ma altri utenti sono stati trattati nell'ambito di programmi riabilitativi integrati tra SERT e Clubs per gli alcolisti in trattamento (258) e in altre strutture quali servizi di assistenza sanitaria di base, servizi di salute mentale, reparti ospedalieri vari.

I 43 SERT censiti per l'anno 2003 hanno svolto attività di accoglienza e orientamento nonché di diagnosi, definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi. Molti dei servizi si sono coordinati con altre strutture o servizi sanitari pubblici privati, sanitari e sociali.

L'intervento terapeutico predominante nei SERT è quello farmacologico, seguito dalla psicoterapia individuale e dal counseling con l'utente e la famiglia.

Nella Regione Campania le organizzazioni del privato-sociale e del volontariato che si occupano specificamente di alcolismo sono prevalentemente riconducibili ai principi e alle metodologie dell'auto aiuto, con attività non residenziali. In particolare sono operativi 27 club di Alcolisti in trattamento e 16 gruppi di Alcolisti Anonimi.

Tramite i progetti finanziati con il Fondo nazionale per la lotta alla droga sono stati attivati centri diurni per la presa in carico di persone con problemi alcolcorrelati e complessi, quali alcol e gioco d'azzardo, alcol e altre dipendenze non farmacologiche, alcol e disturbi alimentari, alcol e disagio psichico. Con i medesimi finanziamenti la Regione ha inoltre sostenuto la nascita e lo sviluppo di una rete territoriale di centri di ascolto e orientamento specificamente dedicati ai problemi alcolcorrelati, nonché all'integrazione socio-lavorativa, gestiti da associazioni di volontariato o cooperative sociali con formazione specialistica nel campo dell'alcolismo.

La Regione ha sostenuto con i finanziamenti del citato Fondo nazionale per la lotta alla droga ben 6 progetti regionali finalizzati al potenziamento delle attività di accoglienza e presa in carico in varie aziende USL del territorio, anche con riferimento ai problemi posti dall'immigrazione e al lavoro di strada.

Nel settore dell'informazione, prevenzione ed educazione la Regione ha sostenuto l'implementazione e lo sviluppo di progetti finanziati tramite il Fondo nazionale per la lotta alla droga già avviati in precedenti annualità, con l'intento di potenziare nella popolazione le capacità di discernimento critico e di scelta responsabile rispetto all'uso di bevande alcoliche, con particolare attenzione ai gruppi-target più esposti al rischio quali adolescenti e giovani.

Tali progetti enfatizzano la partnership tra enti pubblici, scuole e associazioni no-profit e si ricollegano agli obiettivi e ai contenuti dei più recenti documenti dell'O.M.S. della Regione europea in materia di alcol quali la Carta Europea sull'Alcol adottata a Parigi nel 1995 e la Dichiarazione su giovani e alcol adottata a Stoccolma nel 2001.

La strategia di azione di tali progetti ha privilegiato due direttrici fondamentali: la formazione di adulti con ruoli di figure-chiave nella relazione con i giovani (insegnanti, operatori e animatori dei luoghi di aggregazione giovanile) e la valorizzazione degli interventi di "*peer education* ", nei quali il destinatario dell'intervento preventivo diviene protagonista attivo e responsabile dello stesso.

Alla luce di tali orientamenti, la Regione ha partecipato con diversi ruoli ai seguenti progetti nazionali promossi e finanziati dal Ministero della Salute tramite il Fondo nazionale per la lotta alla droga:

-"*Progetto nazionale per la formazione del personale delle discoteche ai fini della prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope tra i giovani*", con un ruolo di capofila assieme alla Regione Lazio. Il progetto, strutturato e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, ha coinvolto in vari incontri di formazione animatori e D.J. dei principali locali di tendenza della Regione.

-"*Corsi di formazione per gli insegnanti della scuola superiore finalizzati ad accrescere conoscenze e impegno didattico per la prevenzione delle problematiche alcolcorrelate*", con un ruolo di partner di altre Regioni. Il progetto si proponeva di formare insegnanti destinati a fungere da referenti per la realizzazione di programmi territoriali di informazione e di educazione dei ragazzi per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati.

Sono stati coinvolti, tramite la collaborazione dell'Ufficio Scolastico Regionale, docenti ed allievi di alcune scuole del territorio regionale già da anni particolarmente sensibili al tema della prevenzione e educazione dei giovani in tema di alcol e problemi alcolcorrelati.

-"*Rafforzamento e riconversione specialistica del trattamento del disagio psico-affettivo giovanile ai fini della prevenzione secondaria precoce dei problemi droga e alcolcorrelati*", con un ruolo di partner di altre Regioni.

Oltre a partecipare a progetti nazionali, la Regione Campania ha realizzato tramite il Fondo nazionale per la lotta alla droga n. 5 progetti regionali finalizzati alla informazione e prevenzione. In particolare il mondo della scuola è stato sempre più costantemente teatro di programmi di informazione e sensibilizzazione alcologica, grazie anche al consolidamento di una fruttuosa cooperazione con i servizi pubblici e del privato sociale.

Per quanto riguarda la formazione, nell'anno 2003 circa il 50 % dei SERT (24 su 43) ha svolto attività di prevenzione alcologica.

A livello centrale la Regione ha avviato l'elaborazione di una piattaforma di iniziative finalizzate alla formazione e aggiornamento degli operatori, denominata "*A come appuntamenti*", incentrata sull'autoformazione. Tale programma intende creare in un determinato territorio, attraverso l'incontro, lo scambio e il confronto delle esperienze di lavoro alcologico, un contesto di formazione (denominato "*Campo A*") in tema di accoglienza, informazione, sensibilizzazione ed educazione.

Nell'anno 2003 si è inoltre attivata la collaborazione tra Regione e Università *Federico II* di Napoli per la formazione alcologica attraverso le seguenti iniziative:

-formazione per le attività di prevenzione dei docenti scolastici delle province della Regione impegnati nei Centri di Informazione e Consulenza (CIC) della scuola;

-sviluppo di un modello di valutazione tra pari per i centri di trattamento del SSN e degli enti accreditati.

Il sostegno al lavoro delle organizzazioni di volontariato, auto-mutuo aiuto e no-profit si è espresso sopratutto tramite la realizzazione di progetti di prevenzione, cura e riabilitazione dall'alcoldipendenza, finanziati per la gran parte tramite il Fondo nazionale per la lotta alla droga, che hanno consentito la specifica valorizzazione delle sinergie operative tra tali strutture e la rete dei servizi ed enti pubblici. Grazie a tali progetti le suddette organizzazioni hanno potuto concretizzare programmi sperimentali in vari settori di intervento quali informazione e sensibilizzazione della popolazione, sportelli di ascolto e consulenza, équipes di lavoro territoriale, interventi di bassa soglia in luoghi di aggregazione giovanile, accoglienza e presa in carico di alcoldipendenti con altri disagi psico-comportamentali.

In particolare l'attenzione della Regione alla risorsa dei movimenti dell'auto aiuto si è concretizzata tramite un costante collegamento fra il Settore Fasce Deboli, il Servizio Tossicodipendenze e Alcolismo della Regione e i rappresentanti dei gruppi di auto-mutuo aiuto(A.A. e C.A.T.), nonché tramite la partecipazione della Regione alle iniziative promosse dai gruppi stessi.

La **Regione Puglia,** pur non avendo adottato specifici programmi per favorire l'accesso ai trattamenti e migliorare la qualità dei servizi, ha comunque sviluppato, tramite le Aziende USL e ospedaliere, nello spirito della legge 125/2001 e di quanto sancito nel Piano Sanitario Regionale 2002-2004, una rete di interventi finalizzati all'informazione, prevenzione, contrasto, trattamento e riabilitazione dell'alcoldipendenza. D'altra parte la Legge regionale 27/99 prevede che in ogni Dipartimento per le Dipendenze agiscano una o più specifiche Unità Operative con compiti di informazione, educazione e prevenzione presso scuole e associazioni culturali nonché tramite il coinvolgimento dei medici di Medicina Generale.

La Regione Puglia ha aderito, nel mese di Ottobre 2003, a due progetti nazionali promossi e finanziati dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga:

-"*Un progetto sperimentale per l'alcoldipendenza: autogestione teleassistita, tecniche cognitivo-comportamentali e trattamento individualizzato per ottimizzare gli interventi integrati di prevenzione secondaria dell'abuso alcolico nei servizi*"

-"*Impatto dei problemi alcolcorrelati nella popolazione afferente alle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere: epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi*".

Per quanto riguarda il settore della prevenzione, particolarmente attivo è stato il Centro di Medicina Sociale per l'alcoldipendenza dell'Azienda Ospedaliera "OO.RR" di Foggia, che ha attuato diversi interventi sia all'interno dell'Azienda sia presso scuole pubbliche, luoghi di aggregazione informale e stand all'aperto. Il Centro ha anche realizzato in collaborazione con la RAI un servizio televisivo nazionale dal titolo "*Fuori*" sui giovani e il rapporto con discoteche e bevande alcoliche.

Il medesimo Centro ha altresì messo a punto un originale metodo didattico per illustrare gli stili di vita collegati alla dipendenza (e in particolare all'alcoldipendenza) e le modalità per raggiungere uno stile di vita sano. In tale metodo, risultato molto efficace ai fini preventivi, le varie unità didattiche vengono proposte da una figura di "cantastorie" con un vero e proprio spettacolo che prevede stimoli visivo-grafici, musiche, interazioni dinamico-creative con le persone presenti.

Significative iniziative di prevenzione sono state promosse da altre Aziende USL tra cui la Azienda USL FG/2, che ha avviato il progetto "*Alcol Free*" per lo svolgimento di seminari finalizzati a sensibilizzare i medici di Medicina Generale sull'importanza del loro ruolo nelle patologie alcolcorrelate. Nella seconda fase del progetto è stata avviata un'indagine sul consumo di alcol della popolazione, presentata nel Settembre del 2003, tramite la quale i medici coinvolti hanno potuto rilevare che il 20% dei soggetti intervistati presentava problemi legati all'alcol.

A seguito di tale indagine, è stata presentata e accolta la proposta di avviare un corso di sensibilizzazione per i genitori dei bambini delle scuole materne ed elementari di varie città.

La formazione e l'aggiornamento del personale è stato finanziato sopratutto con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga, che hanno consentito a ciascuna Azienda USL di realizzare propri percorsi formativi per gli operatori. In particolare sono stati svolti i seguenti corsi:

-corso di sensibilizzazione sull'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi, della durata di 50 ore, svoltosi a Bari nel Febbraio 2003;

-corsi di formazione realizzati a Dolo (Ve) da esperti facenti capo all'Azienda USL di Dolo e in loco da altri esperti;

-"settimane di sensibilizzazione" sul metodo *Hudolin*;

-settimane intensive organizzate dall'istituto di ricerca e formazione *IAM Studium* per il personale addetto al Centro di Medicina Sociale per l'alcoldipendenza dell'Azienda Ospedaliera "OO.RR" di Foggia.

Per favorire la sinergia con le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del privato sociale e *no profit* sono state avviate da parte delle Aziende USL molteplici e significative iniziative mirate al reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti alcol-dipendenti. Molti Dipartimenti per le Dipendenze inoltre hanno previsto tra i loro obiettivi la formazione ed il tutoraggio di uno o più gruppi di auto aiuto; il già citato Centro di Medicina Sociale per l'alcoldipendenza di Foggia da molti anni collabora con l'Associazione "*Alla Salute Onlus*" formata da alcolisti recuperati, familiari e volontari. La

medesima Associazione è ordinariamente integrata con le attività preventive, curative, riabilitative e di reinserimento svolte dal suddetto Centro di Medicina Sociale.

Nella **Regione Calabria** i trattamenti sanitari ed assistenziali nonché i ricoveri presso reparti ospedalieri e case di cura accreditate per la disassuefazione vengono garantiti dai SERT e dalle Unità Operative di Alcologia. Nel territorio regionale sono presenti n. 4 Unità Operative di Alcologia presso altrettante Aziende USL; inoltre i SERT di Catanzaro, Lamezia Terme e Soverato hanno al loro interno una équipe alcologica. E' stata comunque prevista tra gli obiettivi da raggiungere per gli anni 2004-2005 l'istituzione di Unità Operative di Alcologia in ogni Azienda USL della Regione.

E' stato costituito un gruppo tecnico di lavoro per le attività connesse alle dipendenze, al fine di monitorare l'andamento del fenomeno e le problematiche prioritarie, per consentire di formulare proposte e programmi di carattere tecnico-metodologico ai fini delle attività di prevenzione e formazione.

Per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali sono state attivate nella Regione borse lavoro mirate all'integrazione sociale e occupazionale dei soggetti alcoldipendenti in fase di disintossicazione, ai fini di accrescerne l'autostima, il senso di responsabilità e il consenso al trattamento.

Sono stati predisposti inoltre spazi di ascolto per gli alcoldipendenti e le loro famiglie con l'obiettivo di orientarli verso programmi di disintossicazione e di riabilitazione, anche tramite l'inserimento in laboratori di attività musicale e teatrale.

Per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcolcorrelati sono stati avviati, con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga di cui alla Legge 45/99, n.9 progetti finalizzati, tra l'altro, a campagne di prevenzione e informazione nonché al monitoraggio dell'abuso e della dipendenza da alcol tra i soggetti detenuti nelle case circondariali.

Presso le scuole inoltre le attività di informazione e prevenzione sui danni alcolcorrelati vengono svolte dai Centri di Informazione e Consulenza (C.I.C.) di cui al D.P.R. 309/90.

In occasione della manifestazione "*Mese di prevenzione alcologica*" sono state realizzate diverse iniziative pubbliche in collaborazione con i gruppi di Alcolisti Anonimi e i clubs degli Alcolisti in trattamento (CAT), è stata creata una *brochure* informativa, è stato organizzato un volantinaggio e un incontro pubblico, sono stati pubblicati articoli sulla stampa locale regionale.

Le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del privato sociale *no-profit* in materia di alcol sono inserite nel sistema di rete regionale, in cui l'accoglienza degli utenti viene comunque garantita dai SERT e dalle Unità Alcologiche.

La formazione e l'aggiornamento professionale in campo alcologico del personale operante presso le strutture sia pubbliche che private sono stati previsti tra gli obiettivi da raggiungere per gli anni 2004-2005.

Nella **Regione Sicilia** gli interventi relativi all'alcoldipendenza vengono attuati ai sensi dell'art.2 della Legge regionale 21.08.1984 n.64 "Piano contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti o psicotrope. Primi interventi". Inoltre con il Decreto Assessoriale 21.12.2001 "Linee guida sul Dipartimento delle dipendenze patologiche" è stato stabilito che, in attesa dell'emanazione dell'atto di indirizzo e coordinamento previsto dalla legge 125/2001, i SERT continuino a svolgere, ai fini della cura, reinserimento sociale e rilevamento epidemiologico degli alcoldipendenti, le funzioni e i compiti già previsti dal Decreto del Ministero della Salute in data 3.8.1993.

Nella Regione Sicilia 45 dei 52 SERT presenti sul territorio regionale svolgono attività in materia di alcoldipendenza, con un carico di utenza che nell'anno 2003 è stato di 1638 soggetti.

Il rapporto tra popolazione residente e utenti presi in carico è stato di 32,5 casi ogni 100.000 abitanti, con una tendenza alla diminuzione dell'età per gli utenti delle province di Ragusa e Agrigento (dove la classe modale d'età passa da 40-49 a 30-39) e un consistente aumento del rapporto femmine/maschi, che passa da 3 nel 2002 a 4,2 nel 2003.

Il trattamento maggiormente fruito dagli utenti alcoldipendenti dei SERT è stato il *counseling* all'utente o alla famiglia, erogato nel 27% dei casi, seguito dal trattamento medico-farmacologico (25,1%).

Le attività finalizzate alla prevenzione sono state curate sopratutto nella Azienda USL n. 4 di Enna che ha condotto nelle scuole e sul territorio alcune campagne di prevenzione delle patologie derivanti da scorretti stili di vita, utilizzando la metodologia ecologica del prof. Hudolin e coinvolgendo le associazioni di volontariato ed altri enti ausiliari, al fine anche di far emergere l'alcolismo sommerso e dare adeguata informazione sulle possibilità di aiuto e di cura.

La medesima Azienda USL di Enna ha organizzato la realizzazione di attività formative per fornire agli operatori dei SERT la formazione necessaria a condurre clubs di Alcolisti in trattamento.

Nel 2003 hanno collaborato con i SERT 29 clubs di Alcolisti in trattamento e 5 gruppi di Alcolisti anonimi; il 7,2% degli utenti dei SERT è stato inserito in tali gruppi di auto-mutuo aiuto.

Nella **Regione Sardegna** l'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali è garantito in tutte le Aziende USL del territorio regionale. Nei SERT viene svolta regolare erogazione di visite, prestazioni sanitarie, farmaci per le terapie antiabuso e anticraving dell'alcolismo.

In particolare presso l'Azienda Sanitaria di Cagliari è stato istituito a tale scopo il "Servizio per il trattamento dei disturbi psichiatrici, all'interno dell'organizzazione dei servizi mentali". Nella Azienda USL di Iglesias è operativo un centro di pronta accoglienza a bassa soglia.

Gli interventi di prevenzione hanno assunto una rilevante importanza nell'ambito delle attività relative ai problemi alcologici.

Campagne di educazione sanitaria contro l'abuso di bevande alcoliche sono state avviate presso le Aziende USL di Oristano (con la collaborazione del SERT e del Servizio di Igiene Pubblica) e di Carbonia (nelle aziende del polo industriale di Portovesme, con finalità di prevenzione degli incidenti sul lavoro).

In occasione della manifestazione "*Alcohol Prevention Day*" nell'Aprile 2003 si sono tenute a Iglesias una Conferenza-dibattito sul tema "*Alcol e anziani*", organizzata nell'ambito delle attività di un progetto triennale finanziato con il Fondo nazionale per la lotta alla droga fondi della L.309/90, e un'iniziativa su "*Alcol e immigrazione*", finalizzata a incrementare l'inserimento degli immigrati nei SERT.

Presso il SERT di Iglesias è stato realizzato il progetto "*Alcol e Guida*" col coinvolgimento di 220 allievi delle classi quarte e quinte delle scuole medie superiori.

Presso il Liceo Scientifico di Nuoro è stato aperto un Centro di informazione e consulenza (C.I.C.), con accesso settimanale, presso l'Istituto Magistrale della stessa città è stato realizzato un opuscolo divulgativo. Nelle attività di prevenzione sono stati coinvolti i Comuni limitrofi di Aritzo, Orgosolo, Lodè, Mamoiada, Macomer.

Per quanto riguarda la formazione, nel 2003 è stata conclusa la seconda fase dei corsi di formazione e aggiornamento del personale operante nelle Unità alcologiche, finanziati tramite il Fondo nazionale per la lotta alla droga di cui al D.P.R. 309/90.

Sono stati finanziati i progetti di formazione delle 8 Aziende Usl, rivolti oltre che agli operatori delle strutture pubbliche anche agli operatori delle associazioni di mutuo aiuto e dei Clubs degli Alcolisti in trattamento. Quasi tutto il personale delle 69 strutture del

volontariato e privato sociale individuate nella Regione è stato formato nei corsi di sensibilizzazione organizzati a livello regionale.
In particolare nell'Azienda USL di Carbonia è stato organizzato nel Febbraio 2003 un corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi, che ha visto la partecipazione di n. 70 operatori di diversa qualifica provenienti da tutta la Regione. Un altro corso di secondo livello, tenutosi a Iglesias, ha visto la partecipazione di altri 50 operatori.
La formazione specialistica di livello universitario è stata promossa tramite la collaborazione del Servizio di Alcologia dell'Azienda USL di Cagliari con il Dipartimento di Tossicologia dell'Università degli Studi di Cagliari nell'ambito di un progetto triennale di ricerca ed educazione sanitaria dal titolo: "*Comorbilità psichiatrica dell'abuso di sostanze (alcol, nicotina, cannabinoidi): studio integrato e clinico*". Lo stesso Servizio ha collaborato inoltre per le attività di formazione con gli Istituti universitari di Psichiatria, Medicina Legale e Medicina del Lavoro.
Nella Regione Sardegna le associazioni del privato sociale rappresentano un'importante risorsa dei servizi pubblici per gli interventi alcologici. Nella Azienda USL di Carbonia sono particolarmente attivi i Clubs degli Alcolisti in trattamento, organizzati nella associazione ACAT *Iglesiente*, che ha seguito nell'anno 2003 50 famiglie tramite l'organizzazione e lo svolgimento del primo modulo della Scuola Alcologica Territoriale.

3.2. Le strutture di accoglienza attivate per le finalità previste dall'art.11 della legge 30.3.2001 n. 125

Nella **Regione Valle D'Aosta** nell'anno 2003 gli inserimenti in almeno un programma di comunità residenziale sono stati 51, pari al 22% del totale delle prese in carico.
La **Regione Lombardia** ha istituito un nuovo, specifico servizio per il trattamento residenziale specialistico di dipendenze da alcol e polidipendenze, definendone i requisiti di autorizzazione e accreditamento nell'ambito del Progetto Regionale Dipendenze. Ad oggi sono stati accreditati nella Regione 100 posti residenziali.
Nella **Provincia autonoma** di **Bolzano-Alto Adige** nessuna nuova struttura della tipologia prevista dall'art.11 della L. 125/2001 è stata realizzata nel 2003.
Operano peraltro sul territorio della Provincia, attivate dalla associazione HANDS, altre tipologie di strutture quali una Comunitá Terapeutica in regime residenziale e semiresidenziale, due laboratori protetti, un laboratorio all'interno di una Comunità terapeutica, un alloggio protetto con 5 posti letto per utenti maschi. In particolare sul territorio della Azienda USL di Bressanone è presente una struttura di disassuefazione e riabilitazione da problemi alcolcorrelati denominata "Centro terapeutico Bad Bachgart", che vede il numero dei ricoveri programmati in aumento. Ricoveri sono anche stati effettuati nell'anno 2003 presso cliniche appositamente convenzionate ("S.Anna" per disintossicazione e/o patologie alcolcorrelate e "Fonte di S.Martino" per stabilizzazione di problemi post-acuti).
Nella **Provincia autonoma** di **Trento** prosegue il funzionamento presso l'Ospedale S.Pancrazio di Arco di un Reparto di Alcologia con 11 posti letto.
Nella **Regione Veneto** sono state rafforzate le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali e i centri diurni e notturni specifici per soggetti alcoldipendenti attivati negli anni precedenti. Inoltre sono stati attivati nuovi centri diurni.
Sono aumentate le progettualità specifiche per il trattamento riabilitativo integrato della comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza e per l'inserimento socio-lavorativo dei soggetti alcoldipendenti.

Comunità per tossicodipendenti hanno progettato e realizzato programmi specifici riabilitativi e di recupero socio-lavorativo per soggetti alcoldipendenti.

Nella **Regione** autonoma **Friuli-Venezia Giulia** sono presenti due strutture di accoglienza a valenza socio assistenziale localizzate a Trieste e a San Daniele del Friuli (provincia di Udine), che servono tutto il territorio regionale.

Nella **Regione Liguria** sono presenti strutture di accoglienza per utenti con problemi di abuso alcolico gestite sia dagli enti ausiliari terapeutico-riabilitativi accreditati, sia da organizzazioni di volontariato.

La **Regione Emilia-Romagna** ha proseguito la sperimentazione, avviata nel 2002 nel territorio di Parma, della struttura residenziale per alcolisti "*L'Orizzonte*", gestita dal CEIS quale ente ausiliario accreditato. La struttura prevede l'accoglienza di persone dipendenti da alcol per le quali si sia reso necessario un periodo residenziale per l'inquadramento diagnostico e l'impostazione di un progetto terapeutico.

E' in corso la valutazione dell'esperienza ai fini della possibile attivazione di ulteriori strutture di tale tipologia nel territorio regionale.

Nel territorio della **Regione Toscana** esistono 2 strutture di accoglienza specificamente dedicate al recupero degli etilisti, gestite da enti ausiliari della Regione Toscana, con disponibilità di 26 posti letto (14 nella comunità di Serravalle Pistoiese, gestita dall'associazione *Genitori Comunità Incontro* di Pistoia e 12 nella comunità di Altopascio gestita dal CEIS di Lucca).

Inoltre sono attive nel territorio regionale altre n. 7 strutture di accoglienza rivolte non esclusivamente al recupero degli etilisti, che collaborano sistematicamente con alcune Aziende USL.

Le Aziende USL di Firenze, Pistoia e Massa Carrara hanno attivato un centro diurno per il trattamento ed il recupero dei soggetti alcoldipendenti.

N. 7 Servizi di Alcologia hanno stipulato convenzioni con enti e associazioni pubbliche e private.

La **Regione Umbria** ha attivato a Perugia il Gruppo Famiglia "*Pindaro*" e a Narni - Terni una specifica struttura residenziale per soggetti con problemi alcolcorrelati.

Con il Decreto della Giunta Regionale n. 1057 del 29 luglio 2002, che definisce un nuovo sistema di interventi e di servizi nel campo delle dipendenze, è stato introdotto il "Servizio specialistico residenziale per persone con problemi alcolcorrelati", per l'accoglienza di soggetti maggiorenni, italiani e stranieri, con problematiche di uso problematico di alcol o di dipendenza alcolica, privi di disturbi psichiatrici gravi, anche in trattamento farmacologico. Il servizio offre interventi terapeutici e riabilitativi individuali e di gruppo personalizzati, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente.

La struttura residenziale per alcoldipendenti è organizzata per svolgere progetti caratterizzati dalla condivisione e dal consolidamento dell'astinenza alcolica, associati ad attività riabilitative, anche attraverso il coinvolgimento del nucleo familiare dell'utente. Gli utenti partecipano in modo attivo alla vita del centro svolgendo attività quotidiane di cura (cucina, pulizia ed attività varie) ed assumendosi piccole responsabilità per la sua gestione. Gli obiettivi del programma terapeutico-riabilitativo richiedono l'utilizzo di interventi complessi e di natura sociale sanitaria, psicologica ed educativa e dunque una gamma di servizi diversificati che necessitano di un'alta integrazione fra pubblico e privato sociale.

Nella **Regione Marche** la grande maggioranza delle strutture dichiara di occuparsi di trattamento sia di tossicodipendenti che di alcoldipendenti. Nella Regione operano complessivamente 13 enti ausiliari, con 36 sedi operative che coprono il territorio regionale per un totale di 520 posti residenziali e 77 semiresidenziali; a questi si aggiungono inoltre 31 posti residenziali e 35 semiresidenziali presso comunità pubbliche. Nel territorio regionale sono inoltre presenti due Case di cura convenzionate.

Programmi riabilitativi con caratteristiche specifiche per alcoldipendenti si effettuano nelle due sedi operative di un ente ausiliario, con programmi più brevi, adozione del metodo *Hudolin*, collegamenti con i gruppi di auto aiuto e i clubs per gli alcolisti in trattamento del territorio.

Nella **Regione Abruzzo** hanno continuato ad operare le Comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali, nonché le case di cura private convenzionate dell'anno precedente, distribuite nei territori afferenti a vari Servizi di Alcologia.

In relazione all'accoglienza di utenti alcoldipendenti nell'anno 2003 le collaborazioni con le Comunità (realizzate da tre Servizi di Alcologia) risultano in aumento.

Due Servizi di Alcologia hanno effettuato collaborazioni con case di cura convenzionate. L'1,0% degli utenti presi in carico è stato inviato al ricovero presso tali case di cura private per sindrome da dipendenza da alcol. Nessun ricovero è stato effettuato nelle strutture private per altre patologie alcolcorrelate.

Nella **Regione Campania** alcune comunità terapeutiche residenziali, già finalizzate alla presa in carico di utenti con altre dipendenze e gestite da enti del privato sociale, hanno applicato il medesimo modello di accoglienza residenziale a pazienti alcoldipendenti. Nell'anno 2003 129 pazienti alcoldipendenti sono stati inseriti in tali comunità residenziali. Sono stati effettuati inoltre 31 ricoveri in case di cura private, di cui 23 per Sindrome di dipendenza da alcol e 8 per Patologie alcolcorrelate.

Nella **Regione Puglia** non sono attualmente operative strutture di accoglienza, pubbliche o private, riservate esclusivamente a pazienti alcoldipendenti. Circa 18 comunità terapeutiche, gestite dal privato sociale o associazioni di volontariato, riservano un numero di posti letto agli utenti alcoldipendenti, cui vengono assicurati programmi di recupero concordati con i SERT del territorio.

Il Centro di Medicina Sociale per l'alcoldipendenza dell'Azienda Ospedaliera "OO.RR." di Foggia, che dispone di 4 posti letto in regime di day hospital, ha favorito la nascita, nell'ambito dell'associazione "*Alla Salute*", di una Comunità-alloggio per alcolisti e portatori di disagio diffuso.

Nella **Regione Calabria** sono proseguite le attività relative alla convenzione stipulata, ai fini del funzionamento delle strutture di accoglienza previste dall'art. 11 della legge 125/2001, tra l'Azienda USL n.7 di Catanzaro e l'associazione "*Centro Calabrese di Solidarietà*" di Catanzaro, per assicurare lo svolgimento, in regime residenziale per un totale di n. 11 posti letto, di interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale di soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati.

Nella **Regione Sicilia** nell'anno 2003 sono stati inseriti in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale il 2,7% degli utenti alcoldipendenti trattati dai SERT, con percentuali più elevate nelle Province di Trapani e Ragusa (4,8% e 4,3%).

Nella **Regione Sardegna** è operante una piccola comunità terapeutica, denominata "*Is Lampis*", che accoglie solo alcolisti, anche con doppia diagnosi di malattia mentale, con una ricettività di 8 posti letto, realizzata da una associazione *no profit* e finanziata con il Fondo nazionale per la lotta alla droga di cui al D.P.R. 309/90.

3.3. La collaborazione con Enti e Associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge

Continua nella **Regione Piemonte** la costante collaborazione e il coordinamento dei servizi pubblici con le associazioni di volontariato, sia nell'ambito delle attività di prevenzione che in quelle di presa in carico e riabilitazione, in attuazione della D.G.R. 137/19690 del 2/6/'97 che istituiva, a supporto delle attività dell'Ufficio Regionale, uno specifico gruppo tecnico "Alcol e Volontariato"composto da rappresentanti del servizio pubblico e delle associazioni operanti nel campo dell'alcoldipendenza.

Nel corso dell'anno 2003 la Regione ha lavorato, alla luce dell'attuale legislazione e dell'evoluzione delle problematiche alcolcorrelate, alla costituzione di una "Commissione regionale per i Problemi Alcolcorrelati", che dovrà coinvolgere soggetti di diversi ambiti istituzionali (rappresentanti dei servizi sanitari pubblici, del mondo del Privato sociale e del Volontariato, della Sovrintendenza scolastica regionale, del Ministero dei Beni e Attività culturali e del Ministero della Salute) per rendere concrete le indicazioni previste dalla L. 30/3/2001 n. 125, con la finalità di operare in modo sempre più incisivo nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione.

Nella **Regione Lombardia** gli interventi di cura e reinserimento effettuati a livello territoriale hanno visto anche per l'anno 2003 l'usuale, collaudata collaborazione tra servizi pubblici, servizi del privato sociale, associazioni di volontariato e di auto-mutuo aiuto, medici di Medicina Generale e aziende ospedaliere.

Gli enti locali, le direzioni scolastiche ed altri enti (Prefettura, Provincia etc.) sono partners per specifiche attività, in particolare nel campo della prevenzione. Il raccordo territoriale con l'ente locale (Piani di zona) ha consentito, oltre ad una progettazione sinergica, un migliore utilizzo delle risorse anche per le attività di prevenzione primaria specifica, attingendo risorse di altre leggi di settore (ad es. della L. 285/97).

La **Provincia Autonoma** di **Bolzano-Alto Adige** ha stipulato convenzioni con diverse associazioni private (clubs Alcolisti in trattamento di S.Martino in Badia, Caritas Diocesana-Consultorio psico-sociale di Silandro, HANDS di Bolzano) e sono operative anche alcune cooperative e laboratori di reinserimento lavorativo convenzionati con le Comunità comprensoriali territorialmente competenti.

Nel corso dell'anno 2003 è stata stipulata la nuova convenzione del Laboratorio protetto HANDSWORK di Bolzano, gestito dalla associazione HANDS, con l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano.

Anche se non formalizzata con protocolli scritti, è in vigore una stretta collaborazione fra i SERT ed il Centro terapeutico "Bad Bachgart" anche nel trattamento post-ricovero dei pazienti.

Nella **Provincia Autonoma** di **Trento** l'Azienda sanitaria provinciale ha stipulato convenzioni con l'APCAT (Associazione Provinciale dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento) e con l'associazione Alcolisti Trentini (Alcolisti Anonimi), in base alle quali è previsto il finanziamento delle attività svolte da tali associazioni a favore di persone con problemi alcolcorrelati.

La **Regione Veneto** ha stipulato convenzioni e/o protocolli di collaborazione per l'invio di utenti alcoldipendenti nei gruppi di auto-mutuo aiuto esistenti nel territorio di competenza, ma anche per l'attivazione di programmi comuni di formazione, informazione e sensibilizzazione sia degli operatori che della popolazione generale. Alcuni Dipartimenti per le dipendenze hanno stipulato convenzioni con cooperative sociali presenti a livello locale per l'inserimento socio-lavorativo di utenti alcoldipendenti.

Nella **Regione** autonoma **Friuli-Venezia Giulia** tutte le Aziende USL, tramite i Dipartimenti per le Dipendenze, hanno stipulato convenzioni con le associazioni dei clubs degli Alcolisti in trattamento per l'applicazione del metodo "*Hudolin*" all'utenza dei servizi. Attualmente sono presenti nella Regione 264 club di Alcolisti in trattamento.

Nella **Regione Liguria** i NOA hanno adottato protocolli di collaborazione con le associazioni di alcolisti anonimi (A.A.), di alcolisti in trattamento (C.A.T.) e dei medici di Medicina Generale, con consorzi e cooperative per l'inserimento lavorativo, con unità operative di reparti ospedalieri, con le Commissioni mediche locali per le patenti.

La **Regione Emilia-Romagna** ha da tempo consolidato un metodo di collaborazione tra gli enti pubblici e quelli del privato sociale che ne prevede la partecipazione a pieno titolo

all'interno dei Comitati tecnici territoriali del sistema dei servizi, sia nella fase di progettazione che nella realizzazione degli interventi.
La collaborazione si attua anche nell'ambito della definizione dei Piani regionali per la Salute e dei Piani di Zona, dove sono inseriti i progetti per la prevenzione alcologica.
Nella **Regione Toscana** n.7 Servizi di Alcologia (Lucca, Pistoia, Follonica, Firenze (2), Prato e Massa) hanno stipulato convenzioni con enti e associazioni pubbliche e private in merito ad attività di accoglienza.
La **Regione Umbria** ha stipulato una convenzione con il Comune di Perugia per la gestione del Gruppo Famiglia presente a Perugia; ha stipulato inoltre convenzioni con numerose cooperative sociali che gestiscono servizi residenziali e attuano progetti di prevenzione e riabilitazione.
Nella **Regione Marche** sono già presenti esperienze di protocolli d'intesa per il ricovero e il trattamento congiunto delle patologie alcolcorrelate tra i SERT e i reparti ospedalieri di Medicina nonché i servizi psichiatrici di diagnosi e cura.
Sulla base di tali esperienze, in linea con il citato D.G.R. 747/03, sono state poste le basi per l'individuazione di buone prassi utili per la predisposizione di linee guida e di protocolli omogenei sul territorio regionale che prevedano anche il coinvolgimento dei gruppi di Alcolisti Anonimi e dei clubs di Alcolisti in trattamento, oltre che modalità di collaborazione con i medici di medicina generale.
La **Regione Lazio** ha proseguito le attività relative ai numerosi protocolli di specifico trattamento farmacologico e psicologico attivati nell'ambito degli accordi di collaborazione istituzionale già stipulati, tramite il Centro di Riferimento Alcologico Regionale, con istituzioni universitarie e sanitarie estere.
In collaborazione con il Comune di Roma è stata realizzata un'indagine epidemiologica per definire il consumo e l'abuso di alcol nei territori di alcuni Municipi.
Nell'anno 2003 inoltre il Centro di Riferimento Alcologico Regionale ha collaborato ad un progetto formativo volto a migliorare ed adeguare alle necessità dell'utenza il Centro alcologico di Rieti.
Nel contempo sono stati effettuati studi di fattibilità economica e territoriale per sviluppare un progetto per la valutazione della prevalenza della Sindrome Feto-Alcolica in Italia in collaborazione con il Consorzio internazionale che da vari anni si sta occupando di tale problema e che riunisce alcune Università degli Stati Uniti, di Barcellona, Mosca, Helsinky e Cape Town. Si è avviata una prima indagine su una popolazione di donne in gravidanza con l'obiettivo di costruire un intervento di prevenzione primaria e secondaria della Sindrome Feto Alcolica nella Regione Lazio.
Nella **Regione Abruzzo** due Servizi di Alcologia hanno attivato un coordinamento con altre strutture e servizi privati e di volontariato, e un Servizio si coordina con altre strutture e servizi sanitari pubblici.
Nella **Regione Campania** sono in atto in alcune realtà territoriali protocolli formali o collaborazioni sostanziali tra SERT e gruppi di auto-aiuto quali i clubs per gli Alcolisti in trattamento, nonché associazioni e comunità del privato-sociale, ai fini della realizzazione di programmi terapeutico- riabilitativi. Tali programmi sono prevalentemente non residenziali, essendo informati ai principi ed alla metodologia del *self help*.
Nella **Regione Puglia** molte Aziende USL ed Ospedaliere, nell'ambito dell'autonomia ad esse concessa, hanno dato avvio a forme di collaborazione per i problemi alcolcorrelati con i Dipartimenti di Igiene Mentale.
Nella **Regione Sicilia** l'Azienda USL di Enna ha attuato, tramite uno specifico protocollo di intesa, una fattiva collaborazione con l'associazione nazionale e regionale dei clubs degli Alcolisti in trattamento per fornire a diversi operatori di SERT la formazione necessaria a condurre i clubs di alcolisti.

La **Regione Sardegna** non ha stipulato a tutt'oggi alcun protocollo di collaborazione formale o convenzione con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità di legge.
Alcune convenzioni e collaborazioni sono state attivate dalle Aziende USL di Sassari e Nuoro limitatamente a progetti specifici di prevenzione finanziati con il Fondo nazionale per la lotta alla droga di cui al D.P.R. 309/90.

3.4. La collaborazione con le istituzioni competenti per il rispetto delle disposizioni della legge in materia di pubblicità, vendita di bevande superalcoliche nelle autostrade, tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli

Nella **Regione Valle D'Aosta** è stato adottato uno specifico protocollo, ai sensi della L.125/2001, per la definizione delle procedure di rinnovo delle patenti di guida di soggetti che presentano condizioni di rischio di alcoldipendenza.
La **Regione Lombardia** ha adottato nel 2003 un insieme di iniziative rivolte alle Scuole guida con l'obiettivo di prevenire gli incidenti stradali alcolcorrelati, adottando quale strumento fondamentale la formazione di "*operatori della salute*"ad hoc, da individuarsi fra tutti quei soggetti che a vario titolo possono svolgere un'importante funzione preventiva (insegnanti delle scuole superiori, istruttori di scuola guida, operatori dell'ACI, agenti della Polizia Municipale e delle Forze dell'Ordine, animatori e gestori di locali notturni, operatori dell'informazione, rappresentanti di centri di aggregazione giovanile, rappresentanti di associazioni di volontariato, sindacati dei locali da ballo, etc.).
In particolare è stata curata l'informazione e sensibilizzazione della popolazione giovanile sulla relazione esistente fra assunzione di droghe e alcol e comportamenti di guida, attraverso la realizzazione, all'interno delle lezioni di teoria, di momenti specifici dedicati al tema alcol-droghe e guida, a cura degli insegnanti delle autoscuole; sono stati inoltre resi disponibili all'interno delle autoscuole e distribuiti materiali informativi ad hoc, specificatamente mirati ai giovani.
Interventi di sensibilizzazione ed informazione sul rapporto tra alcol e guida sono stati diretti anche alla popolazione generale.
Il mondo delle autoscuole è stato direttamente coinvolto nella realizzazione delle attività tramite la distribuzione di specifici supporti didattici multimediali da utilizzare nell'ambito delle lezioni di teoria, sul cui uso gli insegnanti e istruttori, opportunamente sensibilizzati e informati, sono stati adeguatamente addestrati. E' stato inoltre predisposto un monitoraggio sull'uso di tali strumenti didattici multimediali, attraverso interventi di tutoring e contatti diretti nelle autoscuole.
Sono stati anche realizzati momenti di formazione in collaborazione con Consorzi ed Associazioni di categoria.
Sono state predisposte infine attività di collaborazione con le Commissioni mediche locali per le patenti, per consentire di avviare a programmi di sensibilizzazione e trattamento le persone segnalate dalle Prefetture per infrazione all'art. 186 del Codice della strada (Guida sotto l'influenza dell'alcol).
Nella **Provincia Autonoma** di **Bolzano-Alto Adige** le Forze dell'ordine hanno dedicato un'attenzione particolare alla lotta all'alcol ed alla guida pericolosa, rafforzando la sorveglianza su tutto il territorio e portando il ritiro delle patenti per guida in stato di ebbrezza ad un aumento del 20,4% rispetto all'anno precedente. Gli automobilisti bevitori si concentrano sopratutto nella fascia di età tra i 30 ed i 34 anni ed aumentano rispetto al 2002 le donne, che passano dal 3,5% al 4,5%. Al fine di pianificare e standardizzare meglio gli interventi in questo settore, rendendoli più omogenei in ambito provinciale, sono stati effettuati una serie di incontri tra i SERT ed il Servizio di Medicina Legale.

L'Assessorato alla Sanità ha organizzato, in collaborazione con l'Assessorato provinciale ai Trasporti e al Servizio Psicologico dell'Azienda USL di Bolzano, una Conferenza sul tema "Alcol e droga alla guida: controllo e prevenzione".
I SERT hanno proseguito nel corso del 2003 le attività certificative di supporto al Servizio di Medicina Legale per quello che concerne il ritiro di patenti, e in molti di essi si è registrato un aumento notevole, fino al 40% rispetto all'anno precedente, di utenti inviati dalla Commissione Medica multizonale per l'accertamento dell'idoneità alla guida. Le Commissioni si sono rivolte al Servizio con l'obiettivo di far effettuare colloqui psicologici di consulenza o trattamenti di sostegno per far fronte all'abuso di alcol o almeno evitare la guida in stato di ebbrezza.
Nella **Provincia Autonoma** di **Trento** l'Azienda sanitaria provinciale ha siglato un protocollo d'intesa con la Commissione Medica Locale per le patenti, in base al quale tutte le persone fermate per guida in stato di ebbrezza vengono inviate dall'Ufficio Motorizzazione del Ministero dei Trasporti alla Commissione stessa, che si impegna a richiedere, prima di prendere in esame i vari casi, una consulenza alcologica da eseguire presso i Servizi di Alcologia. Il Servizio di Alcologia può in tal modo proporre alle persone fermate la frequenza ad un ciclo di tre incontri in cui vengono spiegati i pericoli della guida sotto l'effetto dell'alcol. Alcuni giudici di pace hanno deciso di adottare l'obbligo di frequenza di tali incontri quale sanzione per le persone fermate per guida in stato di ebbrezza.
Nella **Regione Veneto** la maggior parte dei Dipartimenti per le dipendenze delle Aziende USL ha mantenuto e rinnovato nel 2003 i protocolli di collaborazione e le convenzioni con i servizi sociali comunali, le Commissioni provinciali patenti, con specifiche Divisioni ospedaliere (Pronto Soccorso, Medicina, Gastroenterologia, Psichiatria, etc.), con i Dipartimenti di salute mentale, gli enti ausiliari, le cooperative sociali, le associazioni di volontariato e in particolare l'associazione dei clubs per gli Alcolisti in trattamento.
Nel corso del 2003 nei Dipartimenti per le dipendenze sono aumentate le collaborazioni attivate con le istituzioni dell'amministrazione dell'Interno e/o municipali, in particolare (Polizia di Stato, Polizia municipale, Carabinieri) al fine di sensibilizzare e informare la popolazione generale sulla normativa relativa ai limiti del tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli. Vi è stata anche una positiva collaborazione con le Amministrazioni dell'Interno e municipali per utilizzare l'etilometro come strumento di aggancio dei giovani durante la frequentazione di feste locali, discoteche e locali notturni in genere.
Nel corso dell'anno sono state realizzate attività progettuali, finanziate con il Fondo nazionale per la lotta alla droga, che hanno coinvolto istruttori e allievi delle autoscuole nonché giovani frequentatori di locali notturni, pubs, discoteche, etc., con lo scopo di dissuadere dalla guida in stato di ebbrezza.
In genere sono state mantenute proficue collaborazioni e avviati protocolli operativi con le Commissioni mediche per le patenti ai fini di una più adeguata valutazione della idoneità alla guida dei soggetti fermati per guida in stato di ebbrezza. Fra l'altro è stata adottata la prassi di avviare tali soggetti ad incontri formativi a frequenza obbligatoria prima della visita medica. Si è inoltre provveduto ad inserire nelle citate Commissioni mediche, nei casi previsti dalla legge 125/2001, personale medico specialistico di ambito alcologico.
Per quanto attiene la pubblicità e la vendita ai minori, sono state mantenute e consolidate le collaborazioni già avviate negli anni precedenti, e sono stati inoltre stipulati alcuni protocolli di collaborazione con i gestori di locali pubblici e con le associazioni di categoria per limitare la distribuzione di bevande alcoliche nelle fasce orarie maggiormente frequentate dai giovanissimi e dai giovani.
La **Regione Friuli-Venezia Giulia** mantiene una stretta collaborazione con le Autoscuole. In alcune Aziende USL sono stati attivati corsi mensili rivolti alle persone sorprese a

guidare in stato di ebbrezza. Rapporti istituzionali vengono mantenuti inoltre con le varie Commissioni mediche locali per le patenti.

La **Regione Liguria** ha attivato un progetto in collaborazione con le Prefetture ed il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti per il monitoraggio dell'incidentalità stradale correlata all'uso di alcol e altre sostanze psicotrope. Campagne di rilevazione dei tassi alcolemici sono state attuate da due Aziende USL.

Nella **Regione Emilia-Romagna** l'Azienda USL di Modena ha avviato la sperimentazione di un protocollo per la valutazione dell'idoneità alla guida nei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica. Il protocollo prevede una stretta collaborazione operativa tra la Commissione Medica Locale per le patenti e il Centro alcologico del SERT di Modena, ed è finalizzato ad approfondire gli elementi diagnostici nei soggetti segnalati, per rilevare situazioni di alto rischio o comunque elementi riconducibili a patologie alcolcorrelate. Altro obiettivo è quello di accrescere il valore preventivo del percorso di valutazione diagnostica, prevedendo momenti di informazione/educazione finalizzati a indurre nei soggetti segnalati la modificazione del comportamento a rischio.

Il Servizio di Alcologia, una volta completato l'approfondimento diagnostico dei soggetti segnalati, invia una dettagliata relazione alla Commissione Medica Locale che nella sua collegialità, integrata dalla presenza del medico alcologo previsto dalla legge 125/2001, emette il giudizio di idoneità alla guida. Tale giudizio è articolato secondo tre possibili classi di rischio (lieve, medio ed elevato) cui corrispondono altrettanti iter procedurali che vanno, in prima istanza, dalla *idoneità* fino ad un anno alla *non idoneità* per un periodo non inferiore a tre mesi.

La **Regione Toscana** propone da alcuni anni interventi volti alla prevenzione degli incidenti stradali correlati al consumo di bevande alcoliche.

Nel corso del 2003 cinque Aziende USL hanno realizzato attività volte ad informare i cittadini e gruppi specifici di popolazione sulla guida in stato di ebbrezza in collaborazione con le forze dell'ordine (Prefettura, Questura, Polizia Stradale, Vigili Urbani). Inoltre tutte le équipes alcologiche hanno sviluppato collaborazioni significative con le Commissioni mediche locali per le patenti di guida, per la realizzazione di protocolli condivisi ai fini del rilascio dell'idoneità alla guida ai soggetti con sospensione della patente per violazione dell'art. 186 del Codice della Strada.

Sono stati altresì attivati due progetti, uno finanziato dalla Regione e finalizzato alla riduzione degli incidenti che avvengono durante il fine settimana principalmente a carico di giovani che frequentano i locali notturni, l'altro finanziato dalla Provincia di Firenze, realizzato in collaborazione tra il Dipartimento delle Dipendenze della Azienda USL di Firenze e l'Azienda Ospedaliera di Careggi. Quest'ultimo è finalizzato alla ricerca del tasso alcolemico delle persone che afferiscono ai 4 servizi di Pronto Soccorso della Azienda USL di Firenze a seguito di traumatismi stradali nonché alla formazione ed informazione dei professionisti della guida (autotrasportatori, taxisti, autisti dei mezzi pubblici) in collaborazione con le organizzazioni di categoria. Il progetto prevede inoltre il coinvolgimento delle Scuole guida per la formazione degli istruttori sui problemi legati alla guida in stato di ebbrezza.

La **Regione Umbria** prosegue nella applicazione del Decreto della Giunta Regionale n.405 del 3 aprile 2002 con il quale, in specifica applicazione della Legge 125/2001, è stata introdotta una procedura comune per le Commissioni mediche locali, da utilizzarsi su tutto il territorio regionale, ai fini della formulazione del giudizio medico-legale sulla idoneità psico-fisica dei soggetti con problemi di abuso alcolico per la guida di veicoli a motore.

E' stato inoltre attivato uno specifico protocollo regionale per l'assistenza alcologica in carcere.

La **Regione Marche** ha promosso e sostenuto, in relazione agli effetti dell'uso di alcol sulla guida, attività preventive di formazione e informazione con particolare riferimento alla popolazione giovanile, coinvolgendo istituzioni (e in particolare le scuole) e soggetti di rete (scuole guida, gruppi informali, società sportive) anche attraverso unità mobili e operatori di strada.
Con il Fondo nazionale per la lotta alla droga è stato finanziato il progetto regionale "*Guida Sicura 2003*" per la promozione della sicurezza stradale correlata all'uso di sostanze legali ed illegali, curato da personale sanitario (medici, psicologi) con lunga esperienza nel pilotaggio agonistico. Il progetto prevede, tra l'altro, *info-point* in luoghi ed eventi strategici di alcune località marchigiane, distribuzione di gadget e materiale informativo, la realizzazione di un corso di guida sicura in autodromo, la realizzazione di un *CD- rom* da presentare in tutte le scuole secondarie superiori della Regione, il *training* degli insegnanti e di tutti coloro che partecipano al programma di presentazione del prodotto, la valutazione delle attività.
Nella **Regione Campania** si registra a livello territoriale un graduale e progressivo incremento delle azioni di prevenzione primaria e secondaria promosse, spesso in sinergia, dai SERT e dagli organismi del privato sociale in collaborazione con le Forze dell'ordine e i gestori dei locali notturni per la riduzione dei rischi correlati al consumo di alcol e droghe in occasione dei week-end.
La **Regione Puglia** applica nel suo ambito territoriale la vigente normativa nazionale, non essendo state emanate specifiche norme di natura regionale.
Molte Aziende USL ed Ospedaliere hanno avviato attività di collaborazione con i servizi sociali dei Comuni, con l'ASCOM e con il Sindacato italiano locali da ballo (SILB) ai fini della formazione degli operatori dei locali pubblici e dei centri di aggregazione giovanile. Collaborazioni sono state avviate inoltre con le Case circondariali in relazione alle previsioni normative dell'art. 8 della Legge 230/99.
In alcune specifiche realtà locali sono stati previsti corsi di formazione e collaborazione con le Forze di Polizia stradale.
Nella **Regione Sardegna** sono da registrare alcune iniziative di collaborazione e incontri con le Forze dell'Ordine e i Vigili urbani nell'ambito delle Aziende USL di Cagliari (in collaborazione con il Tribunale), di Oristano (in collaborazione con Questura e Provincia) e di Sanluri (in collaborazione con Polizia Stradale, Carabinieri, Polizia Municipale).
E' stato inoltre presentato dall'Azienda USL di Olbia un progetto, da finanziarsi con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga, per dotare l'Azienda stessa di un misuratore alcolemico che possa operare sul territorio.

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

La **Regione Lombardia** ha proseguito la sua partecipazione al progetto nazionale del Ministero della Salute, finanziato col Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, per la realizzazione di un programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza per la prevenzione dell'uso inadeguato di alcol nel mondo del lavoro, 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. Tra gli obiettivi del progetto sono previsti fra l'altro la sperimentazione di iniziative formative, ricerca, banche dati, materiale informativo mirato, sito web. Nell'ambito di questo progetto la Regione Lombardia ha partecipato in particolare al sottogruppo "Formazione ed informazione" e sta studiando la fattibilità di una ricerca intervento in un'azienda con sedi sia in Toscana che in Lombardia.

Sono stati attivati progetti sperimentali di formazione, focalizzati sulla percezione dei rischi connessi all'uso di alcol e altre sostanze d'abuso, rivolti ai delegati sindacali, ai lavoratori responsabili della sicurezza e in generale ai lavoratori. Negli interventi ci si è avvalsi di questionari ad hoc, dei lavoratori con ruolo di "opinion leader" e di attività di ricerca-intervento. I risultati di tali attività hanno tra l'altro messo in evidenza come le figure ritenute più idonee per la realizzazione degli interventi preventivi nelle aziende sono gli operatori specializzati, i medici del lavoro e i rappresentanti sindacali, di cui si conferma quindi un ruolo fondamentale per la diffusione della cultura della prevenzione in azienda.

Per quanto riguarda il reinserimento al lavoro di lavoratori affetti da patologie alcolcorrelate, di cui all'art. 15 comma 3 della legge 125/2001, si è attivata una collaborazione sia con i servizi di inserimento lavorativo delle Aziende USL sia con cooperative del privato sociale.

Nella **Provincia Autonoma** di **Bolzano-Alto Adige** è entrato in fase operativa il progetto "Top on Job", avviato dalla associazione HANDS ed avente come obiettivo la prevenzione e promozione della salute in ambito lavorativo. In particolare il progetto prevede l'organizzazione di una formazione per i responsabili del personale di realtà economico-produttive, finalizzata ad aumentare le loro competenze comunicative nell'affrontare situazioni problematiche legate all'alcol in ambito lavorativo. Sono stati presi contatti con varie agenzie operanti nel mondo del lavoro, tra cui l'Associazione Industriali, l'Associazione Artigiani ed altre categorie di operatori, cui sono stati illustrati obiettivi e vantaggi derivanti dal progetto di prevenzione proposto, ed è stato distribuito materiale informativo ideato ad hoc. D'altra parte 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 il progetto triennale "L'alcol in azienda", condotto dal SERT di Bressanone, già illustrato tra le attività per la prevenzione, ha una valenza specifica in relazione alla sicurezza sui luoghi di lavoro.

La **Provincia Autonoma** di **Trento** ha proseguito le attività del Progetto pluriennale "Alcol e mondo del lavoro", già avviato nell'anno precedente con il finanziamento della quota provinciale del Fondo nazionale per la lotta alla droga ed eseguito in collaborazione con le associazioni degli industriali, degli artigiani e le Confederazioni Sindacali.

E' in fase di studio la prosecuzione di tale progetto sui dipendenti pubblici.

Nella **Regione Veneto** sono stati consolidati progetti che vedono il coinvolgimento delle componenti del mondo del lavoro: lavoratori, datori di lavoro, delegati sindacali, medici del lavoro, addetti alla sicurezza, associazioni di categoria.

Le attività progettuali hanno riguardato principalmente il counseling, la formazione e la sensibilizzazione dei target sopra elencati sui rischi personali, professionali e collettivi associati al consumo di bevande alcoliche e sui problemi alcolcorrelati in ambito lavorativo.

Attiva e positiva è stata inoltre la collaborazione con personale aziendale al fine di attuare progetti di inserimento lavorativo protetto di pazienti alcoldipendenti seguiti dai Servizi pubblici.

Nella **Regione** autonoma **Friuli-Venezia Giulia** sono proseguite nel 2003 le attività di collaborazione dei Dipartimenti delle Dipendenze con i Dipartimenti di Prevenzione delle aziende USL e con gli Ispettorati del Lavoro per dare attuazione all'art.15 della legge n.125/2001.

Nella **Regione Liguria** un'Azienda USL ha realizzato un progetto per la tutela della sicurezza sul lavoro in relazione ai rischi derivanti dall'abuso di alcol e altre sostanze psicotrope.

La **Regione Emilia-Romagna** ha concluso nel 2003 il progetto pilota regionale "*Alcol e lavoro*", realizzato dall'Azienda USL di Modena nel territorio di 14 Comuni afferenti ai Distretti sanitari di Sassuolo e Pavullo. Sono stati coinvolti tre Servizi (per le Dipendenze Patologiche, per la Prevenzione, Sicurezza e Ambienti di Lavoro, per l'Epidemiologia) nonché le associazioni di auto-aiuto. Il progetto, che è durato tre anni ed ha interessato il 20% della popolazione lavorativa, aveva come obiettivi la riduzione dei consumi di bevande alcoliche nella popolazione occupata del territorio, la sensibilizzazione dei lavoratori sulle problematiche alcol-correlate, la riduzione dei comportamenti a rischio, degli infortuni sul lavoro, degli incidenti stradali e domestici nonché delle patologie alcol-correlate. Il progetto si proponeva anche di promuovere sul territorio la campagna informativa sugli effetti del bere "*Alcol meno e meglio*", di favorire l'accesso dei lavoratori e dei loro familiari ai servizi per la cura dei problemi alcol-correlati, di favorire la conoscenza e l'applicazione della legislazione negli ambienti di lavoro. Esso ha coinvolto 20 aziende medio-grandi del territorio e sensibilizzato 5200 persone sul tema alcol e ambienti di lavoro, con la realizzazione di 114 interventi. Sono state somministrate 168 interviste semi-strutturate a figure aventi ruolo di responsabilità nell'azienda, e distribuiti e raccolti in forma anonima 1043 questionari della salute relativi a opinioni, consumi alcolici e altri comportamenti legati alla salute. Fra i risultati più rilevanti, il fatto che il 100% del campione intervistato considera il consumo di alcolici un fattore di rischio negli ambienti di lavoro e che il 23,2% dice di essere stato chiamato ad intervenire per gestire situazioni problematiche legate al consumo di alcolici, nell'adempimento delle proprie mansioni.

L'esperienza effettuata è stata una conferma del fatto, già evidenziato dai piani di azione dell'O.M.S., che i luoghi di lavoro rappresentano un contesto ideale per la realizzazione di progetti di prevenzione alcologica e, più in generale, per sviluppare interventi efficaci di promozione della salute.

La **Regione Toscana** è capofila di un progetto pilota nazionale, promosso e finanziato dal Ministero della Salute, per la prevenzione dei rischi alcolcorrelati nei luoghi di lavoro denominato: "Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell'uso inadeguato di alcol, diretto al personale di aziende".

Il progetto, cui partecipano le Regioni Valle D'Aosta, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Abruzzo, Calabria, Sicilia, Umbria, Provincia Autonoma di Bolzano, è gestito in collaborazione con le Organizzazioni Sindacali e le Associazioni dei datori di lavoro (Confindustria), e coinvolge i Servizi per le Dipendenze, i Dipartimenti per la Prevenzione nei luoghi di lavoro, le associazioni e i gruppi di auto-aiuto.

Nella Regione Toscana il progetto ha coinvolto 5 aziende di grandi dimensioni e le attività hanno interessato circa 5000 lavoratori.

La **Regione Umbria** ha approvato, con relative Delibere della Giunta Regionale, un progetto esecutivo per la realizzazione di una banca dati e di un sistema informativo per la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro, nonché cinque progetti per la prevenzione nei luoghi di lavoro, tra cui quello denominato "*Realizzazione di un osservatorio regionale integrato per la prevenzione nei luoghi di lavoro*". Quest'ultimo progetto, in fase di realizzazione, prevede la costruzione di reti locali interne alle Aziende USL che, in collegamento con la banca dati regionale, permettano di dare informazioni utili per la programmazione regionale ed aziendale, di valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione e di rispondere ai debiti informativi del livello nazionale.

La **Regione Marche** partecipa al progetto nazionale promosso dal Ministero della Salute "*Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell'uso inadeguato di alcol, diretto al personale dipendente di azien*de", di cui è capofila la Regione Toscana, ed ha individuato a tale scopo, quale target specifico cui indirizzare le

azioni di informazione e sensibilizzazione, il personale del settore dei trasporti. Nella Regione Marche tale progetto è stato quindi ridenominato come "*Il lavoro alla guida e l'Alcol*" e ha coinvolto componenti istituzionali quali servizi territoriali di assistenza e integrazione socio sanitaria, servizi per le politiche sociali e integrazione socio sanitaria, servizi di igiene e sanità pubblica, associazioni di categoria e organizzazioni sindacali, favorendo la reciproca collaborazione.
All'interno delle attività di formazione previste dalla legge 626/1996 è stata inoltre realizzata un'iniziativa di prevenzione diretta ai lavoratori di una cooperativa di trasporti con la collaborazione di un SERT di Macerata, della cooperativa sociale *IRS L'Aurora* e delle organizzazioni sindacali. Il progetto, finanziato con fondi sociali, prevedeva l'utilizzo di tecniche di teatro interattivo.
La **Regione Abruzzo** ha partecipato nell'anno 2003, con un gruppo di altre Regioni coordinate dalla Regione Toscana, alle attività inerenti l'attuazione del progetto nazionale "*Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell'uso di alcol diretto al personale dipendente delle aziende*", promosso dal Ministero della salute e finanziato con il Fondo nazionale per la lotta alla droga.
La **Regione Calabria** ha aderito al suddetto progetto nazionale promosso dal Ministero della Salute "*Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato all'uso inadeguato di alcol, diretto al personale dipendente delle aziende*", con l'obiettivo specifico di identificare strategie e programmi formativi rispetto ai rischi connessi all'uso di bevande alcoliche negli ambienti di lavoro.
La **Regione Sicilia** ha partecipato anch'essa al sopraccitato progetto nazionale del Ministero della Salute per la prevenzione dell'abuso di alcol nei luoghi di lavoro.
Nella **Regione Sardegna** sono proseguiti nell'anno 2003 gli interventi di stretta collaborazione delle Aziende USL di Sassari, Olbia e Sanluri con le imprese, aziende e società locali per la realizzazione di incontri col personale, durante l'orario di lavoro, finalizzati ad evidenziare i rischi derivanti dal bere, in particolare 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

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. Nei servizi territoriali la tipologia dei trattamenti effettuati nel 2003 è prevalentemente medico farmacologica (61,1%), in conseguenza delle numerose patologie organiche alcolcorrelate. Numerosi sono i trattamenti farmacologici con Alcover (45,6%) e Antabuse (24,2%).
Nella **Regione Lombardia** è stata riconfermata la possibilità di poter usufruire in modo totalmente gratuito dei trattamenti farmacologici previsti nei livelli essenziali di assistenza. La Regione è inoltre intervenuta con D.G.R. del 1 agosto 2003 n. VII/13915 al fine di risolvere il problema della erogazione di terapie farmacologiche all'interno del sistema carcerario, mettendo a proprio carico, in accordo con il Provveditorato Regionale per l'Amministrazione Penitenziaria, le spese dell'assistenza farmaceutica nelle carceri e prevedendo modalità semplificate per l'utilizzo dell'assistenza specialistica e medico generica da parte dei detenuti.
Nella **Provincia Autonoma** di **Bolzano-Alto Adige** i SERT di Merano e Brunico nonché l'Ambulatorio HANDS somministrano in maniera controllata adeguate terapie farmacologiche di supporto al trattamento, e in particolare farmaci avversivanti e anticraving (Disulfiram e acido gammaidrobutirrico) quando necessario.

Nella **Provincia Autonoma** di **Trento** è prevista la prescrivibilità, a carico del S.S.N., del farmaco Etiltox.
Nella **Regione Veneto** i farmaci per terapie antiabuso e *anticraving* dell'alcolismo continuano ad essere erogati direttamente dai Servizi per le Dipendenze e dai presidi ospedalieri.
La **Regione** autonoma **Friuli-Venezia Giulia** assicura su tutto il territorio regionale l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale, su specifica prescrizione medica, dei farmaci per le terapie antiabuso o *anticraving*.
Nella **Regione Liguria** i NOA erogano farmaci avversativi ed *anticraving* dell'alcolismo.
La **Regione-Emilia-Romagna** prevede, in generale, la diretta erogazione dei farmaci per il trattamento dell'alcolismo da parte dei Servizi per le Dipendenze patologiche e dei presidi ospedalieri.
Nella **Regione Toscana** tutte le équipes alcologiche territoriali ed i servizi alcologici ospedalieri effettuano terapie antiabuso ed *anticraving* prescrivendo e/o somministrando, prevalentemente a livello ambulatoriale, farmaci a carico del Servizio Sanitario Regionale.
La **Regione Umbria** ha inserito i farmaci per la terapia antiabuso nell'elenco terapeutico ospedaliero regionale, quali farmaci destinati ai servizi territoriali ed ospedalieri (fascia C). E' inoltre garantita dai Servizi di Alcologia l'erogazione gratuita delle terapie farmacologiche ai soggetti alcoldipendenti.
Nella **Regione Marche** le terapie antiabuso e *anticraving* vengono somministrate da tempo a carico del Servizio Sanitario Nazionale dai SERT che trattano gli alcolisti.
Il GHB viene somministrato durante il ricovero ospedaliero dietro consulenza del medico del SERT.
Nella **Regione Campania** il trattamento farmacologico è l'intervento terapeutico predominante nei SERT, ed è realizzato utilizzando tutti i farmaci antiabuso o *anticraving* messi a disposizione dal Prontuario farmaceutico del S.S.N.
Nella **Regione Calabria** le terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo sono erogate e garantite dai SERT e dalle Unità alcologiche, ove esistenti.
Nella **Regione Sardegna** tutte le Aziende USL, ad eccezione delle Aziende USL di Sassari e Carbonia, hanno assicurato l'erogazione di farmaci antiabuso a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

3.7. Progetti o iniziative di particolare rilevanza realizzati dalle Regioni in adesione agli orientamenti e ai principi della legge 125/2001

Hanno inviato documentazione relativa a progetti di particolare rilevanza per l'attuazione della legge 125/2001 alcune Regioni, per ognuna delle quali si riassume brevemente il contenuto delle iniziative adottate.
Al successivo punto 3.7.1. vengono altresì integralmente riportati i contributi illustrativi inviati da 2 Regioni, scelti tra quelli ritenuti più significativi per l'area, rispettivamente, centro-settentrionale e meridionale del Paese.
Nella **Regione Valle D'Aosta** è stata stipulata, in continuità con la collaborazione che da qualche anno si è instaurata col mondo carcerario, una convenzione tra l'Azienda USL Valle D'Aosta e la Casa Circondariale di Brissogne per l'adozione di un protocollo relativo alla erogazione di prestazioni di cura e riabilitazione ai detenuti alcoldipendenti e tossicodipendenti.
Nella **Regione Lombardia** l'azienda USL *Città di Milano* ha prodotto numerosi materiali informativi e sussidi didattici da utilizzare per la prevenzione in vari ambiti e target, quali scuola, scuole guida, luoghi di lavoro, medici di Medicina Generale, popolazione generale.

L'azienda USL di Mantova -Servizio Dipendenze- ha promosso e coordinato un gruppo "Alcol & Guida", nell'ambito del quale hanno collaborato, per iniziative relative in particolare ai rapporti tra alcol, guida e giovani, i Nuclei Operativi Alcologici (N.O.A.) e i SERT della provincia di Mantova, l'amministrazione provinciale, la Polizia stradale, la Questura, il Comando dei Carabinieri, la Polizia municipale di Mantova, L'UNASCA autoscuole della provincia di Mantova, il Sindacato Locali da ballo (SILB) della provincia di Mantova.

Nel territorio della provincia di Sondrio è stato attivato il progetto di rete "Equipe mobile", un intervento di riduzione dei rischi connessi all'uso/abuso di sostanze psicoattive, che ha previsto due ambiti operativi distinti ma strettamente connessi: 1)promozione di un articolato lavoro di rete, sia a livello provinciale che distrettuale, attraverso un significativo confronto con gli operatori della notte (gestori dei locali, DJ, PR, personale della sicurezza, barman) e con i servizi di pronto intervento (118, Pronto Soccorso, servizi psichiatrici, Forze dell'ordine); 2) presenza in tutto il territorio provinciale tramite l'utilizzo di un camper attrezzato (materiale cartaceo informativo, gadgets, acqua minerale, succhi di frutta, integratori, ausili di primo intervento, etilometro).

La **Provincia Autonoma** di **Bolzano-Alto Adige** ha avviato, tramite il SERT di Brunico, in collaborazione con l'Università di Greifswald (Germania), un progetto-pilota triennale "Riconoscimento precoce di problemi alcol-correlati di pazienti ricoverati all'ospedale di Brunico", finanziato con il Fondo nazionale per la lotta alla droga.

Obiettivo del progetto è l'individuazione precoce di pazienti a rischio e l'avvio di interventi di prevenzione e trattamento.

La **Regione Veneto** ha attivato con i finanziamenti della quota regionale del Fondo nazionale per la lotta alla droga un piano triennale (2003-2005) di intervento nell'area delle dipendenze. Il piano ha previsto tra l'altro la realizzazione nel territorio della Azienda USL n.1 *Belluno*, in collaborazione con l'associazione regionale dei clubs degli Alcolisti in trattamento (ARCAT Veneto), del progetto "Giovani e alcol", che ha come target gli studenti delle scuole medie inferiori, gli iscritti alle scuole guida, i giovani che hanno subito il ritiro della patente, i giovani partecipanti a gruppi o società sportive.

Il progetto, che si ispira ai principi etici enunciati nella *Carta europea sull'alcol* approvata nella Conferenza O.M.S. di Parigi nonché alla *Dichiarazione sui giovani e alcol* adottata a Stoccolma nel Febbraio 2001 dagli Stati europei dell'O.M.S., si propone di attivare nei ragazzi il senso di responsabilità nell'uso di alcol e nella guida, di potenziarne le scelte autonome rispetto al bere, di sensibilizzarli sui rischi associati all'uso di alcol, di prevenire le ricadute nei giovani consumatori eccedentari.

Nella **Regione Emilia-Romagna** è stato concluso il progetto "*Alcol e lavoro*", di cui si è già accennato al punto 3.5., e per la cui illustrazione si rimanda all'appendice, punto 3.7.2.

La **Regione Toscana** ha realizzato il progetto denominato "*Promozione di una cultura della sobrietà nei contesti di socializzazione giovanile*", finalizzato a sensibilizzare e formare i gestori dei locali del divertimento notturno, sopratutto discoteche pub e discopub, alla promozione di iniziative volte a ridurre il consumo di bevande alcoliche nei giovani frequentatori dei locali attraverso azioni di informazione sui rischi e promozione del consumo di bevande analcoliche. Il progetto ha previsto anche il coinvolgimento dei servizi sociosanitari del territorio, degli uffici della prefettura e delle forze dell'ordine, e si è fortemente coordinato con il già citato progetto "*Divertimento Sicuro*" che interviene sugli stessi target (locali notturni, popolazione giovanile) in relazione al consumo di droghe.

La formazione degli operatori dei locali notturni è stata preceduta da azioni di sensibilizzazione nei confronti dei gestori dei locali, tramite incontri con le organizzazioni

di categoria regionali ed in particolare con i rappresentanti del SILB (Sindacato Italiano Locali da Ballo), per presentare il progetto e concordarne le modalità.
La strategia comunicativa del progetto ha previsto il coinvolgimento diretto di alcuni locali da parte delle stesse organizzazioni di categoria, mediante comunicazione formale (lettere e circolari interne) e contatti diretti con alcune realtà particolarmente significative.
Le attività di formazione hanno coinvolto, otre agli addetti dei locali individuati, anche operatori dei servizi pubblici e del privato sociale, degli enti locali e dell'amministrazione statale, consentendo di costruire conoscenze e linguaggi comuni sul fenomeno oggetto dell'iniziativa, nonché di accrescere la collaborazione tra locali, servizi sanitari, associazioni del volontariato e *no-profit* ed amministrazioni pubbliche.
Per la sensibilizzazione dei giovani è stato realizzato materiale informativo distribuito all'entrata e all'uscita dai locali, anche con la collaborazione delle forze di polizia municipale. Sul solo territorio fiorentino sono stati coinvolti circa 1.500 giovani di cui circa 550 si sono prestati volontariamente al test individuale per l'alcolemia.
Nella **Regione Puglia** il Dipartimento Dipendenze patologiche della Azienda USL TA/1 ha realizzato, nell'ambito del progetto "Discoteca, alcol e nuove droghe: quale relazione?", finanziato con il Fondo nazionale per la lotta alla droga, una ricerca mirata alla conoscenza di consumi, atteggiamenti e stili di vita dei giovani che frequentano luoghi di aggregazione estivi.
Dopo una raccolta preliminare di dati e informazioni utili alla progettazione degli interventi preventivi e di formazione previsti nel programma progettuale, è stato distribuito uno specifico questionario a n. 300 soggetti di età compresa fra i 15 e i 35 anni. Un gruppo di domande è stato specificamente destinato a indagare sulle condizioni socio-economiche-culturali del campione nonché su eventuali comportamenti a rischio, problematici o devianti.
Dall'analisi dei dati viene confermata la larga diffusione dell'alcol negli ambienti giovanili e la presenza di quote considerevoli di abusatori (il 72% degli intervistati ha dichiarato che nel proprio gruppo di amici si verificano episodi di abuso di alcol con notevole frequenza).
E' risultato altresì che il 39% del campione ha ammesso di guidare o aver guidato talvolta sotto l'effetto di sostanze alcoliche, e che gli effetti dannosi delle bevande alcoliche e superalcoliche sono ampiamente sottostimati.
Il 91,3% del campione ha ammesso di aver utilizzato alcol in maniera continuativa o occasionale, il 73% di aver bevuto in particolare superalcolici.
E' emerso dalla ricerca che l'iniziazione all'alcol avviene in età precocissima, nel periodo infantile e preadolescenziale (a partire dai 10 anni), e che molto spesso sono proprio le famiglie ad incoraggiare l'uso precoce di bevande alcoliche, nell'errata convinzione che questi prodotti così legati alle tradizioni della nostra terra siano innocui. Tra i 12 e i 13 anni 44 soggetti del campione hanno dichiarato di aver già consumato vino o birra, ma l'età in cui più frequentemente si ha il primo contatto con l'alcol è compresa tra i 15 e i 16 anni.

3.7.1. Contributo originale della Regione Emilia Romagna

PROGETTO "ALCOL E LAVORO" LA PERCEZIONE DEI RISCHI ALCOLCORRELATI TRA I LAVORATORI: DALLA RICERCA ALL'INTERVENTO

PREMESSA

Il **Servizio Dipendenze Patologiche** (Ser.T) ed il **Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro** (SPSAL) dei distretti di Sassuolo e Pavullo dell'AUSL di Modena, gli **Enti locali** dei rispettivi territori (14 Comuni) insieme alle realtà del **volontariato sociale** ed in collaborazione con il **Servizio Epidemiologia**, hanno realizzato un progetto di prevenzione dei problemi alcolcorrelati che ha raggiunto il mondo del lavoro, attraverso una ricerca-intervento svolta nelle Aziende più rappresentative del territorio.
Questa campagna di prevenzione ha tratto spunto dalle linee-guida **dell'Organizzazione Mondiale della Sanità** e del **Piano d'Azione Europeo sull'Alcol** che hanno quale obiettivo di promuovere, in ambienti pubblici, privati e di lavoro, la riduzione dei consumi e degli effetti negativi dell'alcol sulla salute del singolo consumatore e dell'intera comunità.
Inoltre la recente ***legge 30 marzo 2001, n. 125, legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati,*** ha introdotto alcune novità davvero rilevanti nel campo della sicurezza sul lavoro in riferimento al tema alcol, incoraggiando ricerca, formazione, recupero, reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti con problemi di questo genere.
Gli incidenti stradali e domestici, gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali e le loro conseguenze in termini di costi sociosanitari e di qualità della vita, costituiscono un problema prioritario per la sanità pubblica.
In Italia non esiste un sistema di monitoraggio sull'impatto che l'uso di sostanze psicoattive ha sulla sicurezza nei luoghi di lavoro. I dati cui è possibile far riferimento sono quelli di altri Paesi europei, oppure le stime **dell'Organizzazione Mondiale della Sanità**. Secondo questo organismo almeno il 10% degli infortuni sul lavoro ha come causa l'uso di bevande alcoliche.
In particolare nell'anno 2003, nel territorio del Distretto di Sassuolo si sono verificati 4.820 infortuni sul lavoro (di cui 4 mortali); secondo questi calcoli, quindi, la quota attribuibile, anche solo come concausa, all'uso di bevande alcoliche va da 482 a 1.446.

Il progetto poliennale dal titolo **"Alcol e Lavoro"** nasce da questi presupposti e dalle constatazioni che:

- secondo la recente letteratura (P. M. Roman, T. C. Blum, 2002) la maggior parte degli individui adulti, a rischio per problemi legati all'alcol, svolge un'attività lavorativa;
- si stima che in **Italia** circa 38 milioni di persone, il 77,3% della popolazione in età superiore ai 14 anni, consumano bevande alcoliche, l'85,4% degli uomini e il 69,8% delle donne;
- il tasso di occupazione **regionale**, se si considera la classe di età 15-64 anni, è del 66,4%;
- la dimensione dei problemi alcolcorrelati e dell'alcolismo nel nostro territorio risulta rilevante; si stima, sulla base dei dati nazionali, che in **Provincia di Modena** vi siano circa 400.000 consumatori di bevande alcoliche di cui almeno il 10% è

costituito da bevitori problematici con alto indice di rischio per la salute e circa il 2-3% da alcolisti;

- ❖ i **centri alcologici** istituiti dall'**AUSL di Modena**, operativi in tutti i distretti sanitari, hanno svolto, nel corso del 2002, consulenze e trattamenti terapeutici e riabilitativi rivolti a 450 persone con disturbo di abuso e/o dipendenza da alcol di cui almeno il 60% si è rilevato mantenere un'attività lavorativa.

IL PROGETTO

DESTINATARI:

POPOLAZIONE DEL TERRITORIO IN ATTIVITÀ LAVORATIVA:

- AZIENDE RAPPRESENTATIVE DEL CONTESTO PRODUTTIVO LOCALE (settore ceramico, metalmeccanico, alimentare, materie plastiche, servizi)
- PICCOLE IMPRESE ARTIGIANE (settore edile e autotrasporti)

FINALITÀ:

- ➢ RIDUZIONE (sia del numero che della gravità) DELLE PROBLEMATICHE ALCOLCORRELATE (PAC) NEL TERRITORIO
- ➢ RINFORZO ALLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE DEI PAC ATTRAVERSO UN SISTEMA DI RETE CON ENTI LOCALI E GRUPPI DI AUTO-MUTUO AIUTO

OBIETTIVI:

- ➢ COSTRUIRE UN **GRUPPO DI PROGETTO IN OGNI AZIENDA COINVOLTA**, attraverso attività di **FORMAZIONE** diretta a QUADRI, DIRIGENTI, MEDICI COMPETENTI, RSPP, RLS e RSU, che possa gestire le situazioni problematiche eventualmente presenti nell'ambiente di lavoro e possa dare un seguito all'opera di prevenzione, iniziata dai Servizi, tenendo viva l'attenzione sul tema.
- ➢ **RILEVARE OPINIONI E COMPORTAMENTI RELATIVI AD ALCOL E LAVORO** per migliorare le conoscenze in merito al problema nel territorio.
- ➢ **COINVOLGERE MEDICO COMPETENTE E RLS**, figure chiave nella prevenzione alcologica, monitoraggio e gestione delle problematiche alcolcorrelate nei luoghi di lavoro.
- ➢ **SENSIBILIZZARE I LAVORATORI** sui rischi connessi all'assunzione di bevande alcoliche, sia durante l'attività lavorativa che extralavorativa, nell'ottica di migliorare la qualità della vita individuale e collettiva.

- **FAVORIRE LA RIDUZIONE**, attraverso la limitazione dei consumi alcolici, del rischio di infortuni sul lavoro, incidenti stradali e domestici e l'insorgere o l'aggravarsi di patologie correlate all'uso di alcol.

- **FACILITARE L'ACCESSO AI SERVIZI** dei lavoratori con problematiche alcolcorrelate e dei loro familiari, rendendo visibili le risorse in campo alcologico presenti nel territorio.

- **PROMUOVERE UN AMPLIAMENTO DELLE CONOSCENZE** della popolazione in età lavorativa in relazione alla **LEGISLAZIONE** vigente.

- **PROMUOVERE LA CAMPAGNA INFORMATIVA E PREVENTIVA "ALCOL...MENO È MEGLIO"** diretta al territorio sugli effetti del bere.

MATERIALI E METODI

- COSTITUZIONE GRUPPO TECNICO AZIENDALE (RSPP, DIRIGENZA, MEDICO COMPETENTE, RLS, RSU)

- SCHEDA TECNICA per la rilevazione dei dati organizzativi dell'Azienda.

- INTERVISTA SEMI-STUTTURATA somministrata da uno psicologo dell'équipe di progetto ad un campione di quadri (con attenzione particolare al coinvolgimento, in questa prima fase, dei dirigenti, dei rappresentanti sindacali, del medico competente e dei capi reparto) per la rilevazione di opinioni ed atteggiamenti relativi alla loro percezione del fenomeno in azienda.

- QUESTIONARIO DELLA SALUTE somministrato a tutti i lavoratori sull'auto-percezione della salute, sui consumi di alcol nonché su opinioni e conoscenze rispetto al tema alcol e lavoro, alcol e guida, alcol e legislazione.

- CORSO FORMATIVO rivolto al gruppo di progetto aziendale della durata di tre ore (per gruppi di max 40 persone) che prevedeva oltre alle informazioni sull'alcol quale fattore di rischio, una fase di apprendimento di nuove strategie di intervento con la tecnica del *problem solving*.

- INCONTRI INFORMATIVI tenuti dall'équipe di progetto rivolti a tutti i lavoratori (1 ora e mezza per gruppi di max 60 persone) sui temi delle problematiche alcolcorrelate e, in specifico, negli ambienti di lavoro.

- DISTRIBUZIONE MATERIALE INFORMATIVO (opuscolo creato ad hoc "Alcol...meno è meglio" e locandine da affiggere)

- PROTOCOLLI CONCLUSIVI da consegnare alle aziende contenenti procedure operative per la gestione interna di situazioni problematiche alcolcorrelate.

RISULTATI

Sono state coinvolte 20 Aziende (17 delle quali di dimensione superiore ai 100 addetti) di diversi settori produttivi, dislocate nei distretti di Sassuolo e Pavullo dell'AUSL di Modena. Complessivamente sono stati raggiunti 5.200 lavoratori.

Soltanto per tre aziende non sono attuati tutti gli interventi e le fasi previste dal programma, per problematiche organizzative e gestionali.

Nello specifico hanno aderito:

- Ferrari, Elettronica Cimone, Barbieri & Tarozzi, Italtractor (settore metalmeccanico)
- Marazzi, Ragno, Gruppo Ricchetti (Cisa-Cerdisa), Emilceramica, Mirage, Ceramiche Serra, GoldArt, Tempra, Solarte (settore ceramico)
- L.A.R. (materie plastiche)
- S.A.T. (servizi)
- Valle del Leo (settore alimentare)

Sono stati realizzati 114 incontri all'interno delle Aziende, considerando la fase preliminare di contatto con i rappresentanti sindacali e la direzione aziendale (incontri separati) per la presentazione del progetto, la fase di ricerca propedeutica agli interventi e di prima sensibilizzazione, e gli incontri formativi e informativi.

La fase di ricerca ha permesso di raccogliere 168 interviste semi-strutturate (21 domande prevalentemente aperte) somministrate a figure chiave e a quadri/dirigenti ricoprenti ruoli di responsabilità all'interno dell'azienda (della durata di 30 minuti ciascuna). Questa fase, che ha preceduto gli interventi di prevenzione, ha rappresentato un primo momento di sensibilizzazione dei lavoratori e ha permesso di ridurre la diffidenza rispetto al tema e di favorire un maggior coinvolgimento nella partecipazione al progetto.

Sono stati raccolti 1.043 questionari della salute, in forma anonima, autosomministrati in momenti precedenti l'intervento con l'ausilio dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), che hanno prodotto interessanti risultati.

Inoltre, un campione di 372 lavoratori ha partecipato alla fase di valutazione degli interventi dandoci un feed-back rispetto all'utilità percepita del programma di prevenzione alcologica negli ambienti di lavoro, riguardo le esigenze informative e le modificazioni degli stili di vita.

Tra i risultati più significativi tratti dall'**analisi delle interviste** al campione selezionato, a livello descrittivo:
Il 50,6% degli addetti ritiene che il problema legato al consumo di alcolici nel territorio sia presente, il 24,4% grave ed il 4,2% una vera emergenza, contro il 9, 5% che lo ritiene un problema trascurabile.
Il 100% del campione considera il consumo di alcolici un **fattore di rischio** negli ambienti di lavoro e il 97,6% ritiene che la conseguenza più probabile sia rappresentato dal verificarsi di un infortunio lavorativo.
Un quarto del campione intervistato (25,6%) considera l'alcol responsabile di almeno il 10% degli infortuni.

Il 32,7% del campione ritiene che l'alcol influenzi le assenze/malattie dal lavoro in una percentuale superiore al 10% del totale.
L'8,3% è a conoscenza di infortuni avvenuti in azienda nell'ultimo anno presumibilmente alcolcorrelati.
Il 23,2% dice di essere stato chiamato ad intervenire per gestire situazioni problematiche legate al consumo di alcolici, nell'adempimento delle proprie mansioni.
Il 33% del campione ritiene che nella propria azienda il numero di lavoratori che presenta qualche problema legato agli alcolici rappresenti più del 5% del totale.
Il 2,4% dei lavoratori ritiene che per la legislazione vigente sia permesso bere alcolici negli ambienti di lavoro ed il 43,4% dichiara di non avere ricevuto informazioni dall'azienda rispetto a questo.
Il 38% dice di avere visto persone consumare alcolici durante l'attività lavorativa, condotta che non sembra così inusuale.
Per quanto riguarda la conoscenza delle strutture del territorio che possano aiutare chi è in difficoltà per problemi legati all'alcol risulta che il 34,5% del campione non sappia se esistono strutture ad hoc nella propria zona, il 15,5% afferma che non ve ne siano ed il 50% ne conosce qualcuna, con particolare riferimento ai gruppi di auto-mutuo aiuto.
Dovendo individuare una strategia utile a contrastare il fenomeno alcol e a migliorare gli stili di vita negli ambienti di lavoro, il 60,7% del campione indica *l'informazione sui pericoli dell'alcol* come la più efficace ed il 31,5% ritiene utile attivare programmi di prevenzione.

Dall'analisi statistica dei **questionari della salute** i dati più significativi risultano essere relativi alle abitudini rispetto al consumo di alcolici con particolare riferimento alla guida e al lavoro.
Su di un campione di 1.029 soggetti (628 maschi, 401 femmine), di cui il 77,9% è costituito da operai con bassa scolarità (classi di età più rappresentate: di 30-39 e 40-49 anni) il 45% dei lavoratori ritiene che l'entità del rischio di infortuni alcolcorrelati sia molto elevata ed il 42% che sia elevata, dimostrando una buona percezione del problema.
Per quanto riguarda la percezione del rischio del consumo di alcolici per la salute individuale, la maggioranza dei soggetti riconosce che l'alcol possa fare male ma il 37,4% solo a dosi eccessive; in particolare soggetti di età inferiore ai 30 anni rispondono alla domanda sull'entità del rischio con "solo in dosi eccessive" in misura maggiore rispetto alle altre classi di età.
Viene considerato significativo ma meno rilevante rispetto agli infortuni il peso dell'alcol come fattore di rischio per quanto riguarda le assenze dal lavoro e le malattie professionali.
Rispetto ai consumi, in linea con i dati nazionali, è emerso come il 70,3% del campione dichiari di aver consumato bevande alcoliche nei tre mesi precedenti la compilazione del questionario ed il 54,2% si definisca *consumatore occasionale* rispetto alla modalità del bere.
Il tipo di bevanda alcolica più consumata rimane il vino; le differenze sostanziali tra classi di età riguardano solo il consumo di birra e superalcolici. Da rimarcare il primato della birra tra i maschi al di sotto dei 30 anni e la sostanziale parità tra uomini e donne, nella stessa fascia di età, per il consumo di superalcolici.
Il 91,7% dei lavoratori è a conoscenza che, per la legislazione vigente, è fatto divieto di consumare bevande alcoliche sul posto di lavoro.
Il 24% del campione dichiara di aver bevuto alcolici nelle due ore precedenti l'attività lavorativa, con una media di 2,01 unità alcoliche ingerite.
Nonostante la percezione dell'elevata entità del rischio dell'associazione alcol e lavoro dichiarata, il consumo di alcolici, in particolare nella pausa pranzo e nelle ore

immediatamente precedenti l'inizio del turno lavorativo, rimane un'abitudine diffusa (un quarto del campione).

Per quanto riguarda la **valutazione** dell'utilità personale degli interventi di prevenzione è emerso che per il 53,2% sono stati molto utili e per il 16,1% lo sono stati moltissimo, per il 24,2% sono stati abbastanza utili e soltanto per il 6,4% del campione sono risultati poco utili.
Nel 73% dei casi il lavoratore pensa siano stati utili per l'azienda da molto a moltissimo.
Nel diminuire i consumi alcolici essi sono ritenuti abbastanza utili dal 37,1%, molto utili dal 38,7% fino ad arrivare a moltissimo nell'11,3% dei casi.
Il 98,4% del campione ritiene importante proseguire l'attività di prevenzione nell'ambiente di lavoro.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Alla luce dell'esperienza poliennale e dei risultati emersi dall'indagine, emerge come la RICERCA-INTERVENTO possa rappresentare un utile strumento di prevenzione alcologica nella realtà lavorativa.

- Attuare una **ricerca** sul territorio ci ha permesso di raccogliere importanti informazioni per ampliare le conoscenze relative agli stili di vita dei lavoratori.
  Ci ha consentito, inoltre, di attuare un intervento propedeutico agli incontri di formazione-informazione, rendendo il clima aziendale aperto e disponibile ad affrontare le fasi successive, garantendo una prima forma di sensibilizzazione degli addetti con ruoli chiave nella gestione di risorse umane.
  Abbiamo rilevato, nelle prime fasi della ricerca, come i responsabili di reparto, intervistati sulla loro percezione del problema e sulle loro conoscenze, siano stati più disponibili a rivelarsi, rispetto ad una prima posizione pregiudizievole avvertita talvolta negli incontri preliminari. Abbiamo incontrato le prevedibili resistenze nell'affrontare un tema personale che richiedeva l'esplicitazione delle proprie opinioni e del proprio soggettivo rapporto con l'alcol nell'ambiente lavorativo ma, al tempo stesso, una buona percezione di base dell'alcol quale fattore di rischio.
  La difficoltà incontrata, su cui siamo intervenuti, ha riguardato la possibilità di riportare sul piano della concretezza un problema che veniva percepito in modo astratto e non calato nella realtà aziendale.
- Nella fase di formazione sono emerse esigenze di acquisizione di mezzi, tecniche e strategie, adattate alle diverse realtà aziendali (linee-guida, protocolli, procedure), per intervenire su eventuali situazioni critiche.
  Essa ha permesso di definire ruoli, funzioni e modelli operativi di riferimento per operare e mantenere nell'azienda un'efficace azione di prevenzione dei PAC.
- Durante l'informazione-sensibilizzazione si è rilevato un interesse particolare per le caratteristiche e gli effetti dell'alcol riferiti agli ambienti di lavoro (alcol e sostanze tossiche) e gli aspetti legislativi (responsabilità civili e penali dei referenti responsabili e dell'azienda nella gestione della normativa vigente in materia).
- La partecipazione è risultata soddisfacente, tenuto conto anche delle difficoltà legate all'organizzazione del lavoro (turnazione).
- Importante il coinvolgimento di RLS e RSU nella divulgazione delle iniziative di prevenzione tra i lavoratori, nella distribuzione dei questionari e nel favorire la partecipazione dei lavoratori, dissipando eventuali perplessità relative al tema.

- È emersa l'importanza di un maggior coinvolgimento del medico competente in tema di prevenzione alcologica, talvolta poco visibile e scarsamente percepito dai lavoratori interrogati su questi temi.
- Il sistema dei servizi è risultato rafforzato dal lavoro di rete, con un maggior coinvolgimento della comunità locale (enti locali, associazioni di volontariato).
- Si è inoltre registrato, nella fase di valutazione prevista negli incontri con i lavoratori, una significativa richiesta di dare continuità all'attività di prevenzione avviata.
- L'esperienza svolta ha consentito di facilitare l'accesso e l'invio ai servizi alcologici, pubblici e del privato sociale, per consulenze ai lavoratori e/o loro familiari.
- Ci interroghiamo sull'utilità di attuare un follow-up, utilizzando la formula del re-test, per avvalorare, statisticamente, alcune rilevazioni descrittive su ampliamento di conoscenze ed incremento della percezione del rischio individuale e collettivo del consumo di alcolici al lavoro.
- Si valuta inoltre utile programmare incontri di verifica e momenti di aggiornamento, diretti ai costituiti gruppi di progetto aziendale, al fine di sostenere la loro azione preventiva da svolgere con continuità all'interno degli ambienti di lavoro.

BIBLIOGRAFIA

- *AA. VV.(1994).* Piano per la riduzione dei consumi del 25% entro il 2000, *Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati, Trento.*

- Noventa A., Zanelli R. (1998). Alcol e lavoro, in: Professione sanità pubblica e medicina pratica, 10.

- *O.M.S. (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 "Health for all, *in: Bollettino farmacodipendenze e alcolismo, XXI, 1 (11-20).*

- *Patussi V.*, Terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, *Genova 28-30 Novembre 2000.*

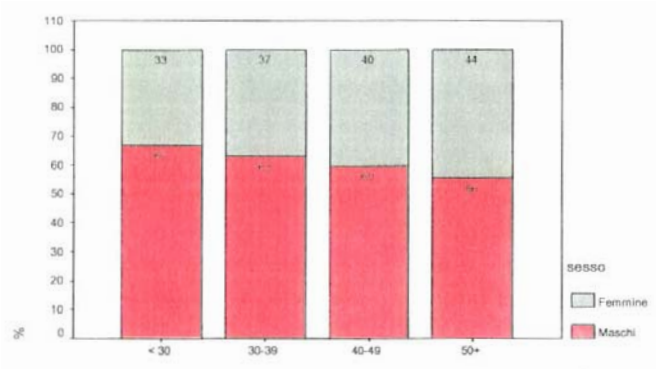
- *Roman, P. M., Blum T. C. (2002).* The Workplace and Alcohol Problem Prevention

- *Vetere C. (a cura di) (1998).* L'Unione Europea e le Politiche sull'Alcol, *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, Anno XXI 1998, suppl. al n. 1 (70-73).*

- *WHO (2000).* Piano d'Azione Europeo sull'Alcol 2000-2005, *Copenaghen.*

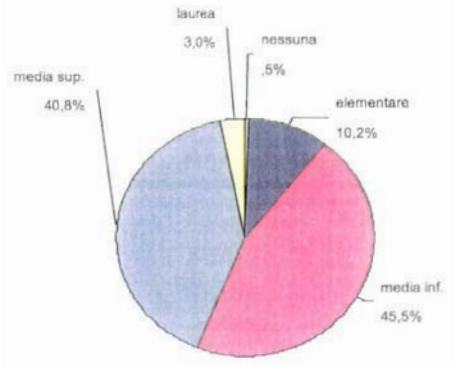
IL FATTORE DI RISCHIO ALCOL NEGLI STILI DI VITA DEI LAVORATORI: I RISULTATI DI UN'INDAGINE

Riportiamo l'analisi preliminare dei dati riportati in 1.043 "questionari della salute" raccolti nel periodo gennaio 2002 gennaio 2004 in 12 stabilimenti (9 situati nel distretto di Sassuolo e 3 nel distretto di Pavullo).
Il campione è composto dagli addetti di alcune aziende che hanno aderito al progetto di ricerca-intervento per la prevenzione delle problematiche alcolcorrelate negli ambienti di lavoro, realizzato da Servizio Dipendenze Patologiche e Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro dei distretti sanitari di Sassuolo e Pavullo (Area Sud AUSL di Modena), in collaborazione con i Comuni ed il Servizio Epidemiologia. Esso è costituito da 628 maschi (61,03%) e 401 femmine (38,57%) così distribuiti per classi di età:



La componente maschile è maggiormente rappresentata in tutte le classi di età, anche se il divario decresce all'aumentare dell'età fino a diventare minimo nella classe 50 anni e oltre. Le classi di età più rappresentate sono quelle da 30-39 e 40-49 anni.

La distribuzione per scolarità è così rappresentata:



Il campione, per quanto riguarda la professione, è costituito da operai per il 77,9%.
Rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta, complessivamente i fumatori rappresentano il 41,3 % del campione e sono in maggioranza rispetto a coloro che non hanno mai fumato (37,6%) e agli ex-fumatori (21,1). Tra le donne è maggiore la quota di non fumatrici e considerevolmente minore la quota di ex-fumatrici. La proporzione di donne fumatrici è solo lievemente inferiore rispetto a quella degli uomini.
Tra i giovani di età inferiore ai 30 anni, il 49% è costituito da fumatori, mentre la quota di ex-fumatori aumenta con l'età.
La maggior parte del campione di lavoratori non esegue esercizio fisico (52,3%) o lo esegue 1-2 gg. /sett. (28,4%), solo il 20% circa svolge attività fisica almeno 3 gg. alla settimana con una prevalenza maschile (e giovanile).
92 lavoratori su 1.024 (9%) dichiarano di aver avuto almeno un infortunio nel corso dell'ultimo anno. Non c'è differenza tra i due sessi. La classe di età < 30 mostra una percentuale più elevata, al limite della significatività statistica, di infortuni.

Per quanto riguarda la percezione dell'alcol come fattore di rischio per la salute, la maggioranza dei soggetti riconosce che l'alcol possa fare male e il 36,4% però solo a "dosi eccessive".
La percezione del rischio è uguale tra i due sessi, mentre c'è differenza significativa tra le diverse fasce di età: *tra i giovani la quota del "rischio a dosi eccessive" è maggiore rispetto alle altre classi.*
Il 51,4% del campione riferisce di conoscere persone con problemi legati all'alcol tra familiari, amici e colleghi di lavoro.

Rispetto alle conoscenze relative all'impatto che un uso/abuso di alcolici può avere sullo stato di salute, risulta che le malattie del fegato siano maggiormente riconosciute come possibili conseguenze (solo il 3% ritiene l'alcol quasi ininfluente). Anche la dipendenza viene riconosciuta come possibile effetto, mentre altre patologie (tumori, malattie del cavo orale, disturbi sessuali) vengono attribuite all'alcol in misura minore.

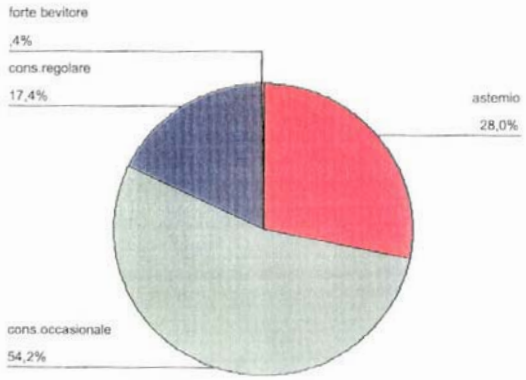
Alcol e Lavoro

L'entità del rischio da uso di alcolici sul lavoro è percepita come molto elevata nel 45% dei casi, elevata nel 42%, media nel 7% e moderata/lieve nel 6% del campione.
Indagando la percezione dell'entità del peso dei consumi alcolici in relazione ad assenze dal lavoro, infortuni, malattie professionali emerge che: il 35,4% dei lavoratori ritiene che per le assenze il consumo di alcolici sia *abbastanza* influente, il 29,2 % *molto* influente, il 12,9% *moltissimo*. Per quanto riguarda gli infortuni la maggioranza del campione ritiene che l'alcol sia rilevante come fattore causale (il 46,5% risponde moltissimo, il 31,2 molto ed il 16,3% abbastanza). Relativamente alle malattie professionali, la metà del campione ritiene che come fattore di rischio l'alcol sia poco influente.

Nella valutazione qualitativa della quota di efficacia di varie misure preventive rispetto al problema alcol negli ambienti di lavoro, è risultato significativo vietare l'uso di alcolici (misura già prevista dalla legge ma di cui i lavoratori sottolineano l'importanza) poiché il 71,4% dei casi lo ha indicato come misura utile da *molto a moltissimo*. Effettuare controlli del tasso alcolimetrico è stato considerato molto efficace nel 63% dei casi.
Il 68,5% del campione ritiene molto utile attivare programmi di prevenzione ed il 74,1% ha indicato come importante azione preventiva l'informazione sui pericoli dell'alcol.

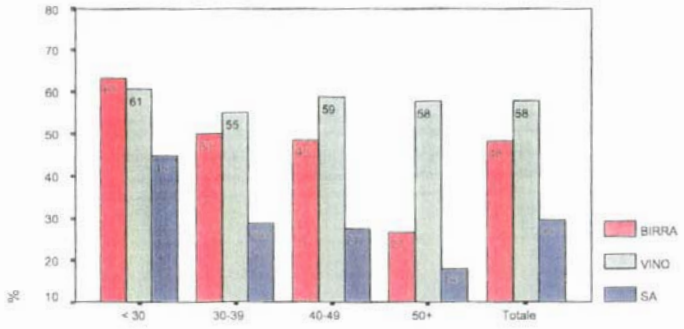
Consumi alcolici

Il 70,3% dei soggetti ha consumato bevande alcoliche negli ultimi tre mesi (in linea con i dati nazionali), il 5% dichiara di aver bevuto in passato ed il 24,8% di non avere bevuto.
Nel grafico la distribuzione di come si definisce il campione rispetto alla modalità del bere:



Gli uomini consumano alcolici significativamente più delle donne, ma nella classe di età più giovane la differenza si attenua, sino a divenire non significativa.
Complessivamente c'è una relazione inversamente proporzionale tra abitudine all'alcol e classi di età. Considerando anche la variabile sesso si evidenzia come le differenze siano minime nei maschi, divenendo non significative, mentre sono maggiori tra le femmine.

Il tipo di bevanda alcolica più consumata rimane il vino, con il primato della birra nei giovani (età inferiore ai 30 anni):



Le differenze sostanziali tra classi di età riguardano solo il consumo di birra e superalcolici. Da rimarcare il primato della birra tra i maschi al di sotto dei 30 anni e la sostanziale parità tra uomini e donne, nella stessa fascia di età, per il consumo di superalcolici.

Calcolando l'indice di rischio per la salute in base ai consumi alcolici settimanali, come indicato dall'O.M.S., è risultato come complessivamente il 6,3% e il 2,4% dei soggetti presentino un livello di rischio "allarme" e "alto" rispettivamente.
Differenze significative tra classi di età si evidenziano solo per i livelli di rischio basso e nullo, con l'eccezione delle donne di 40-49 anni che hanno una quota maggiore di "allarme".

Rispetto agli atteggiamenti relativi alla guida, il 21,3% del campione dichiara di avere bevuto prima di mettersi alla guida nell'ultimo anno e di questo il 29,8% dichiara di aver guidato pensando di avere bevuto troppo.

L'indagine sulla conoscenza della legislazione vigente ha fatto emergere come il 9,7% non conosca il divieto di bere alcolici sul posto di lavoro.
Il 91,7% dichiara che non è permesso consumare bevande alcoliche nell'azienda.

Consumare alcolici prima di intraprendere un'attività lavorativa (nelle due ore precedenti) risulta essere usuale per il 24% del campione, con una media di 2,01 unità alcoliche consumate (moda=1; valore massimo=9).
Interessante il fatto che la percezione della pericolosità del consumare alcolici sul posto di lavoro sia in generale significativa, mentre un quarto del campione usualmente ingerisce alcolici nelle due ore precedenti. Comunque, la frazione di lavoratori che ha bevuto nelle due ore precedenti è significativamente minore tra coloro che dichiarano che l'uso di alcolici sul posto di lavoro è fonte di rischio elevato o molto elevato.

3.7.2. Contributo originale della Regione Calabria



PROGETTO

SCENDE LA NOTTE

Settembre 2003 – marzo 2004

Introduzione

Il Ser.T. (Servizio per le Tossicodipendenze) dell'A.S. n.7 di Catanzaro, sotto la supervisione del Direttore Dott. Bernardo Grande con il progetto "Scende la Notte" - finanziato ai sensi della legge 45/99 FNLD anno 2001 - ha inteso esplorare il mondo della notte, discoteche e locali notturni di maggiore tendenza della città di Catanzaro e della Costa Jonica compresa tra Botricello e Roccelletta di Borgia, avvalendosi della collaborazione della Cooperativa Sociale Zarapoti ar.l. Onlus di Catanzaro già convenzionata con l'A.S. n. 7 per la gestione del Servizio di prevenzione Unità di Strada.

L'obiettivo primario è stato quello di promuovere tra i giovani, attraverso un contatto diretto nei loro contesti di aggregazione, maggiore consapevolezza e attenzione sui danni derivanti dall'assunzione di bevande alcoliche e superalcoliche - spesso associate ad altre sostanze psicotrope - e sui rischi della guida in stato di alterazione alcolica - con interventi di prevenzione e di riduzione di tali comportamenti, volti anche a fornire nel corso della notte un punto di aiuto e di informazione per chi avesse problemi o difficoltà.

Destinatari del progetto "Scende la Notte" sono stati i giovani della Provincia di Catanzaro che compongono il cosiddetto popolo della notte, che ogni week-end riempie puntualmente discoteche, night club e pub.

L'attività, oltre che la divulgazione di materiale informativo (opuscoli, card e gadget promozionali), ha previsto anche una fase di ricerca/intervento e gli Operatori Gianfranco De Santis, Ampelio Anfosso, Fabio Corigliano e Oreste Feroleto della Cooperativa Sociale Zarapoti, si sono avvalsi nell'occasione di un questionario anonimo per monitorare il consumo di bevande alcoliche e di sostanze d'abuso, le abitudini e gli stili di vita dei giovani alla ricerca del "loisir" notturno.

Gli interventi sono stati attuati in stretta collaborazione con alcuni gestori maggiormente interessati all'iniziativa che hanno offerto la possibilità, all'interno dei loro locali, di usufruire di uno spazio idoneo munito di tavolo e sedie per la somministrazione dei questionari e la distribuzione di materiale informativo.

La mappatura

Prima di attivarsi operativamente, è stato utile visitare i luoghi in cui si è inteso intervenire al fine di raccogliere alcune informazioni.

Durante la prima fase dell'intervento, della durata di 5 mesi, è stata realizzata una indagine conoscitiva dei locali di maggiore affluenza giovanile.

E' stato indispensabile conoscere come era organizzato l'ambiente, le dimensioni del locale, le serate con maggiore affluenza, il tipo di clientela, l'atteggiamento della gestione e del personale.

La relazione con i titolari dei locali è stata, a tal fine, particolarmente curata, sia per sponsorizzare il progetto e farne conoscere gli obiettivi e le finalità, sia per verificare la praticabilità dell'uscita.

Le caratteristiche acquisite, hanno permesso di valutare possibili ostacoli che si potevano incontrare, il suo impatto in quello specifico ambiente, la localizzazione di una postazione interna (tavolo, sedie).

Tutte queste informazioni sono state raccolte e trascritte in schede a griglie opportunamente predisposte, sulle quali sono stati riportati i dati relativi ai locali (pub, discopub, discoteche) ritenuti maggiormente significativi per tipo e numero di frequentazioni.

I locali oggetto dell'intervento, ritenuti maggiormente significativi e i cui gestori si sono dimostrati particolarmente sensibili e disponibili all'iniziativa, sono stati:

ADESCOOT Pub	*Marcellinara - Catanzaro;*
ATMOSFERA Discoteca	*Roccelletta di Borgia - Catanzaro;*
DESIGUAL Pub	*Botricello – Catanzaro;*
EASTWOOD Pub	*S. Maria - Catanzaro;*
III MILLENNIO Discoteca	*Catanzaro;*
OLD PORTER Pub	*Catanzaro Lido;*
SIMON Pub	*Catanzaro;*
ORSO CATTIVO Pub	*Martelletto – Catanzaro.*

Per una visione complessiva del lavoro svolto si riportano qui di seguito le schede di resoconto della mappatura di tutti i locali del territorio considerato, con le tipologie, i flussi e gli orari di ritrovo.

Scheda di rilevazione
Pub – Discopub – Discoteche

Denominazione	*Via / Piazza*	*Tipologia ritrovo*	*Flusso / Orario*	
Irish Pub	*Via xx Settembre*	*pub*	*50/60*	*21.00/03.00*
Mallard	*Via xx Settembre*	*pub*	*70/80*	*21.30/02.30*
Valentino	*Via Lungomare (CZ Lido)*	*Discopub*	*90/150*	*22.00/03.00*
Iguana Pub	*Loc. Cavita*	*Discopub*	*50/70*	*21.30/02.00*
Orso Cattivo	*Loc. Martelletto*	*Discopub*	*150/200*	*21.30/03.00*
Heineken Pub	*Rione Fortuna (CZ Lido)*	*Discopub*	*150/200*	*22.00/04.00*
Little Pub	*NR*	*Discopub*	*NR*	

Il Barretto	Corso Mazzini	Discopub	NR	
Alexander	Via Lungomare (CZ Lido)	pub	40/50	20.30/02.00
Tonnina's	Via Squillace (CZ Lido)	pub	80/100	20.30/03.00
Mangianotte	Via Bellavista	pub	30/40	21.00/24.00
Old Porter	Via Lungomare (CZ Lido)	pub	70/80	20.30/03.00
Mahè	Via Indipendenza	pub	30/50	20.00/23.30
Simon Pub	Via Cavour	pub	50/70	21.00/24.00
Garage	Via De Gasperi	Discopub	80/200	09.00/24.00
Keope	Via Crotone (CZ Lido)	pub	80/100	21.00/24.00
Birreria degli Amici	Piazza Stocco	pub	30/40	21.00/24.00
Birreria degli Amici	Lungomare (zona porto)	pub	50/60	21.00/24.00
La Vecchia Tranvia	Piazza Falletti (CZ Sala)	pub	60/80	21.00/24.00
Fanny Blu	Via Scalfaro	pub	30/40	21.00/24.00
Girasole	Via Lucrezia della Valle	pub	80/90	20.30/24.00
Wine Bar	Corso Mazzini	pub	60/70	21.00/24.00
Regina di Cuori	Viale Emilia	pub	70/80	20.30/24.00
Desigual	Via Crotone (Botricello)	pub	70/80	20.30/24.00
Gavius	Via Laganosa (Roccelletta)	residence	NR	
Mathia's pub		pub	NR	
Eastwood	Santa Maria	discopub	70/80	20.30/24.00
Adescoot	Settingiano	Discopub	70/80	20.30/24.00
Zulabar	Corso Mazzini	Discopub	80/100	21.00/03.00
III^ Millennio	V.le Fortuna	Discoteca	500/1000	22.00/0500
Tangoo	Catanzaro Lido	Discoteca	500/1000	22.00/05.00
Atmosfera	Roccelletta di Borgia	Discoteca	500/1000	22.00/0600
No Mas	Martelletto	Discoteca	500/1000	22.00/0600

Gli strumenti

I gadget e i materiali informativi

Per promuovere al meglio l'iniziativa ed invogliare alla partecipazione i giovani sono stati predisposti dei gadget consistenti in magliette nere di varie misure con la scritta "no drink over" e un logo a forma di bersaglio con riportato il tasso alcolemico massimo consentito dall'attuale normativa e un segnalibro artisticamente colorato ed allegro con i simboli dell'A.S. n.7, della Regione Calabria, e degli Operatori di strada, il nome del progetto e la scala dei valori alcolemici. Per la prevenzione in senso più stretto sono stati invece predisposti degli opuscoli informativi sui danni ed i rischi derivanti dall'abuso di alcolici e dei numeri utili ai quali rivolgersi in caso di dubbi o per richieste di aiuto, insieme ad essi sono stati anche distribuiti dei pieghevoli sulle droghe in genere. Un altro

elemento importante è stata la "CARD" : si tratta di una piccola tessera che è stata consegnata a tutti i giovani che si sono sottoposti al test con l'etilometro

Gli strumenti di rilevazione

Il questionario

Il questionario, usato per monitorare il consumo di bevande alcoliche, di sostanze d'abuso, le abitudini e gli stili di vita dei giovani, rigorosamente anonimo, è composto da una parte anagrafica e da una seconda parte - con 13 item a domanda chiusa - per rilevare l'uso di bevande alcoliche e superalcoliche, i luoghi di consumo abituali, la frequenza d'uso, eventuali incidenti subiti a causa dell'alcol, l'associazione con altre sostanze, la consapevolezza o meno di trovarsi di fronte ad una "droga" ed il motivo che spinge a far abuso di alcolici. Per evitare espressioni di noia o indisponibilità degli intervistati lo strumento è stato contenuto in due sole pagine stampate fronte/retro.

L'etilometro

La vera innovazione di questo progetto è da individuarsi nell'utilizzo di uno specifico strumento di rilevazione - l'etilometro - che è servito ad accrescere e migliorare il servizio fino ad ora offerto nel campo della prevenzione ed informazione sui rischi derivanti dall'abuso di sostanze alcoliche.

Si tratta di un congegno portatile usato per la misura rapida ed affidabile (attraverso il respiro) della concentrazione alcolica nel sangue: il tasso alcolemico. Lo stesso è dotato di vaschette riutilizzabili e cannule usa e getta - queste ultime sono state preferite per l'occasione - ed il tasso rilevato dalla macchina, espresso in numeri decimali, può, se necessario, essere stampato.

Agli utenti che durante le numerose uscite notturne si sono sottoposti al test, è stata rilasciata una card riportante il valore rilevato e questa registrazione è servita come promemoria in caso di valori superiori o uguali a 0,5 (limite massimo di legge) da esibire ad un eventuale controllo delle autorità di polizia se il valore fosse risultato negativo.

I test con l'etilometro – sino ad oggi utilizzati dalle sole Forze dell'Ordine per il controllo e la sanzione della guida in stato di ebbrezza - sono stati, quindi, efficacemente utilizzati anche in ambito preventivo nei luoghi del divertimento, consentendo, in taluni casi di evidenti condizioni precarie, di sconsigliare la guida dell'autoveicolo al fine di evitare incidenti stradali più o meno gravi ed il rischio di ritiro della patente in caso di controlli da parte della Polizia stradale o dei Carabinieri.

La daily

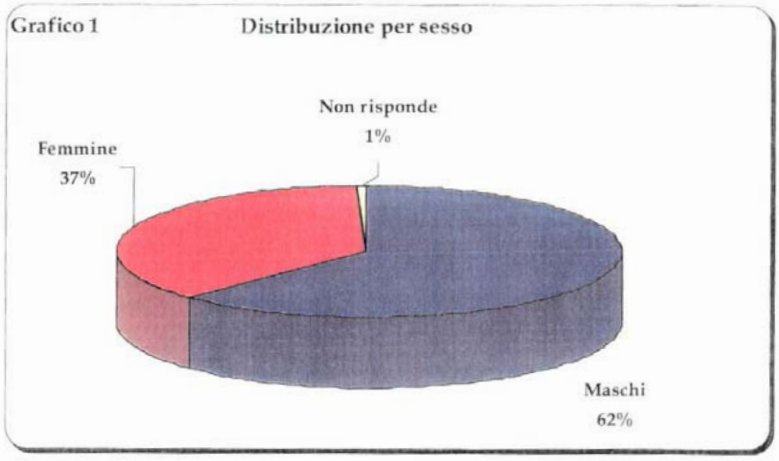
Si tratta di una scheda contenente il nome dell'operatore e la data di compilazione, che consente di quantificare in specifici riquadri, per ogni giornata di uscita/intervento, il numero dei contatti, il materiale distribuito ed il tipo di attività svolta.

I risultati del questionario

Sono stati somministrati 600 questionari ad un campione composto da soggetti di ambo i sessi; 18 questionari sono stati eliminati in fase di elaborazione perché non completamente compilati, con un tasso di riposta pari al 97% del totale(582).

Il gruppo degli intervistati è stato individuato con sistema random nei vari locali oggetto dell'intervento.

Del campione validato il 62,4% (363) sono maschi e il 37,1%(216) sono femmine; 3 non hanno specificato il sesso e nel contesto della rilevazione sono stati comunque calcolati ed eliminati solo nella fase di incrocio tra sesso ed altre variabili (grafico 1).

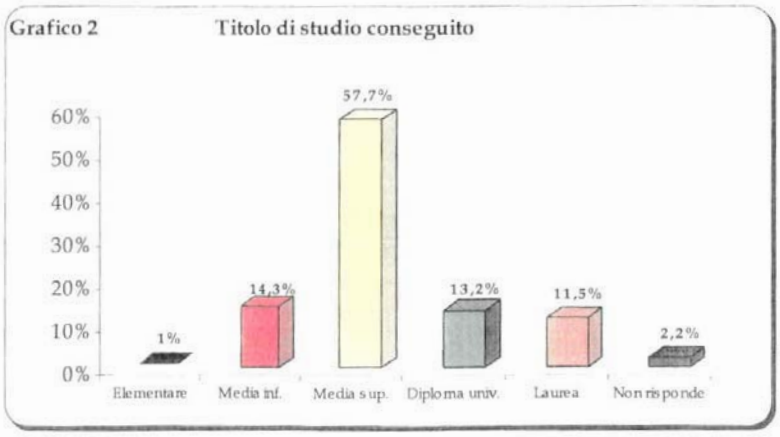


L'età del campione è compresa tra 14 e 40 anni con una maggiore concentrazione tra i 16 e i 30 anni (Tab. 1).

Tab. 1 **Distribuzione per età**

Età	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
14	7	1,2	1,2	1,2
15	11	1,9	1,9	3,1
16	29	5,0	5,0	8,1
17	22	3,8	3,8	11,9
18	20	3,4	3,4	15,3
19	36	6,2	6,2	21,5
20	41	7,0	7,0	28,5
21	35	6,0	6,0	34,5
22	52	8,9	8,9	43,5
23	45	7,7	7,7	51,2
24	49	8,4	8,4	59,6
25	43	7,4	7,4	67,0
26	26	4,5	4,5	71,5
27	29	5,0	5,0	76,5
28	28	4,8	4,8	81,3
29	21	3,6	3,6	84,9
30	16	2,7	2,7	87,6
31	8	1,4	1,4	89,0
32	6	1,0	1,0	90,0
33	19	3,3	3,3	93,3
34	2	,3	,3	93,6
35	8	1,4	1,4	95,0
36	4	,7	,7	95,7
37	5	,9	,9	96,6
38	10	1,7	1,7	98,3
40	4	,7	,7	99,0
Non risponde	6	1,0	1,0	100,0
Totale	582	100,0	100,0	

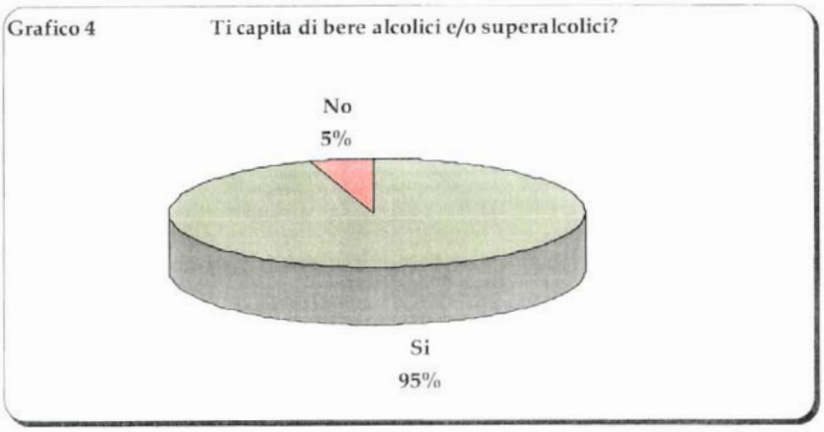
La maggior parte è in possesso di diploma di scuola media superiore (57,7%), gli altri sono suddivisi tra media inferiore (14,3%), diploma universitario (13,2%), laurea (11,5%), licenza elementare (1%) e il 2,2% non risponde (grafico 2).

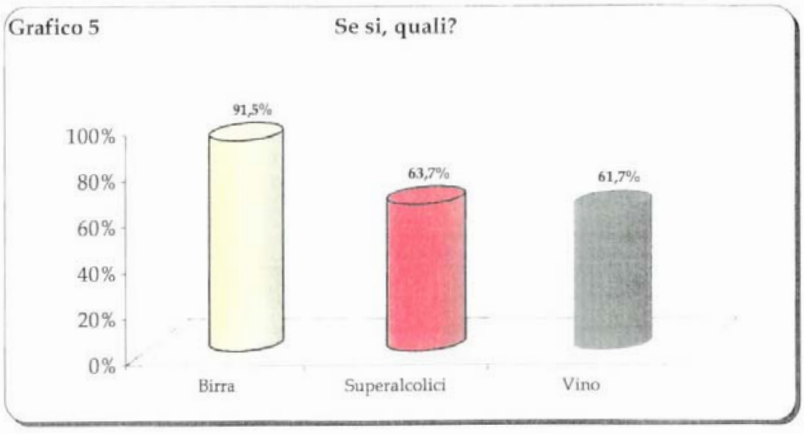


Il gruppo più numeroso si divide tra occupati (45,2%) e studenti (34%) (Grafico 3).



Il 95% afferma di bere alcolici e superalcolici, la bevanda di maggiore consumo risulta la birra (91,5%), seguita dai superalcolici (63,7%) e dal vino (61,7%) (Grafico 4; Grafico 5).





Sono soprattutto i maschi a far uso di bevande di ogni tipo con uno scarto maggiore nel vino ed i superalcolici.

Non si rileva, nel campione considerato, una grande differenza nella relazione tra età e consumo; infatti la distribuzione appare variegata e disomogenea, solo i 18enni mantengono un 90% di valore per tutte le bevande considerate.

Con l'aumentare del livello di scolarità aumenta il consumo di birra e di superalcolici, il vino, invece, mantiene una costante del 50% indipendentemente dal titolo di studio posseduto(Tab. 2; Tab.3; Tab.4).

Tab. 2

		Se si quali: Birra		
		Si	No	Totale
Titolo di Studio	Elementare	6	0	6
		100,0%	,0%	100,0%
	Media Inferiore	65	10	75
		86,7%	13,3%	100,0%
	Media Superiore	292	27	319
		91,5%	8,5%	100,0%
	Diploma Universitario	70	4	74
		94,6%	5,4%	100,0%
	Laurea	62	4	66
		93,9%	6,1%	100,0%
	Non risponde	11	2	13
		84,6%	15,4%	100,0%
Totale		506	47	553
		91,5%	8,5%	100,0%

Tab.3

		Se si quali: Vino		
		Si	No	Totale
Titolo di Studio	Elementare	4	2	6
		66,7%	33,3%	100,0%
	Media Inferiore	41	34	75
		54,7%	45,3%	100,0%
	Media Superiore	202	116	318
		63,5%	36,5%	100,0%
	Diploma Universitario	44	28	72
		61,1%	38,9%	100,0%
	Laurea	45	21	66
		68,2%	31,8%	100,0%
	Non risponde	5	8	13
		38,5%	61,5%	100,0%
Totale		341	209	550
		62,0%	38,0%	100,0%

tab.4

		Se si quali: Superalcolici		
		Si	No	Totale
Titolo di Studio	Elementare	4	2	6
		66,7%	33,3%	100,0%
	Media Inferiore	34	41	75
		45,3%	54,7%	100,0%
	Media Superiore	217	101	318
		68,2%	31,8%	100,0%
	Diploma Universitario	43	29	72
		59,7%	40,3%	100,0%
	Laurea	44	22	66
		66,7%	33,3%	100,0%
	Non risponde	10	3	13
		76,9%	23,1%	100,0%
Totale		352	198	550
		64,0%	36,0%	100,0%

L'incrocio tra le variabili consumo/età nel quale si è iniziato a far uso di bevande alcoliche fa emergere che i maschi iniziano (15/16 anni) prima delle femmine (dopo i 17) per la birra e il vino e ambedue iniziano dopo i 17 anni con i superalcolici (Tab.5; Tab.6; Tab.7).

Tab. 5

% entro Sesso

		A quanti anni hai cominciato a bere birra?					
		Prima dei 10 anni	11-12 anni	13-14 anni	15-16 anni	Dopo i 17 anni	Totale
Sesso	Maschio	9,9%	13,0%	19,0%	31,3%	26,8%	100,0%
	Femmina	1,8%	10,0%	19,4%	24,1%	44,7%	100,0%
	Non risponde		33,3%		66,7%		100,0%
Totale		6,8%	12,0%	19,0%	28,9%	33,3%	100,0%

Tab. 6

% entro Sesso

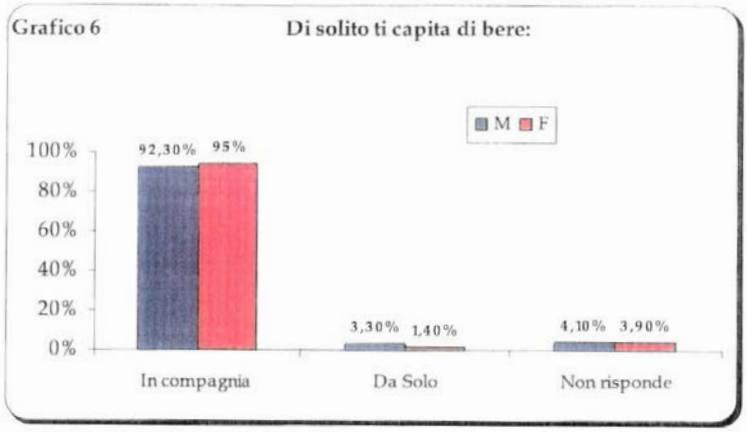
		A quanti anni hai cominciato a bere Vino?					
		Prima del 10 anni	11-12 anni	13-14 anni	15-16 anni	Dopo i 17 anni	Totale
Sesso	Maschio	12,9%	16,0%	16,8%	29,8%	26,8%	100,0%
	Femmina	1,8%	16,6%	19,8%	24,7%	55,2%	100,0%
	Non risponde		33,3%		66,7%	33,3%	100,0%
Totale		6,8%	12,6%	19,6%	28,9%	38,3%	100,0%

tab. 7

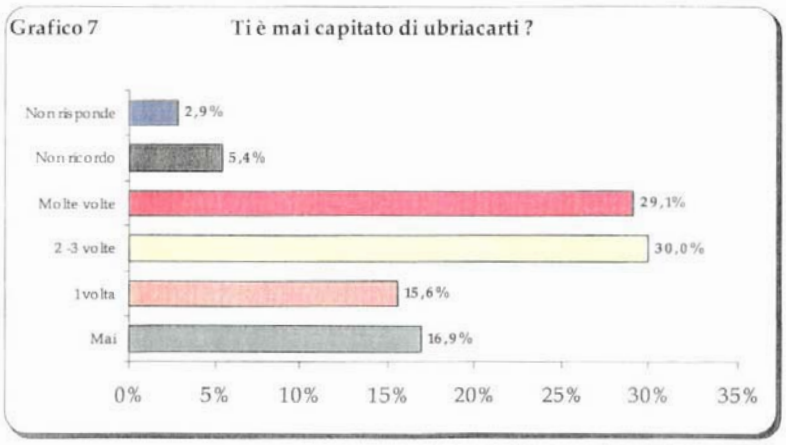
Statistiche: % entro Sesso

Sesso	A quanti anni hai cominciato a bere superalcolici?					Totale
	Prima dei 10 anni	11-12 anni	13-14 anni	15-16 anni	Dopo i 17 anni	
Maschio	2,3%	9,8%	19,6%	23,8%	44,4%	100,0%
Femmina	,9%		15,0%	25,2%	58,9%	100,0%
Non risponde		66,7%			33,3%	100,0%
Totale	1,9%	7,1%	17,9%	24,1%	49,1%	100,0%

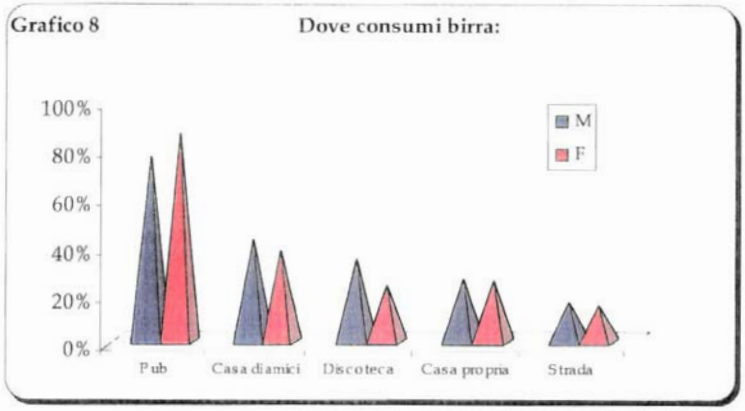
Non si evidenzia alcuna differenza tra i sessi sulle modalità di consumo, infatti la maggior parte preferisce bere in compagnia (92,9%) (Grafico 6).

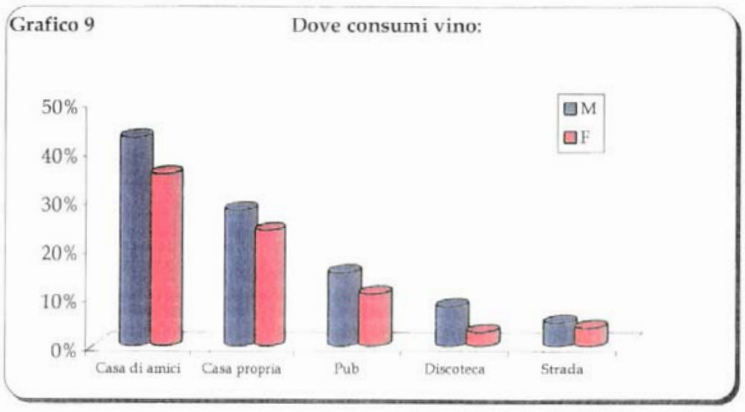


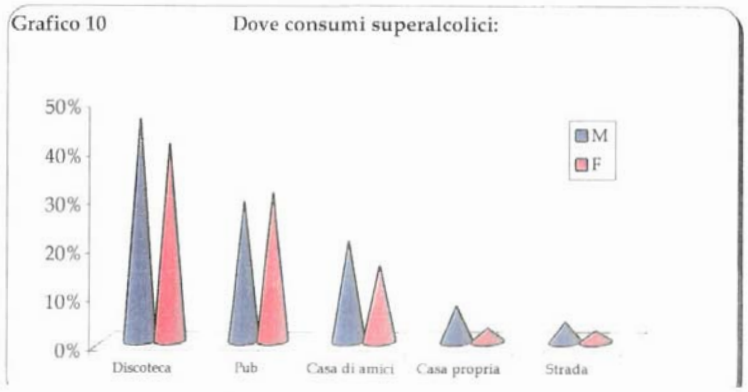
Tra chi si è ubriacato 2/3 volte e chi invece "molte volte" si raggiunge una percentuale del 59,1% (Grafico 7).



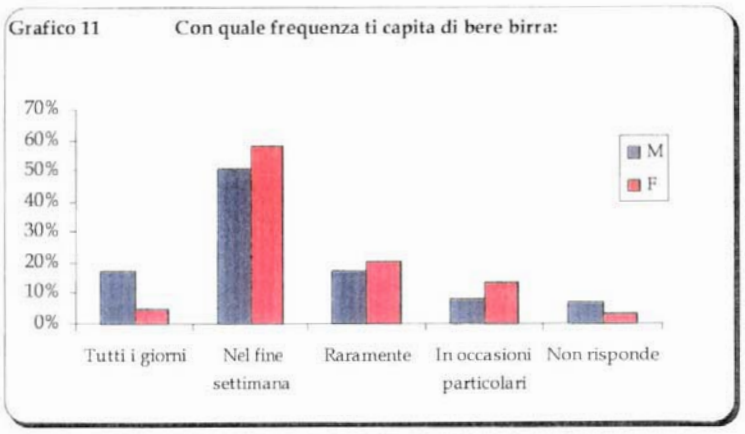
La birra viene maggiormente consumata nei pub (79,8%), in special modo dalle donne (86,2%), il vino assolve ad un momento socializzante in casa di amici (66,9%) - soprattutto per gli intervistati di sesso maschile (42,7%) - ed i superalcolici si consumano prevalentemente nelle discoteche nel momento di aggregazione all'esterno (44%) (Grafico8; Grafico9; Grafico10).

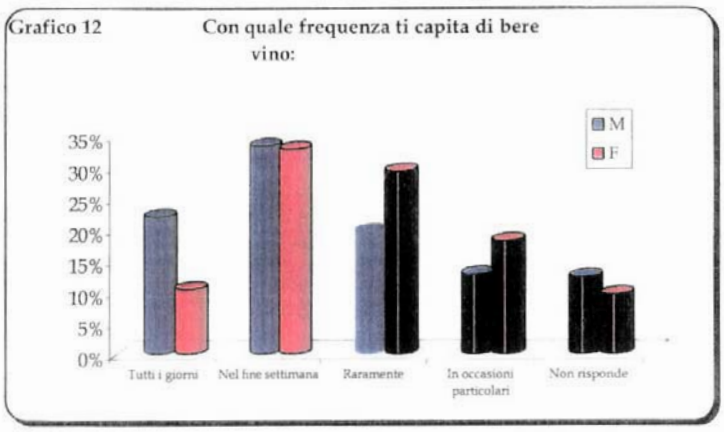


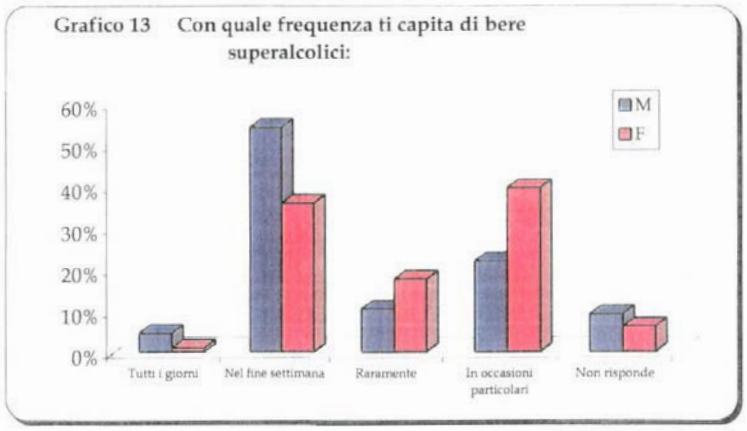




La frequenza di consumo si mantiene omogenea per tutti gli alcolici con preferenza accordata ai fine settimana come fatto rilassante e di rottura della routine (birra 53,4%, vino 33,4% e superalcolici 48,6%), senza differenze tangibili tra i sessi, mentre le donne associano di solito i superalcolici a fatti ed accadimenti particolari (Grafico 11; Grafico 12; Grafico 13).





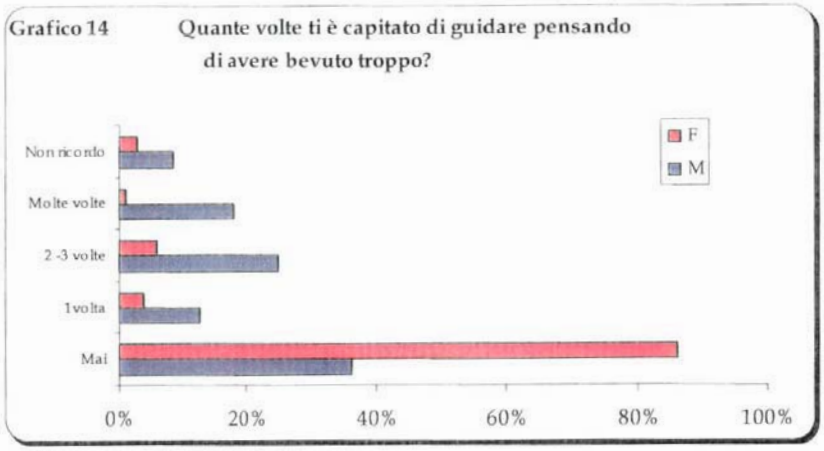


La maggior parte degli intervistati (72,3%) possiede come mezzo di trasporto, utilizzato anche per il tempo libero, l'automobile (Tab .8).

tab. 8

Puoi indicare quali tra i seguenti mezzi di trasporto possiedi:		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	Nessuno	117	20,1	20,1	20,1
	Auto	421	72,3	72,3	92,4
	Moto	20	3,4	3,4	95,9
	Scooter	19	3,3	3,3	99,1
	Non risponde	5	,9	,9	100,0
	Totale	582	100,0	100,0	

Il 54,6% afferma di non aver mai guidato "pensando di aver bevuto troppo" (soprattutto le donne 96,2%) (Grafico 14).



Il 50% circa del campione è consapevole della giusta quantità di bevande alcoliche che si possono assumere prima di porsi alla guida di un automezzo - soprattutto le donne, mediamente il 56,3% per tutte le sostanze (Tab. 9; Tab. 10; Tab. 11).

Tab.9

% entro Sesso

		Quanti bicchieri di birra si possono bere prima di guidare:					
		1 o 2	3 o 4	Più di 4	Non so	Non risponde	Totale
Sesso	Maschio	50,7%	19,3%	11,8%	8,3%	9,9%	100,0%
	Femmina	53,2%	20,8%	2,3%	17,6%	6,0%	100,0%
	Non risponde		33,3%	66,7%			100,0%
Totale		51,4%	19,9%	8,6%	11,7%	8,4%	100,0%

Tab. 10

% entro Sesso

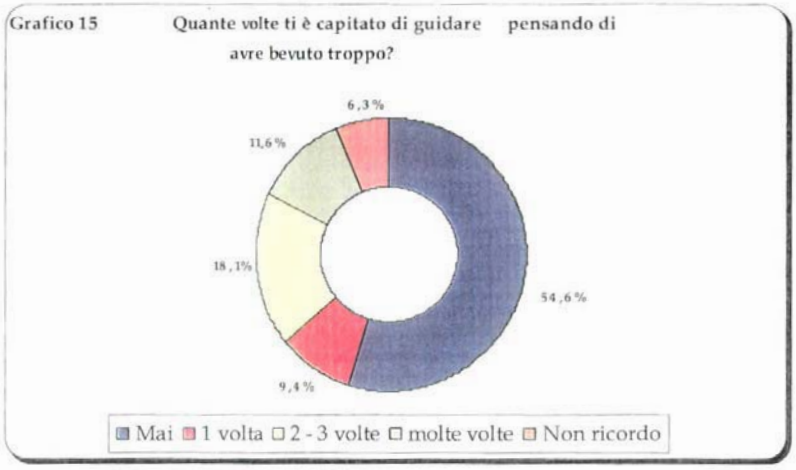
		Quanti bicchieri di vino si possono bere prima di guidare:					
		1 o 2	3 o 4	Più di 4	Non so	Non risponde	Totale
Sesso	Maschio	50,4%	16,0%	9,9%	8,5%	15,2%	100,0%
	Femmina	55,6%	14,4%	4,2%	18,1%	7,9%	100,0%
	Non risponde		66,7%	33,3%			100,0%
Totale		52,1%	15,6%	7,9%	12,0%	12,4%	100,0%

Tab. 11

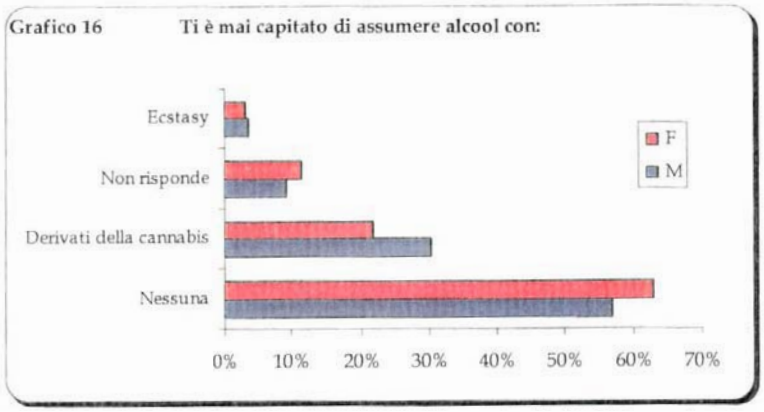
% entro Sesso

		Quanti bicchieri di superalcolici si possono bere prima di guidare:					
		1 o 2	3 o 4	Più di 4	Non so	Non risponde	Totale
Sesso	Maschio	55,9%	11,0%	5,0%	13,8%	14,3%	100,0%
	Femmina	60,2%	7,9%	1,4%	24,1%	6,5%	100,0%
	Non risponde	66,7%		33,3%			100,0%
Totale		57,6%	9,8%	3,8%	17,5%	11,3%	100,0%

Solo il 6,5% asserisce di essere stato vittima di incidente stradale a causa dell'eccesso di alcol assunto (Grafico 15).



Associano all'alcol derivati della cannabis il 28,6% (158); solo il 3,6% associa ecstasy; i primi sono preferenza dei maschi mentre per la seconda non emerge differenza di sesso (Grafico 16).



L'alcol viene considerato una droga dal 48,1% mentre il 44,3% non lo considera tale; sono le donne ad avere una maggiore corretta percezione della verità (Tab. 12).

Tab. 12

			Secondo te, l'alcool è una droga:			
			Si	No	Non risponde	Totale
Sesso	Maschio	Conteggio	166	176	21	363
		% entro Sesso	45,7%	48,5%	5,8%	100,0%
	Femmina	Conteggio	113	88	15	216
		% entro Sesso	52,3%	40,7%	6,9%	100,0%
	Non risponde	Conteggio	1	2	0	3
		% entro Sesso	33,3%	66,7%	,0%	100,0%
Totale		Conteggio	280	266	36	582
		% entro Sesso	48,1%	45,7%	6,2%	100,0%

Si beve principalmente per divertimento (45,7%); se i maschi lo fanno principalmente per questo scopo (50,7%), molte delle femmine vedono nel bere un momento di trasgressione (26,4%) (Tab. 13).

Tab. 13

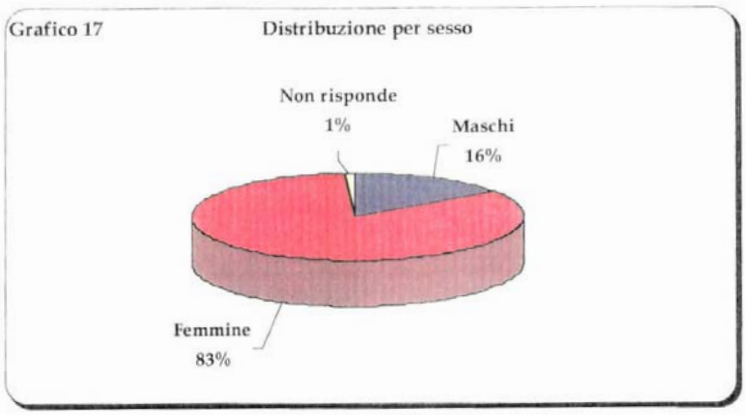
% entro Sesso

		Secondo te si beve per:							
		Trasgredire	Andare fuori di testa	Stare meglio con gli altri	Divertirsi	Per moda	altro	Non risponde	Totale
Sesso	Maschio	14,6%	10,5%	5,2%	50,7%	4,4%	3,9%	10,7%	100,0%
	Femmina	26,4%	12,5%	7,9%	37,0%	6,9%	,9%	8,3%	100,0%
	Non risponde	33,3%			66,7%				100,0%
Totale		19,1%	11,2%	6,2%	45,7%	5,3%	2,7%	9,8%	100,0%

I risultati dell'etilometro

Di 550 soggetti contattati il 43,3% ha accettato di sottoporsi volontariamente alla prova dell'etilometro per misurare la condizione alcolica nel proprio sangue. Tale decisione ha avuto motivazioni diverse, per gioco, per curiosità, per sicurezza o per altro; ad ognuno di quelli che decidevano in tal senso venivano donate la maglietta, il segnalibro, la card e l'opuscolo informativo già descritte in precedenza.

Sono stati eseguiti 238 test di controllo alcolemico di cui 15,5% (37) a femmine e 83,6% (199) a maschi; di due non è noto il sesso - anche in questo caso sono stati considerati nel conteggio globale ma non nello specifico degli incroci dov'è presente tale variabile (Grafico 17).



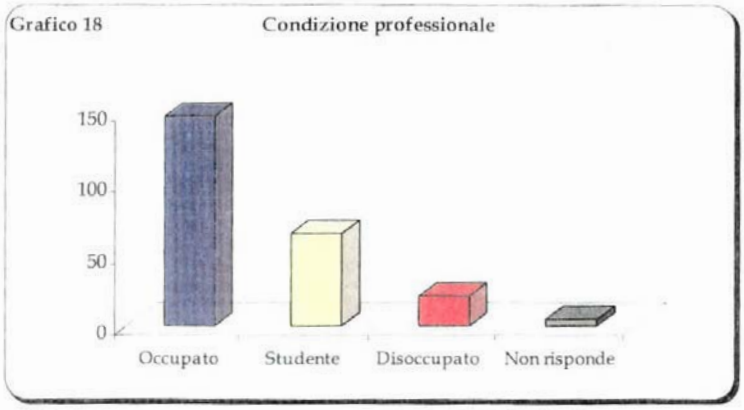
L'età varia tra i 16 e i 39 anni, e la maggior parte si concentra tra i 19/31 anni (Tab. 14).

Tab. 14 Distribuzione per classi d'età

Classi d'età		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	16 - 18	9	3,8	3,8	3,8
	19 - 22	62	26,1	26,3	30,1
	23 - 26	81	34,0	34,3	64,4
	27 - 30	47	19,7	19,9	84,3
	31 - 34	19	8,0	8,1	92,4
	35 - 39	18	7,6	7,6	100,0
	Totale	236	99,2	100,0	
	Non rilevato	2	,8		
Totale		238	100,0		

I luoghi di rilevazione del tasso alcolemico coincidono con i locali disponibili all'iniziativa di prevenzione.

La maggior parte di quanti si sono sottoposti al test sono occupati (61,8%), seguono gli studenti 27,3% e i disoccupati 8,8% (grafico 18).



Sono risultati positivi al test il 31,5% (75), con valori tra lo 0,5 e il 2,56, e di questi il 50,7% ha superato lo 0,8.

Dall'analisi dei dati risulta che il livello di tasso alcolemico viene più facilmente superato da quei soggetti che escono dalle discoteche e meno da chi frequenta i pub (Tab. 15).

Tab. 15

Statistiche: % entro Luogo di somministrazione

Luogo di somministrazione	tasso alcolemico					Totale
	0 - 0,49	0,5 - 0,59	0,6 - 0,69	0,7 - 0,79	> 0,8	
3 millennio	52,9%	5,9%	5,9%	5,9%	29,4%	100,0%
adescott	61,2%	8,2%	8,2%	2,0%	20,4%	100,0%
atmosfera	55,6%	2,8%		13,9%	27,8%	100,0%
Desigual	92,9%	7,1%				100,0%
eastwood	69,2%	7,7%		7,7%	15,4%	100,0%
old porter	81,0%	14,3%	4,8%			100,0%
orso cattivo	76,1%	6,5%	2,2%	2,2%	13,0%	100,0%
simon	60,7%	14,3%		7,1%	17,9%	100,0%
Totale	68,5%	8,0%	2,9%	4,6%	16,0%	100,0%

Si rileva un maggior tasso alcolemico tra le persone di età compresa tra i 23 e i 26 anni, e un tasso più contenuto e simile, ma pur sempre superiore, a quello di legg, per quelle tra i 16 e i 18 anni e quelle tra i 35 e i 39 anni (Tab. 16).

Tab. 16

Statistiche: % entro classi d'età

classi d'età	Tasso alcolemico					Totale
	0 - 0,49	0,5 - 0,59	0,6 - 0,69	0,7 - 0,79	> 0,8	
16 - 18	66,7%	22,2%			11,1%	100,0%
19 - 22	71,0%	11,3%		3,2%	14,5%	100,0%
23 - 26	58,0%	7,4%	4,9%	6,2%	23,5%	100,0%
27 - 30	76,6%	4,3%	2,1%	6,4%	10,6%	100,0%
31 - 34	84,2%	10,5%			5,3%	100,0%
35 - 39	66,7%		11,1%	5,6%	16,7%	100,0%
Totale	68,2%	8,1%	3,0%	4,7%	16,1%	100,0%

In proporzione, le femmine (43,2%), quando bevono, bevono di più dei maschi (29,6%) e il 27% supera il limite dello 0,8 (Tab. 17).

Tab.17

Statistiche: % entro SESSO

	Tasso alcolemico					
SESSO	0 - 0,49	0,5 - 0,59	0,6 - 0,69	0,7 - 0,79	> 0,8	Totale
F	56,8%	8,1%	5,4%	2,7%	27,0%	100,0%
M	70,4%	8,0%	2,5%	5,0%	14,1%	100,0%
nr	100,0%					100,0%
Totale	68,5%	8,0%	2,9%	4,6%	16,0%	100,0%

Nel rapporto tra il tasso oltre il limite e la condizione professionale, risultano bevitori eccessivi quelli occupati (34,7%), seguono gli studenti (27,1%) e i disoccupati (19%) (Tab. 18).

Tab.18

Statistiche: % entro Scolarità/Lavoro

	Tasso alcolemico					
Condizione professionale	0 - 0,49	0,5 - 0,59	0,6 - 0,69	0,7 - 0,79	> 0,8	Totale
disoccupato	81,0%	9,5%	4,8%		4,8%	100,0%
n.r.	60,0%				40,0%	100,0%
occupato	65,3%	6,8%	4,1%	6,1%	17,7%	100,0%
studente	72,3%	10,8%		3,1%	13,8%	100,0%
Totale	68,5%	8,0%	2,9%	4,6%	16,0%	100,0%

Correlando il tasso oltre 0,5 con l'uso della vettura risulta che le persone che si mettono alla guida e quelle che invece vengono trasportate è in equilibrio al 50% in ambedue i casi e non sempre per scelta. Ma guidano più spesso coloro (19,8%) che superano il tasso fino a raggiungere lo 0,8 (Tab. 19).

Tab. 19

Statistiche: % entro Al rientro guidi tu?

	Tasso alcolemico					
Al rientro guidi tu?	0 - 0,49	0,5 - 0,59	0,6 - 0,69	0,7 - 0,79	> 0,8	Totale
n.r	100,0%					100,0%
no	68,4%	8,8%	3,5%	7,0%	12,3%	100,0%
si	67,8%	7,4%	2,5%	2,5%	19,8%	100,0%
Totale	68,5%	8,0%	2,9%	4,6%	16,0%	100,0%

I risultati della daily

Dalle daily si evince che sono stati contattati 550 soggetti di cui 395 maschi e 155 femmine, il 54,4% all'uscita dai pub e il 45,6% all'uscita dalle discoteche (Grafico 19, Grafico 20).

Grafico 19 Soggetti contattati

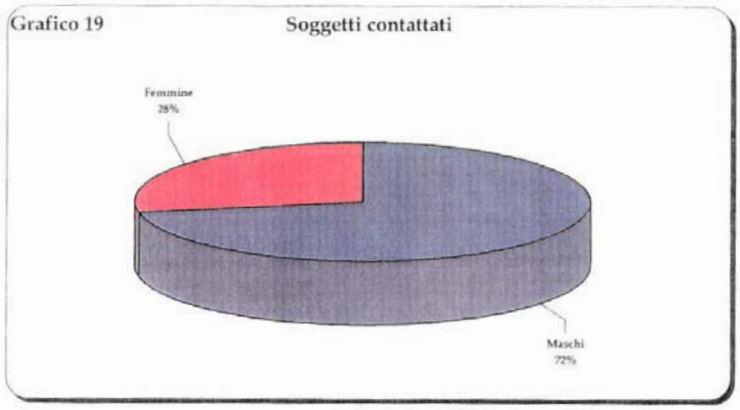
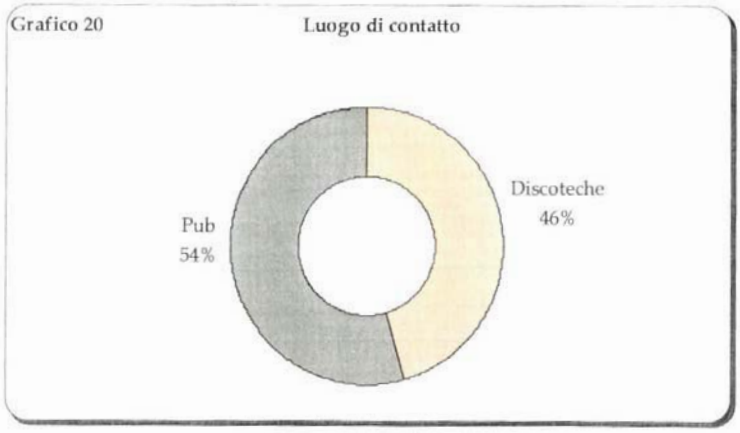
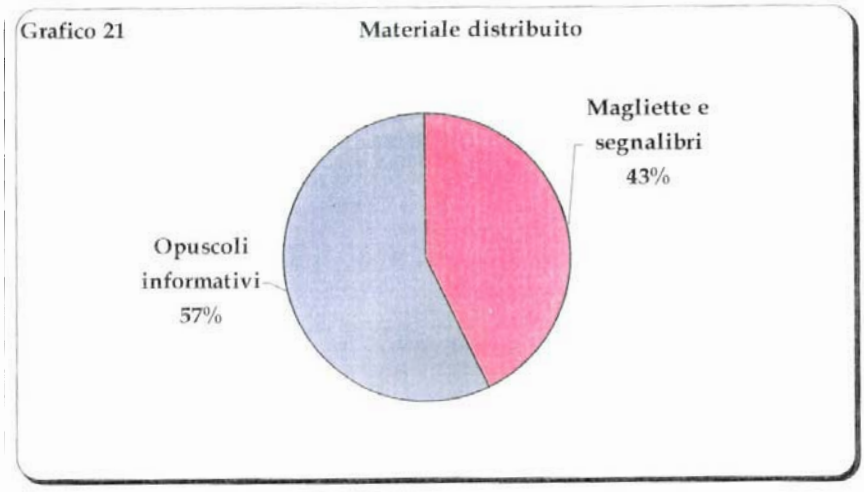


Grafico 20 Luogo di contatto



Sono stati distribuiti 574 magliette e segnalibri e 768 opuscoli "Alcol e nuove droghe" (Grafico 21).



Le attività registrate sono state quelle di: informazioni sul progetto, informazioni su alcol e nuove droghe, primo soccorso, rilevazione tasso alcolemico, somministrazione questionari e counseling.

Conclusioni

Da questo lavoro, realizzato con l'uso appropriato di specifici strumenti e metodi di rilevazione, che ha avuto come campo d'azione le strade del capoluogo e i luoghi di ritrovo notturno dei giovani catanzaresi, si evince che l'uso delle bevande alcoliche è diventato moda comune coinvolgendo, senza distinzione di sesso, sia i maschi che le femmine.

Infatti, pur avendo sottoposto ad indagine conoscitiva ragazzi e ragazze - i primi in numero maggiore - percentualmente lo standard di comportamento si è rivelato molto simile se non nelle bevande preferite almeno nell'abitudine e la facilità di assunzione.

Tutti o quasi gli intervistati si sono detti a conoscenza dei rischi legati all'alcol e del suo ruolo negli incidenti automobilistici, indipendentemente dall'uso delle due o delle quattro ruote. L'alcol è visto come bevanda inebriante che disinibisce e favorisce la socializzazione consentendo di godere al meglio delle serate o nottate in compagnia.

Le bevande preferite, infatti, dopo la birra risultano essere i superalcolici.

La pubblicità, la convinzione che l'alcol faciliti i rapporti interpersonali, la moda, l'abitudine e l'emulazione fanno di queste sostanze - che fondamentalmente possono identificarsi come alimenti- delle vere e proprie sostanze d'abuso in quanto le quantità assunte superano quasi sempre il limite di tolleranza (0,5) consentito anche dalla Legge.

Certamente la paura di perdere punti sulla patente ed i controlli delle Forze dell'ordine possono funzionare da deterrente ma occorre sensibilizzare al massimo i giovani, e non solo loro, sul rischio dell'abitudine di bere e in particolare durante le occasioni del tempo libero. L'informazione e la prevenzione - anche attraverso l'uso di tecniche più aggiornate come la verifica del livello alcolico con l'etilometro - si configurano come momenti significativi nella battaglia contro l'alcol. Un fatto è dire "è pericoloso e procura questi danni", un fatto è provare e far toccare con mano la loro reale condizione psicofisica a quanti, per curiosità o per paura, si sottopongono alla verifica non coercitiva del tasso alcolemico. Inoltre, per effetto "domino", questi comportamenti di accettazione dei controlli vengono copiati, ed anche altre persone, prima restie, possono sentirsi spinte a provare per credere.

Questa fase sperimentale testimonia dunque che non è possibile né accettabile abbassare la guardia su una condizione di rischio virtuale che può trasformare i nostri giovani in carne da macello.

E' quindi opportuno che questi esperimenti possano riproporsi con continuità, fino a diventare vera e propria routine, nell'ottica che prevenire è meglio che curare.

Un ultimo aspetto da non dimenticare è che dalla rilevazione risulta molto evidentemente che la scolarità, il sesso, l'età non sono delle variabili che modificano la voglia di bere e questo testimonia come nessuno può chiamarsi fuori o dirsi indenne dalla probabilità di essere o diventare etilista.

In effetti l'unica arma efficace rimane quella della prevenzione, un'informazione che deve essere in grado di raggiungere tutti, maschi e femmine, acculturati o analfabeti, giovani o meno giovani ed anche, perché no, giovanissimi, magari con campagne ad hoc anche nelle scuole elementari; prima si acquisisce la conoscenza meglio è ed è più facile anche così acquisire la giusta capacità di reazione alle tentazioni sconosciute e pericolose.

PARTE TERZA

4. I servizi alcologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30.3.2001 n. 125. Il quadro al 31.12.2003.

4.1. Il personale dei servizi

Al 31.12.2003 sono stati rilevati 437 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza (+3,3% rispetto all'anno precedente) distribuiti in 19 Regioni. Di questi servizi il 94,5% sono di tipo territoriale, il 3,2% di tipo ospedaliero e il 2,3% di tipo universitario (tab.1-2; graf.1).

In totale nel 2003 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 3.665 unità di personale (+7,8% rispetto al 2002), suddivise tra 927 unità addette esclusivamente (pari al 25,3% del totale) e 2.738 addette parzialmente (74,7% del totale) (tabella 3; graf.2).

Nella tabella 4 e nel grafico 3 sono riportate le distribuzioni percentuali, distintamente, dei ruoli professionali addetti esclusivamente ed addetti parzialmente sul personale complessivo (somma di esclusivi e parziali). Si osserva, limitando l'analisi ai profili direttamente coinvolti nel trattamento dell'alcoldipendenza, che la proporzione più alta di addetti esclusivi spetta agli educatori professionali (29,4%), seguiti dagli assistenti sociali (26,6%), dagli infermieri professionali (26,5%) e, nella stessa misura, dagli psicologi e dai medici (23,0%); questi ultimi, parallelamente, sono i ruoli maggiormente presenti se si fa riferimento ai soli addetti parziali.

I grafici 4-6 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 osservano percentuali più alte di medici e di psicologi nel personale a tempo parziale (rispettivamente, 24,4% e 18,5% rispetto ai valori del 21,5% e del 16,3% negli esclusivi) e, viceversa, maggiore peso di infermieri, educatori ed assistenti sociali negli addetti esclusivi (rispettivamente 23,6%, 9,5% e 17,7% rispetto ai valori del 22,2%, del 7,7% e del 16,5% nei parziali). Infine, il personale amministrativo e di altro tipo rappresenta l'11,4% e il 10,7% delle due categorie in esame (rispettivamente personale parziale ed esclusivo).

La tabella 5 e i grafici 7-9 riportano i trend del numero assoluto delle unità di personale (totale, esclusivo e parziale) distinte nelle singole qualifiche professionali. Nel periodo 1996-2003 si osserva, per entrambe le tipologie di rapporto di lavoro, un aumento (in termini assoluti) di tutte le figure professionali coinvolte, particolarmente negli anni più recenti, ad eccezione dei medici e psicologi esclusivi per i quali nell'ultimo anno si osserva una lieve flessione comunque poco significativa.

In termini percentuali (tab.6) si evidenzia nel 2003 un netto cambiamento di tendenza rispetto agli anni precedenti consistente nella diminuzione, sia per il totale delle unità di personale impiegate che per i singoli ruoli professionali direttamente coinvolti nel trattamento dell'alcoldipendenza, della quota degli addetti esclusivi particolarmente per i medici e per gli psicologici, come già emerso nell'analisi dei dati assoluti (rispettivamente 23,0% rispetto ai valori del 26,6% e del 25,6% del 2002).

La tabella 7 mostra l'andamento temporale della composizione dell'organico complessivo distinto nei 4 ruoli professionali (medici, psicologi, operatori sociosanitari e personale amministrativo e di altro tipo): si nota una tendenza all'aumento, nel personale totale e parziale, della quota di psicologi (15,8% nel 1996 e 17,9% nel 2003 nel personale totale; 15,7% nel 1996 e 18,5% nel 2003 nel personale parziale) e, nel solo personale parziale, di medici (23,1% nel 2000; 24,4% nel 2003); inoltre, ancora una volta, è evidente nel 2003 la diminuzione della quota di medici e di psicologi addetti esclusivamente.

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

Nella tabella 8 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 2003 le funzioni indicate. Come si può osservare, oltre il 90% dei servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi (95,7%), ha definito (92,9%) e/o attuato (93,8%) programmi terapeutico-riabilitativi e ha effettuato interventi di prevenzione (90,0%). Per le funzioni di coordinamento, le percentuali di attivazione più basse sono riferite a quelle che coinvolgono le rilevazioni epidemiologiche (54,1%) e gli interventi di altre strutture o servizi sanitari pubblici (61,6%); le più alte sono attribuibili al coordinamento con il servizio sociale pubblico (89,3%), con i servizi ospedalieri (86,1%) e con il medico di famiglia (85,4%). I piani operativi di formazione del personale e sensibilizzazione hanno coinvolto il 71,2% dei servizi rilevati. Tali percentuali sono molto variabili regionalmente.

Analizzando i programmi di trattamento (tab.9, graf.10) si osserva che il 28,5% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 24,4% al *counseling* rivolto all'utente o alla famiglia, l'11,4% è stato inserito in gruppi di auto-mutuo aiuto; per il 12,7% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,3% degli alcoldipendenti. I trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per l'11,8% degli utenti e sono principalmente consistiti nella terapia individuale (61,9%) e nella terapia di gruppo o familiare (38,1%).

Il ricovero ha riguardato il 7,3% del totale degli utenti rilevati (5,4% in istituti pubblici, 1,9% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (63,0% sul totale dei ricoverati in regime ospedaliero ordinario o in day hospital e 68,4% 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 il 42,1% dei casi in Emilia-Romagna e solo nel 15,5% dei casi nel Friuli-Venezia Giulia e nelle Marche; per il *counseling* valori elevati si osservano in Umbria e nelle Province autonome di Bolzano e di Trento (rispettivamente 43,5%, 38,7% e 36,1%), mentre per la psicoterapia (individuale o di gruppo) nelle Marche (21,8%) e in Puglia (18,4%); l'inserimento in gruppi di auto/mutuo aiuto presenta valori superiori alla media nazionale in diverse Regioni del Centro-Nord mentre il trattamento socioriabilitativo sembra essere una tipologia di trattamento generalmente affermata al Sud sebbene il valore massimo della distribuzione sia rappresentato dalla Liguria con il 37,7% dei casi; l'inserimento in comunità semiresidenziali o residenziali è massimo in Valle d'Aosta (11,7%) e minimo nel Friuli-Venezia Giulia (0,4%). Infine, relativamente al ricorso al ricovero in strutture pubbliche, spicca la Valle d'Aosta con l'11,2% dei casi (contro il 5,4% dell'Italia); analogamente, riguardo al ricovero in strutture private convenzionate, le Marche si contraddistinguono per un 21,8% di utenti che vengono indirizzati a questo tipo di approccio terapeutico (contro l'1,9% della media nazionale).

Nel periodo 1996-2003 (tab.10, graf.12) si delinea complessivamente una tendenziale crescita della percentuale di trattamenti medico-farmacologici ambulatoriali (da 20,6% a 28,5%, con una flessione nel 2003 rispetto all'anno precedente) e una tendenziale diminuzione della frequenza di pazienti che partecipano a gruppi di auto/mutuo aiuto (da 21,1% a 11,4% con un aumento nel 2003 rispetto all'anno precedente); aumentano dal 2000 i soggetti sottoposti a psicoterapia (dal 10,5% all'attuale 11,8%), gli utenti inseriti in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale (dall'1,7% all'attuale 2,3%) e, dal

1999, quelli che usufruiscono di un trattamento di tipo socioriabilitativo (dall'8,1% all'attuale 12,7%); infine il ricovero costituisce una possibilità di trattamento in tendenziale disuso (la proporzione di pazienti che vi ricorrono scende dal 10,3% del 1996 al 7,3% del 2003), soprattutto nelle strutture pubbliche.

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.11a) che nel 2003 il 62,8% dei servizi ha collaborato con i Clubs di Alcolisti in trattamento, il 42,2% con i gruppi di Alcolisti Anonimi e il 15,3% 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 44,7% e il 17,4% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 43,6%. Nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli enti privati (tab.11b), cioè con case di cura convenzionate (20,3%) o private (2,1%). 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 12 è riportato il numero medio annuale, per servizio o gruppo di lavoro, di enti o associazioni del volontariato e privato sociale (tab.12a) e di enti privati (tab.12b) che hanno collaborato con i servizi per l'alcoldipendenza. Analizzando il dato nazionale si osserva che mediamente, nel corso del 2003, ogni servizio ha collaborato con circa 8 C.A.T., 3 gruppi di A.A. e 2 comunità e cooperative sociali. Meno frequente, come già visto, la collaborazione con gli enti privati (valori medi pari a 1,7 e 2,9, 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 2003 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 51.186 soggetti alcoldipendenti (tab.13; graf.13), valore in aumento rispetto all'anno precedente (+15,1%) La graduatoria regionale vede le Regioni del Nord (ad eccezione della Valle d'Aosta) ai primi posti. In particolare Veneto e Lombardia sono le Regioni con il numero assoluto più elevato di utenti (rispettivamente, 10.531 e 9.075), mentre al Sud il valore più basso si registra in Calabria con 1.073 utenti.
Il 37,7% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il rimanente 62,3% 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 38,8% per i maschi e 34,2% per le femmine.
Il rapporto M/F è pari a 3,1 considerando il totale degli utenti (gli uomini rappresentano il 75,4% dell'utenza totale), a 3,5 negli utenti nuovi e a 2,9 negli utenti già in carico o rientrati a conferma della maggiore proporzione di maschi tra i nuovi utenti (77,7%) rispetto agli utenti già presi in carico dai servizi (74,1%) (graf.14). A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al Centro-Sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati): quasi tutte le Regioni

centrali e tutte le Regioni meridionali rilevate presentano valori del rapporto M/F superiori alla media nazionale.

L'analisi per età (tab.14, graf.15) evidenzia che la classe modale è 40-49 anni, sia per l'utenza totale (14.719 soggetti pari al 28,8%) sia per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti (rispettivamente 27,2% e 29,7%). Gli individui di età compresa tra i 30 e i 59 anni rappresentano il 76,4% di tutti gli alcoldipendenti in esame (72,5% nei nuovi utenti e 78,7% negli utenti già in carico), i giovani al di sotto dei 30 anni non superano il 15% (9,9% negli utenti totali, 14,3% nei nuovi utenti e 7,2% nei vecchi utenti) mentre non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre (13,9% negli utenti totali, 13,2% nei nuovi utenti e 14,2% nei vecchi utenti). Come atteso, i nuovi utenti sono dunque più giovani degli utenti già in carico o rientrati: il 60,3% dei primi ha più di 40 anni rispetto al 70,2% dei secondi; il 14,3% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale è del 7,2%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 33,1% per i nuovi utenti e il 40,5% per quelli già in carico.

Analizzando distintamente i due sessi sul totale degli individui rilevati, 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 35,7% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 26,9% delle femmine; nella classe modale 40-49 si concentra il 29,4% delle donne (contro il 28,5% del sesso maschile), nella classe successiva (50-59 anni) le percentuali scendono a 26,9% e a 22,9%, rispettivamente, per gli uomini e per le donne; infine la proporzione di utenti con età maggiore o uguale a 60 anni è pari a 12,9% nei maschi e a 16,8% nelle 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 16,8% nel 2003).

Stratificando per sesso e tipologia di utenza si evidenzia nuovamente il maggior peso percentuale, nelle donne, delle classi di età più avanzate, più accentuato nel sottogruppo dei vecchi utenti.

Nel tempo non si evidenziano chiari andamenti tendenziali ad eccezione di un lieve aumento, negli ultimi tre anni, delle proporzioni di soggetti nella classe 20-29 anni sia per gli utenti in totale che, distintamente, nei nuovi e nei vecchi utenti e, per il totale utenti e per i vecchi, nella classe 50-59 anni; per questi ultimi si osserva anche un trend decrescente negli ultrasessantenni (tab.15; graf.16).

Le caratteristiche fin qui evidenziate sulla distribuzione per età degli utenti vengono sostanzialmente confermate analizzando l'età media (tab.16). Nel 2003 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,3 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (47,2 rispetto a 44,7) 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 (43,7 vs 46,3), ma entrambi i sottogruppi non si discostano dalla tendenza generale di una maggiore rappresentatività delle età avanzate nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 45,9 vs 43,0 nel sottogruppo dei nuovi utenti e 47,9 vs 45,7 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 tutte le Regioni settentrionali, ad eccezione della Provincia autonoma di Trento e della Liguria, presentano valori dell'età media superiori al dato nazionale; viceversa nel Sud si registrano i valori più bassi, in particolare in Puglia (39,6). 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.17, graf.17) i valori dell'età media sono oscillati ma non hanno evidenziato nessun chiaro andamento se non una tendenza alla diminuzione dal 2001 per i nuovi utenti maschi (44,0 nel 2001; 43,0 nel 2003) e per gli utenti già in carico maschi (46,6 nel 2001; 45,7 nel 2003).

4.5. I consumi alcolici dell'utenza

Nel 2003 (tab.18, graf.18) la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (57,9%), seguito dalla birra (21,2%), dai superalcolici (12,4%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (4,8%). La birra e i superalcolici risultano prevalentemente consumati dai maschi (rispettivamente 21,9% e 12,6% vs 18,5% e 11,7% delle femmine), mentre per il vino e per gli aperitivi, amari e digestivi si osservano percentuali più elevate di consumatori di sesso femminile (rispettivamente 59,3% e 5,4% vs 57,5% e 4,6% dei maschi).
La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: per il vino si passa dal 75,6% della Liguria al 36,0% della Sardegna; il Centro-Sud sembra caratterizzarsi per un maggior uso oltre che di birra (tutte le Regioni, ad eccezione della Campania, presentano valori superiori alla media) anche di superalcolici (oltre il 22% in Campania e Sicilia contro il 12,4% della media nazionale) e di aperitivi/amari/digestivi (tutte le Regioni, ad eccezione della Sicilia, presentano valori superiori alla media).
Nel periodo 1996-2003 (tab.19, graf.19) si osserva una tendenza all'aumento del consumo di birra (da 14,1% a 21,2%) ed alla diminuzione del consumo di vino (dal 68,3% al 57,9%) tra gli utenti dei servizi, particolarmente evidente dal 2001; per i superalcolici si nota dal 2000 un incremento del loro uso (dal 10,0% all'attuale 12,4%), mentre per gli aperitivi, amari, digestivi si rilevano percentuali oscillanti nel tempo intorno al valore del 5%. Stratificando per sesso risulta che l'aumento del consumo di birra e la riduzione del consumo di vino appaiono più marcati tra gli utenti maschi (rispettivamente +54,2% e -16,4% contro +37,0% e -11,1% delle femmine nel periodo 1996-2003); al contrario, sostanzialmente uguale tra i due sessi è, tra il 2001 e il 2003, l'entità della variazione relativa del consumo di superalcolici (circa 18%).

PAGINA BIANCA

PARTE TERZA

TABELLE E GRAFICI

PAGINA BIANCA

Tab.1 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2003

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	TOTALE
PIEMONTE	57	-	-	-	57
VALLE D'AOSTA	1	-	-	-	1
LOMBARDIA	45	5	4	-	54
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	-	-	6
PROV.AUTON.TRENTO	11	-	-	-	11
VENETO	31	6	1	-	38
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	-	-	-	6
LIGURIA	4	-	1	-	5
EMILIA ROMAGNA	39	-	1	-	40
TOSCANA	36	-	-	-	36
UMBRIA	9	-	-	-	9
MARCHE	14	2	-	-	16
LAZIO	17	-	-	-	17
ABRUZZO	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*
MOLISE	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*
CAMPANIA	35	-	1	-	36
PUGLIA	40	-	-	-	40
BASILICATA	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*
CALABRIA	10	-	-	-	10
SICILIA	41	-	-	1	42
SARDEGNA	11	-	2	-	13
ITALIA	**412**	**14**	**10**	**1**	**437**

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

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

ANNI	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				TOTALE
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	
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	0	315
2001	307	14	2	1	324
2002	398	14	9	2	423
2003	412	14	10	1	437

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab. 3 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2003

REGIONE	MEDICI			PSICOLOGI			ASSISTENTI SOCIALI			EDUCATORI PROFESSIONALI		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	9	89	98	8	80	88	7	70	77	9	64	73
VALLE D'AOSTA	2	1	3	1	0	1	1	1	2	2	0	2
LOMBARDIA	25	77	102	23	64	87	18	57	75	17	21	38
PROV.AUTON.BOLZANO	3	4	7	7	11	18	0	7	7	1	1	2
V.AUTON.TRENTO	1	12	13	0	1	1	4	0	4	1	4	5
VENETO	13	60	73	14	45	59	17	33	50	21	36	57
FRIULI VENEZIA GIULIA	4	4	8	4	1	5	4	0	4	2	0	2
LIGURIA	4	39	43	3	34	37	2	44	46	0	7	7
EMILIA ROMAGNA	9	55	64	6	31	37	6	27	33	11	22	33
TOSCANA	3	55	58	3	31	34	2	39	41	0	21	21
UMBRIA	0	11	11	1	5	6	0	9	9	0	2	2
MARCHE	4	37	41	4	24	28	1	18	19	0	2	2
LAZIO	7	44	51	4	35	39	5	19	24	0	4	4
ABRUZZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	37	53	90	12	44	56	25	51	76	4	4	8
PUGLIA	20	44	64	18	37	55	29	26	55	12	12	24
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	13	14	27	9	8	17	6	9	15	3	1	4
SICILIA	31	58	89	26	46	72	28	35	63	3	8	11
SARDEGNA	14	10	24	8	9	17	9	8	17	2	2	4
ITALIA	199	667	866	151	506	657	164	453	617	88	211	299

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Segue tab.3

REGIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI			AMMINISTRATIVI			ALTRO			TOTALE		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	10	90	100	4	22	26	7	24	31	54	439	493
VALLE D'AOSTA	2	0	2	0	0	0	0	0	0	8	2	10
LOMBARDIA	27	67	94	2	16	18	6	7	13	118	309	427
PROV.AUTON.BOLZANO	2	12	14	2	6	8	0	2	2	15	43	58
PROV.AUTON.TRENTO	3	3	6	0	0	0	0	0	0	9	20	29
VENETO	15	67	82	3	13	16	4	26	30	87	280	367
FRIULI VENEZIA GIULIA	7	3	10	1	2	3	7	0	7	29	10	39
LIGURIA	2	21	23	0	7	7	0	12	12	11	164	175
EMILIA ROMAGNA	15	44	59	1	10	11	2	6	8	50	195	245
TOSCANA	5	43	48	0	5	5	1	5	6	14	199	213
UMBRIA	2	6	8	0	0	0	0	7	7	3	40	43
MARCHE	2	29	31	0	12	12	1	10	11	12	132	144
LAZIO	9	41	50	0	3	3	0	6	6	25	152	177
ABRUZZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	36	80	116	4	6	10	5	20	25	123	258	381
PUGLIA	22	36	58	2	3	5	19	16	35	122	174	296
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	8	5	13	2	3	5	11	4	15	52	44	96
SICILIA	33	50	83	4	14	18	11	20	31	136	231	367
SARDEGNA	19	11	30	3	3	6	4	3	7	59	46	105
ITALIA	**219**	**608**	**827**	**28**	**125**	**153**	**78**	**168**	**246**	**927**	**2.738**	**3.665**

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab. 4 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA (%) - ANNO 2003

REGIONE	MEDICI		PSICOLOGI		ASSISTENTI SOCIALI		EDUCATORI PROFESSIONALI	
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente
PIEMONTE	9,2	90,8	9,1	90,9	9,1	90,9	12,3	87,7
VALLE D'AOSTA	66,7	33,3	100,0	0,0	50,0	50,0	100,0	0,0
LOMBARDIA	24,5	75,5	26,4	73,6	24,0	76,0	44,7	55,3
PROV.AUTON.BOLZANO	42,9	57,1	38,9	61,1	0,0	100,0	50,0	50,0
PROV.AUTON.TRENTO	7,7	92,3	0,0	100,0	100,0	0,0	20,0	80,0
VENETO	17,8	82,2	23,7	76,3	34,0	66,0	36,8	63,2
FRIULI VENEZIA GIULIA	50,0	50,0	80,0	20,0	100,0	0,0	100,0	0,0
LIGURIA	9,3	90,7	8,1	91,9	4,3	95,7	0,0	100,0
EMILIA ROMAGNA	14,1	85,9	16,2	83,8	18,2	81,8	33,3	66,7
TOSCANA	5,2	94,8	8,8	91,2	4,9	95,1	0,0	100,0
UMBRIA	0,0	100,0	16,7	83,3	0,0	100,0	0,0	100,0
MARCHE	9,8	90,2	14,3	85,7	5,3	94,7	0,0	100,0
LAZIO	13,7	86,3	10,3	89,7	20,8	79,2	0,0	100,0
ABRUZZO	-	-	-	-	-	-	-	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	41,1	58,9	21,4	78,6	32,9	67,1	50,0	50,0
PUGLIA	31,3	68,8	32,7	67,3	52,7	47,3	50,0	50,0
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	48,1	51,9	52,9	47,1	40,0	60,0	75,0	25,0
SICILIA	34,8	65,2	36,1	63,9	44,4	55,6	27,3	72,7
SARDEGNA	58,3	41,7	47,1	52,9	52,9	47,1	50,0	50,0
ITALIA	23,0	77,0	23,0	77,0	26,6	73,4	29,4	70,6

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Segue *Segue tab.4*

REG	REGIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI		AMMINISTRATIVI		ALTRO		TOTALE	
		addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente
PIEM	PIEMONTE	10,0	90,0	15,4	84,6	22,6	77,4	11,0	89,0
VALI	VALLE D'AOSTA	100,0	0,0	-	-	-	-	80,0	20,0
LOMI	LOMBARDIA	28,7	71,3	11,1	88,9	46,2	53,8	27,6	72,4
PROV	PROV.AUTON.BOLZANO	14,3	85,7	25,0	75,0	0,0	100,0	25,9	74,1
PROV	PROV.AUTON.TRENTO	50,0	50,0	-	-	-	-	31,0	69,0
VENI	VENETO	18,3	81,7	18,8	81,3	13,3	86,7	23,7	76,3
FRIU	FRIULI VENEZIA GIULIA	70,0	30,0	33,3	66,7	100,0	0,0	74,4	25,6
LIGU	LIGURIA	8,7	91,3	0,0	100,0	0,0	100,0	6,3	93,7
EMIL	EMILIA ROMAGNA	25,4	74,6	9,1	90,9	25,0	75,0	20,4	79,6
TOSC	TOSCANA	10,4	89,6	0,0	100,0	16,7	83,3	6,6	93,4
UMBI	UMBRIA	25,0	75,0	-	-	0,0	100,0	7,0	93,0
MAR	MARCHE	6,5	93,5	0,0	100,0	9,1	90,9	8,3	91,7
LAZI	LAZIO	18,0	82,0	0,0	100,0	0,0	100,0	14,1	85,9
ABRU	ABRUZZO	-	-	-	-	-	-	-	-
MOLI	MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMI	CAMPANIA	31,0	69,0	40,0	60,0	20,0	80,0	32,3	67,7
PUGI	PUGLIA	37,9	62,1	40,0	60,0	54,3	45,7	41,2	58,8
BASI	BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-
CALA	CALABRIA	61,5	38,5	40,0	60,0	73,3	26,7	54,2	45,8
SICIL	SICILIA	39,8	60,2	22,2	77,8	35,5	64,5	37,1	62,9
SARI	SARDEGNA	63,3	36,7	50,0	50,0	57,1	42,9	56,2	43,8
ITAL	ITALIA	26,5	73,5	18,3	81,7	31,7	68,3	25,3	74,7

Mini Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab.5 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALL'ALCOLDIPENDENZA

1) personale totale

ANNI	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERMIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
1996	525	326	335	161	407	97	213	2.064
1997	422	293	296	153	354	86	150	1.754
1998	475	309	330	163	470	86	160	1.993
1999	611	412	409	213	527	103	228	2.503
2000	560	408	401	226	563	99	193	2.450
2001	644	490	460	237	661	106	197	2.795
2002	817	601	553	264	783	130	253	3.401
2003	866	657	617	299	827	153	246	3.665

2) addetti esclusivamente

ANNI	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERMIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
1996	94	66	58	45	86	16	40	405
1997	74	54	58	41	73	13	24	337
1998	111	76	77	46	128	19	37	494
1999	131	84	86	62	109	19	43	534
2000	126	107	85	72	135	15	34	574
2001	145	114	115	72	156	16	42	660
2002	217	154	153	77	210	17	64	892
2003	199	151	164	88	219	28	78	927

3) addetti parzialmente

ANNI	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERMIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
1996	431	260	277	116	321	81	173	1.659
1997	348	239	238	112	281	73	126	1.417
1998	364	233	253	117	342	67	123	1.499
1999	480	328	323	151	418	84	185	1.969
2000	434	301	316	154	428	84	159	1.876
2001	499	376	345	165	505	90	155	2.135
2002	600	447	400	187	573	113	189	2.509
2003	667	506	453	211	608	125	168	2.738

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione geneerale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab.6 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEL PERSONALE

1) personale totale

ANNI	ADDETTI ESCLUSIVAMENTE		ADDETTI PARZIALMENTE	
	N	%	N	%
1996	405	19,6	1.659	80,4
1997	337	19,2	1.417	80,8
1998	494	24,8	1.499	75,2
1999	534	21,3	1.969	78,7
2000	574	23,4	1.876	76,6
2001	660	23,6	2.135	76,4
2002	892	26,2	2.509	73,8
2003	927	25,3	2.738	74,7

2) medici

ANNI	ADDETTI ESCLUSIVAMENTE		ADDETTI PARZIALMENTE	
	N	%	N	%
1996	94	17,9	431	82,1
1997	74	17,5	348	82,5
1998	111	23,4	364	76,6
1999	131	21,4	480	78,6
2000	126	22,5	434	77,5
2001	145	22,5	499	77,5
2002	217	26,6	600	73,4
2003	199	23,0	667	77,0

3) psicologi

ANNI	ADDETTI ESCLUSIVAMENTE		ADDETTI PARZIALMENTE	
	N	%	N	%
1996	66	20,2	260	79,8
1997	54	18,4	239	81,6
1998	76	24,6	233	75,4
1999	84	20,4	328	79,6
2000	107	26,2	301	73,8
2001	114	23,3	376	76,7
2002	154	25,6	447	74,4
2003	151	23,0	506	77,0

4) operatori sociosanitari

ANNI	ADDETTI ESCLUSIVAMENTE		ADDETTI PARZIALMENTE	
	N	%	N	%
1996	189	20,9	714	79,1
1997	172	21,4	631	78,6
1998	251	26,1	712	73,9
1999	257	22,4	892	77,6
2000	292	24,5	898	75,5
2001	343	25,3	1.015	74,7
2002	440	27,5	1.160	72,5
2003	471	27,0	1.272	73,0

5) amministrativi ed altro

ANNI	ADDETTI ESCLUSIVAMENTE		ADDETTI PARZIALMENTE	
	N	%	N	%
1996	56	18,1	254	81,9
1997	37	15,7	199	84,3
1998	56	22,8	190	77,2
1999	62	18,7	269	81,3
2000	49	16,8	243	83,2
2001	58	19,1	245	80,9
2002	81	21,1	302	78,9
2003	106	26,6	293	73,4

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria
Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab.7 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEL PERSONALE PER RUOLO PROFESSIONALE

ANNI	*personale totale*				*personale addetto esclusivamente*				*personale addetto parzialmente*			
	medici	psicologi	operatori socisanitari	amministrativi ed altro	medici	psicologi	operatori socisanitari	amministrativi ed altro	medici	psicologi	operatori socisanitari	amministrativi ed altro
1996	25,4	15,8	43,8	15,0	23,2	16,3	46,7	13,8	26,0	15,7	43,0	15,3
1997	24,1	16,7	45,8	13,5	22,0	16,0	51,0	11,0	24,6	16,9	44,5	14,0
1998	23,8	15,5	48,3	12,3	22,5	15,4	50,8	11,3	24,3	15,5	47,5	12,7
1999	24,4	16,5	45,9	13,2	24,5	15,7	48,1	11,6	24,4	16,7	45,3	13,7
2000	22,9	16,7	48,6	11,9	22,0	18,6	50,9	8,5	23,1	16,0	47,9	13,0
2001	23,0	17,5	48,6	10,8	22,0	17,3	52,0	8,8	23,4	17,6	47,5	11,5
2002	24,0	17,7	47,0	11,3	24,3	17,3	49,3	9,1	23,9	17,8	46,2	12,0
2003	23,6	17,9	47,6	10,9	21,5	16,3	50,8	11,4	24,4	18,5	46,5	10,7

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab.8 - FUNZIONI PREVISTE DAL MODELLO ORGANIZZATIVO-FUNZIONALE DEL SERVIZIO O GRUPPO DI LAVORO - ANNO 2003

	Percentuali di servizi o gruppi di lavoro (sul totale dei rilevati) che hanno svolto le specifiche funzioni											
			Programmi terapeutico-riabilitativi		*Funzioni di coordinamento*							
REGIONE	*Prevenzione*	*Accoglienza, osservazione e diagnosi*	Definizione	Attuazione	Interventi di altre strutture/servizi sanitari pubblici	Medico di famiglia	Interventi di altre strutture o servizi privati e del volontariato	Con i servizi ospedalieri (ricovero soggetti in fase acuta)	Con il servizio sociale pubblico	Rilevazione epidemiologica	*Formazione del personale e sensibilizzazione*	*Altro*
PIEMONTE	94,7	100,0	98,2	96,5	49,1	89,5	66,7	94,7	96,5	40,4	68,4	3,5
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0	-	100,0	-
LOMBARDIA	88,9	96,3	94,4	94,4	57,4	94,4	70,4	90,7	94,4	46,3	63,0	11,1
PROV.AUTON.BOLZANO	100,0	100,0	83,3	83,3	100,0	83,3	83,3	100,0	83,3	50,0	100,0	-
PROV.AUTON.TRENTO	100,0	90,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	54,5
VENETO	94,7	97,4	97,4	100,0	73,7	100,0	94,7	100,0	94,7	73,7	89,5	23,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	100,0	83,3	100,0	83,3	100,0	100,0	100,0	83,3	83,3	100,0	50,0
LIGURIA	80,0	100,0	100,0	100,0	80,0	100,0	80,0	100,0	100,0	80,0	100,0	-
EMILIA ROMAGNA	75,0	82,5	82,5	82,5	52,5	80,0	62,5	65,0	80,0	55,0	75,0	12,5
TOSCANA	94,4	94,4	94,4	97,2	69,4	94,4	69,4	94,4	94,4	66,7	83,3	22,2
UMBRIA	88,9	100,0	88,9	100,0	77,8	100,0	100,0	100,0	100,0	77,8	66,7	-
MARCHE	87,5	93,8	87,5	87,5	62,5	81,3	75,0	87,5	87,5	56,3	75,0	6,3
LAZIO	82,4	100,0	88,2	100,0	58,8	82,4	58,8	76,5	88,2	29,4	52,9	5,9
ABRUZZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	94,4	97,2	94,4	86,1	55,6	75,0	61,1	72,2	80,6	52,8	69,4	11,1
PUGLIA	80,0	100,0	100,0	95,0	55,0	72,5	67,5	82,5	87,5	50,0	50,0	5,0
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	100,0	100,0	90,0	100,0	70,0	100,0	70,0	90,0	100,0	60,0	100,0	10,0
SICILIA	100,0	97,6	90,5	97,6	64,3	69,0	66,7	83,3	81,0	50,0	64,3	16,7
SARDEGNA	76,9	84,6	84,6	84,6	53,8	69,2	61,5	69,2	76,9	38,5	53,8	-
ITALIA	90,0	95,7	92,9	93,8	61,6	85,4	71,2	86,1	89,3	54,1	71,2	12,6

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab.9 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2003

REGIONE	Medico farmacologico ambulatoriale	Psicoterapeutico		Counseling all'utente o alla famiglia	Inserimento nei gruppi di aiuto/mutuo 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 alcoolcorrelate	altro	sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	
PIEMONTE	28,8	7,4	3,6	23,7	13,7	11,9	2,6	3,1	1,5	0,0	2,6	0,5	0,1	0,5
VALLE D'AOSTA	36,2	12,4	0,7	1,8	8,0	17,9	11,7	11,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	33,2	8,4	6,0	21,5	10,1	11,8	2,5	2,6	1,2	0,0	0,4	0,1	0,4	1,7
PROV.AUTON.BOLZANO	31,2	8,9	1,3	38,7	9,2	4,5	2,1	2,0	0,0	0,8	1,3	0,0	0,0	0,0
PROV.AUTON.TRENTO	25,2	0,0	0,0	36,1	24,3	6,1	1,4	4,1	0,2	0,1	2,4	0,0	0,0	0,0
VENETO	24,1	6,2	6,5	24,6	15,5	10,6	1,7	6,6	1,9	0,0	0,4	0,1	0,0	1,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	15,5	1,2	4,8	26,7	16,1	6,3	0,4	3,1	4,0	6,1	0,0	0,0	4,0	11,6
LIGURIA	31,8	6,4	1,1	16,1	1,5	37,7	1,2	2,5	0,4	0,0	0,5	0,0	0,0	1,0
EMILIA ROMAGNA	42,1	5,7	2,0	17,8	5,8	18,1	2,7	1,1	0,4	1,3	0,9	0,1	0,5	1,5
TOSCANA	35,4	5,7	2,2	23,3	12,4	12,8	2,1	3,0	2,0	0,2	0,1	0,1	0,3	0,4
UMBRIA	18,0	4,4	3,4	43,5	18,6	3,7	2,9	1,7	0,2	0,0	2,1	0,0	0,0	1,5
MARCHE	14,6	13,2	8,6	18,6	14,9	1,7	3,4	1,8	0,1	0,0	15,9	5,9	0,0	1,3
LAZIO	31,3	11,2	3,5	24,0	9,5	8,9	4,8	2,2	3,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0
ABRUZZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	31,6	11,1	3,6	25,2	2,3	12,8	3,7	2,6	5,1	0,0	1,1	0,5	0,1	0,1
PUGLIA	24,2	13,0	5,4	24,5	3,6	20,8	3,8	2,5	1,4	0,1	0,4	0,2	0,0	0,0
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	26,5	7,9	5,3	23,6	10,6	15,7	2,5	5,1	2,3	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0
SICILIA	25,1	11,1	5,1	27,4	7,3	16,9	2,7	1,6	1,3	0,0	1,0	0,2	0,0	0,4
SARDEGNA	29,2	8,2	8,4	24,8	6,8	16,4	1,5	1,7	1,9	0,0	0,5	0,6	0,0	0,0
ITALIA	28,5	7,3	4,5	24,4	11,4	12,7	2,3	3,4	1,5	0,5	1,3	0,3	0,3	1,6

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab.10 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO
percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Medico farmacologico ambulatoriale		20,6	22,2	24,5	25,4	28,4	28,3	30,3	28,5
Psicoterapeutico	individuale	5,6	5,8	7,8	6,1	6,0	6,0	6,9	7,3
	di gruppo o familiare	6,8	6,8	7,0	4,6	4,5	4,9	5,6	4,5
Counseling all'utente o alla famiglia		24,3	22,9	24,8	24,9	25,6	24,3	23,0	24,4
Inserimento nei gruppi di aiuto/mutuo aiuto		21,1	17,7	12,6	13,3	12,2	11,8	10,4	11,4
Trattamento socio-riabilitativo		7,3	9,6	10,6	8,1	9,6	11,3	12,5	12,7
Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.		1,6	1,2	1,1	6,2	1,7	1,9	2,0	2,3
Ricovero ospedaliero o day hospital per:	sindrome di dipendenza da alcool	5,3	6,5	5,5	4,5	4,8	4,1	3,6	3,4
	altre patologie alcoolcorrelate	3,4	3,3	2,1	1,7	1,8	1,8	1,5	1,5
	altro	0,7	1,1	0,9	0,6	0,3	0,5	0,4	0,5
Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:	sindrome di dipendenza da alcool	0,6	1,1	1,0	0,8	1,4	1,2	1,3	1,3
	altre patologie alcoolcorrelate	0,2	0,3	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3	0,3
	altro	0,1	0,1	0,3	0,4	0,5	0,4	0,2	0,3
Altro		2,4	1,7	1,7	3,3	2,8	3,2	2,0	1,6

Ministero della salute - Dipartimento della prevezione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab.11 - PERCENTUALI* DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO CHE HANNO SVOLTO ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE CON IL VOLONTARIATO, PRIVATO SOCIALE O PRIVATO - ANNO 2003

a) Enti o associazioni del volontariato e privato sociale

REGIONE	Gruppi auto \ mutuo aiuto			Comunità terapeutiche residenziali e 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				
PIEMONTE	80,7	36,8	14,0	43,9	21,1	57,9	5,3
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	-	100,0	-	-	-
LOMBARDIA	77,8	75,9	29,6	59,3	20,4	70,4	9,3
PROV.AUTON.BOLZANO	16,7	50,0	66,7	50,0	33,3	50,0	-
PROV.AUTON.TRENTO	**100**	**45,5**	-	**27,3**	**27,3**	**72,7**	-
VENETO	97,4	76,3	15,8	52,6	18,4	65,8	10,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	83,3	66,7	16,7	33,3	-	66,7	-
LIGURIA	80,0	80,0	20,0	60,0	-	60,0	20,0
EMILIA ROMAGNA	70,0	47,5	17,5	25,0	12,5	45,0	2,5
TOSCANA	86,1	44,4	11,1	52,8	22,2	47,2	5,6
UMBRIA	66,7	33,3	44,4	33,3	44,4	44,4	-
MARCHE	56,3	56,3	6,3	68,8	25,0	50,0	-
LAZIO	29,4	47,1	29,4	58,8	17,6	35,3	5,9
ABRUZZO	-	-	-	-	-	-	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	25,0	13,9	11,1	38,9	8,3	8,3	8,3
PUGLIA	27,5	15,0	7,5	42,5	12,5	17,5	-
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	50,0	20,0	10,0	60,0	30,0	40,0	-
SICILIA	42,9	11,9	2,4	33,3	9,5	11,9	2,4
SARDEGNA	46,2	30,8	7,7	23,1	15,4	38,5	15,4
ITALIA	62,8	42,2	12,3	44,7	17,4	43,6	5,3

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

b) Enti privati

REGIONE	Case di cura convenzionate	Case di cura private	Altro
PIEMONTE	29,8	3,5	1,8
VALLE D'AOSTA			
LOMBARDIA	24,1	7,4	5,6
PROV.AUTON.BOLZANO	33,3	-	-
PROV.AUTON.TRENTO	9,1	-	-
VENETO	10,5	-	5,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	-	-	-
LIGURIA	40,0	20,0	-
EMILIA ROMAGNA	27,5	-	-
TOSCANA	2,8	-	-
UMBRIA	11,1	-	-
MARCHE	37,5	6,3	-
LAZIO	29,4	-	-
ABRUZZO	-	-	-
MOLISE	-	-	-
CAMPANIA	22,2	-	-
PUGLIA	7,5	-	2,5
BASILICATA	-	-	-
CALABRIA	30,0	10,0	-
SICILIA	23,8	-	-
SARDEGNA	15,4	-	-
ITALIA	20,4	2,1	1,8

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab.12 - NUMERO MEDIO* DI ENTI O ASSOCIAZIONI DEL VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE (a) E DI ENTI PRIVATI (b) CHE HANNO COLLABORATO CON I SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO - ANNO 2003

a) Enti o associazioni del volontariato e privato sociale

REGIONE	Gruppi auto v mutuo aiuto			Comunità terapeutiche residenziali e 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				
PIEMONTE	3,9	1,3	1,4	2,6	2,7	3,0	1,3
VALLE D'AOSTA	6,0	7,0	-	1,0	-	-	-
LOMBARDIA	8,2	2,8	2,1	3,2	1,4	2,5	2,0
PROV.AUTON.BOLZANO	15,0	4,0	7,5	2,7	4,5	1,7	-
PROV.AUTON.TRENTO	**16,2**	**1,6**	-	1	3	**1,8**	-
VENETO	17,6	4,6	2,8	2,8	2,1	2,8	4,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	47,0	4,5	6,0	1,5	-	3,3	-
LIGURIA	12,0	2,5	1,0	2,0	-	3,7	2,0
EMILIA ROMAGNA	3,9	1,7	1,7	2,8	1,8	2,4	1,0
TOSCANA	5,5	1,6	4,3	2,3	4,1	3,5	8,5
UMBRIA	6,0	2,0	1,8	1,7	1,3	2,0	-
MARCHE	1,6	19,1	1,0	2,4	1,5	1,8	-
LAZIO	3,4	1,6	1,4	4,8	2,7	1,7	1,0
ABRUZZO	-	-	-	-	-	-	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	1,2	1,4	1,0	2,5	2,0	1,0	1,3
PUGLIA	2,5	1,0	1,0	2,3	1,6	1,6	-
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	11,8	4,0	4,0	6,2	1,7	2,0	-
SICILIA	2,0	1,0	1,0	2,0	1,5	1,2	1,0
SARDEGNA	6,3	1,0	2,0	1,3	1,5	1,0	3,5
ITALIA	7,9	3,3	3,3	2,7	2,2	2,5	2,7

*=per servizio o gruppo di lavoro (solo per i servizi o gruppi di lavoro che hanno svolto attività di collaborazione)

b) Enti privati

REGIONE	Case di cura convenzionate	Case di cura private	Altro
PIEMONTE	1,6	1,0	1,0
VALLE D'AOSTA	-	-	-
LOMBARDIA	1,8	3,5	1,7
PROV.AUTON.BOLZANO	5,0	-	-
PROV.AUTON.TRENTO	1	-	-
VENETO	1,8	-	1,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	-	-	-
LIGURIA	2,5	2,0	-
EMILIA ROMAGNA	2,1	-	-
TOSCANA	1	-	-
UMBRIA	2,0	-	-
MARCHE	1,2	3,0	-
LAZIO	2,4	-	-
ABRUZZO	-	-	-
MOLISE	-	-	-
CAMPANIA	**1,3**	-	-
PUGLIA	1,0	-	1,0
BASILICATA	-	-	-
CALABRIA	2,3	5,0	-
SICILIA	1,3	-	-
SARDEGNA	1,0	-	-
ITALIA	1,7	2,9	1,4

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab.13 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

UTENTI TOTALI

REGIONE	1996				1997				1998				1999				2000				2001				2002				2003			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	2.043	658	2.701	3,1	1.791	562	2.353	3,2	-	-	-	-	2.721	852	3.573	3,2	2.581	800	3.381	3,2	2.591	818	3.409	3,2	2.666	916	3.582	2,9	3.128	1.073	4.201	2,9
VALLE D'AOSTA	43	14	57	3,1	38	9	47	4,2	47	25	72	1,9	96	34	130	2,8	96	40	136	2,4	137	59	196	2,3	175	57	232	3,1	151	55	206	2,7
LOMBARDIA	2.002	683	2.685	2,9	4.276	1.466	5.742	2,9	4.842	1.728	6.570	2,8	4.246	1.519	5.765	2,8	4.066	1.444	5.510	2,8	4.395	1.501	5.896	2,9	5.171	1.821	6.992	2,8	6.002	3.073	9.075	2,0
PROV.AUTON.BOLZANO	882	259	1.141	3,4	320	52	372	6,2	1.367	429	1.796	3,2	1.689	572	2.261	3,0	1.638	467	2.105	3,5	1.679	426	2.105	3,9	1.781	501	2.282	3,6	1.654	503	2.157	3,3
PROV.AUTON.TRENTO	969	274	1.243	3,5	-	-	-	-	1.595	286	1.881	5,6	1.555	232	1.787	6,7	1.544	361	1.905	4,3	-	-	-	-	-	-	-	-	2.350	652	3.002	3,6
VENETO	4.030	1.414	5.444	2,9	4.961	1.680	6.641	3,0	4.547	1.466	6.013	3,1	5.050	1.483	6.533	3,4	6.023	1.861	7.884	3,2	7.400	2.358	9.758	3,1	7.271	2.455	9.726	3,0	7.898	2.633	10.531	3,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.494	505	1.999	3,0	1.441	515	1.956	2,8	2.052	527	2.579	3,9	2.575	634	3.209	4,1	2.210	882	3.092	2,5	2.416	513	2.929	4,7	2.816	590	3.406	4,8	2.318	434	2.752	5,3
LIGURIA	-	-	-	-	30	13	43	2,3	-	-	-	-	322	108	430	3,0	344	93	437	3,7	332	100	432	3,3	1.301	242	1.543	5,4	1.676	324	2.000	5,2
EMILIA ROMAGNA	1.205	362	1.567	3,3	1.350	422	1.772	3,2	1.639	527	2.166	3,1	1.860	572	2.432	3,3	2.049	667	2.716	3,1	2.330	760	3.090	3,1	2.659	887	3.546	3,0	3.062	1.107	4.169	2,8
TOSCANA	1.165	416	1.581	2,8	1.172	435	1.607	2,7	1.748	628	2.376	2,8	1.766	645	2.411	2,7	2.040	755	2.795	2,7	2.040	832	2.872	2,5	2.191	932	3.123	2,4	1.875	807	2.682	2,3
UMBRIA	425	98	523	4,3	498	98	596	5,1	549	104	653	5,3	723	126	849	5,7	871	184	1.055	4,7	-	-	-	-	970	222	1.192	4,4	1.159	263	1.422	4,4
MARCHE	286	68	354	4,2	646	161	807	4,0	519	98	617	5,3	411	83	494	5,0	940	236	1.176	4,0	798	204	1.002	3,9	963	296	1.259	3,3	1.088	391	1.479	2,8
LAZIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.048	336	1.384	3,1	874	223	1.097	3,9
ABRUZZO	667	182	849	3,7	193	66	259	2,9	155	34	189	4,6	433	103	536	4,2	409	105	514	3,9	-	-	-	-	512	126	638	4,1	-	-	-	-
MOLISE	119	21	140	5,7	146	27	173	5,4	183	46	229	4,0	220	39	259	5,6	176	51	227	3,5	234	57	291	4,1	261	60	321	4,4	-	-	-	-
CAMPANIA	92	23	115	4,0	8	2	10	4,0	372	47	419	7,9	155	20	175	7,8	291	53	344	5,5	557	99	656	5,6	746	129	875	5,8	1.080	184	1.264	5,9
PUGLIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	941	182	1.123	5,2	-	-	-	-	-	-	-	-	882	142	1.024	6,2	1.050	159	1.209	6,6
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	137	34	171	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	110	19	129	5,8	533	84	617	6,3	176	43	219	4,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	740	119	859	6,2	929	144	1.073	6,5
SICILIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	321	78	399	4,1	940	221	1.161	4,3	968	220	1.188	4,4	1.308	305	1.613	4,3
SARDEGNA	829	152	981	5,5	128	23	151	5,6	639	119	758	5,4	773	167	940	4,6	720	162	882	4,4	796	185	981	4,3	1.070	248	1.318	4,3	1.018	236	1.254	4,3
ITALIA	16.361	5.148	21.509	3,2	17.531	5.615	23.146	3,1	20.567	6.141	26.708	3,3	25.536	7.371	32.907	3,5	26.319	8.219	34.538	3,2	26.645	8.133	34.778	3,3	34.191	10.299	44.490	3,3	38.626	12.566	51.186	3,1

Segue Tab.13

UTENTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI

REGIONE	1996				1997				1998				1999				2000				2001				2002				2003			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	1.316	363	1.679	3,6	1.074	333	1.407	3,2	-	-	-	-	1.875	563	2.438	3,3	1.756	508	2.264	3,5	1.690	535	2.225	3,2	1.755	594	2.349	3,0	2.082	693	2.775	3.0
VALLE D'AOSTA	11	5	16	2,2	18	3	21	6,0	20	13	33	1,5	35	12	47	2,9	50	18	68	2,8	91	39	130	2,3	120	48	168	2,5	113	42	155	2,7
LOMBARDIA	1.186	400	1.586	3,0	2.302	799	3.101	2,9	2.535	938	3.473	2,7	2.348	814	3.162	2,9	2.600	933	3.533	2,8	2.706	930	3.636	2,9	3.059	1.050	4.109	2,9	3.378	2.138	5.516	1,6
PROV.AUTON.BOLZANO	598	168	766	3,6	222	36	258	6,2	925	293	1.218	3,2	834	306	1.140	2,7	736	236	972	3,1	816	248	1.064	3,3	1.113	314	1.427	3,5	1.122	326	1.448	3,4
PROV.AUTON.TRENTO	774	207	981	3,7	-	-	-	-	1.068	194	1.262	5,5	1.067	144	1.211	7,4	948	245	1.193	3,9	-	-	-	-	-	-	-	-	1.385	394	1.779	3,5
VENETO	2.513	870	3.383	2,9	3.013	1.030	4.043	2,9	2.791	942	3.733	3,0	2.932	915	3.847	3,2	3.606	1.240	4.846	2,9	4.715	1.600	6.315	2,9	4.640	1.564	6.204	3,0	5.268	1.889	7.157	2,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	640	201	841	3,2	582	215	797	2,7	693	208	901	3,3	886	229	1.115	3,9	876	536	1.412	1,6	847	207	1.054	4,1	750	166	916	4,5	762	156	918	4,9
LIGURIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	143	37	180	3,9	159	43	202	3,7	152	47	199	3,2	495	107	602	4,6	791	187	978	4,2
EMILIA ROMAGNA	692	210	902	3,3	791	246	1.037	3,2	1.018	326	1.344	3,1	1.206	379	1.585	3,2	1.365	435	1.800	3,1	1.587	509	2.096	3,1	1.825	606	2.431	3,0	2.195	784	2.979	2,8
TOSCANA	647	235	882	2,8	715	288	1.003	2,5	1.095	383	1.478	2,9	1.090	401	1.491	2,7	1.309	492	1.801	2,7	1.261	520	1.781	2,4	1.468	627	2.095	2,3	1.196	539	1.735	2,2
UMBRIA	207	54	261	3,8	272	57	329	4,8	353	78	431	4,5	513	94	607	5,5	679	126	805	5,4	-	-	-	-	669	157	826	4,3	789	176	965	4,5
MARCHE	158	33	191	4,8	306	72	378	4,3	255	51	306	5,0	221	53	274	4,2	377	95	472	4,0	326	72	398	4,5	455	140	595	3,3	486	149	635	3,3
LAZIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	538	175	713	3,1	597	146	743	4,1
ABRUZZO	456	101	557	4,5	64	25	89	2,6	36	12	48	3,0	137	37	174	3,7	133	30	163	4,4	-	-	-	-	238	47	285	5,1	-	-	-	-
MOLISE	56	8	64	7,0	72	8	80	9,0	112	30	142	3,7	122	27	149	4,5	105	27	132	3,9	131	33	164	4,0	168	42	210	4,0	-	-	-	-
CAMPANIA	20	8	28	2,5	4	0	4		185	24	209	7,7	75	7	82	10,7	109	20	129	5,5	265	48	313	5,5	409	72	481	5,7	686	95	781	7,2
PUGLIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	476	83	559	5,7	-	-	-	-	-	-	-	-	536	82	618	6,5	700	103	803	6,8
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	65	19	84	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	9	2	11	4,5	308	47	355	6,6	94	24	118	3,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	407	72	479	5,7	628	89	717	7,1
SICILIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	161	39	200	4,1	539	136	675	4,0	547	145	692	3,8	769	199	968	3,9
SARDEGNA	446	81	527	5,5	62	12	74	5,2	362	63	425	5,7	457	87	544	5,3	454	94	548	4,8	504	123	627	4,1	669	176	845	3,8	688	166	854	4,1
ITALIA	9.739	2.946	12.685	3,3	9.808	3.171	12.976	3,1	11.607	3.698	15.305	3,2	14.417	4.188	18.605	3,4	15.423	5.117	20.540	3,0	15.630	5.047	20.677	3,1	19.861	6.184	26.045	3,2	23.635	8.271	31.906	2,9

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Segue Tab.13

UTENTI NUOVI

REGIONE	1996				1997				1998				1999				2000				2001				2002				2003			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	727	295	1.022	2,5	717	229	946	3,1	-	-	-	-	846	289	1.135	2,9	825	292	1.117	2,8	901	283	1.184	3,2	911	322	1.233	2,8	1.046	380	1.426	2,8
VALLE D'AOSTA	32	9	41	3,6	20	6	26	3,3	27	12	39	2,3	61	22	83	2,8	46	22	68	2,1	46	20	66	2,3	55	9	64	6,1	38	13	51	2,9
LOMBARDIA	816	283	1.099	2,9	1.974	667	2.641	3,0	2.307	790	3.097	2,9	1.898	705	2.603	2,7	1.466	511	1.977	2,9	1.689	571	2.260	3,0	2.112	771	2.883	2,7	2.624	935	3.559	2,8
PROV.AUTON.BOLZANO	284	91	375	3,1	98	16	114	6,1	442	136	578	3,3	855	266	1.121	3,2	902	231	1.133	3,9	863	178	1.041	4,8	668	187	855	3,6	532	177	709	3,0
PROV.AUTON.TRENTO	195	67	262	2,9	-	-	-	-	527	92	619	5,7	488	88	576	5,5	596	116	712	5,1	-	-	-	-	-	-	-	-	965	258	1.223	3,7
VENETO	1.517	544	2.061	2,8	1.948	650	2.598	3,0	1.756	524	2.280	3,4	2.118	568	2.686	3,7	2.417	621	3.038	3,9	2.685	758	3.443	3,5	2.631	891	3.522	3,0	2.630	744	3.374	3,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	854	304	1.158	2,8	859	300	1.159	2,9	1.359	319	1.678	4,3	1.689	405	2.094	4,2	1.334	346	1.680	3,9	1.569	306	1.875	5,1	2.066	424	2.490	4,9	1.556	278	1.834	5,6
LIGURIA	-	-	-	-	30	13	43	2,3	-	-	-	-	179	71	250	2,5	185	50	235	3,7	180	53	233	3,4	806	135	941	6,0	885	137	1.022	6,5
EMILIA ROMAGNA	513	152	665	3,4	559	176	735	3,2	621	201	822	3,1	654	193	847	3,4	684	232	916	2,9	743	251	994	3,0	834	281	1.115	3,0	867	323	1.190	2,7
TOSCANA	518	181	699	2,9	457	147	604	3,1	653	245	898	2,7	676	244	920	2,8	731	263	994	2,8	779	312	1.091	2,5	723	305	1.028	2,4	679	268	947	2,5
UMBRIA	218	44	262	5,0	226	41	267	5,5	196	26	222	7,5	210	32	242	6,6	192	58	250	3,3	-	-	-	-	301	65	366	4,6	370	87	457	4,3
MARCHE	128	35	163	3,7	340	89	429	3,8	264	47	311	5,6	190	30	220	6,3	563	141	704	4,0	472	132	604	3,6	508	156	664	3,3	602	242	844	2,5
LAZIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	510	161	671	3,2	277	77	354	3,6
ABRUZZO	211	81	292	2,6	129	41	170	3,1	119	22	141	5,4	296	66	362	4,5	276	75	351	3,7	-	-	-	-	274	79	353	3,5	-	-	-	-
MOLISE	63	13	76	4,8	74	19	93	3,9	71	16	87	4,4	98	12	110	8,2	71	24	95	3,0	103	24	127	4,3	93	18	111	5,2	-	-	-	-
CAMPANIA	72	15	87	4,8	4	2	6	2,0	187	23	210	8,1	80	13	93	6,2	182	33	215	5,5	292	51	343	5,7	337	57	394	5,9	394	89	483	4,4
PUGLIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	465	99	564	4,7	-	-	-	-	-	-	-	-	346	60	406	5,8	350	56	406	6,3
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	72	15	87	4,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	101	17	118	5,9	225	37	262	6,1	82	19	101	4,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	333	47	380	7,1	301	55	356	5,5
SICILIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	160	39	199	4,1	401	85	486	4,7	421	75	496	5,6	539	106	645	5,1
SARDEGNA	383	71	454	5,4	66	11	77	6,0	277	56	333	4,9	316	80	396	4,0	266	68	334	3,9	292	62	354	4,7	401	72	473	5,6	330	70	400	4,7
ITALIA	6.632	2.202	8.834	3,0	7.776	2.444	10.170	3,2	8.969	2.543	11.503	3,5	11.119	3.183	14.302	3,5	10.896	3.122	14.018	3,5	11.015	3.086	14.101	3,6	14.330	4.115	18.445	3,5	14.985	4.295	19.280	3,5

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab.14 - DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2003

REGIONE	Nuovi utenti						Utenti già in carico o rientrati						Totale utenti					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<20	159	1,1	46	1,1	205	1,1	62	0,3	18	0,2	80	0,3	221	0,6	64	0,5	285	0,6
20-29	2.180	14,5	366	8,5	2.546	13,2	1.810	7,7	382	4,6	2.192	6,9	3.990	10,3	748	6,0	4.738	9,3
30-39	3.943	26,3	949	22,1	4.892	25,4	5.629	23,8	1.611	19,5	7.240	22,7	9.572	24,8	2.560	20,4	12.132	23,7
40-49	3.984	26,6	1.267	29,5	5.251	27,2	7.038	29,8	2.430	29,4	9.468	29,7	11.022	28,5	3.697	29,4	14.719	28,8
50-59	2.912	19,4	926	21,6	3.838	19,9	5.928	25,1	2.454	29,7	8.382	26,3	8.840	22,9	3.380	26,9	12.220	23,9
>=60	1.807	12,1	741	17,3	2.548	13,2	3.168	13,4	1.376	16,6	4.544	14,2	4.975	12,9	2.117	16,8	7.092	13,9
TOTALE	14.985	100,0	4.295	100,0	19.280	100,0	23.635	100,0	8.271	100,0	31.906	100,0	38.620	100,0	12.566	100,0	51.186	100,0

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab.15 - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

Totale utenti

CLASSI	Maschi								Femmine								Totale							
DI ETA'	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<20	0,5	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	0,7	0,4	0,6	0,7	0,7	0,4	0,5	0,5	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6
20-29	8,6	9,4	9,0	9,6	9,5	9,2	10,1	10,3	6,0	6,7	6,1	7,1	6,0	6,1	6,0	6,0	7,9	8,8	8,3	9,1	8,7	8,5	9,1	9,3
30-39	22,1	24,6	22,6	23,6	24,4	24,1	25,2	24,8	23,8	24,0	22,8	23,0	22,7	22,4	23,2	20,4	22,5	24,4	22,6	23,4	24,0	23,7	24,8	23,7
40-49	29,6	28,5	27,9	26,9	26,4	27,3	27,4	28,5	31,3	31,9	29,8	29,0	30,9	31,0	31,3	29,4	30,0	29,3	28,4	27,4	27,5	28,2	28,3	28,8
50-59	25,2	23,2	24,3	24,7	24,3	23,1	23,2	22,9	25,6	24,2	25,5	25,6	25,6	24,3	25,6	26,9	25,3	23,4	24,6	24,9	24,6	23,4	23,7	23,9
>=60	14,1	13,7	15,5	14,5	14,8	15,6	13,6	12,9	12,9	12,5	15,4	14,7	14,1	15,5	13,5	16,8	13,8	13,4	15,5	14,6	14,6	15,6	13,6	13,9
TOTALE	100,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nuovi utenti

CLASSI	Maschi								Femmine								Totale							
DI ETA'	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<20	0,8	0,9	1,2	1,1	1,1	1,1	0,8	1,1	0,8	0,9	0,7	0,8	1,2	0,8	0,7	1,1	0,8	0,9	1,1	1,1	1,1	1,0	0,7	1,1
20-29	11,0	11,7	11,6	12,8	12,7	12,7	13,5	14,5	7,1	8,4	7,8	8,2	8,6	8,5	7,5	8,5	10,0	10,9	10,7	11,8	11,8	11,8	12,2	13,2
30-39	23,1	25,5	24,2	25,5	26,2	26,0	26,5	26,3	24,8	25,0	23,5	23,9	22,8	24,4	23,9	22,1	23,5	25,4	24,0	25,1	25,5	25,6	25,9	25,4
40-49	28,9	26,6	26,2	24,7	24,4	25,6	26,6	26,6	31,1	31,2	28,8	28,9	28,6	29,2	32,1	29,5	29,5	27,7	26,7	25,7	25,4	26,3	27,8	27,2
50-59	22,8	22,1	22,0	23,1	23,4	20,4	21,1	19,4	24,0	22,7	24,0	23,7	25,5	21,8	23,8	21,6	23,1	22,3	22,4	23,3	23,9	20,7	21,7	19,9
>=60	13,4	13,1	14,9	12,7	12,1	14,4	11,5	12,1	12,2	11,7	15,3	14,5	13,4	15,4	12,2	17,3	13,1	12,8	15,0	13,1	12,4	14,6	11,6	13,2
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Utenti già in carico o rientrati

CLASSI	Maschi								Femmine								Totale							
DI ETA'	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<20	0,2	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,3	0,4	0,4	0,7	0,2	0,2	0,3	0,5	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3
20-29	6,9	7,6	7,0	7,2	7,3	6,8	7,6	7,7	5,1	5,4	4,8	6,4	4,4	4,7	4,9	4,6	6,5	7,0	6,5	7,0	6,6	6,3	7,0	6,9
30-39	21,5	23,8	21,3	22,1	23,1	22,8	24,3	23,8	23,1	23,1	22,3	22,3	22,7	21,1	22,8	19,5	21,8	23,7	21,6	22,2	23,0	22,4	24,0	22,7
40-49	30,0	30,0	29,3	28,7	27,8	28,6	28,0	29,8	31,4	32,4	30,6	29,0	32,3	32,1	30,8	29,4	30,3	30,6	29,6	28,7	28,9	29,4	28,7	29,7
50-59	26,9	24,0	26,2	25,9	25,0	25,1	24,7	25,1	26,7	25,4	26,5	27,0	25,7	25,9	26,7	29,7	26,9	24,3	26,3	26,1	25,1	25,3	25,2	26,3
>=60	14,5	14,1	15,9	15,9	16,7	16,5	15,0	13,4	13,4	13,1	15,5	14,9	14,6	15,6	14,5	16,6	14,2	13,8	15,9	15,7	16,1	16,3	14,9	14,2
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab.16 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2003

	Nuovi utenti			Utenti già in carico o rientrati			Totale utenti		
REGIONE	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	45,0	46,2	45,6	46,8	47,0	46,8	46,2	46,7	46,4
VALLE D'AOSTA	47,1	49,9	47,8	50,9	48,5	50,2	49,9	48,9	49,6
LOMBARDIA	43,6	48,5	44,9	43,6	51,8	46,8	43,6	50,8	46,1
PROV.AUTON.BOLZANO	46,6	48,6	47,1	49,2	49,7	49,3	48,4	49,3	48,6
PROV.AUTON.TRENTO	41,0	44,3	41,7	45,8	46,3	45,9	43,8	45,5	44,2
VENETO	44,2	47,8	45,0	48,3	47,7	48,1	46,9	47,7	47,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	43,9	46,8	44,4	48,1	49,8	48,4	45,3	47,9	45,7
LIGURIA	38,6	43,1	39,2	42,4	43,5	42,6	40,4	43,3	40,9
EMILIA ROMAGNA	44,2	43,7	44,1	47,3	47,0	47,2	46,4	46,0	46,3
TOSCANA	44,5	45,3	44,7	47,0	45,9	46,6	46,1	45,7	46,0
UMBRIA	39,6	40,9	39,9	42,0	45,2	42,5	41,2	43,8	41,7
MARCHE	42,1	42,9	42,4	46,9	47,4	47,0	44,3	44,6	44,4
LAZIO	42,1	45,1	42,7	41,8	43,1	42,1	41,9	43,8	42,3
ABRUZZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	41,5	40,1	41,3	42,3	42,0	42,2	42,0	41,1	41,9
PUGLIA	37,9	40,4	38,2	40,3	39,7	40,2	39,5	40,0	39,6
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	41,2	42,5	41,4	42,2	43,3	42,4	41,9	43,0	42,0
SICILIA	40,9	37,2	40,3	41,4	40,0	41,1	41,2	39,0	40,8
SARDEGNA	42,7	45,3	43,1	44,0	43,7	43,9	43,5	44,1	43,7
ITALIA	43,0	45,9	43,7	45,7	47,9	46,3	44,7	47,2	45,3

Ministero della Salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab. 17 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI

ANNO	NUOVI UTENTI		GIA' IN CARICO	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
1996	44,7	45,2	46,5	46,4
1997	44,2	44,7	45,7	46,1
1998	44,6	45,9	46,7	47,0
1999	43,8	45,3	46,2	46,3
2000	43,8	45,4	46,5	46,7
2001	44,0	45,4	46,6	47,0
2002	43,3	45,2	45,9	46,8
2003	43,0	45,9	45,7	47,9

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab. 18 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%) - ANNO 2003

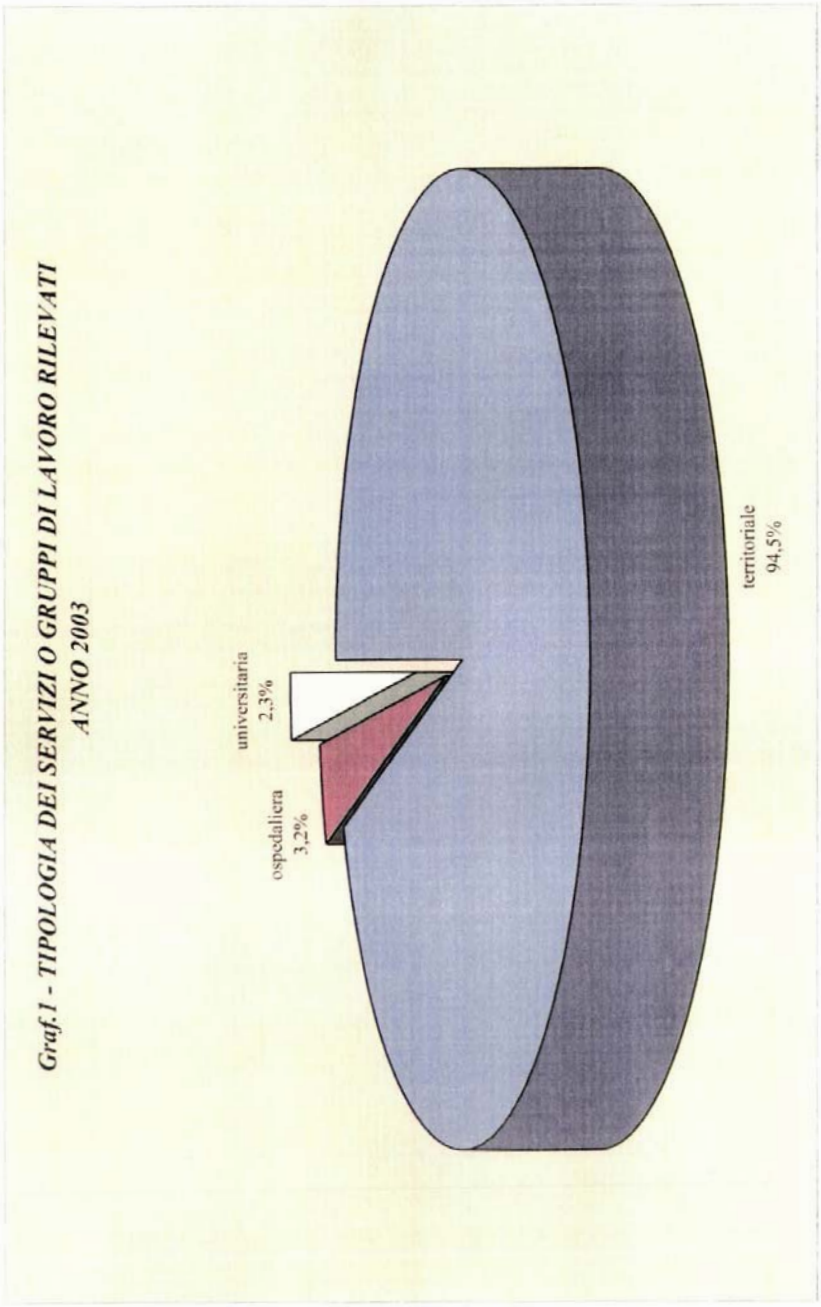
REGIONE	SUPERALCOLICI			APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI			VINI			BIRRA			ALTRO		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	11,2	9,0	10,6	6,5	5,7	6,3	63,7	63,0	63,5	15,7	16,0	15,8	3,0	6,3	3,9
VALLE D'AOSTA	15,2	10,9	14,1	6,0	7,3	6,3	66,9	69,1	67,5	11,9	12,7	12,1	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	11,8	10,7	11,5	3,1	3,2	3,2	60,7	65,5	61,9	22,4	17,0	21,1	2,0	3,5	2,4
PROV.AUTON.BOLZANO	7,0	19,4	9,9	0,2	2,8	0,8	61,2	55,9	60,0	31,2	20,6	28,7	0,4	1,4	0,6
PROV.AUTON.TRENTO	3,8	11,5	5,6	1,0	4,6	1,8	66,6	57,6	64,5	28,5	26,4	28,0	0,0	0,0	0,0
VENETO	10,9	5,8	9,7	4,5	6,4	5,0	67,2	70,3	67,9	16,7	14,9	16,3	0,7	2,5	1,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	6,0	9,6	6,5	0,7	1,0	0,8	62,4	55,7	61,3	23,5	22,4	23,3	7,4	11,4	8,1
LIGURIA	10,6	10,1	10,5	0,6	3,4	1,2	74,4	79,8	75,6	14,4	6,7	12,7	0,0	0,0	0,0
EMILIA ROMAGNA	15,5	12,2	14,6	2,8	3,7	3,0	51,4	52,7	51,8	13,8	13,9	13,8	16,5	17,6	16,8
TOSCANA	12,4	13,6	12,8	5,5	6,4	5,7	61,7	60,1	61,2	15,9	16,3	16,0	4,5	3,7	4,2
UMBRIA	13,2	13,3	13,2	5,9	5,3	5,8	51,1	47,7	50,5	29,8	32,2	30,2	0,1	1,5	0,3
MARCHE	19,5	20,2	19,6	10,0	13,2	10,8	45,5	41,1	44,4	21,7	23,0	22,0	3,4	2,4	3,1
LAZIO	14,7	13,6	14,5	13,7	10,0	13,2	32,1	48,2	34,5	36,3	27,7	35,0	3,2	0,5	2,8
ABRUZZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	23,9	16,4	22,8	8,2	6,2	7,9	52,8	59,0	53,8	15,0	18,5	15,5	0,0	0,0	0,0
PUGLIA	17,0	22,8	17,7	5,6	3,8	5,4	48,3	50,6	48,6	28,1	21,5	27,2	1,1	1,3	1,1
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	18,5	16,6	18,2	5,9	9,0	6,3	47,2	48,3	47,3	28,4	26,2	28,1	0,0	0,0	0,0
SICILIA	24,9	20,4	24,1	4,2	3,3	4,1	37,0	49,3	39,1	32,8	21,9	30,9	1,1	5,1	1,8
SARDEGNA	14,8	16,2	15,0	10,8	13,7	11,3	37,7	28,6	36,0	29,3	29,0	29,2	7,5	12,4	8,4
ITALIA	12,6	11,7	12,4	4,6	5,4	4,8	57,5	59,3	57,9	21,9	18,5	21,2	3,4	5,1	3,8

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Tab. 19 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%)

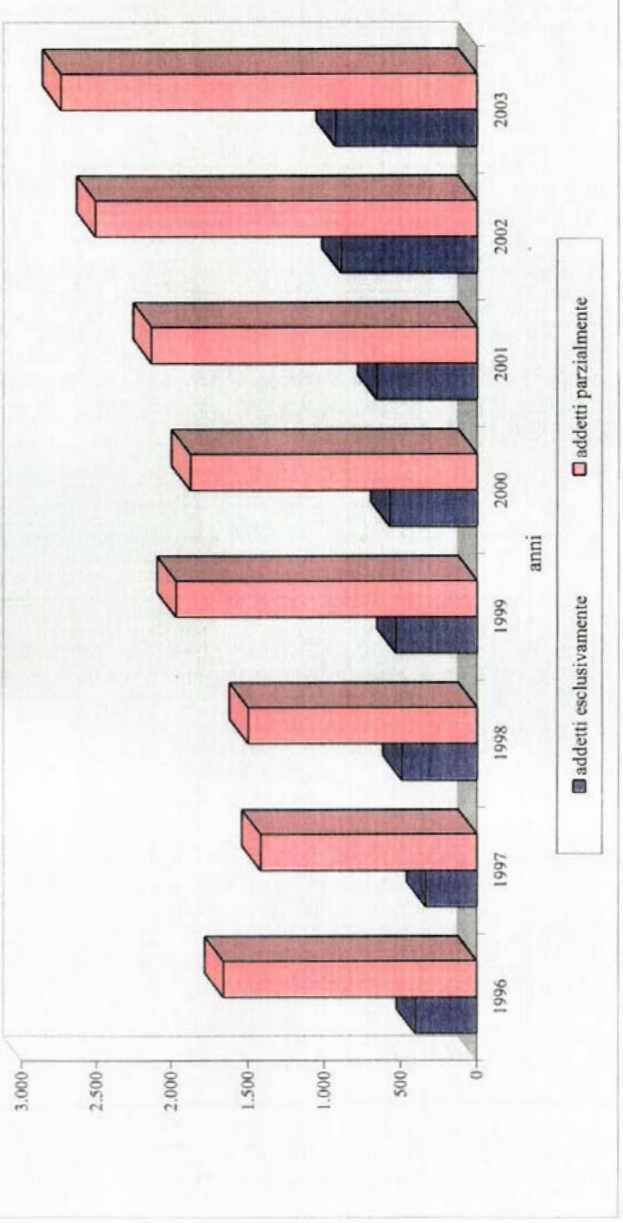
	SUPERALCOLICI			APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI			VINI			BIRRA			ALTRO		
ANNO	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
1996	9,9	9,2	9,8	4,4	7,0	5,0	68,8	66,7	68,3	14,2	13,5	14,1	2,6	3,5	2,8
1997	11,0	10,8	11,0	4,9	7,6	5,5	66,2	65,0	65,9	14,9	14,1	14,7	3,1	2,5	2,9
1998	11,1	12,7	11,5	4,5	7,8	5,3	67,2	63,0	66,3	15,0	12,9	14,5	2,1	3,6	2,5
1999	10,8	11,3	10,9	4,4	6,6	4,9	64,3	63,9	64,2	18,2	15,0	17,5	2,3	3,1	2,5
2000	9,8	10,7	10,0	4,1	6,3	4,6	62,0	61,4	61,9	20,5	17,3	19,8	3,5	4,4	3,7
2001	10,6	9,9	10,4	3,9	6,1	4,4	62,6	62,9	62,6	19,7	17,0	19,1	3,2	4,1	3,4
2002	12,0	11,4	11,9	4,8	5,9	5,0	59,6	60,5	59,8	21,1	18,1	20,4	2,6	4,1	2,9
2003	12,6	11,7	12,4	4,6	5,4	4,8	57,5	59,3	57,9	21,9	18,5	21,2	3,4	5,1	3,8

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

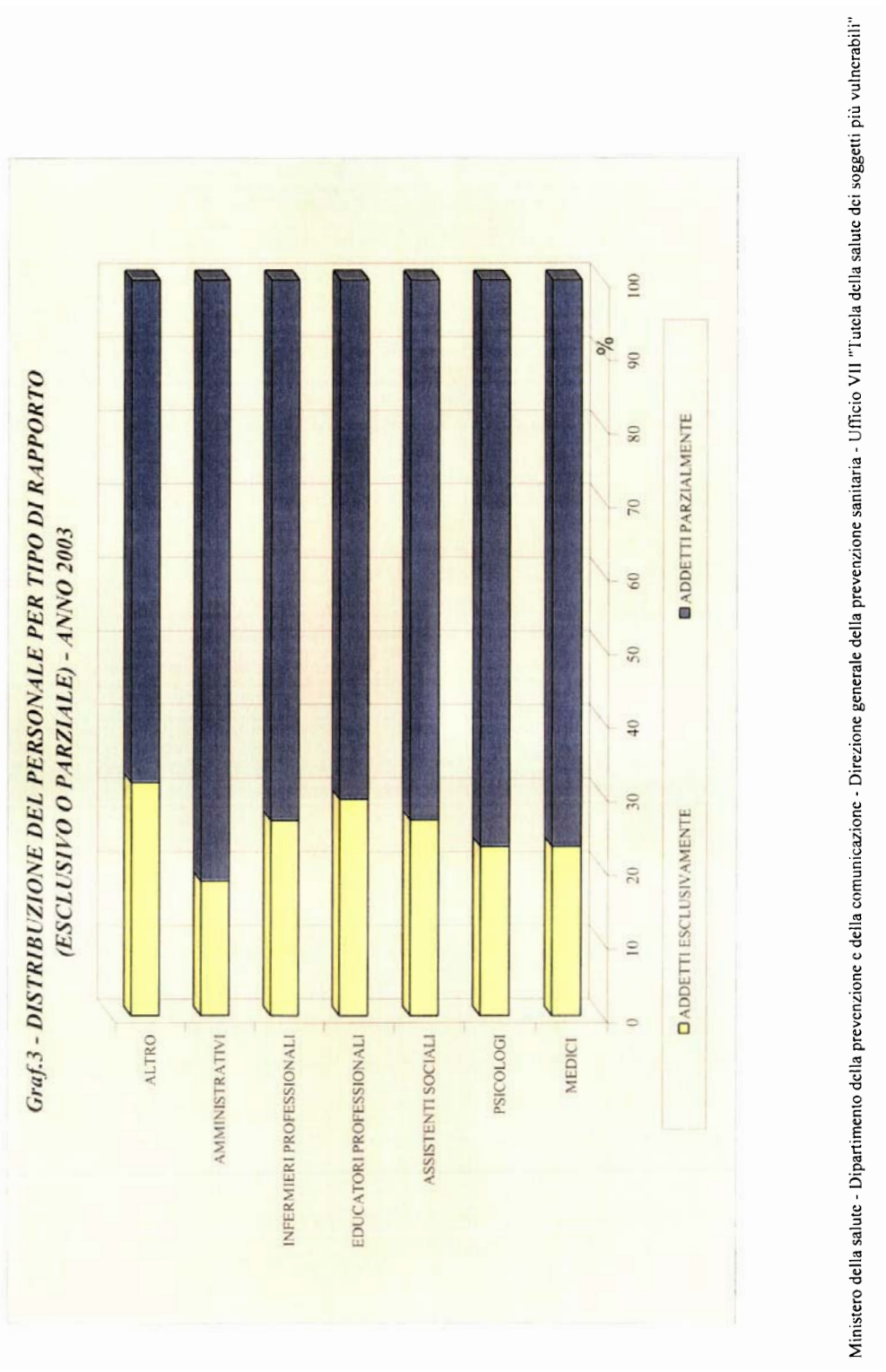


Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

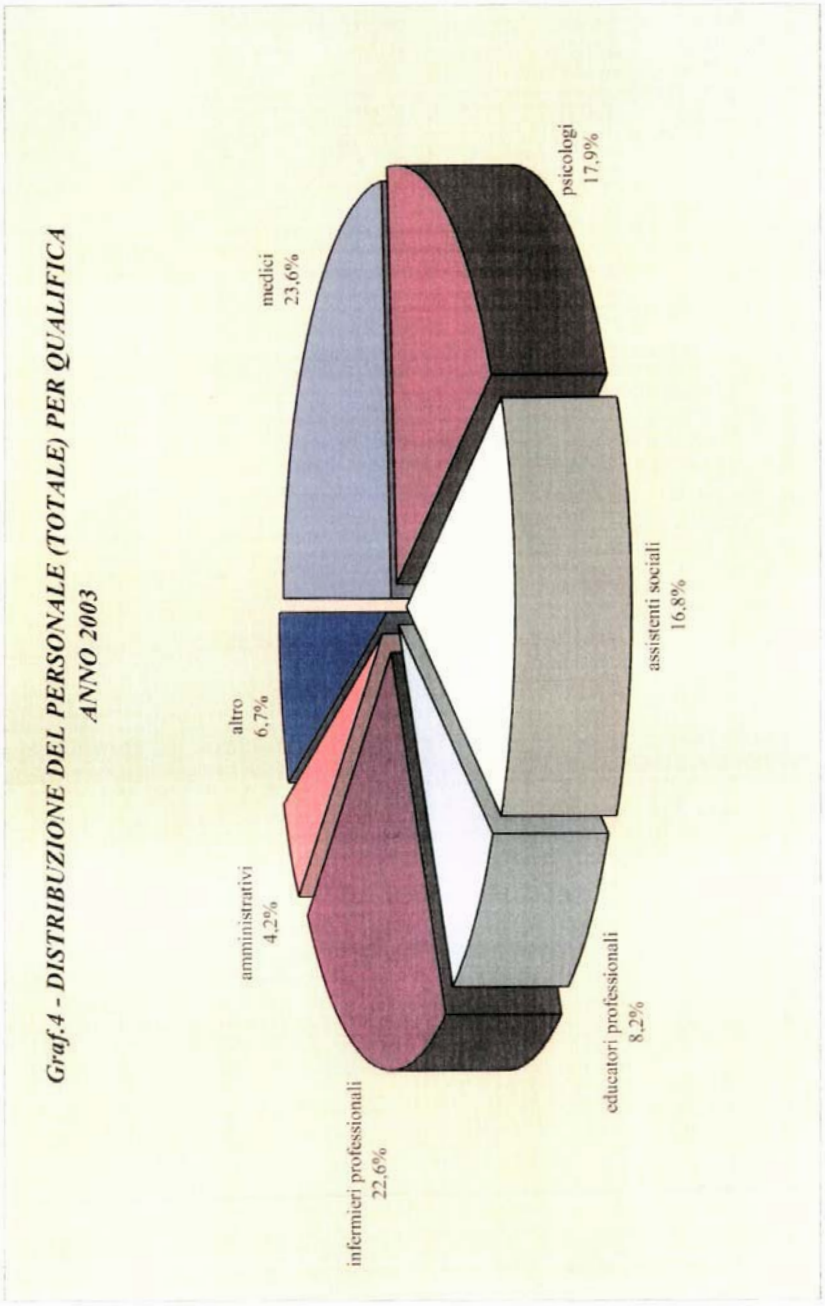
Graf. 2 - PERSONALE ADDETTO ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOOLDIPENDENZA



Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

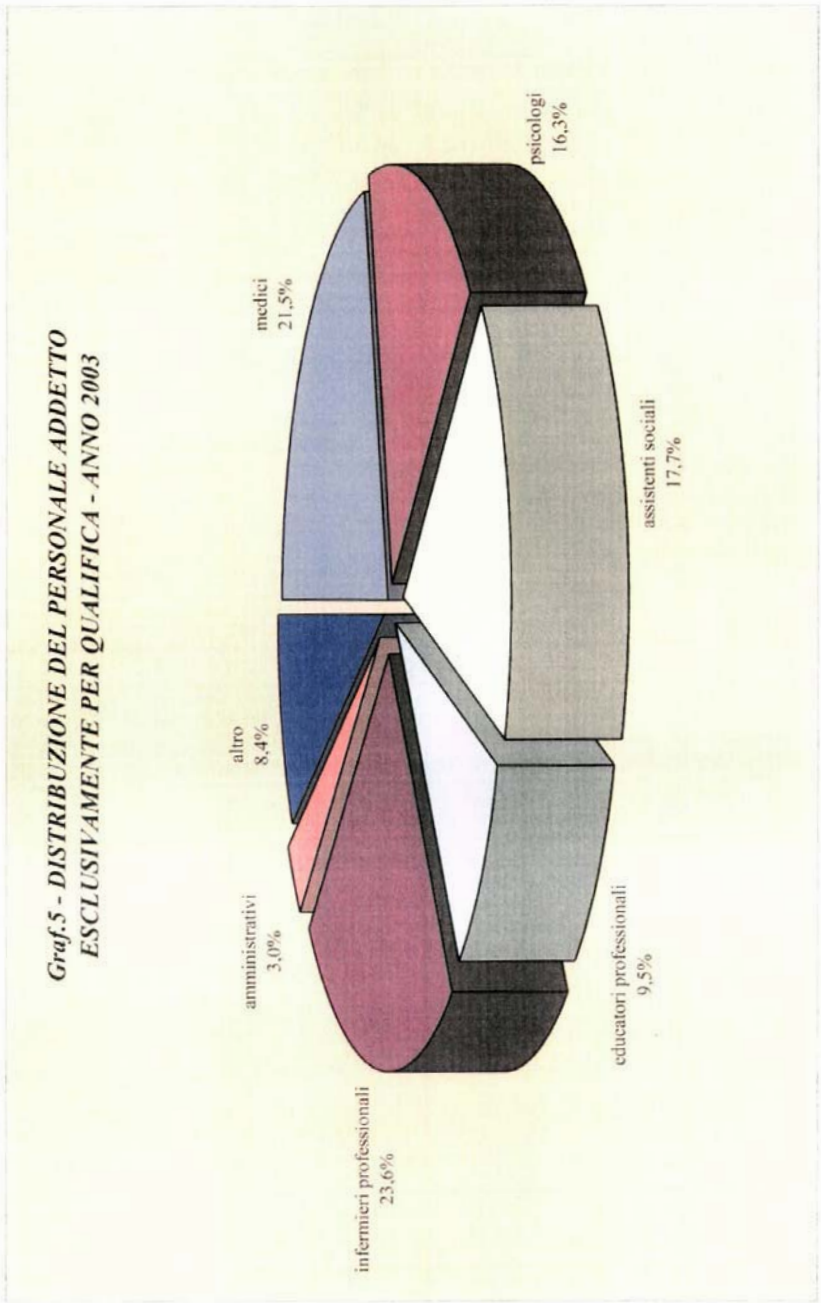

Graf.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE PER TIPO DI RAPPORTO
(ESCLUSIVO O PARZIALE) - ANNO 2003
ALTRO
AMMINISTRATIVI
INFERMIERI PROFESSIONALI
EDUCATORI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SOCIALI
PSICOLOGI
MEDICI
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100
%
ADDETTI ESCLUSIVAMENTE
ADDETTI PARZIALMENTE
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Graf.4 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE (TOTALE) PER QUALIFICA
ANNO 2003



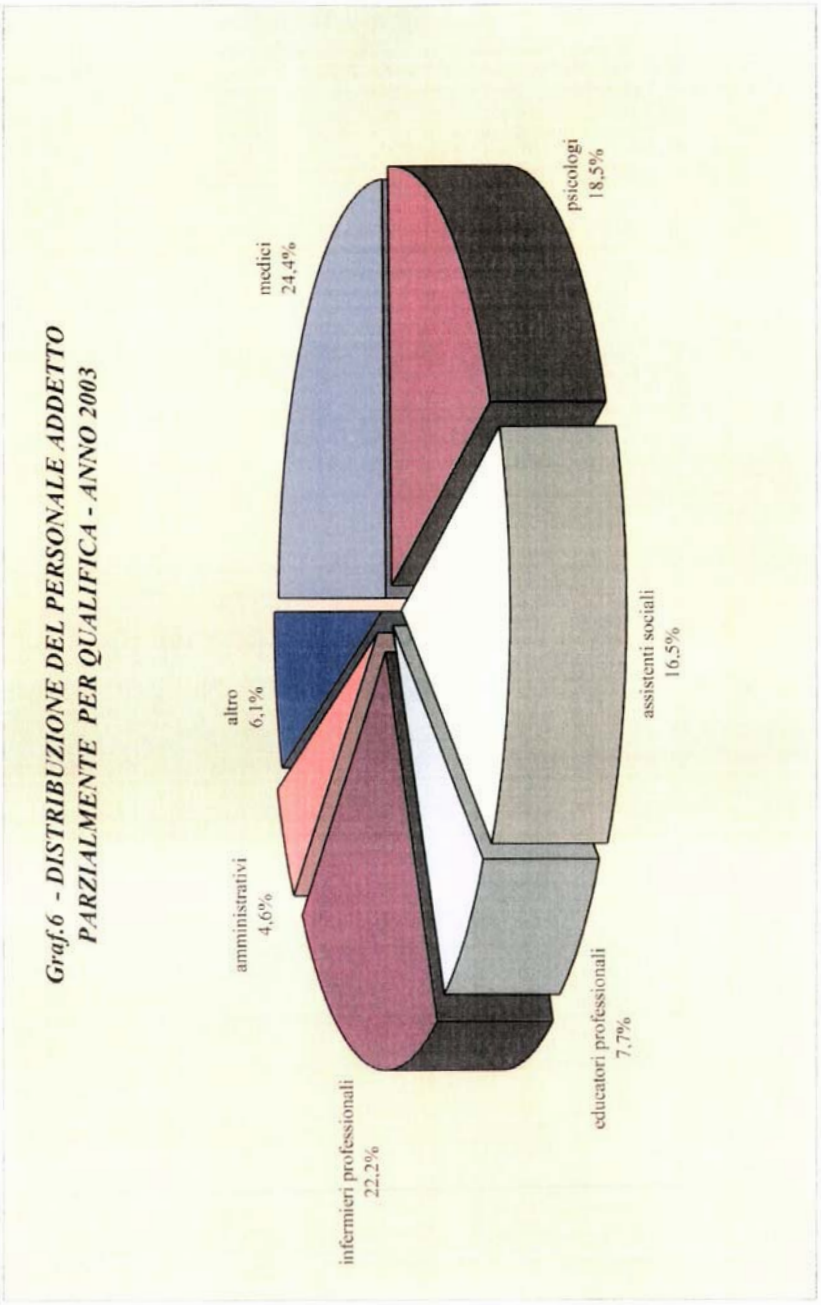
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Graf.5 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2003



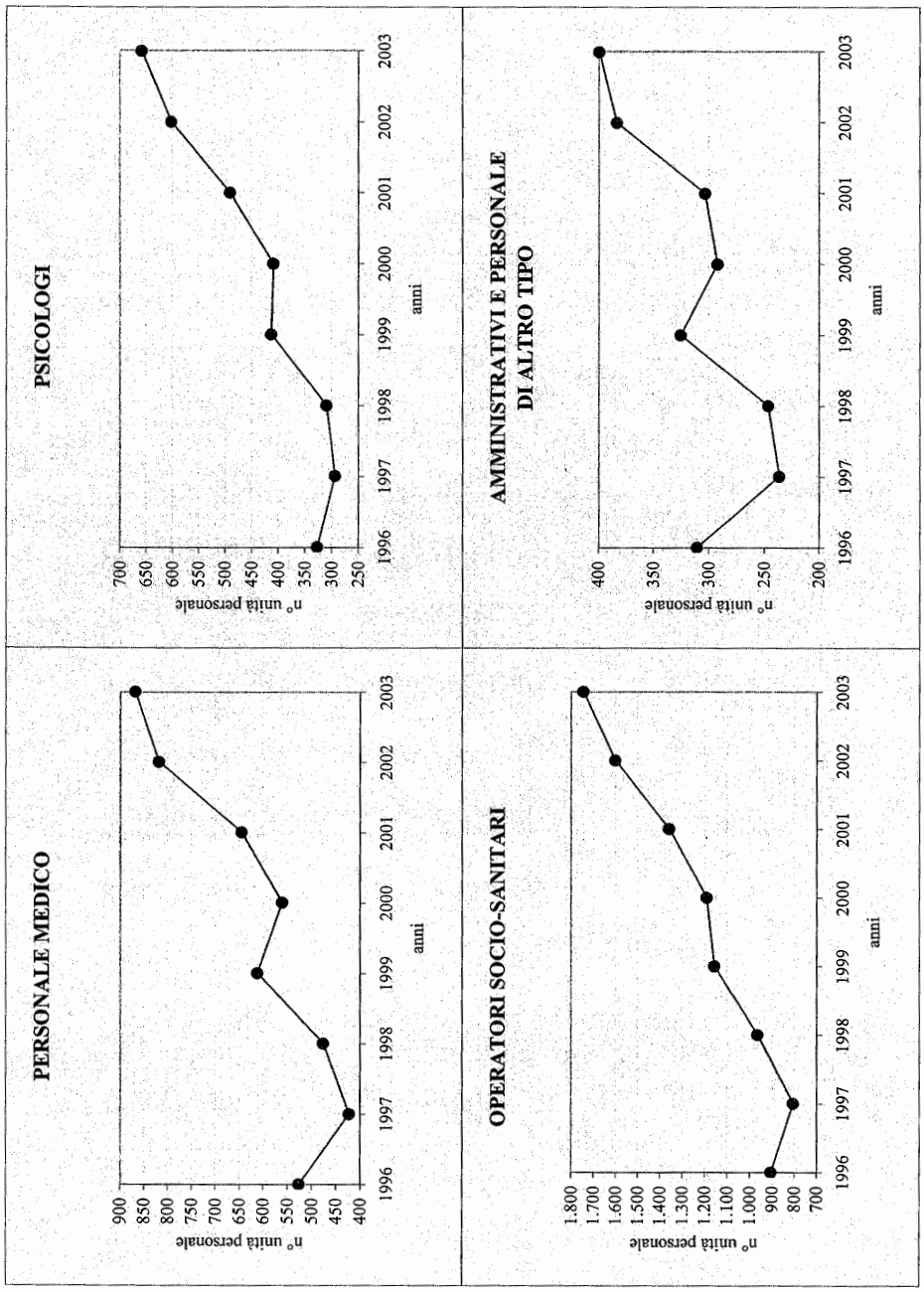
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Graf.6 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO PARZIALMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2003



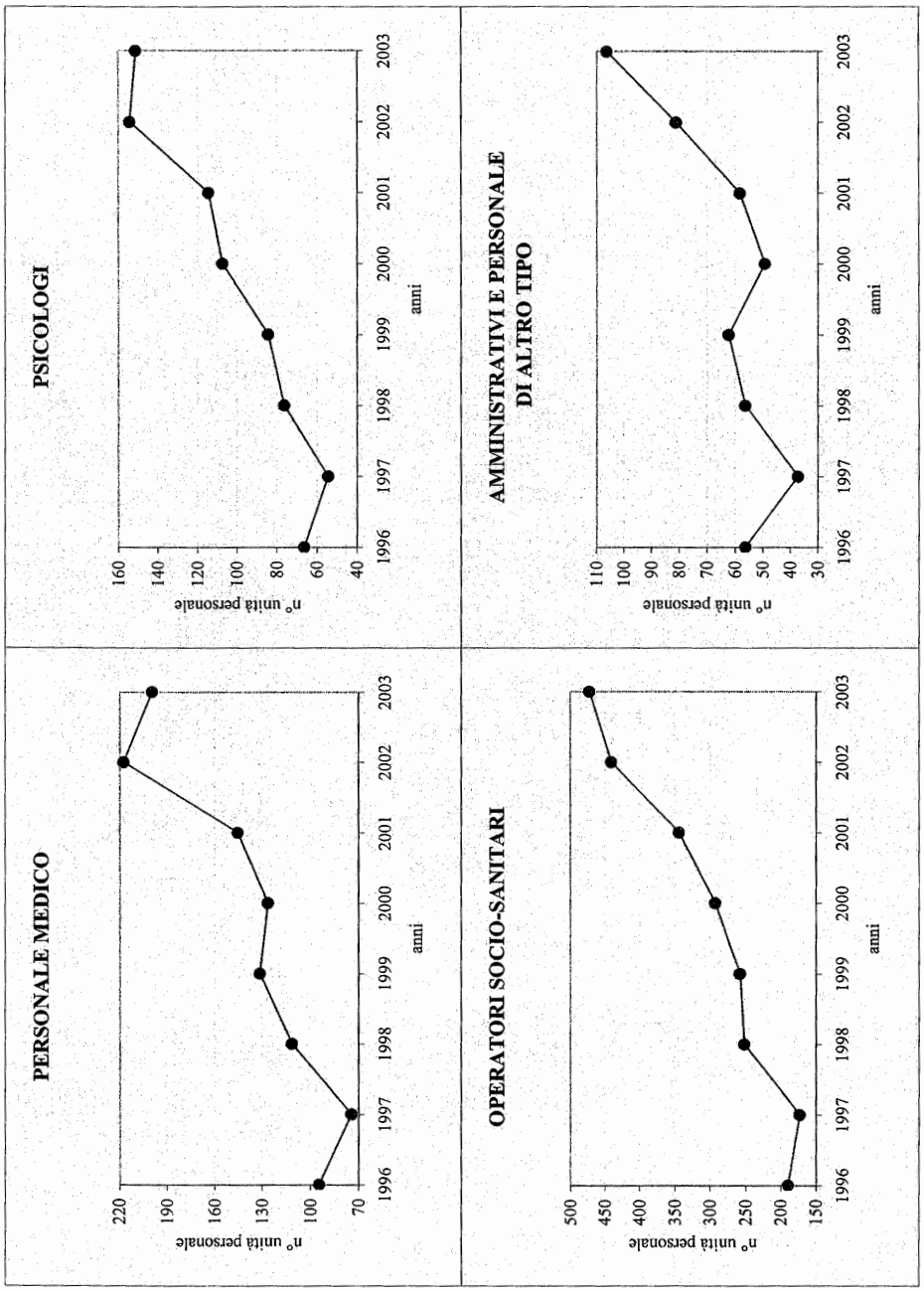
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Graf.7 - PERSONALE TOTALE ADDETTO ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOOLDIPENDENZA



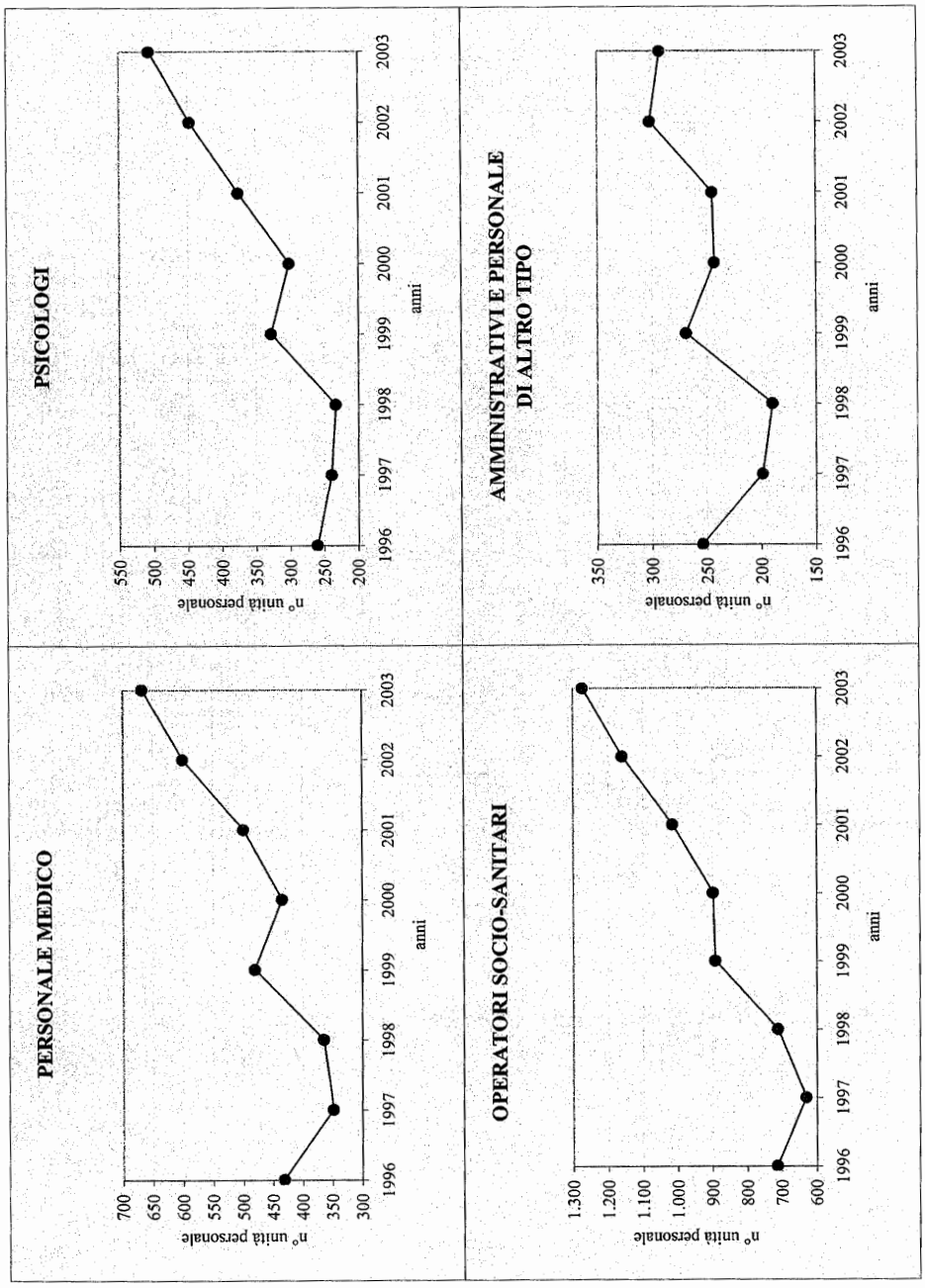
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Graf.8 - PERSONALE ADDETTO ESCLUSIVAMENTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOOLDIPENDENZA



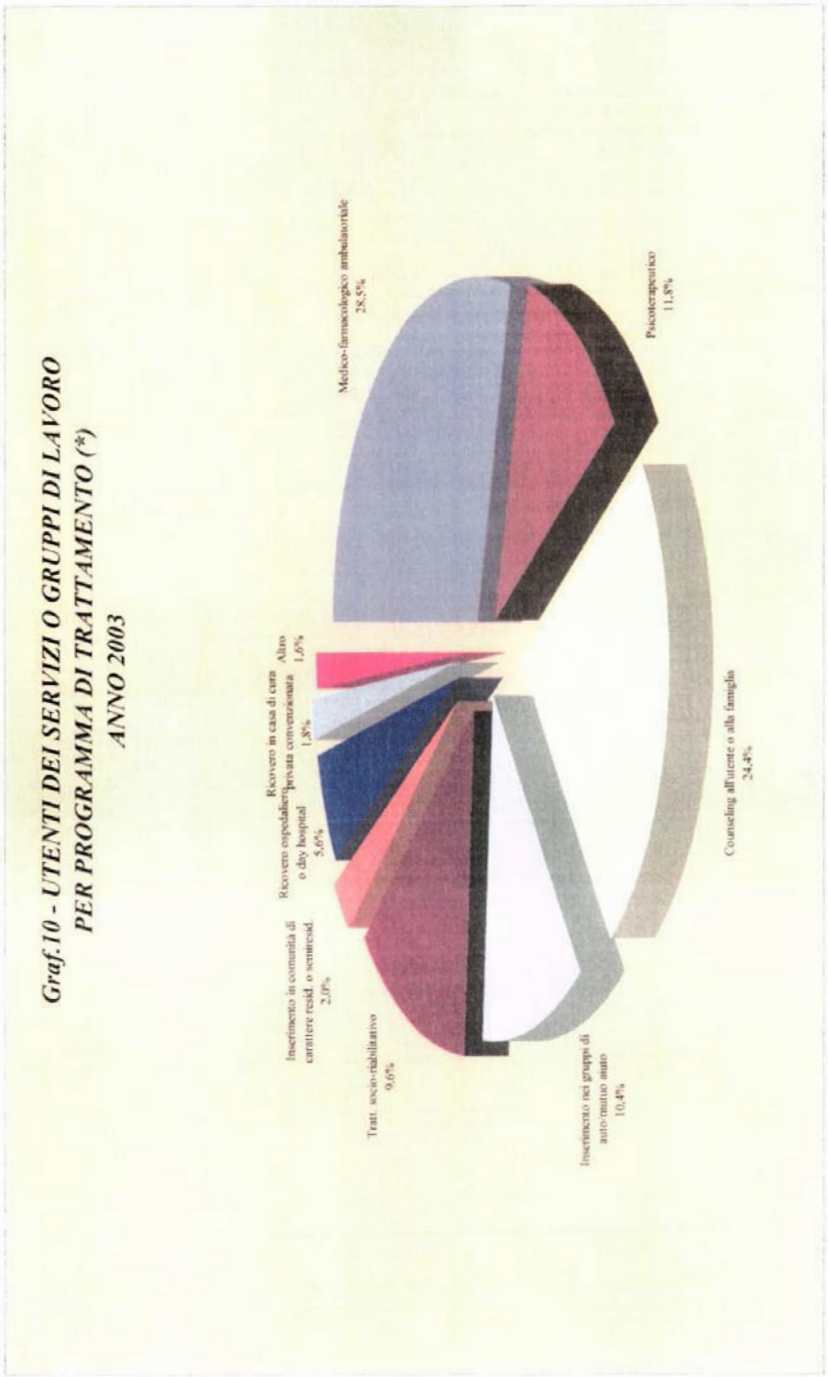
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Graf.9 - PERSONALE ADDETTO PARZIALMENTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOOLDIPENDENZA



Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

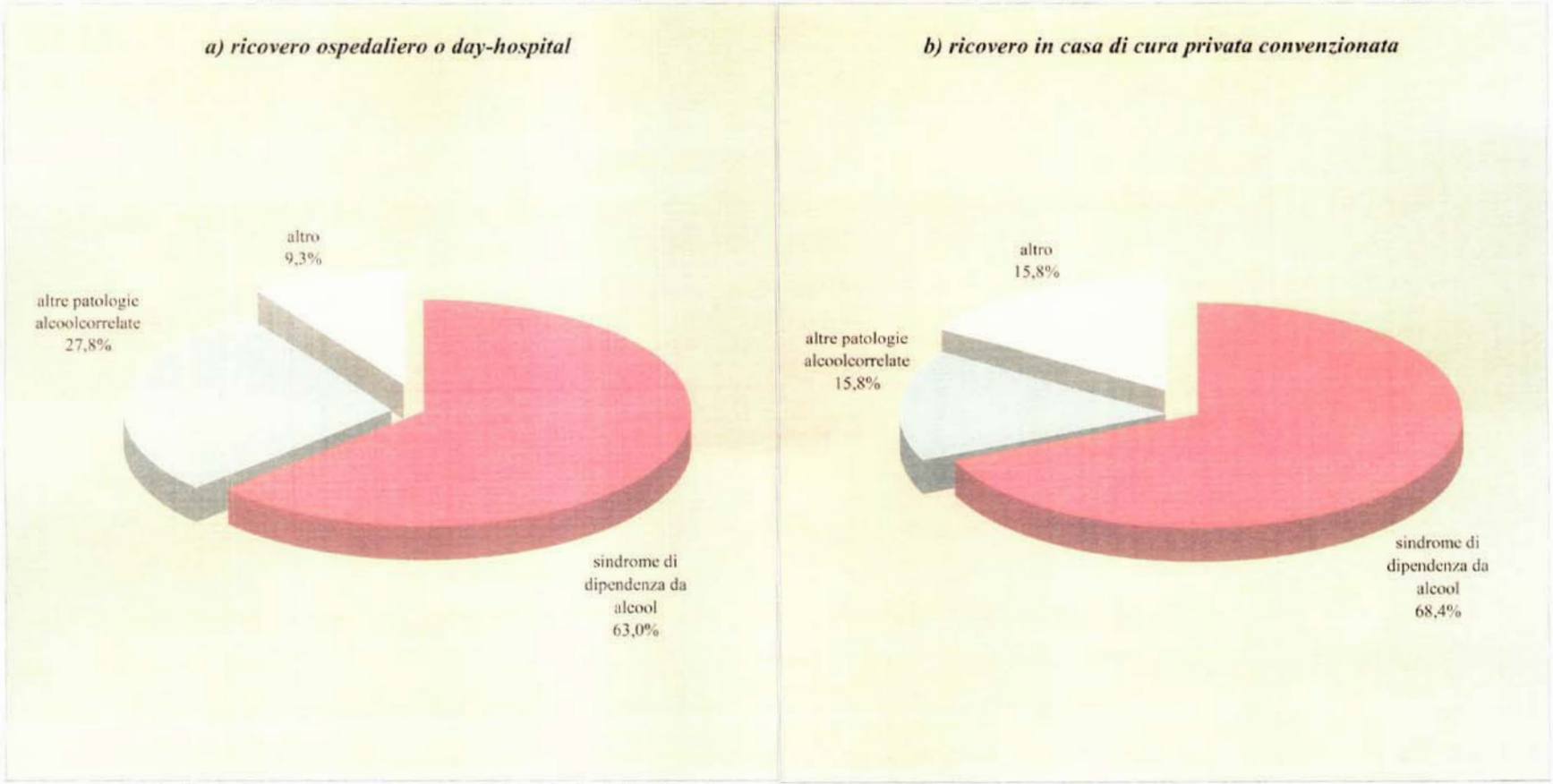
Graf.10 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (*) ANNO 2003



(*)=percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

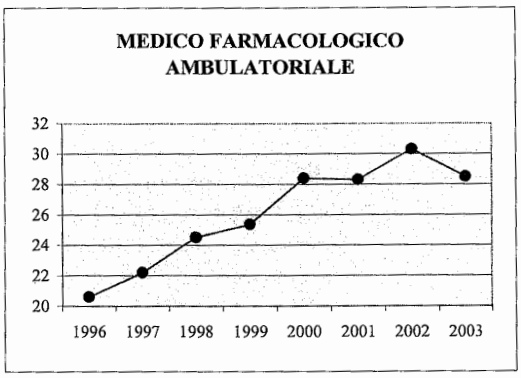
GRAF.11- UTENTI DISTRIBUITI PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO IN REGIME DI RICOVERO (*) - ANNO 2003

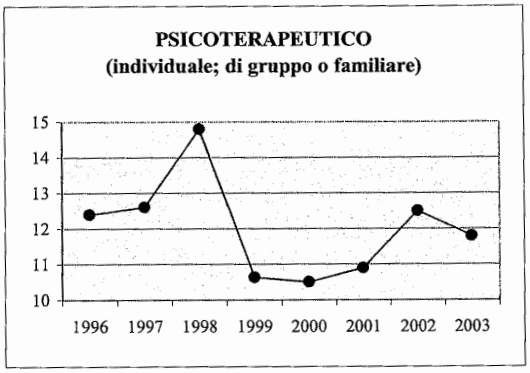


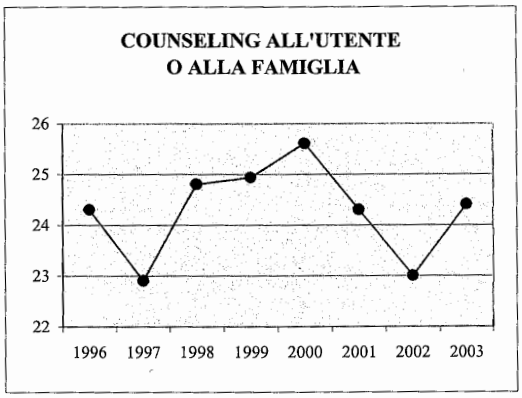
(*)=percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati con: a) ricovero ospedaliero o day hospital; b) ricovero in casa di cura privata convenzionata

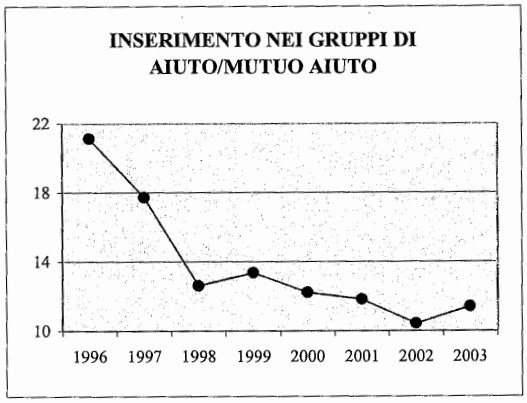
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

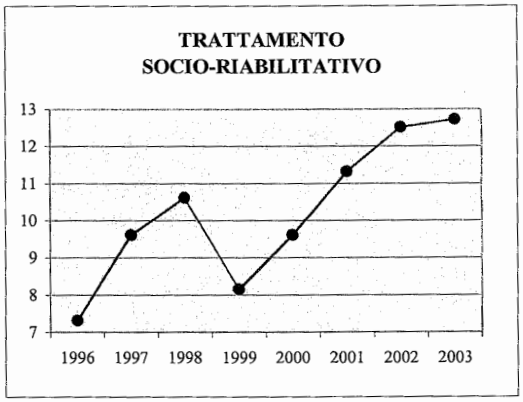
Graf. 12 - PERCENTUALE DI SOGGETTI TRATTATI PER TIPOLOGIA DI PROGRAMMA

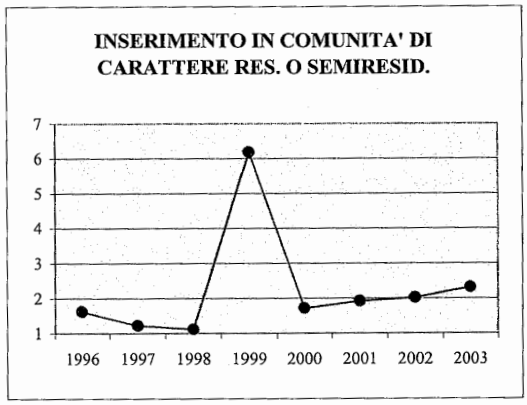


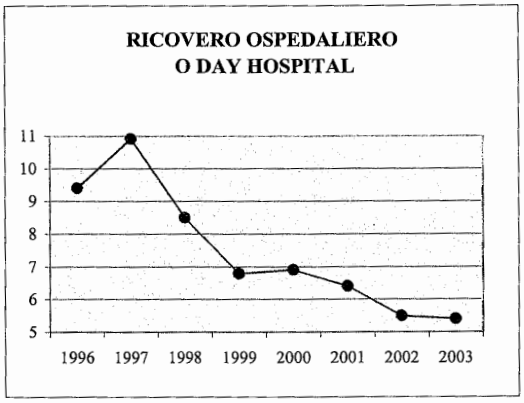


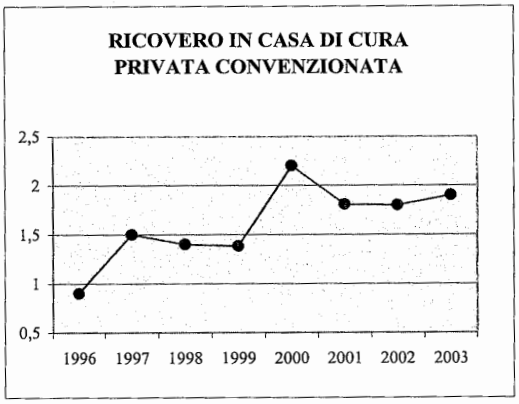






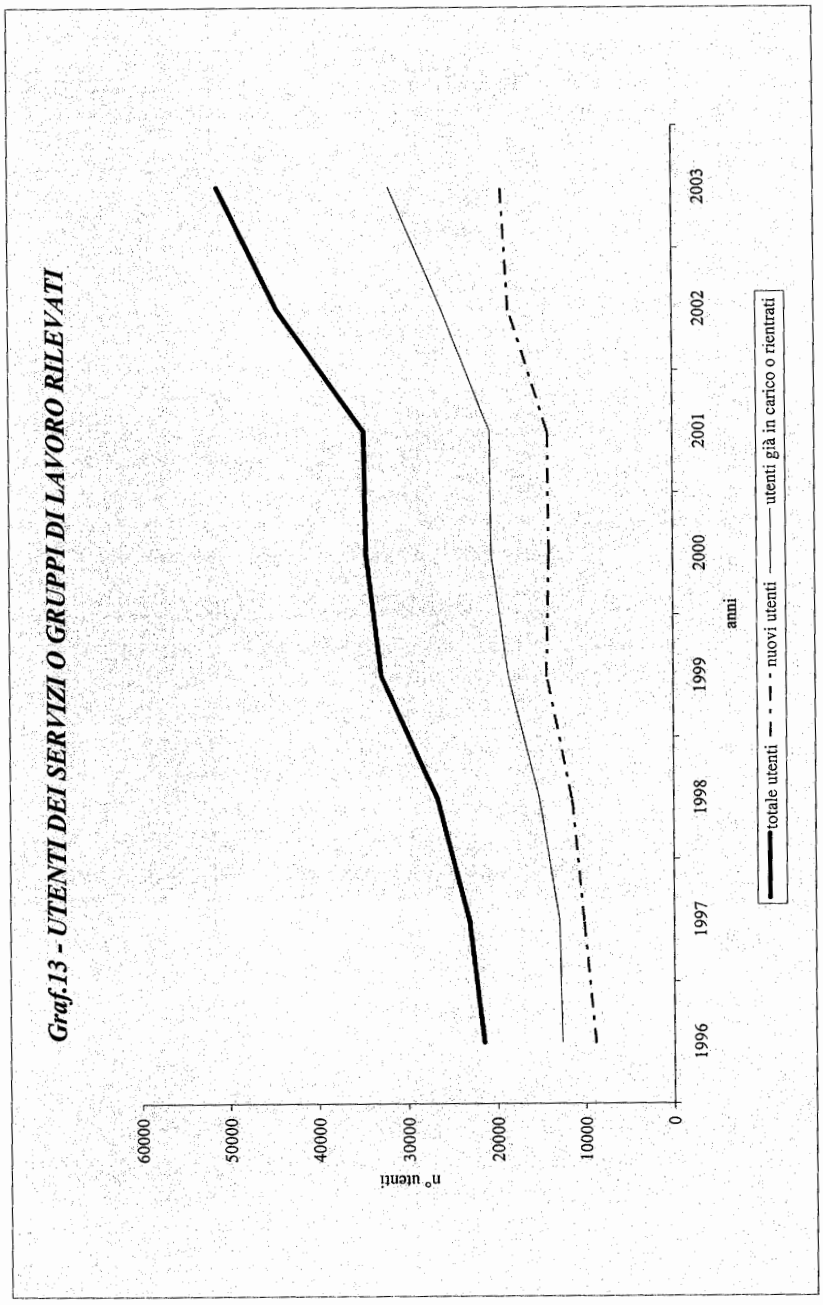






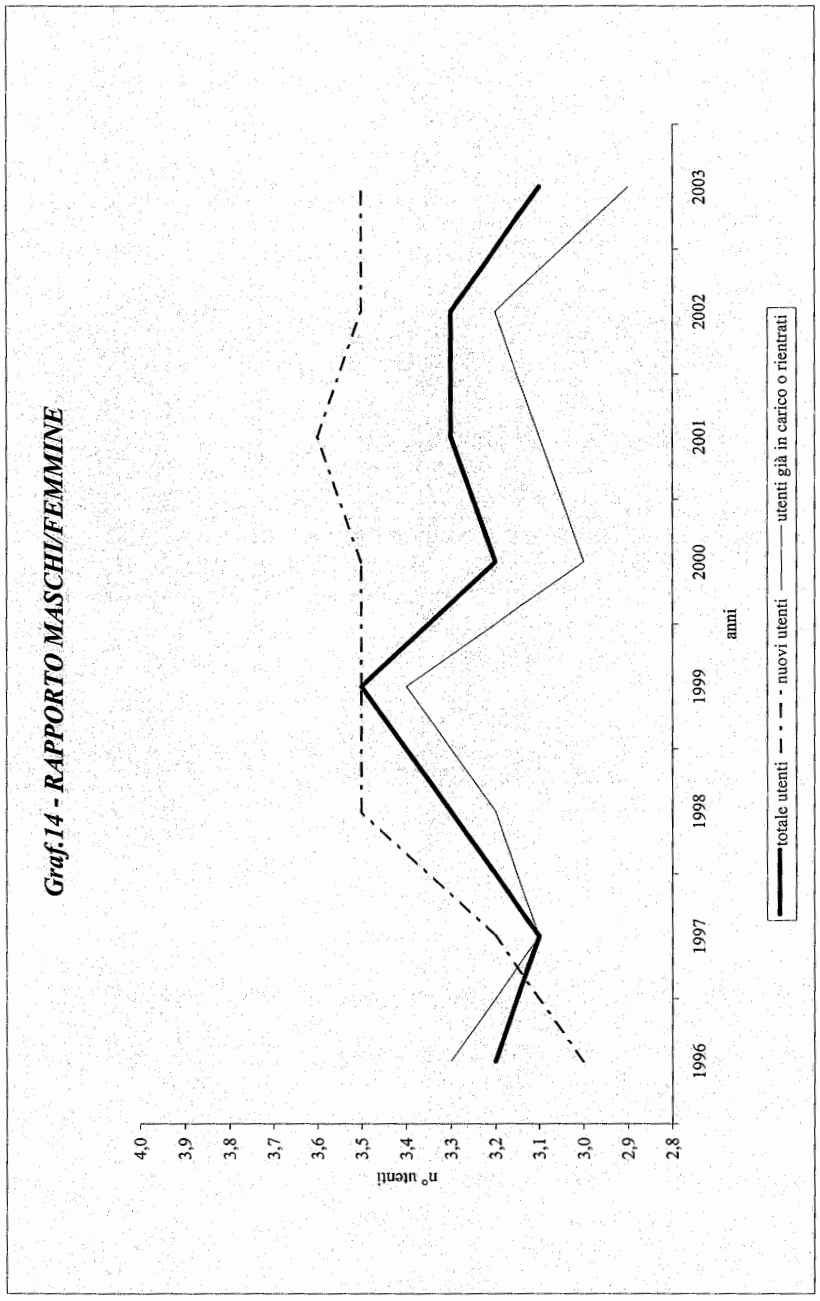
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Graf.13 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

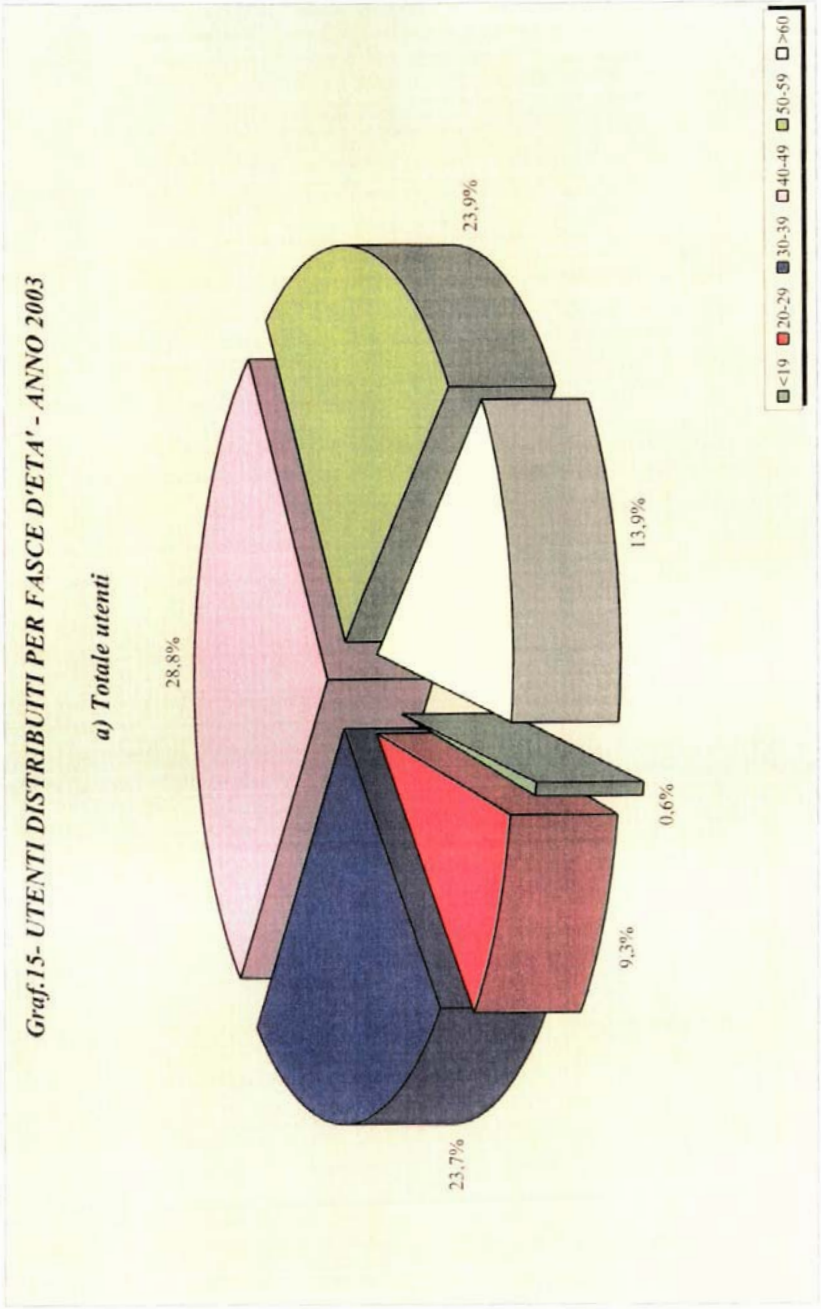


Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

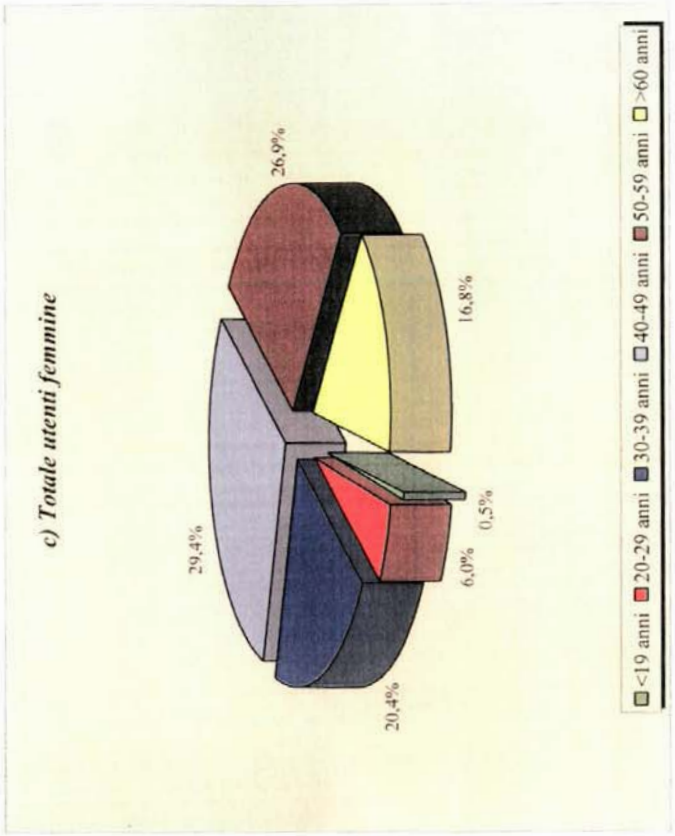
Graf.14 - RAPPORTO MASCHI/FEMMINE

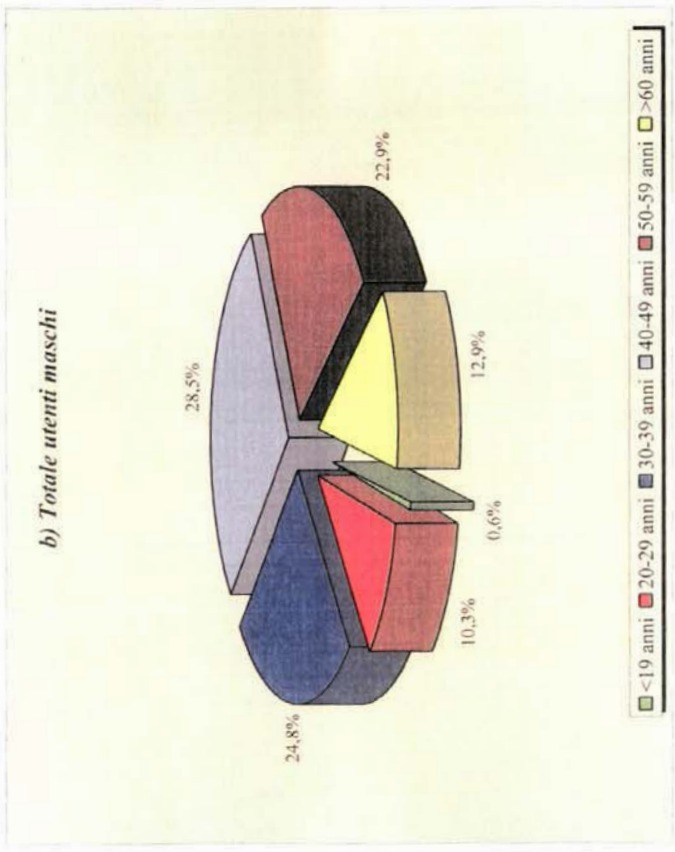


Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"



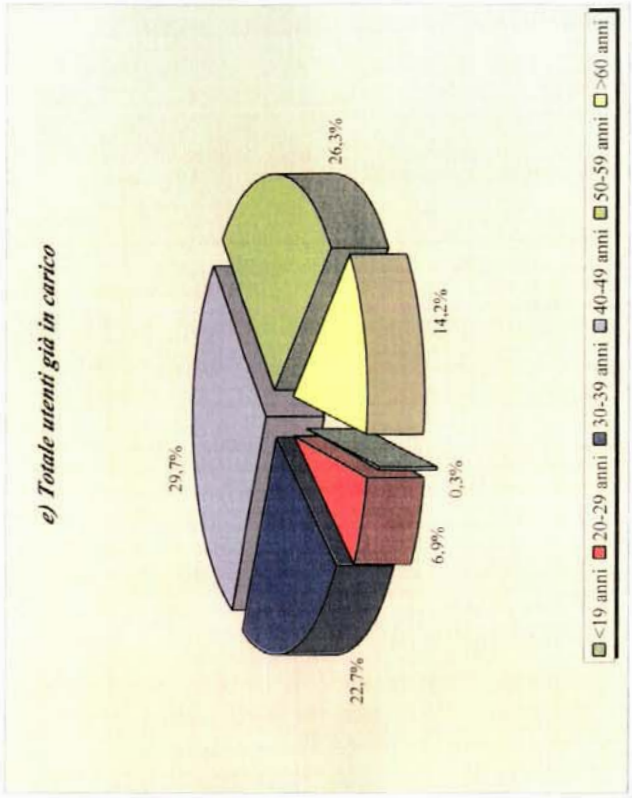
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

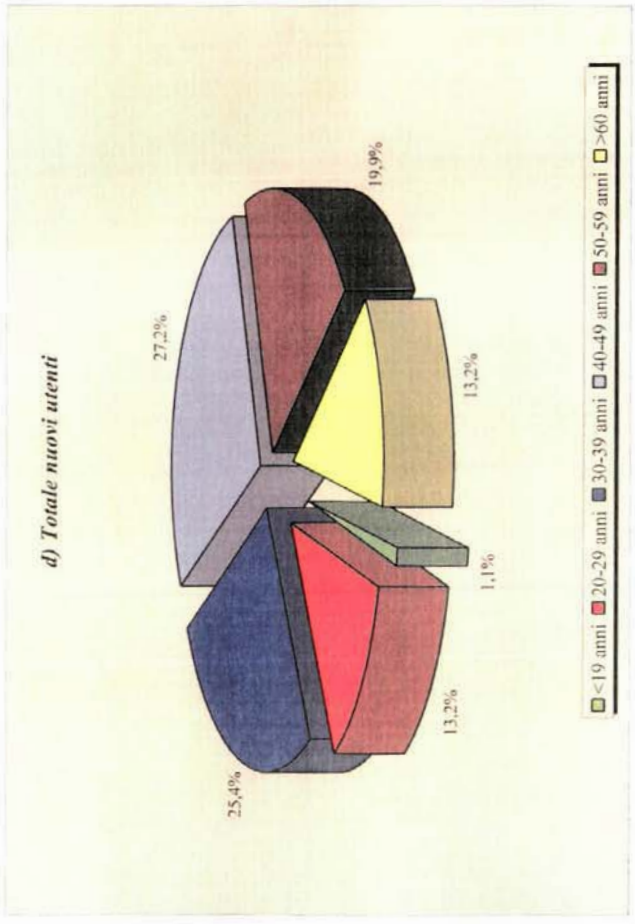




Segue graf.15

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

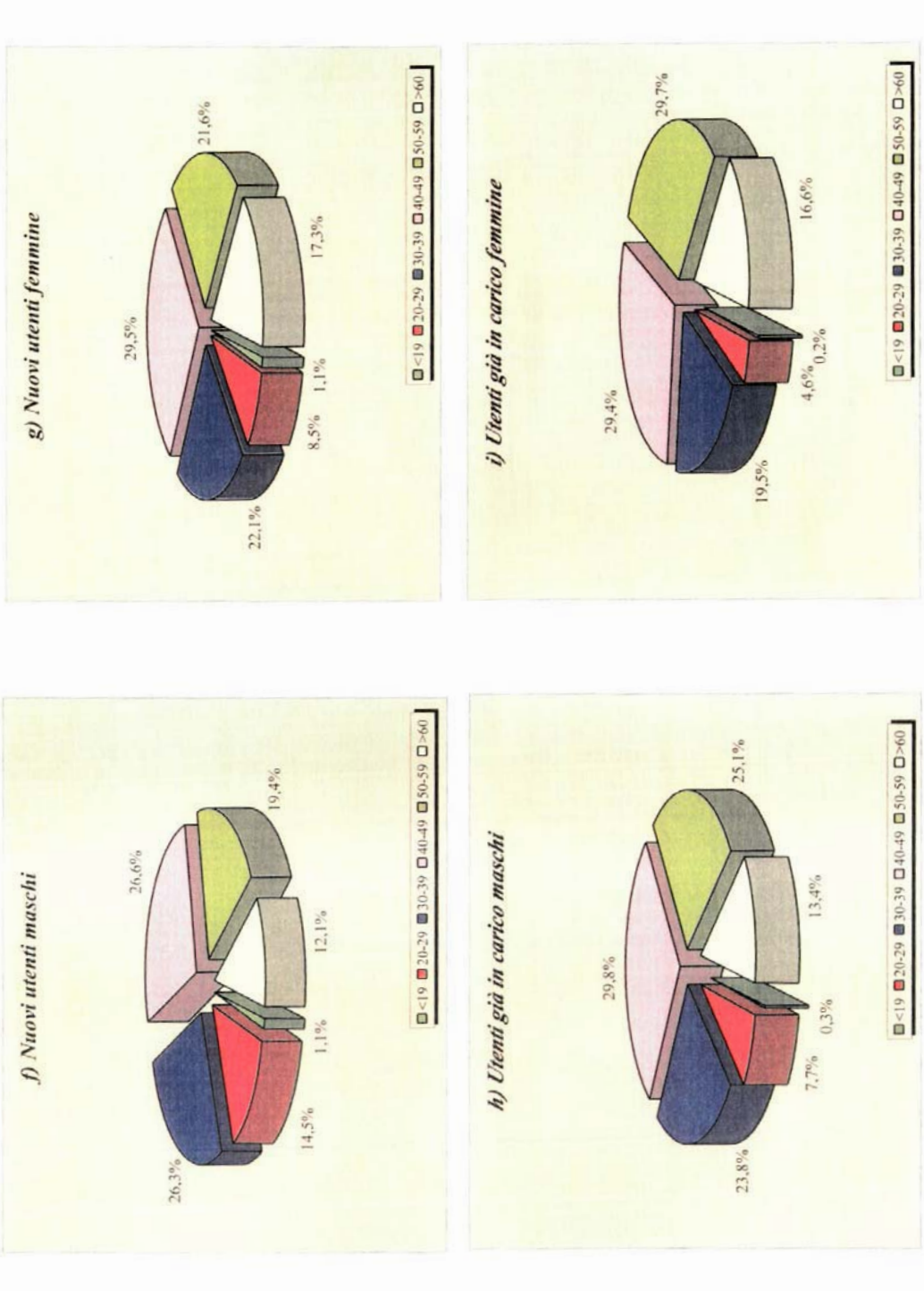




Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

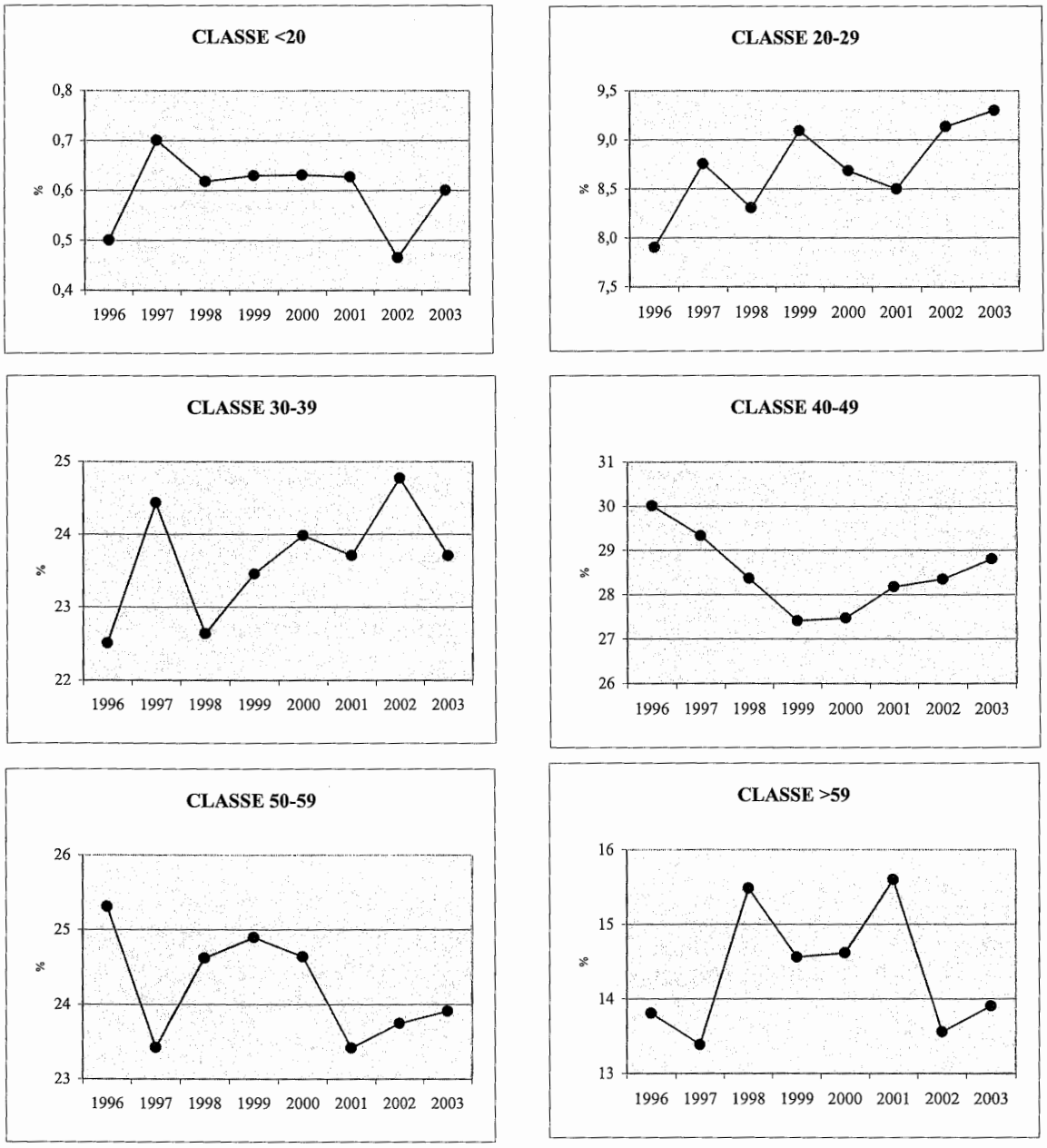
Segue graf.15

Segue graf.15



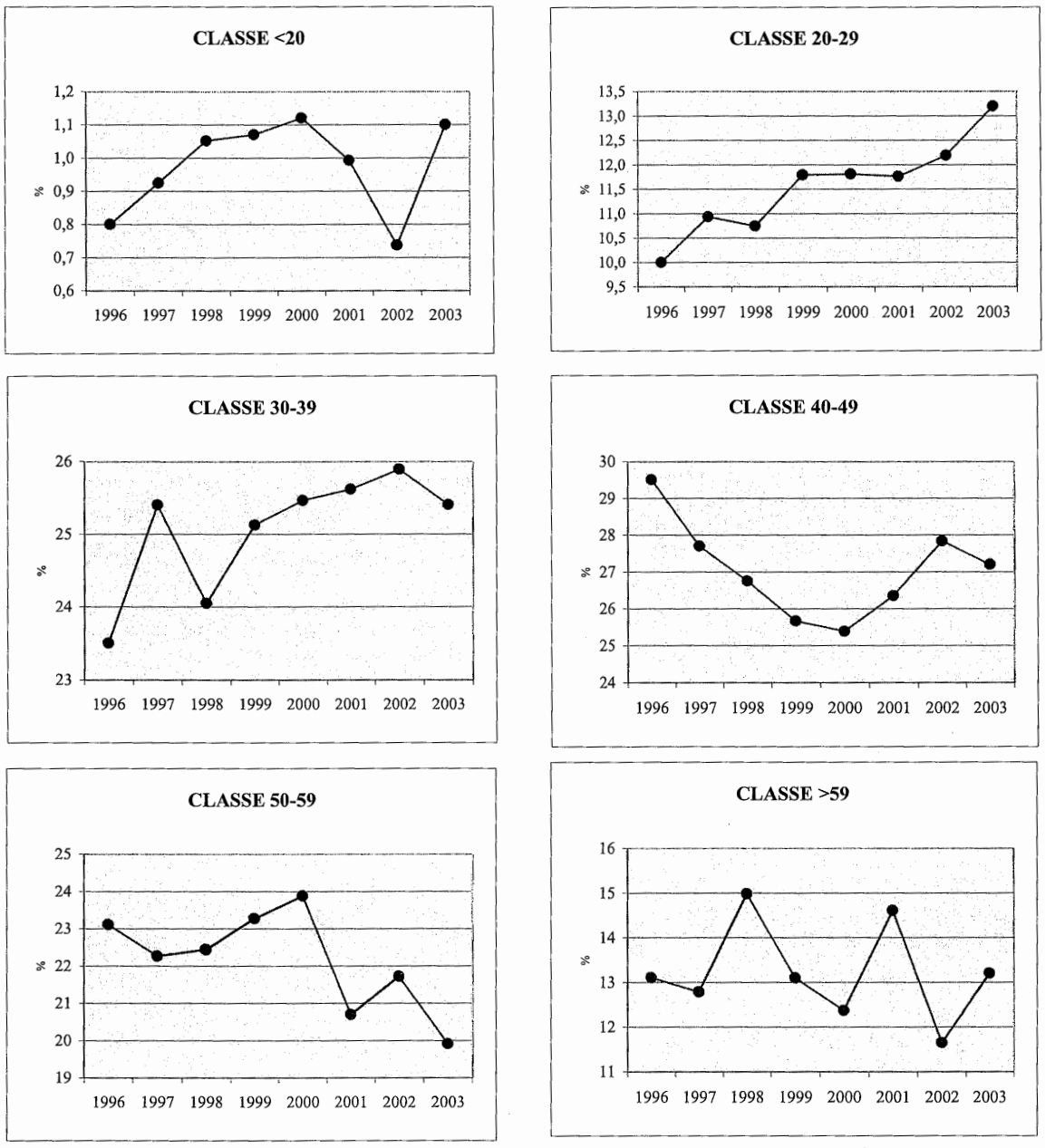
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Graf. 16a - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI (TOTALE) DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI



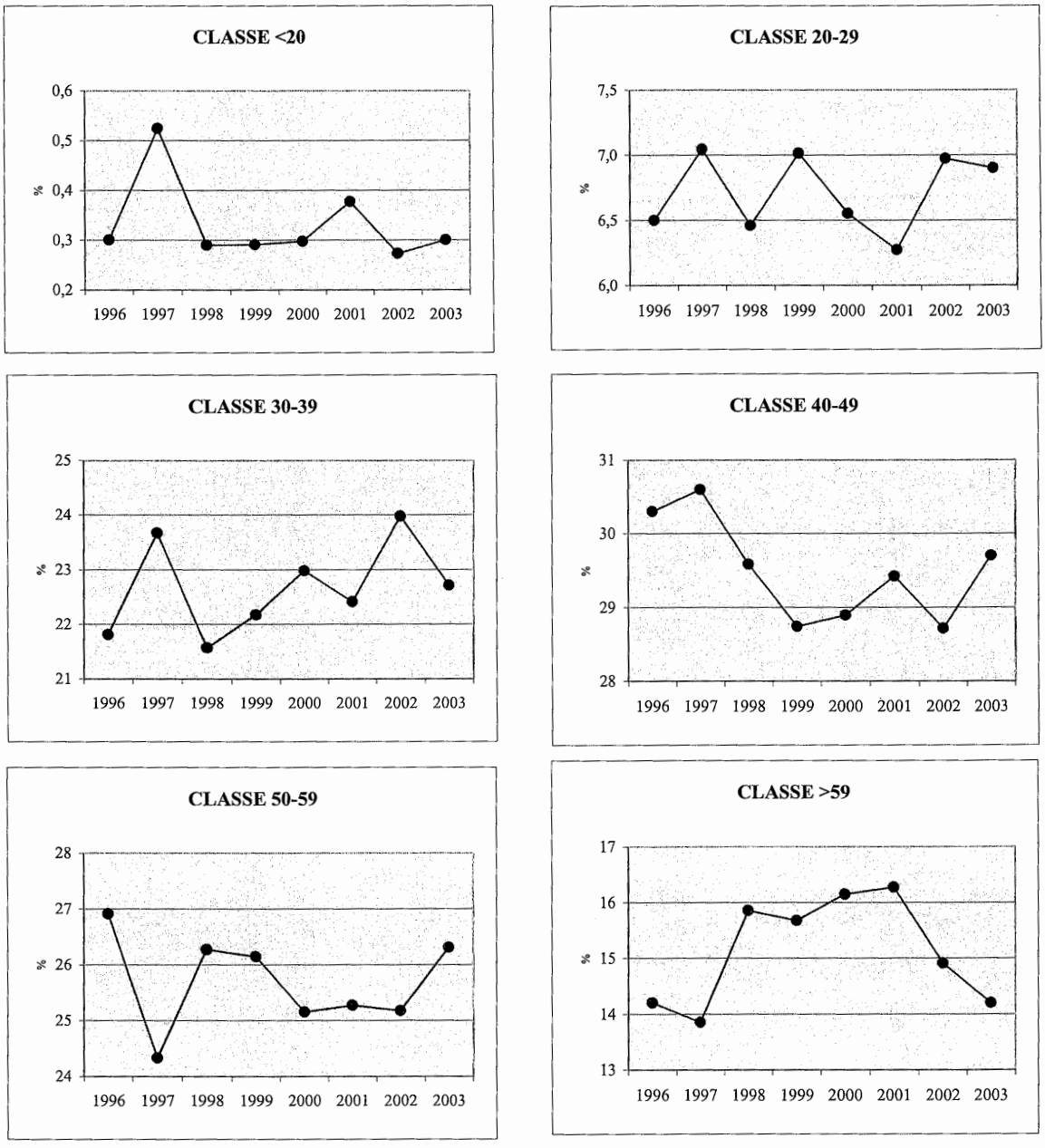
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Graf. 16b - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEI NUOVI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI



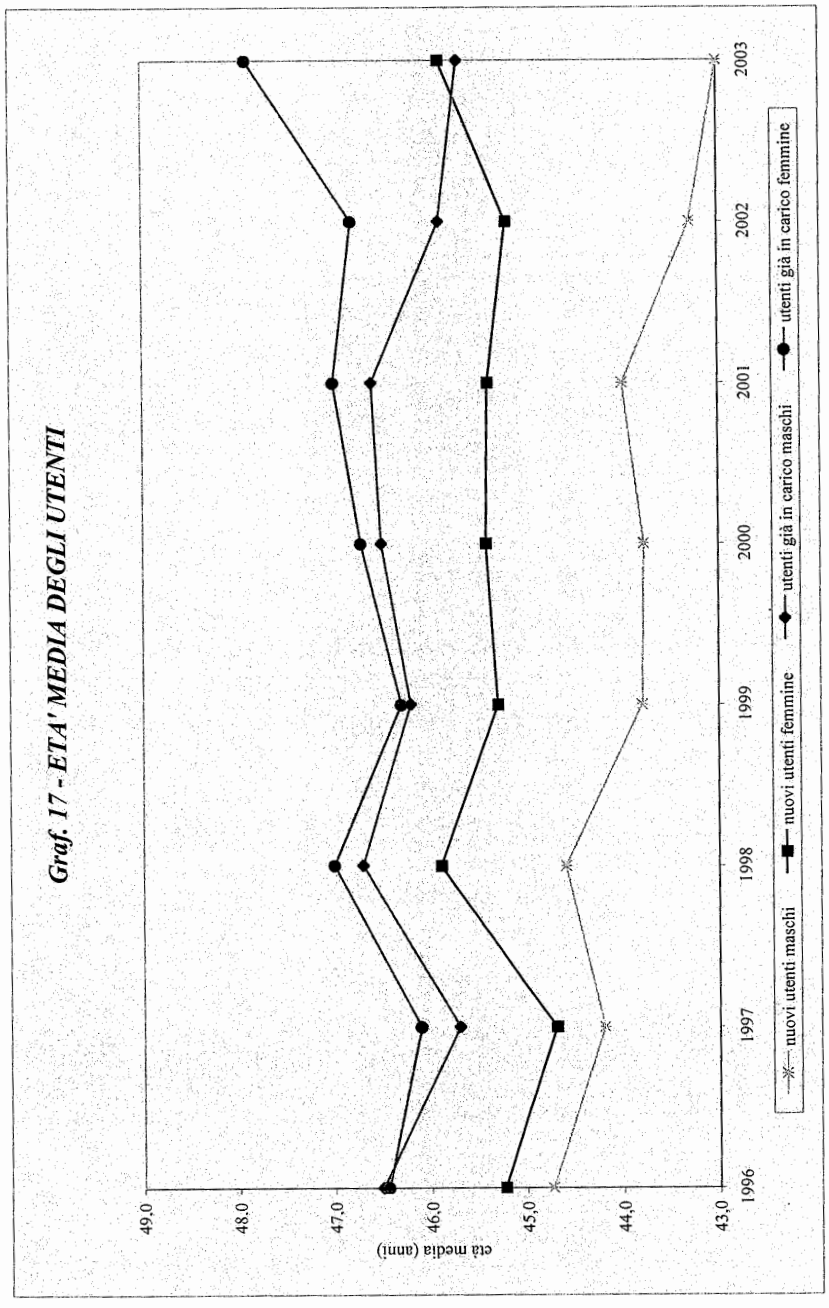
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Graf. 16c - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

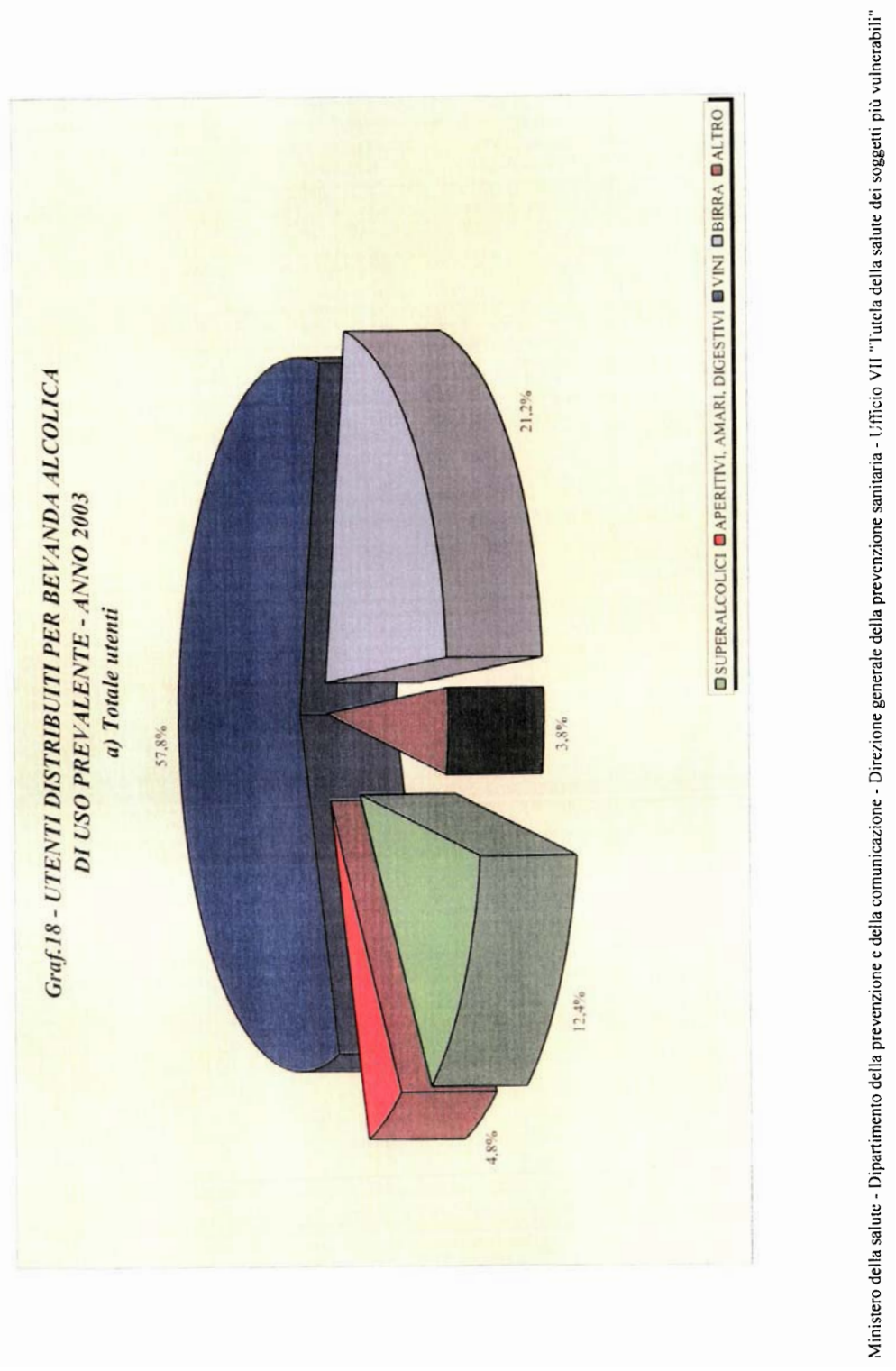


Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

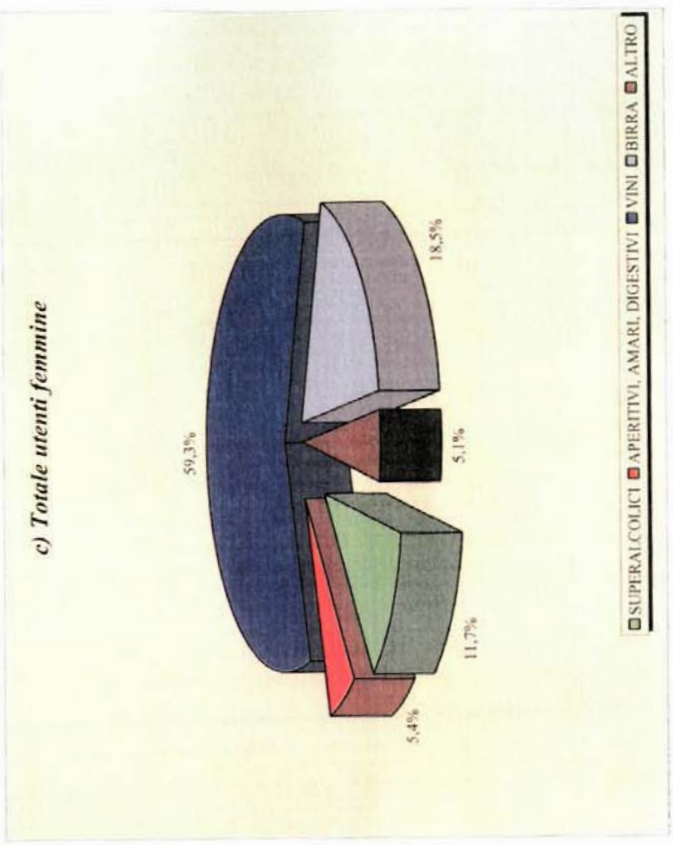
Graf. 17 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI

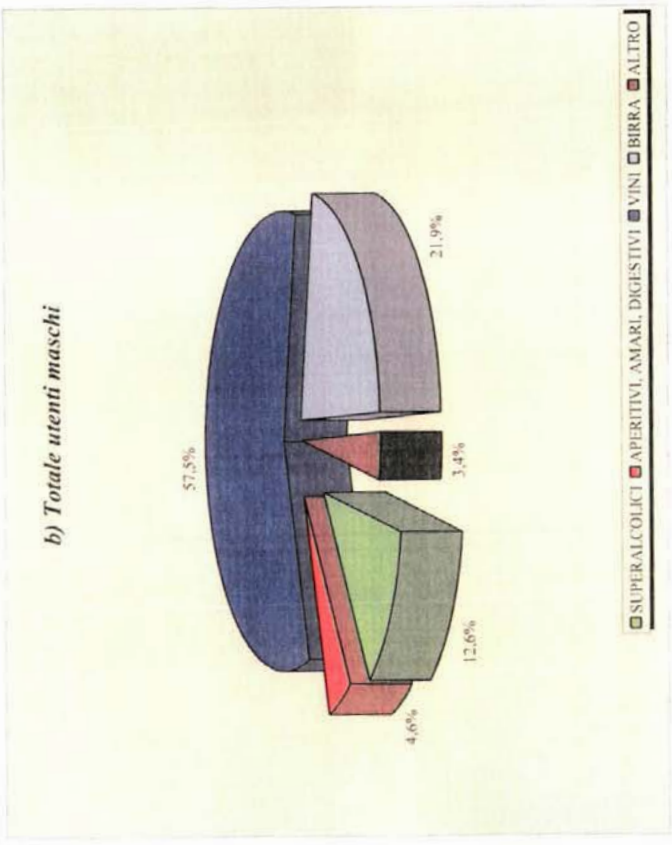


Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela dei soggetti più vulnerabili"



Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

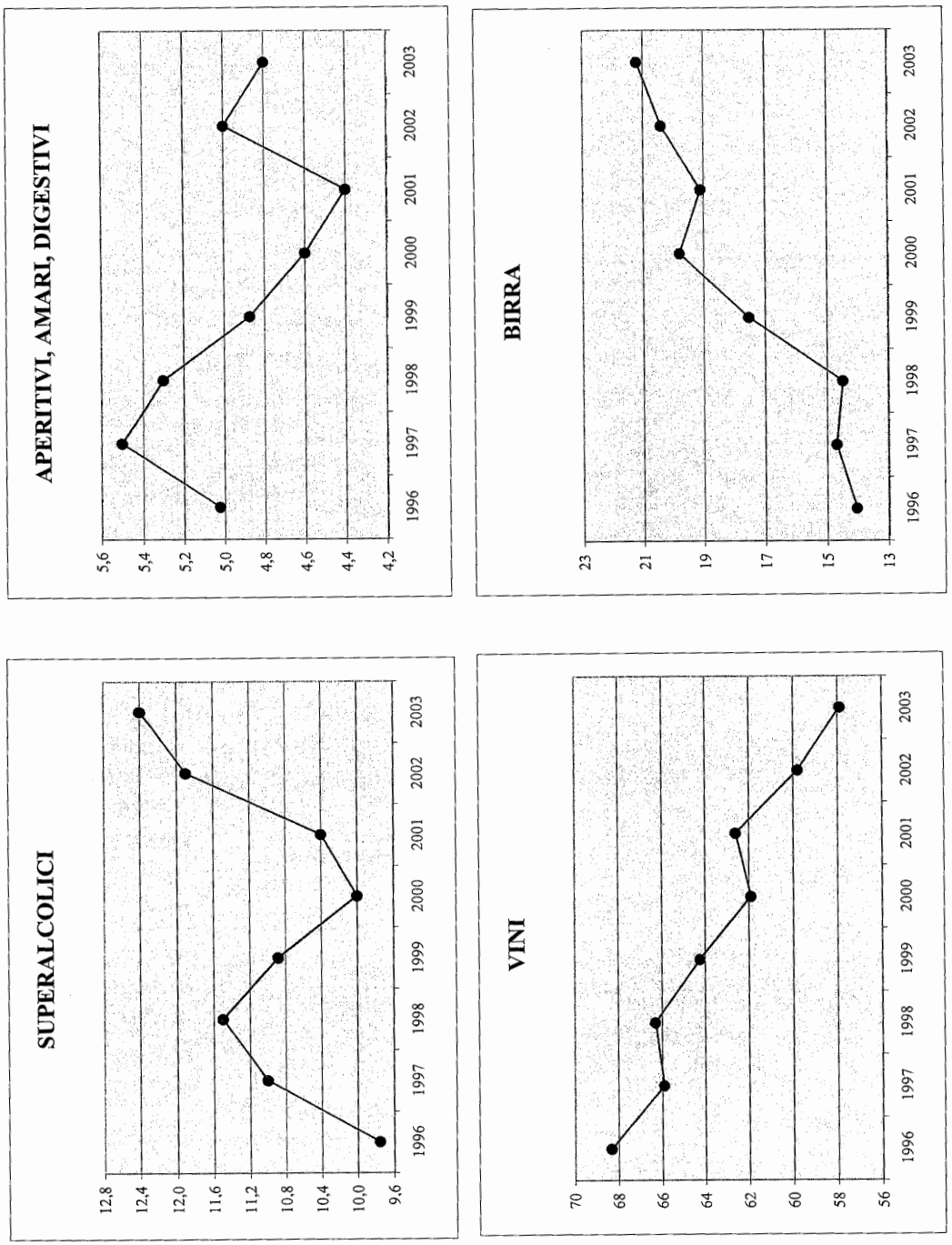




Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

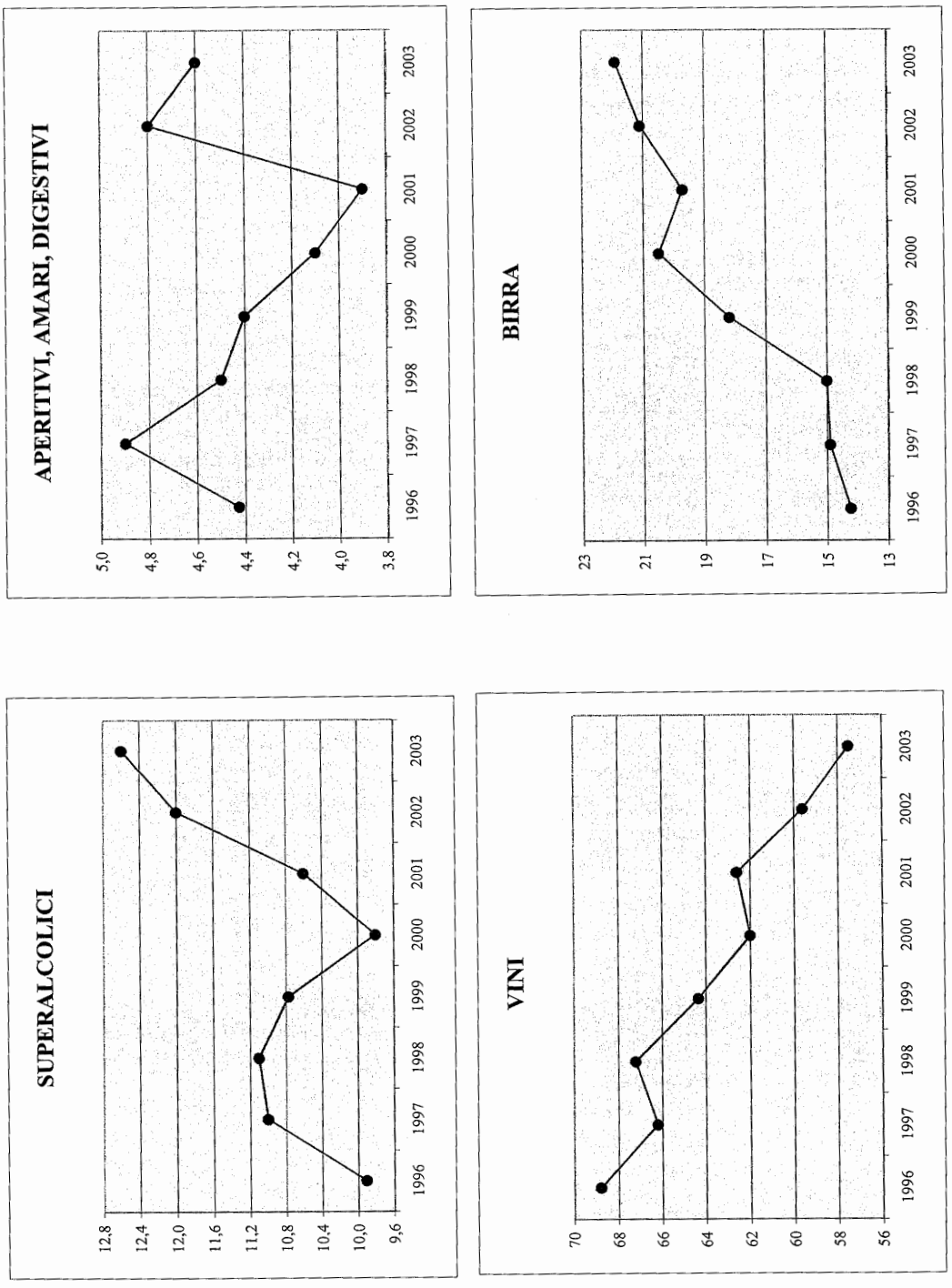
Segue graf.18

Graf. 19a -DISTRIBUZIONE PER BEVANDA (%) DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI



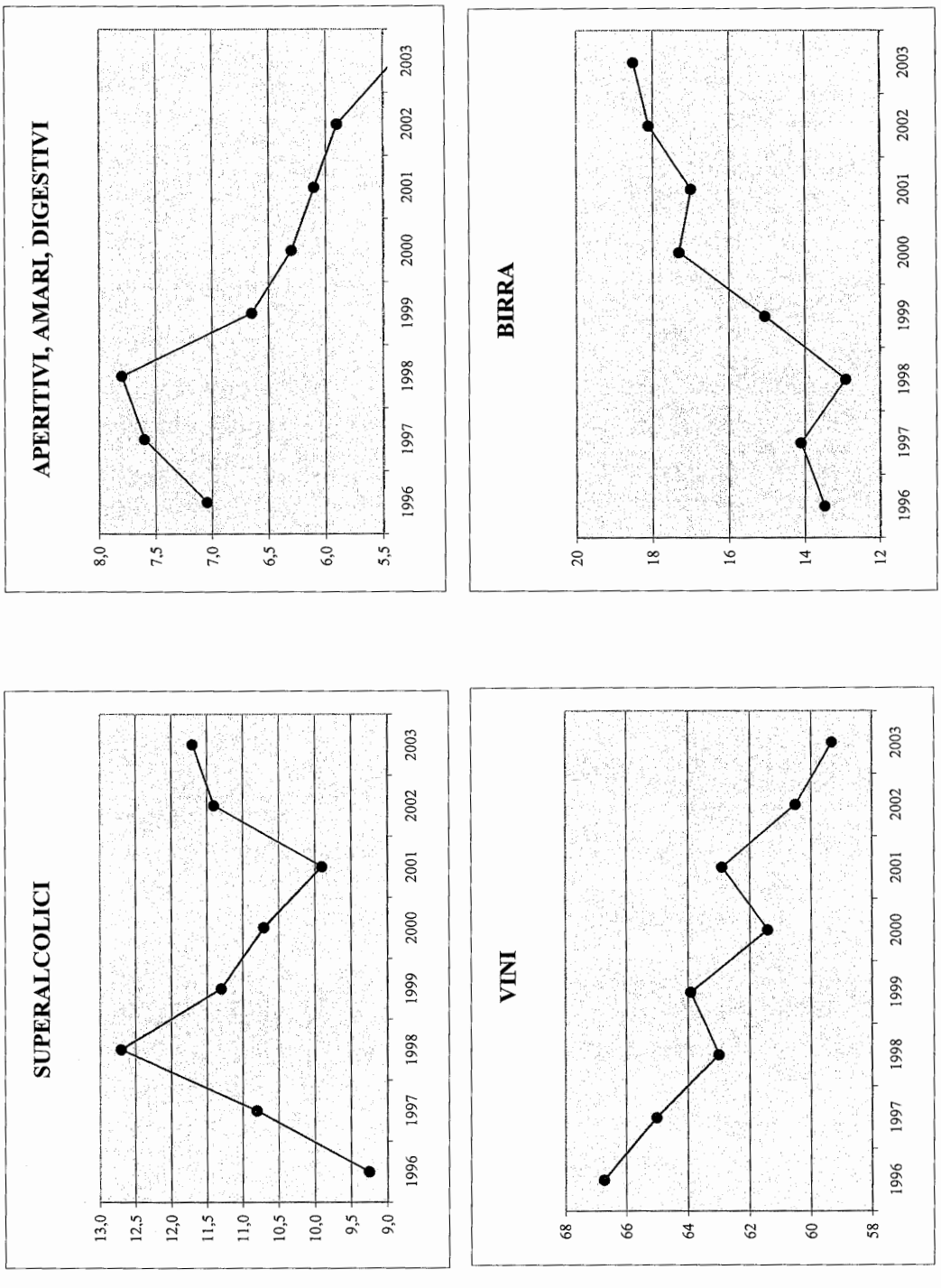
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Graf. 19b - DISTRIBUZIONE PER BEVANDA (%) DEGLI UTENTI MASCHI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI



Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Graf. 19c - DISTRIBUZIONE PER BEVANDA (%) DEGLI UTENTI FEMMINE DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI



Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"