

-Guida e lavoro: politiche per la sicurezza del trasporto

-Costruire alleanze per il benessere e la sicurezza.

Si riportano di seguito le proposte presentate nei documenti conclusivi delle cinque sessioni parallele, tratte da una sintesi degli stessi documenti approvata dai rispettivi relatori.

I Conferenza Nazionale sull'alcol

Proposte presentate nei documenti finali approvati nelle 5 sessioni parallele

Sessione “Il sistema dei servizi pubblici e privati accreditati”

- -I servizi devono definire una loro *mission*, e quindi una loro specifica ed esclusiva *vision*, con la precisazione dell'ambito di competenza e dell'oggetto del proprio interesse. Tali *mission* e *vision* devono esprimersi dalla prevenzione, all'identificazione precoce, fino ai processi di cura e riabilitazione identificando la specificità dell'alcologia in un coerente ed armonizzato processo di promozione della salute, con il largo coinvolgimento della comunità locale, come largamente indicato dall'OMS;
- -si deve definire una strategia che includa i diversi sistemi dei servizi specialistici, direttamente o indirettamente coinvolti nelle problematiche alcoliche, in un programma realizzato sulla base dei profili di salute e dei relativi piani di azione individuati a livello locale, tenendo presente che il concetto di alcolismo e di problemi alcolcorrelati non può essere confinato nella sindrome di dipendenza alcolica che rappresenta una delle tante complicanze;
- -valorizzare la figura dell'alcolologo e la sua documentata e specifica formazione alcolologica con il fine di caratterizzare meglio i servizi ed i programmi di alcologia. E' quindi richiesto un preciso piano formativo ed una verifica dei livelli attuali della formazione nell'intero sistema dei servizi pubblici e privati che si occupano di alcologia;
- -introdurre nuovi strumenti terapeutici, diagnostici e valutativi o, comunque, adattare gli esistenti alle specifiche esigenze relative alle patologie alcol correlate;
- -la certificazione, nelle diverse finalità (lavoro, guida di autoveicoli, alcolismo e/o dipendenza in ambito penale, invalidità, amministratore di sostegno o tutore, capacità genitoriale) deve avvalersi di linee guida e procedure che siano omogenee su tutto il territorio nazionale e siano adottate da tutti i servizi;
- -i servizi dovrebbero adeguarsi alla ricca letteratura scientifica presente su questi aspetti ed alle buone pratiche realizzate con le forme di cittadinanza attiva;
- -si devono ridurre i tempi di permanenza nelle strutture, favorendo residenzialità brevi, con programmi vincolati alla continuità assistenziale e con una ridefinizione del concetto di comunità terapeutica in quanto funzione che destigmatizza ed è orientata alla inclusione sociale. Si ribadisce infine il valore della specializzazione, che deve essere sempre verificata e certificata;
- -è da attestare l'importanza della *consensus conference* promossa dalla Conferenza Stato-Regioni, da realizzarsi nel 2009 sul tema dei problemi alcol correlati;
- -occorre riconoscere, inoltre, il valore dell'azione di monitoraggio sui progetti attuati a livello regionale con il fondo nazionale previsto dalla legge 125/2001.

Sessione “Ruolo della società civile: auto mutuo aiuto, volontariato e associazionismo”

- -Riconoscere la specificità del ruolo dell'associazionismo in campo alcolologico;
- -potenziare l'accessibilità ai trattamenti;
- -stimolare le istituzioni nel sostenere l'attività ordinaria delle associazioni e dei gruppi;
- -realizzare la formazione in campo alcolologico degli operatori dell'associazionismo;
- -tutelare le “vittime terze” utilizzando anche nuove forme di tutela quali la *class action*.

Sessione “Giovani: protezione dei minori, tutela della crescita, responsabilità e autonomia”

- *-Educare ad una maternità responsabile*, con interventi (poster, brochure in studi medici specialistici, etichette sugli alcolici, attivazione dei MMG) rivolti alla popolazione generale, donne in età di scuole secondarie di 2° grado, donne in età fertile, donne in gravidanza.
 - *-Prevenzione della FASD* attraverso interventi selettivi sulle donne che consumano alcolici, con interventi specifici su donne in condizioni di abuso o dipendenza alcolica, che abbiano già avuto bambini con disturbi da uso di alcol in gravidanza.
 - *-Attivare una idonea formazione nei diplomi di laurea e specializzazione per coloro che devono prendersi cura delle donne in età fertile (MMG, Ginecologi, Pediatri, Ostetriche, Infermieri, Operatori dei Servizi Sociali, dei SerT e della Salute Mentale).*
 - *-Sviluppare una ricerca di settore.*
 - *-Attivare strutture di riferimento (che conoscano la FASD) cui famiglie e insegnanti possano rivolgersi per recupero e riabilitazione.*
 - *-Interventi nelle scuole e nelle famiglie*
Interventi specifici per contesti diversi:
 - -attivazione di un regolamento interno approvato dal Collegio Docenti e dal Consiglio di Istituto che disciplini il consumo di alcol in ambito scolastico (es. esclusione dai viaggi di istruzione di chi venga sorpreso a consumare alcolici in tali contesti, condotta altrettanto responsabile nei docenti, divieto di consumare alcolici in contesto scolastico);
 - -costituzione di un gruppo di lavoro che promuova il processo di sensibilizzazione di tutti gli organismi scolastici e che si occupi del rispetto del regolamento;
 - -relazione genitori-figli: strumenti disponibili per una comunicazione efficace (percorsi formativi sulla comunicazione breve sui temi della salute con tutti gli attori disponibili compresi adulti di riferimento -parenti significativi, docenti - e giovani di riferimento - sorelle, fratelli maggiori, animatori di parrocchia, allenatori, capi scout, medici di famiglia e dello sport);
 - -esplicitazione dell’atteggiamento familiare nei confronti del consumo di alcol per favorire consapevolezza ed interiorizzazione dei significati;
 - -regole condivise sull’atteggiamento da tenere su consumo, abuso, trasgressione occasionale nei confronti dell’alcol.
 - *-Interventi specifici per età, sesso, contesto geografico di appartenenza, condizioni socio-economiche:*
 - -declinazione maschile/femminile: messaggi, attori, destinatari e metodologie distinte per maschi e femmine che riconoscono, decodificano e rispondono al tema alcol;
 - -declinazione legata all’età (gli interventi seguenti non devono utilizzare materiali generici)
 - per i ragazzi tra gli 8 e gli 11 anni è prioritario il rapporto tra consumo attivo ed esposizione alle abitudini familiari
 - tra i 12 ed i 15 anni il rapporto alcol-processi decisionali
 - influenze dei gruppi (pressione sociale);
 - tra i 14 ed i 18 anni il rapporto alcol-dipendenza;
 - -controlli e certezza della pena per i commercianti trasgressori;
 - -presenza di sportelli (reali, virtuali, fissi, mobili, continuativi, occasionali) di ascolto, autogestiti da giovani preparati anche in modo specialistico con metodologie riconducibili all’educazione tra pari, in grado di gestire una relazione anche con ragazzi di età inferiore.
- Scopi:
- scambio di esperienze, orientamento, informazione corretta, contributo ai processi decisionali;
 - dare spiegazioni sulle ragioni che spingono al consumo di alcol è prioritario rispetto all’acquisire conoscenze sul perché bere fa male;
 - lavorare sugli aspetti negativi che riguardano l’esperienza del consumo soprattutto dal punto di vista relazionale, affettivo, motivazionale;

- individuare forme diverse di sensibilizzazione sia dal punto di vista degli strumenti, dei linguaggi che dei contesti;
- lavorare sulle differenze tra uso e abuso è essenziale per mettere a fuoco il perché si consuma;
- riflettere sugli esempi forniti dagli adulti, sia come bevitori occasionali che abituali e problematici.
- -Intervento di contesto:
- -comunicazione e marketing sociale: sganciate dall'ideologia; puntando a formazione, competenza ed efficacia (è strategica la cooperazione con organizzatori e gestori ed è necessaria l'assunzione di una posizione non giudicante);
- -formazione certa e trasversale (conoscere ciò di cui si parla);
- -informazione scientificamente ineccepibile (chiarezza degli obiettivi dei progetti, valutazione dei processi, costruzione di buone pratiche);
- -rilancio del valore del volontario ovvero della gratuità;
- -possibilità di costruire relazioni, stabili nel tempo, con gruppi a rischio sganciati da setting di cura;
- -modifica delle Legge 125 con il fine di istituire il divieto di vendita, uso, detenzione e trasporto di prodotti alcolici fino ai 18 anni compiuti, superando l'ambiguo ed arcaico concetto di "somministrazione".

Sessione "Politiche di Controllo: produzione, commercializzazione, promozione e vendita"

- -Modifiche all'attuale legislazione (art.13 della L.125/2001) in materia di promozione dei consumi alcolici, come proposto dalla Consulta Nazionale Alcol, anche in considerazione della palese inefficacia dei soli codici di autoregolamentazione per la protezione dei minori;
- -il modello di riferimento è la legislazione francese (loi Evin). La regolamentazione delle strategie promozionali e di marketing deve tenere anche conto dei nuovi e numerosi canali di promozione dei consumi alcolici, come Internet, telefonia mobile, sponsorizzazioni di eventi musicali e sportivi, etc.;
- -estensione del divieto di vendita, oltre che di somministrazione, ai minori;
- -innalzamento a 18 anni dell'età legale per la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche;
- -per quanto concerne il livello di alcolemia legale alla guida, all'interno della sessione si sono registrate posizioni differenziate, che vanno dalla diversificazione dell'alcolemia per gruppi di popolazione (giovani, neopatentati, autotrasportatori), in linea con le raccomandazioni della Strategia Europea sull'alcol, fino al tasso zero per la popolazione generale;
- -necessità di favorire ed incentivare ambienti "alcohol free", come autostrade, luoghi di aggregazione e del tempo libero di minori e adolescenti, luoghi di lavoro, nonché situazioni "alcohol free", come gravidanza, patologie croniche, etc., anche attraverso campagne informative nazionali;
- -necessità di introdurre etichette che garantiscano il diritto del cittadino all'informazione, come contributo ad una migliore comprensione e ad una maggiore consapevolezza che l'alcol è un bene di consumo rischioso.

Sessione "Guida e lavoro: politiche per la sicurezza del trasporto"

- -Eliminare le incongruenze tra disposizioni e regolamenti;
- -realizzare una banca dati comune sia per l'infortunistica sul lavoro che per la sinistrosità del traffico;
- -omogeneizzare le procedure delle CML auspicando il coinvolgimento del Ministero dei Trasporti a cui fanno riferimento le CMLP, per l'individuazione di criteri omogenei. Si ritiene necessaria la definizione di un *protocollo omogeneo* per tutte le Commissioni Medico Locali Patenti per gli accertamenti di idoneità alla guida a seguito della violazione delle disposizioni

normative previste all'art. 186, con il coinvolgimento dei servizi di Alcologia. Inoltre è indispensabile attivare Servizi Alcologici in tutte le Aziende paralleli al sistema dei SerT, che dovrebbero farsi carico di tutte le azioni di promozione della salute oltre che assolvere ai compiti di diagnosi e cura;

- -aumentare il numero dei controlli da parte delle Forze dell'ordine;
- -attivare programmi specifici per soggetti recidivanti, persone con livelli accertati di alcolemia superiori a 1.5g/l, policonsumatori di sostanze, soggetti con patenti superiori (richiede un progetto speciale per le difficoltà specifiche che i controlli alcolimetrici in strada determinano per questa categoria di conducenti), neopatentati (primi tre anni), conducenti di mezzi di navigazione marittima, aerea e di trasporto su rotaie. Per tali gruppi a maggior rischio è bene introdurre un limite differenziato di alcolemia pari a 0;
- -programmare azioni comunitarie correlate;
- -divieto di somministrazione e di vendita di bevande alcoliche ai minori di anni 16: si propone di elevare il divieto di somministrazione e vendita ai minori di anni 18;
- -legiferare per avere una norma quadro nazionale e/o regionale, che superi le ordinanze dei singoli Comuni;
- -maggior controllo da parte dei Comuni sull'accesso alle bevande alcoliche, sulla densità delle rivendite, sulle modalità di vendita, di promozione e di commercializzazione delle bevande alcoliche;
- -istituire l'obbligo per tutti i Comuni di dotarsi di etilometri da utilizzare nei controlli e comunque sempre in occasione di incidenti stradali. Costante dovrebbe essere poi l'interazione fra le varie forze dell'ordine preposte;
- -destinare gli introiti delle sanzioni amministrative derivanti dalla violazione dell'art. 186 contestata dalle Polizie Locali a sostenere programmi di prevenzione alla guida in stato di ebbrezza;
- -istituire l'obbligo per i Comuni di almeno 5.000 abitanti e con un numero di almeno 5 agenti di Polizia locale di dotarsi di etilometri da utilizzare nei controlli e comunque sempre in occasione di incidenti stradali;
- -vietare la commercializzazione di bevande alcoliche nelle autostrade, in quanto luoghi deputati alla guida dove non sono previsti spazi adibiti al pernottamento;
- -prevedere flussi informativi costanti per le CML;
- -adottare le linee di indirizzo cliniche prognostiche riguardanti tutte le patologie significative ai fini dell'idoneità alla guida, validate dalle società scientifiche e in corso di pubblicazione con il patrocinio del COMLAS;
- -utilizzare per l'utenza afferente alle Commissioni le stesse certificazioni utilizzate ai fini dell'iter diagnostico clinico-terapeutico, comprese quindi nei LEA;
- -potenziare il sistema di vigilanza;
- -predisporre corsi di formazione sia per i datori di lavoro, i medici competenti, RSL, RSPP aziendali e responsabili aziendali, sia per i gli istruttori di scuole guida. Inoltre potrebbe essere opportuno predisporre la possibilità di tramutare la sanzione penale in un impiego obbligatorio in attività socialmente utili in ambito alcolologico, affinché possa essere esemplificativo sia per la persona direttamente interessata che per la collettività che usufruirà del servizio;
- -includere nelle scuole alberghiere, nei corsi di sommelier etc. temi di sensibilizzazione rispetto ai rischi e pericoli derivanti dall'alcol. E' auspicabile inoltre una regolamentazione di maggior severità in merito alle pubblicità alcolcorrelate;
- -promuovere azioni ispirate ai principi dell'art. 15 del D.Lgs. 81/08 in maniera continuata ed organica, con particolare attenzione alla informazione, formazione dei lavoratori e condivisione delle regole;

- -adottare protocolli condivisi di comportamenti volti alla valutazione dei rischi mirati alla prevenzione sui luoghi di lavoro.

PARTE SECONDA

6. I servizi alcolologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30.3.2001 n. 125.
Anno 2007**6.1. Il personale dei servizi**

Al 31.12.2007 sono stati rilevati 472 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza distribuiti in 20 Regioni e P.Autonome: il 95,8% sono di tipo territoriale, il 2,1% di tipo ospedaliero e il 2,1% di tipo universitario (tab.1-2; graf.1).

I servizi o gruppi di lavoro sono in costante aumento a partire dal 1996, anno in cui ne erano stati rilevati 280.

In totale nel 2007 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 3.803 unità di personale: 611 addette esclusivamente (16,1% del totale) e 3.192 addette parzialmente (83,9% del totale) (tab.3; graf.2).

Dalla distribuzione percentuale del personale per tipo di rapporto a livello territoriale si osserva che nella maggior parte delle Regioni si hanno proporzioni elevate di addetti parziali; fanno eccezione il Friuli Venezia Giulia, dove sono più frequenti gli addetti esclusivi, e la Valle d'Aosta e la Calabria, in cui il personale si distribuisce quasi equamente tra le due tipologie (tab.3).

La proporzione più alta di addetti esclusivi spetta agli educatori professionali (19,0%), seguiti dagli assistenti sociali (18,1%) e dagli infermieri professionali (16,8%); viceversa, per gli psicologi si osserva la quota più elevata di addetti parziali (85,2%) (graf. 2-3).

Comunque, per il totale nazionale, in tutte le professionalità considerate la proporzione di personale che presta il proprio servizio anche in altri settori non scende al di sotto dell'80%.

La tabella 4 riporta per il periodo 1996-2007 i trend 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; 472 nel 2007). 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 48,7% del personale totale è costituito da operatori socio-sanitari, i medici rappresentano il 22,5% e gli psicologi il 17,9%; il restante 10,9% riguarda il personale amministrativo o di altra qualifica.

La distribuzione del personale esclusivo per qualifica presenta, rispetto a quella del personale parziale, una minore presenza di medici (21,1% vs 22,8%) e psicologi (16,5% vs 18,2%) e una maggiore presenza di operatori socio-sanitari (53,4% vs 47,8%).

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 sono la professionalità più frequente in ogni Regione (graf.4).

6.2. Le caratteristiche demografiche dell'utenza

Nel 2007¹ sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 58.378 soggetti alcoldipendenti (tab.6), valore inferiore rispetto a quello del 2006² (graf.5).

Il 32,3% dei servizi ha meno di 50 utenti; quelli a più alta utenza (200 o più soggetti in carico) rappresentano il 19,6% 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, 10.578 e 9.072), mentre il valore più basso si registra in Valle d'Aosta con 281 utenti³.

Il 31,3% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il rimanente 68,7% 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 31,6% per i maschi e a 30,3% per le femmine.

A livello regionale, i nuovi utenti presentano un'elevata disomogeneità nella distribuzione percentuale: la maggiore concentrazione si osserva nel Friuli Venezia Giulia (46,4%), la più bassa in Emilia Romagna (20,7%) (graf. 7).

Il rapporto M/F è pari a 3,5, considerando il totale degli utenti (gli uomini rappresentano il 77,8% dell'utenza totale), a 3,7 nei nuovi utenti e a 3,4 negli utenti già in carico o rientrati (i maschi rappresentano il 78,5% nei nuovi utenti e il 77,5% negli utenti già presi in carico dai servizi).

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).

L'analisi per età (tab.7) evidenzia che la classe modale è 40-49 anni, sia per l'utenza totale (17.568 soggetti, pari al 30,1%) sia per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti (rispettivamente 28,2% e 31,0%).

Gli individui di età compresa tra i 30 e i 59 anni rappresentano il 75,6% di tutti gli alcoldipendenti in esame (72,3% nei nuovi utenti e 77,2% negli utenti già in carico), i giovani al di sotto dei 30 anni sono al massimo il 15% (10,0% negli utenti totali, 15,2% nei nuovi utenti e 7,6% nei vecchi utenti), mentre non trascurabile è la quota degli

¹ È 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).

individui di 60 anni e oltre (14,4% negli utenti totali, 12,5% nei nuovi utenti e 15,3% nei vecchi utenti).

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: il 59,3% dei primi ha più di 40 anni rispetto al 70,3% dei secondi; il 15,2% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale si dimezza (7,6%); viceversa gli ultracinquantenni sono il 31,1% per i nuovi utenti e il 39,3% 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 34,9% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 27,5% delle femmine; nella classe modale 40-49 anni si concentra il 31,7% delle donne (29,6% nel sesso maschile), nella classe successiva (50-59 anni) le percentuali scendono a 24,1% 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 16,8% 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 più giovane (<20 anni) e della classe 40-49 anni, sia nei nuovi utenti che in quelli già in carico. Si conferma inoltre l'inversione di tendenza, già osservata dal 2005, per la frequenza della classe di età 20-29 anni che, in crescita fino al 2005, dopo tale anno risulta ancora in calo. Un nuovo trend sembra evidenziarsi, in quest'ultimo triennio, anche per la classe degli ultrasessantenni negli utenti già in carico (tab.8; graf. 8-9).

Le caratteristiche fin qui evidenziate sulla distribuzione per età degli utenti vengono sostanzialmente confermate analizzando l'età media (tab.9). Nel 2007 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,2 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (46,7 rispetto a 44,8), 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 (43,1 vs 46,2); ma entrambi i sottogruppi non si discostano dalla tendenza generale di una maggiore rappresentatività delle età avanzate nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 45,5 vs 42,5 anni nel sottogruppo dei nuovi utenti e 47,3 vs 45,9 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, presentano valori dell'età media uguali o superiori al dato nazionale; viceversa nel Sud si registrano valori più bassi.

Nel 2007 si conferma il cambiamento di tendenza già osservato tra il 2005 e il 2006: ad eccezione dei nuovi utenti maschi, si assiste ad un generale aumento dei valori dell'età media che, viceversa, fino al 2005 erano risultati in diminuzione (tab.10; graf.10).

6.3. I consumi alcolici dell'utenza

Nel 2007 (graf.11) la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (56,9%), seguito dalla birra (23,6%), dai superalcolici (11,4%) e dagli aperitivi, amari e digestivi