

3. Proposte di modifica e integrazioni dell'attuale normativa

Ribadendo con chiarezza che una efficace regolamentazione e un monitoraggio continuo della pubblicità e delle strategie di marketing delle bevande alcoliche può costituire solo una parte di una strategia più complessa di prevenzione, si ritiene tuttavia necessario proporre alcune modifiche all'attuale normativa, soprattutto alla luce della maggiore tutela dei minori e dei giovani adulti. Essi sembrano essere più esposti alle suggestioni dei messaggi promozionali, e in questo senso i dati sull'abbassamento dell'età di iniziazione all'alcol e sulle modalità di consumo (binge drinking) indicano la necessità di agire. Recentemente il presidente del Royal College of Physicians di Londra Ian Gilmore si è espresso in favore del bando totale della pubblicità di bevande alcoliche, comprese le sponsorizzazioni degli eventi sportivi, proprio per cercare di affrontare le conseguenze della cultura del binge drinking.¹

- **Pubblicità delle bevande alcoliche in TV**

Nel dibattito sulla limitazione delle fasce orarie, posto che i minori e i giovani assistono ai programmi televisivi in diversi momenti della giornata, l'indicazione dell'ora in cui porre fine al divieto dovrebbe orientarsi verso le 23 o le 24, ma a condizione di intervenire anche sugli aspetti dei contenuti dei messaggi pubblicitari. Il bando totale di pubblicità televisive sul modello francese potrebbe costruire il superamento delle difficoltà di identificare fasce orarie più o meno a rischio.

- **Ampliamento del concetto di pubblicità a tutto il sistema delle promozioni dirette e indirette**

Si ritiene necessario individuare un sistema di regolamentazione anche nei confronti delle sponsorizzazioni di eventi, delle promozioni e del sistema di marketing attraverso siti internet e telefonia cellulare.

- **Individuazione di un'unica autorità competente per i reclami**

L'organismo a cui inoltrare i reclami per la violazione della norma deve essere unico e totalmente indipendente da coloro che sono portatori di palese conflitto di interesse. Quindi sarebbe auspicabile identificarlo nell'Autorità delle Comunicazioni o l'Antitrust, che rispetto allo IAP forniscono adeguate e maggiori garanzie di istituzionalità e indipendenza. Inoltre, le procedure dovrebbero essere semplici e chiare, e le sanzioni rivalutate non solo in termini economici. Si può anche ipotizzare un fondo costituito da una percentuale degli introiti derivati dalle sanzioni per programmi di prevenzione, educazione e cura dei problemi alcol correlati. E' importante la presenza di norme chiare, ma soprattutto è centrale la loro applicazione e implementazione. In questo senso risulta fondamentale attivare anche un sistema di monitoraggio.

- **Precisazioni dei contenuti della pubblicità degli alcolici**

Si propone di adottare il modello della Loi Evén che supera ogni possibilità di interpretazione soggettiva, di equivoci o manipolazioni rispetto ai messaggi che possono essere veicolati. Pertanto il messaggio deve solamente focalizzare il prodotto in se stesso, e limitare i riferimenti alle qualità tecniche e alle caratteristiche dei prodotti, senza alcuna allusione deduttiva legata a situazioni, comportamenti e stili di vita associati al consumo di alcol.

4. Conclusioni

Premessa

Nell'analisi di un nuovo articolato è necessario superare e rimuovere la distinzione tra bevande alcoliche e superalcoliche.

Modifiche, proposte, integrazioni a partire dall'art. 13 L. 125/2001

Comma 1

Risulta necessaria l'integrazione della normativa esistente, verificata la persistenza di contenuti e messaggi relativi a tutte le bevande alcoliche palesemente in contrasto con il dettato legislativo. Si valuta dunque come l'applicazione delle norme contenute in tale comma sia parzialmente inidonea a garantire il livello di protezione dalle pressioni al consumo ed in particolare non conforme alla direttiva europea

¹ www.thisislondon.co.uk (23.02.07)

sulle modalità perseguite nella promozione delle bevande alcoliche stesse ed alle recenti indicazioni contenute nel documento *Guadagnare Salute* dell'omonimo Ministero.

L'adozione del codice di autoregolamentazione allo stato non sembra garantire un costante, continuo ed efficace controllo sulle modalità e sui contenuti dei messaggi pubblicitari, specie in ordine alla ricaduta tanto sulle fasce deboli quanto sulla popolazione generale.

Comma 2

a) Sembrano superati i presupposti collegati al comportamento prevalente di fruizione del mezzo televisivo da parte dei minori nelle fasce orarie indicate dalla normativa vigente.

b) L'infrazione reiterata appare proprio quella che prevede la rappresentazione di bevande alcoliche in termini di successo e performance. Pertanto si ritiene conseguenziale la proposta di focalizzare il messaggio pubblicitario esclusivamente sulle qualità del prodotto e non sull'assunzione o sui consumatori dello stesso.

Commi 3 e 5

E' indispensabile rafforzare a tale riguardo i controlli e garantire l'applicazione delle sanzioni, in particolare nei pubblici esercizi e nei luoghi di aggregazione giovanile (comprese le manifestazioni musicali e sportive). Analogamente a quanto accade per il controllo e la distribuzione dei diritti d'autore, vi devono essere documenti di autodichiarazione dei gestori delle sale cinematografiche e degli organizzatori di eventi e spettacoli che prevedano la presenza di minori, che forniscano chiare indicazioni sull'assenza di messaggi pubblicitari sull'alcol, nell'ambito delle programmazioni e dello svolgimento degli eventi stessi.

Comma 4

L'individuazione di un orario specifico di fruizione radiotelevisiva da parte di minori e dei giovani è oggi una operazione irrealistica e improponibile pure perché in continua evoluzione. Si ripropone a tal riguardo la scelta del modello francese che supera ogni ambiguità e prevede il bando della pubblicità televisiva delle bevande alcoliche.

Comma 6

Le sanzioni devono essere applicate a tutti i commi, incrementate e aggiornate da un punto di vista pecuniario ed amministrativo. Si propone inoltre di prevedere una quota della sanzione da destinare alla costituzione di un fondo utile a promuovere iniziative di promozione della salute in campo alcologico.

Al tempo stesso sarà necessario provvedere ad una corretta informazione della popolazione affinché siano note le modalità di ricorso all'Autorità della Comunicazione in presenza di palesi violazioni del dettato legislativo.

Ulteriori integrazioni normative

-Come auspicato nel citato documento *Guadagnare salute* si prevede l'obbligo di inserire su etichette e stampati che accompagnano le bevande alcoliche, accanto alla descrizione delle caratteristiche del prodotto, un breve messaggio di avvertenza sui possibili danni indotti dal consumo delle bevande medesime in gravidanza, nei minori, in prossimità di tutte le prestazioni che richiedono vigilanza, in concomitanza dell'assunzione di farmaci.

-Viene fatto divieto di promuovere il consumo di bevande alcoliche attraverso sms, mms, mail o altri strumenti di comunicazione per i quali non è possibile preliminarmente definire la certezza del destinatario.

-Si introduce una addizionale di tassa sulla vendita delle bevande alcoliche pari all'1% da destinare a progetti di intervento e ricerca per la prevenzione dell'alcoldipendenza. Analogamente si aggiunge un'imposta del 10% sulla pubblicità ad analoga finalità.

Ulteriori proposte

-Istituire presso Il Ministero degli Interni un Centro Nazionale per il contrasto della pubblicità ingannevole veicolata da radio, televisione, carta stampata, internet e telefonia mobile, relativa alle bevande alcoliche.

Il compito del Centro è di raccogliere tutte le segnalazioni provenienti anche dagli organi di polizia. Il Centro si avvale delle risorse umane, strumentali e finanziarie esistenti.

I fornitori di reti pubbliche di comunicazione, al fine di impedire l'accesso ai siti segnalati dal centro e che violano le norme della 125/01 riguardo alla pubblicità e l'alcol, sono obbligati ad utilizzare gli strumenti di filtraggio e le relative soluzioni tecnologiche.

-Limitare e rendere meno accessibili quelle informazioni, rese per via telematica, in grado di intaccare lo sviluppo della personalità del minore e indurre il consumo di bevande alcoliche; allo stesso tempo incentivare la conoscenza ed il buon uso della rete INTERNET.

Quanto al primo scopo, la proposta introduce alcuni divieti (la cui violazione è punita con una ammenda amministrativa) relativi all'istituzione di siti internet, i cui contenuti siano finalizzati direttamente o indirettamente alla divulgazione e alla pubblicizzazione di bevande alcoliche in ambito minorile.

Si individuano una serie di obblighi in capo ai fornitori di servizi di comunicazione e informazione offerte mediante rete elettronica, tenuti a promuovere tra gli utenti o abbonati la conoscenza di programmi in grado di schermare l'accesso ai siti che non tutelano la sicurezza dei minori ed a fornire assistenza per la loro installazione.

-Vietare la diffusione di messaggi pubblicitari che incentivano al bere attraverso la telefonia cellulare di terza generazione. Istituire una forma di controllo della pubblicità che viene inviata dai gestori di telefonia mobile a mezzo MMS o SMS, in modo da tutelare gli eventuali minori che ne prendono visione.

*-Istituire un gruppo di controllo che faccia riferimento al Ministero delle Politiche giovanili e attività sportive che controlli la pubblicità ingannevole relativa all'alcol che viene veicolata attraverso il mondo dello sport e delle manifestazioni musicali. (Vedi Legge Regione Toscana 28/2005, art. 42 comma 4) **

** ARTICOLO 42 (Esercizio dell'attività)*

1. Gli esercizi di somministrazione di alimenti e bevande sono costituiti da un'unica tipologia così definita: esercizi per la somministrazione di alimenti e bevande. Tali esercizi possono somministrare anche le bevande alcoliche di qualsiasi gradazione.

2. L'attività di somministrazione di alimenti e bevande è esercitata nel rispetto delle vigenti norme in materia igienico-sanitaria, di edilizia, di urbanistica, di sicurezza e di destinazione d'uso dei locali.

3. Gli esercizi di cui al comma 1 hanno facoltà di vendere per asporto i prodotti che somministrano, senza necessità di ulteriori titoli abilitativi.

4. La somministrazione di bevande alcoliche di qualsiasi gradazione non è consentita negli esercizi operanti nell'ambito di impianti sportivi, fiere, complessi di attrazione dello spettacolo viaggiante installati con carattere temporaneo, nonché nell'ambito di manifestazioni sportive o musicali all'aperto.

GRUPPO DI LAVORO "ALCOL GUIDA E LAVORO"

DOCUMENTO "ALCOL E GUIDA"

*Consulta Nazionale sull'Alcol e sui Problemi Alcolcorrelati
Ministero della Solidarietà Sociale
Gruppo di lavoro "Alcol Guida e Lavoro"*

Documento su Alcol e Guida

1. Definire che il 50% della sanzione amministrativa comminata per la violazione all'articolo 186 (del Codice della Strada) sia destinata ai Comuni (vedi altre sanzioni: eccesso di velocità) e che questi introiti vengano finalizzati.

Potenziamento del sistema di vigilanza e di controllo in base alle caratteristiche ed alle modalità di consumo del territorio; potenziamento delle azioni educative e preventive, anche di quelle gestite da parte del sistema profit nella gestione del tempo libero.

2. Azione repressiva efficace solo se accompagnata da un preciso piano educativo omogeneo su tutto il territorio nazionale, ratificato da un Accordo Stato-Regioni.

Obbligo alla partecipazione a corsi a valenza educativa accreditati presso strutture pubbliche e del privato sociale che svolgono funzione di prevenzione, cura e riabilitazione di problemi alcolcorrelati per tutti coloro che sono incorsi in violazione dell'art. 186; predisporre il recupero di una parte dei punti

persi con la frequenza ai gruppi educativi che già si tengono in molte regioni presso i Servizi di Alcologia.

3. Definizione di un protocollo omogeneo in tutte le Commissioni Medico Locali Patenti per gli accertamenti di idoneità alla guida a seguito della violazione della norma, con il coinvolgimento dei servizi di Alcologia.

Le procedure del funzionamento delle Commissioni medico-provinciali per le patenti presentano una variabilità molto difforme su tutto il territorio nazionale e urge la necessità di definire degli standard nazionali, riassumibili in un protocollo unico, al fine di garantire un approccio uniforme nelle diverse province e regioni d'Italia in modo da regolamentare esami clinici e visita medica, sanzioni, sospensioni, partecipazione ai corsi educativi, invio per accertamenti ai servizi specifici, costi per l'utente. Con la legge 30 marzo 2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati" è stata istituita la presenza di un medico alcolologo nella Commissione, norma generalmente non applicata. È comunque utile definire un'integrazione formale della collaborazione tra Commissione patenti e servizi pubblici o privati accreditati con competenza in materia di sostanze psicotrope lecite ed illecite. Coinvolgimento del Ministero dei Trasporti a cui fanno riferimento le CMLP, per l'individuazione di criteri omogenei.

4. Aumento del numero dei controlli da parte delle Forze dell'ordine

Urge il potenziamento del sistema dei controlli sulle strade. È fondamentale aumentare la percezione delle probabilità di essere colti alla guida dopo aver usato alcol oltre i limiti stabiliti o altre sostanze psicotrope, senza dimenticare gli psicofarmaci come ad esempio le benzodiazepine legalmente prescritte, in modo da favorire una maggiore diffusione della cultura dell'autocontrollo. Nella prospettiva di un aumento dei controlli per la guida in stato di ebbrezza, sarebbe opportuno allargare la possibilità di verifica e di sanzione, oltre che agli etilometri omologati, anche attraverso i test del palloncino condotti casualmente sulla popolazione dei guidatori, i cosiddetti "mezzi precursori" (random breath tests). Il potenziamento va condotto nell'arco dell'intera giornata e non solo nella fascia oraria mezzanotte-sei del mattino, con l'obiettivo di un controllo trasversale per territori e per tutte le classi di età (discoteche, pub e luoghi del divertimento notturno giovanili, ma anche ristoranti, fiere, ecc.).

5. Attivazione di programmi specifici

È necessaria l'attivazione di programmi specifici di trattamento e vigilanza per:

- recidive;
- persone con livelli accertati di alcolemia superiori a 1.5g/l;
- policonsumo di sostanze;
- patenti superiori.

Per tali gruppi a maggior rischio è bene introdurre un limite differenziato di alcolemia pari a 0 oppure a 0.2g/l.

6. Azioni comunitarie correlate

- a) Vietare la vendita e la somministrazione delle bevande alcoliche nell'arco delle intere 24 ore in tutta la rete autostradale e delle strade a grande comunicazione (superstrade).
- b) Maggior controllo da parte dei Comuni sull'accesso alle bevande alcoliche, sulla densità delle rivendite, sulle modalità di vendita e di commercializzazione delle bevande alcoliche.
- c) Maggior controllo e riduzione dell'accesso all'alcol dei minori, attraverso corsi di sensibilizzazione rivolti ai gestori per il rispetto del divieto di somministrazione sotto i 16 anni. Introduzione del divieto di vendita ai minori di 16 anni e relativa sensibilizzazione dei rivenditori, superando così l'attuale contraddizione che vede il divieto della somministrazione ma non della vendita.

- d) *Introiti delle sanzioni amministrative derivanti dalla violazione dell'art. 186 agli enti locali, con obbligo di destinazione d'uso per sostenere programmi di prevenzione della guida in stato di ebbrezza.*

Decreto legge 3 agosto 2007 n. 117 (Decreto Bianchi)

Punti critici

In generale, il rischio è un inasprimento delle sanzioni solo teorico che non trova applicazione a causa della mancanza di controlli.

In particolare:

- a) *Nessuna differenziazione delle sanzioni e del livello di alcolemia per neopatentati e patenti superiori (vedi provvedimento della Germania su alcolemia zero per i minori di 21 anni) ed alcolemia zero per le patenti superiori. Inoltre dovrebbe essere vietata la detenzione di bevande alcoliche all'interno del veicolo finalizzate al consumo personale, a meno che, ovviamente, non siano oggetto di trasporto a scopo commerciale.*
- b) *Rifiuto di sottoporsi all'accertamento: depenalizzazione (solo sanzione amministrativa).*
- c) *Guida in stato di ebbrezza e incidente mortale: omicidio colposo o volontario?*

PARTE SECONDA

5. I servizi alcologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30.3.2001 n. 125. **Anno 2006**

5.1. Il personale dei servizi

Al 31.12.2006 sono stati rilevati 455 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza distribuiti in 20 Regioni: il 94,9% sono di tipo territoriale, il 2,9% di tipo ospedaliero, l'1,8% di tipo universitario (tab.1-2; graf.1).

In totale nel 2006 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 3.895 unità di personale: 657 addette esclusivamente (16,9% del totale) e 3.238 addette parzialmente (83,1% del totale) (tab.3).

Dalla distribuzione percentuale del personale a livello territoriale per tipo di rapporto si osserva che nella maggior parte delle Regioni si hanno proporzioni elevate di addetti parziali; fanno eccezione il Friuli Venezia Giulia e il Molise, nelle quali sono più frequenti gli addetti esclusivi, e la Valle d'Aosta, in cui il personale si distribuisce equamente tra le due tipologie.

La proporzione più alta di addetti esclusivi spetta agli educatori professionali, seguiti dagli assistenti sociali e dagli infermieri professionali. Viceversa, la quota più elevata di addetti parziali si osserva nel ruolo medico.

Per tutte le professionalità considerate, comunque, la proporzione di personale che presta il proprio servizio anche in altri settori diversi da quello alcologico non scende al di sotto dell'80%.

I grafici 2 e 3 mostrano la distribuzione, per tipologia di ruolo, del personale addetto esclusivamente e parzialmente, a livello nazionale.

La tabella 4 riporta i trend nel periodo 1996-2006 del numero assoluto delle unità di personale (totale, esclusivo e parziale) distinte nelle singole qualifiche professionali. Si osserva, per il personale esclusivo, una diminuzione, già osservata dal 2002 e interrotta solo nel 2005, per ogni qualifica considerata; tale diminuzione peraltro emerge nonostante un generale aumento dell'ammontare del personale presumibilmente dovuto al più alto numero di servizi rilevati (412 nel 2005; 455 nel 2006).

Tale andamento si conferma anche osservando la distribuzione del personale in termini percentuali.

Nella tabella 5 sono visualizzate le distribuzioni percentuali regionali delle 4 suddette qualifiche, distintamente per il totale e per gli addetti esclusivi e parziali: analizzando il dato nazionale si nota che il 51,4% del personale totale è costituito da operatori sociosanitari, i medici rappresentano il 21,5% e gli psicologi il 16,9%; il restante 10,2% riguarda il personale amministrativo o di altra qualifica.

La distribuzione del personale esclusivo per qualifica è sostanzialmente simile a quella del personale parziale, salvo una lieve maggiore presenza in quest'ultimo degli operatori socio-sanitari (48,5% vs 47,9%).

L'analisi della distribuzione regionale del personale totale per qualifica evidenzia una marcata eterogeneità territoriale per tutti i profili professionali in esame e che gli

operatori sociosanitari rappresentano la professionalità più frequente in ogni Regione (graf.4).

5.2. Le caratteristiche demografiche dell'utenza

Nel 2006¹ sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 61.656 soggetti alcoldipendenti (tab.6), valore in aumento rispetto all'anno precedente (+9,6%)² (graf.5). Il 32,9% dei servizi ha meno di 50 utenti; quelli a più alta utenza (200 o più soggetti in carico) rappresentano il 18,5% del totale dei servizi o gruppi di lavoro rilevati (graf.6).

La graduatoria regionale vede le Regioni del Nord ai primi posti. In particolare Veneto e Lombardia sono le regioni con il numero assoluto più elevato di utenti (rispettivamente, 11.926 e 9.528), mentre il valore più basso si registra in Valle d'Aosta con 266 utenti³.

Il 31,7% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il rimanente 68,3% 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 32,0% per i maschi e a 30,8% per le femmine.

A livello regionale, i nuovi utenti presentano un'elevata disomogeneità nella distribuzione percentuale: la maggiore concentrazione si osserva in Abruzzo (49,6%) mentre la più bassa in Liguria (21,2 %) (graf.7).

Il rapporto M/F è pari a 3,6, considerando il totale degli utenti (gli uomini rappresentano il 78,4% dell'utenza totale), a 3,8 nei nuovi utenti e a 3,6 negli utenti già in carico o rientrati (i maschi rappresentano il 79,0% nei nuovi utenti e il 78,1% negli utenti già presi in carico dai servizi). A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al Centro-Sud; quasi tutte le Regioni centrali e meridionali rilevate presentano valori del rapporto M/F superiori alla media nazionale.

L'analisi per età (tab.7) evidenzia che la classe modale è 40-49 anni, sia per l'utenza totale (18.094 soggetti, pari al 29,3%) sia per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti (rispettivamente 27,6% e 30,2%). Gli individui di età compresa tra i 30 e i 59 anni rappresentano il 75,3% di tutti gli alcoldipendenti in esame (72,6% nei nuovi utenti e 76,6% negli utenti già in carico), i giovani al di sotto dei 30 anni non superano il 15% (10,5% negli utenti totali, 14,9% nei nuovi utenti e 8,4% nei vecchi utenti), mentre non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre (14,2% negli utenti totali, 12,5% nei nuovi utenti e 14,9% nei vecchi utenti).

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

² In questo caso, e in tutte le analisi temporali, nell'interpretazione va considerato che le variazioni sono fortemente influenzate anche dall'attivazione di nuovi servizi o gruppi di lavoro e dalla migliore copertura del sistema di rilevazione.

³ Ovviamente, come sopra detto, questo dato andrebbe riportato alla popolazione totale delle regioni o, ancor meglio, alla popolazione "a rischio" (effettiva o stimata).

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: il 59,8% dei primi ha più di 40 anni rispetto al 68,6% dei secondi; il 14,9% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale è dell'8,4%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 32,3% per i nuovi utenti e il 38,4% per quelli già in carico. Analizzando distintamente i due sessi 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 35,8% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 28,3% delle femmine; nella classe modale 40-49 si concentra il 31,9% delle donne (contro il 28,6% del sesso maschile); nella classe successiva (50-59 anni) le percentuali scendono a 24,0% e a 21,8%, rispettivamente, per le donne e per gli uomini; infine la proporzione di utenti con età maggiore o uguale a 60 anni è pari a 13,7% nei maschi e a 15,8% nelle femmine. Stratificando per sesso e tipologia di utenza si osserva nuovamente il maggior peso percentuale, nelle donne, delle classi di età più avanzate. Nel tempo si osserva la tendenza all'aumento della frequenza della classe di età giovanile <20 anni nei nuovi utenti e della classe 40-49 anni negli utenti totali; viceversa nel 2006 si interrompe, anche in maniera decisa come nei nuovi utenti, l'andamento crescente evidenziato nelle precedenti rilevazioni nella classe 20-29 anni. Nei nuovi utenti il netto cambiamento di tendenza nel 2006 è evidente anche nelle due ultime classi di età 50-59 anni e ≥ 60 anni che in precedenza mostravano un andamento decrescente (tab.8; graf.8a-8b).

Le caratteristiche fin qui evidenziate sulla distribuzione per età degli utenti vengono sostanzialmente confermate analizzando l'età media (tab. 9). Nel 2006 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (46,4 rispetto a 44,6), a conferma dell'ipotesi della maggiore anzianità dell'utenza alcolodipendente femminile e, come già evidenziato, i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (43,4 vs 45,8), ma entrambi i sottogruppi non si discostano dalla tendenza generale di una maggiore rappresentatività delle età avanzate nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 45,1 vs 42,9 nel sottogruppo dei nuovi utenti e 47,1 vs 45,5 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 uguali o superiori al dato nazionale; viceversa, nel Sud si registrano valori più bassi.

Dalla tabella 10 e dal grafico 9 si osserva nel 2006, a conferma di quanto già notato in precedenza, un cambiamento della tendenza alla diminuzione dell'età media presente negli anni più recenti: in tutte le categorie di soggetti considerate si assiste ad un aumento, più evidente nei nuovi utenti, dei valori dell'età media.

5.3. I consumi alcolici dell'utenza

Nel 2006 (graf.10) la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (58,0%), seguito dalla birra (22,8%), dai superalcolici (10,7%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (4,9%). La birra risulta prevalentemente consumata dai maschi (23,8% vs 19,3% delle

femmine), mentre per il vino e per i superalcolici si osservano percentuali più elevate di consumatori di sesso femminile (rispettivamente 61,1% e 11,0% vs 57,2% e 10,6% dei maschi).

La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: per il vino, utilizzato in genere più frequentemente al Nord, si passa dal 78,9% della Valle d'Aosta al 35,0% della Sicilia; il 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 (il 20,3% in Sicilia) e di aperitivi/amari/digestivi, particolarmente utilizzati anche in alcune regioni centrali.

Nel periodo 1996-2006 (graf. 11) vi è una tendenza all'aumento del consumo di birra (da 14,1% al valore di circa il 23% nell'ultimo triennio) ed alla diminuzione del consumo di vino (dal 68,3% al 56,1% del 2005) che, in controtendenza, nel 2006 aumenta, rispetto all'anno precedente, soprattutto nelle femmine; per i superalcolici e per gli aperitivi, amari e digestivi si osservano valori oscillanti intorno, rispettivamente, all'11% e al 5%.

L'uso concomitante di sostanze stupefacenti o psicotrope e l'abuso o l'uso improprio di farmaci (tab.11) riguardano, rispettivamente, l'8,6% (5.286 utenti) e il 5,9% (3.647 utenti) degli individui rilevati. Questi dati risultano molto variabili territorialmente mentre temporalmente, ad un iniziale aumento dell'uso di stupefacenti (pari al 5,7% nel 1996 e al 9,1% nel 2003), negli ultimi anni si osserva una lieve diminuzione (8,6% nel 2006) (tab. 12). Da evidenziare, ancora una volta, il cambiamento di tendenza che si osserva nel 2006 soprattutto per l'abuso di farmaci che, in lieve ma costante diminuzione dal 2002, nell'anno in esame aumenta passando dal 5,0% del 2005 al 5,9%.

5.4. I modelli di trattamento

Analizzando i programmi di trattamento (tab.13; graf. 12) si osserva che il 30,3% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,4% al "*counseling*" rivolto all'utente o alla famiglia, l'8,8% è stato inserito in Gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 13,0% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,5% degli alcolodipendenti. I trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per l'11,2% degli utenti e sono principalmente consistiti nella terapia individuale (63,4%) e nella terapia di gruppo o familiare (36,6%).

Il ricovero ha riguardato il 5,8% del totale degli utenti rilevati (4,3% in istituti pubblici, 1,5% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (65,1% sul totale dei ricoverati in regime ospedaliero ordinario o in day hospital e 60,0% sul totale dei ricoverati in casa di cura privata convenzionata).

Dall'analisi territoriale emerge nuovamente una situazione di estrema eterogeneità: ad esempio si ricorre al trattamento medico-farmacologico per oltre il 40% dei casi nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Emilia Romagna; per il *counseling* valori elevati si osservano nella Provincia autonoma di Trento e in Umbria (rispettivamente 48,1% e 41,7%), mentre per la psicoterapia (individuale o di gruppo) nelle Marche (25,2%), in

Puglia (19,8%) e in Campania (18,8%); l'inserimento in Gruppi di auto/mutuo aiuto presenta valori superiori alla media nazionale in diverse regioni del Centro-Nord mentre il trattamento socioriabilitativo è relativamente più frequente in Lombardia (20,2%) e in Emilia Romagna (20,9%); l'inserimento in comunità semiresidenziali o residenziali è massimo in Valle d'Aosta (10,8%) e minimo in Friuli Venezia Giulia (0,6%). Infine, relativamente al ricorso al ricovero in strutture pubbliche, spiccano la Valle d'Aosta, le Marche e la Campania con il 12,5%, l'8,4% e l'8,3% dei casi; riguardo al ricovero in strutture private convenzionate, il Piemonte, il Friuli Venezia Giulia e il Lazio si contraddistinguono per almeno un 2,7% di utenti che vi vengono indirizzati.

Ovviamente, un'interpretazione più completa e corretta di queste informazioni deriverebbe da una loro lettura congiunta con i dati relativi all'offerta e all'organizzazione dei servizi destinati al trattamento dell'alcoldipendenza nelle singole realtà territoriali (valutati secondo criteri quantitativi e qualitativi) nonché da una loro integrazione con dati più precisi relativi alla domanda di salute (in questo particolare ambito), al contesto e alle molteplici problematiche (sanitarie e non sanitarie) connesse al fenomeno.

A livello temporale (graf. 13) si osserva nel 2006, dopo un periodo di stabilità, l'aumento dei trattamenti medico-farmacologici ambulatoriali (dal 28% all'attuale 30,3%) e di quelli socio-riabilitativi (dal 12% all'attuale 13,0%); continua l'andamento crescente del *counseling* (23,0% nel 2002; 26,4% nel 2006), diminuisce la partecipazione a Gruppi di auto/mutuo aiuto (11,4% nel 2003; 8,8% nel 2006) mentre la psicoterapia e l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale sono sostanzialmente stabili (rispettivamente intorno all'11% e al 2,5%). Infine il ricovero costituisce una possibilità di trattamento in tendenziale disuso (la proporzione di pazienti che vi ricorre scende dal 10,3% del 1996 al 5,8% del 2006), soprattutto nelle strutture pubbliche.

5.5. I modelli organizzativi dei servizi

Ai fini di una caratterizzazione del modello organizzativo-funzionale, sono state rilevate le funzioni effettivamente svolte dal servizio o gruppo di lavoro nel corso del 2006 in riferimento alle linee guida di cui all'Accordo Stato Regioni 21/1/1999 *“Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti”*.

Nella tabella 14 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 2006 le funzioni indicate. Come si può osservare, almeno il 90% dei servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi (90,5%) e ha definito (89,7%) e/o attuato (89,7%) programmi terapeutico-riabilitativi; gli interventi di prevenzione sono stati effettuati dall'82,9% dei servizi. Per le funzioni di coordinamento, le percentuali di attivazione più basse sono riferite a quelle che coinvolgono le rilevazioni epidemiologiche (56,9%) e gli interventi di altre strutture o servizi sanitari pubblici (60,0%); le più alte sono attribuibili al coordinamento con il servizio sociale pubblico (83,3%), con i servizi ospedalieri (82,4%) e con il medico di famiglia (79,8%). I piani

operativi di formazione del personale e sensibilizzazione hanno coinvolto il 67,0% dei servizi rilevati. Tali percentuali sono molto variabili regionalmente.

Nel 2006 tali percentuali sono tutte in diminuzione, in alcuni casi (funzioni di accoglienza, osservazione e diagnosi; definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi; funzioni di coordinamento di interventi di altre strutture/servizi sanitari pubblici; rilevazione epidemiologica) anche in netta controtendenza con quanto osservato negli anni più recenti; viceversa, per le funzioni di coordinamento con il servizio sociale pubblico e per la formazione e sensibilizzazione del personale il valore in diminuzione conferma il trend decrescente degli ultimi anni (tab.15).

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

Infine sono state acquisite informazioni circa le attività di collaborazione che i servizi o gruppi di lavoro hanno svolto, nel corso dell'anno di rilevazione, con gli enti e le associazioni del volontariato e privato sociale e del privato in materia di alcoldipendenza.

Per quanto riguarda la collaborazione con i Gruppi di auto-mutuo aiuto, si osserva (tab.16) che nel 2006 il 56,9% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 40,2% con gli A.A. e l'11,9% 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 44,0% e il 18,9% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 39,8%. nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli Enti privati, sia con case di cura convenzionate (20,9%) che private (1,8%). 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 17 è riportato il numero medio annuale, per servizio o gruppo di lavoro, di Enti o Associazioni del volontariato e privato sociale che hanno collaborato con i servizi per l'alcoldipendenza. Analizzando il dato nazionale si osserva che mediamente, nel corso del 2006, ogni servizio ha collaborato con circa 8 CAT, 2 AA e 2 comunità e cooperative sociali.

Meno frequente, come già detto, la collaborazione con gli Enti privati (valori medi pari a 1,9 e a 1,4, rispettivamente, per la case di cura convenzionate e private), mentre permangono in entrambi i casi le differenziazioni a livello regionale.

PAGINA BIANCA

TABELLE E GRAFICI

Tab.1- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2006

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	TOTALE
PIEMONTE	56	-	-	-	56
VALLE D'AOSTA	1	-	-	-	1
LOMBARDIA	47	4	4	-	55
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	-	-	6
PROV.AUTON.TRENTO	11	-	-	-	11
VENETO	32	5	-	-	37
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	-	-	-	6
LIGURIA	7	-	-	-	7
EMILIA ROMAGNA	42	-	-	1	43
TOSCANA	31	-	-	-	31
UMBRIA	7	-	-	-	7
MARCHE	15	-	-	-	15
LAZIO	28	3	-	-	31
ABRUZZO	6	-	-	-	6
MOLISE	6	-	-	-	6
CAMPANIA	21	-	1	-	22
PUGLIA	48	-	-	-	48
BASILICATA	6	-	-	-	6
CALABRIA	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>
SICILIA	47	-	1	1	49
SARDEGNA	10	-	2	-	12
ITALIA	432	13	8	2	455

Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
 Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII dell'ex Ministero della salute

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
2004	427	18	10	2	441
2005	390	13	9	0	412
2006	432	13	8	2	455

Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
 Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII dell'ex Ministero della salute

Tab. 3 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2006

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	4	99	103	4	88	92	6	72	78	8	75	83
VALLE D'AOSTA	2	0	2	0	3	3	1	1	2	1	1	2
LOMBARDIA	22	76	98	21	68	89	13	66	79	11	30	41
PROV.AUTON.BOLZANO	2	6	8	6	13	19	0	8	8	1	1	2
V.AUTON.TRENTO	1	12	13	0	1	1	4	0	4	3	3	6
VENETO	10	61	71	10	45	55	14	38	52	15	35	50
FRIULI VENEZIA GIULIA	13	4	17	12	3	15	9	1	10	7	0	7
LIGURIA	5	48	53	3	20	23	2	24	26	1	14	15
EMILIA ROMAGNA	3	54	57	4	46	50	6	35	41	2	34	36
TOSCANA	3	59	62	0	36	36	0	42	42	2	23	25
UMBRIA	0	6	6	1	5	6	0	4	4	0	5	5
MARCHE	5	28	33	3	20	23	4	17	21	0	1	1
LAZIO	20	67	87	9	57	66	11	22	33	1	3	4
ABRUZZO	5	4	9	2	1	3	2	5	7	1	0	1
MOLISE	5	7	12	4	4	8	8	6	14			
CAMPANIA	14	38	52	8	25	33	8	25	33	2	3	5
PUGLIA	13	67	80	15	50	65	20	38	58	6	17	23
BASILICATA	3	9	12	2	8	10	2	7	9	1	2	3
CALABRIA	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
SICILIA	1	97	98	0	69	69	0	73	73	0	14	14
SARDEGNA	10	15	25	7	10	17	6	8	14	3	6	9
ITALIA	141	757	898	111	572	683	116	492	608	65	267	332