

ATTI PARLAMENTARI

XVI LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CC
n. 3

RELAZIONE

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

(Anni 2008 e 2009 e aggiornamenti anno 2010)

(Articolo 8, comma 1, della legge 30 marzo 2001, n. 125)

Presentata dal Ministro della salute
(FAZIO)

Trasmessa alla Presidenza il 22 dicembre 2010

PAGINA BIANCA

INDICE

PREMESSA	Pag.	5
PRESENTAZIONE	»	6
PARTE PRIMA		
1. <i>Il quadro epidemiologico</i>		
1.1 I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo	»	12
1.2 La mortalità e la morbilità alcolcorrelate	»	46
2. <i>Gli interventi del Ministero della Salute in attuazione della legge 30-3-2001, n. 125</i>		
2.1 Gli interventi di indirizzo	»	63
2.2 L'utilizzo dei finanziamenti previsti per il monitoraggio dei dati	»	73
2.3 Gli interventi in materia di informazione e comunicazione	»	75
2.4 L'implementazione dei progetti finanziati a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga ..	»	77
2.5 La partecipazione alle politiche internazionali ..	»	78
3. <i>La spesa farmaceutica per la terapia farmacologica delle alcoldipendenze</i>	»	82
4. <i>Le attività della Consulta nazionale sull'alcol e i problemi alcolcorrelati</i>	»	86
PARTE SECONDA		
5. <i>I servizi alcolologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30-3-2001, n. 125 - Anno 2008</i>		
5.1 Il personale dei servizi	»	88
5.2 Le caratteristiche demografiche dell'utenza	»	89
5.3 I consumi alcolici dell'utenza	»	90
5.4 I modelli di trattamento	»	91
5.5 I modelli organizzativi dei servizi	»	92
5.6 La collaborazione dei servizi con gli enti e le associazioni del volontariato, privato sociale e privato	»	92
Tabelle e grafici	»	95

PARTE TERZA

6. <i>L'attuazione della legge 30-3-2001, n.125 nelle Regioni e Province Autonome</i>	Pag.	132
6.1 Gli interventi e le attività delle Regioni e Province Autonome in attuazione della legge 30-3-2001, n.125	»	132
6.2 Iniziative adottate per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali nonché per migliorarne la qualità	»	134
6.3 Iniziative adottate per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcolcorrelati	»	149
6.4 Iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto	»	172
6.5 Iniziative adottate per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario	»	183
6.6 Iniziative adottate per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del privato sociale <i>no profit</i>	»	188
6.7 Strutture di accoglienza eventualmente realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'articolo 11 della legge 30-3-2001, n. 125	»	197
6.8 Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge	»	203
6.9 Attività di collaborazione con le competenti istituzioni dell'Amministrazione dell'Interno, municipali o altre per il rispetto delle disposizioni in materia di pubblicità, vendita e guida	»	212
6.10 Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro	»	220
6.11 Provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o <i>anticraving</i> dell'alcolismo	»	227
6.12 Progetti o iniziative di particolare rilevanza realizzati dalle Regioni in adesione agli orientamenti e ai principi della legge n. 125 del 2001.	»	232

PREMESSA

L'art. 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 stessa legge, da predisporre sulla base delle relazioni che le Regioni e Province Autonome sono annualmente tenute a trasmettere al Ministero ai sensi dell'art. 9 comma 2 della legge medesima.

La Relazione al Parlamento viene annualmente curata dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria-Ufficio VII.

La presente Relazione si riferisce agli interventi effettuati nel corso degli anni 2008 e 2009, con aggiornamento al 2010 per quanto attiene agli interventi del Ministero della Salute. Alla sua realizzazione ha collaborato, nell'ambito di uno specifico progetto finanziato dal CCM del Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità-CNESPS-Osservatorio Nazionale Alcol, con un contributo originale di elaborazione ed analisi di dati.

PRESENTAZIONE

I dati sui consumi alcolici e i modelli di consumo rilevati nel nostro Paese nell'ultimo decennio sembrano confermare l'avvenuto passaggio a nuovi comportamenti e abitudini che segnano un allontanamento dal tradizionale modello di consumo mediterraneo. Mentre resta stabile la quota dei consumatori di bevande alcoliche diminuisce infatti tra essi la quota di persone con consumi quotidiani e moderati, incentrati prevalentemente sul vino, soprattutto tra i giovani e gli adulti più giovani; e aumenta contestualmente quella delle persone che oltre a vino e birra bevono anche altre bevande alcoliche, aperitivi, amari e superalcolici, lontano dai pasti e con frequenza occasionale.

Il *binge drinking*, modalità di bere di importazione nordeuropea che implica il consumo di numerose unità alcoliche in un breve arco di tempo, sembra ormai diffuso stabilmente e riguarda il 12,4% degli uomini e il 3,1% delle donne; è molto cresciuta nell'ultimo decennio la quota di consumatori che bevono alcol al di fuori dei pasti, con un incremento particolarmente significativo tra le donne (23,6%). Il consumo a rischio interessa tutte le fasce d'età per un totale di quasi 9 milioni di persone, e in particolare il 18,5% dei ragazzi e il 15,5% delle ragazze al di sotto dell'età legale (16 anni), circa 475.000 minori in cui il consumo dovrebbe essere pari a 0.

Sebbene l'Italia continui a occupare un posto tra i più bassi nella graduatoria europea per consumo annuo pro capite di alcol e sia, assieme al Portogallo, il Paese dell'Unione Europea con il più alto numero di astemi, tuttavia la recente, rilevante trasformazione avvenuta nei modelli di consumo sembra in parte vanificare la positività di tali dati. Le nuove modalità di bere implicano una maggiore esposizione della popolazione a rischi che investono non solo la salute ma anche la sicurezza sociale, quando il consumo di alcol si correla a circostanze quali la guida, le attività lavorative, la ricerca dello sballo. Da alcuni anni l'ISTAT rileva tra i guidatori abituali una forte associazione tra il consumo di alcol a rischio, in particolare il *binge drinking*, e l'assidua frequentazione di discoteche e locali da ballo, soprattutto nei giovani e negli adulti fino a 44 anni; e anche tra gli anziani è stata rilevata una associazione tra guida abituale e consumo a rischio, in questo caso soprattutto consumo giornaliero non moderato. Se a ciò si aggiunge che in Italia risulta ancora bassa rispetto agli altri Paesi europei la conoscenza del tasso legale di alcolemia per la guida e dei limiti di consumo con esso compatibili, emerge quanto nel nostro Paese i rischi legati ai nuovi modelli di consumo si sommino a quelli derivanti dal consumo tradizionale, richiedendo interventi di prevenzione particolarmente mirati.

Preoccupa in particolare il cambiamento avvenuto nel consumo femminile che, pur restando inferiore a quello maschile, tuttavia nelle generazioni più giovani vede una progressiva riduzione delle tradizionali differenze di genere, fino a un capovolgimento della situazione per le giovanissime al di sotto dei 16 anni, tra le quali il *binge drinking* risulta più diffuso che tra i coetanei maschi e il consumo fuori pasto ha una prevalenza solo lievemente inferiore.

Di fronte a tale evoluzione appare sempre più importante adottare interventi *gender oriented* che tengano conto della specificità del rischio femminile e siano in grado di

contrastare i modelli e le culture del bere che minacciano la salute e la sicurezza della donna.

Particolarmente preoccupante appare la situazione dei giovani, perché già a 18-19 anni la quota dei consumatori è vicina a quella media della popolazione ed il consumo di alcol appare molto diffuso tra i giovanissimi al di sotto dell'età legale per la somministrazione. In Italia il primo contatto con le bevande alcoliche avviene in età molto precoce e secondo l'indagine internazionale HBSC, svolta in collaborazione con l'OMS sui comportamenti dei ragazzi in età scolare di 40 Stati europei, i ragazzi italiani di 11, 13 e 15 anni sono ai primi posti per il consumo settimanale di alcol. L'indagine europea ESPAD ci dice inoltre che la percezione della disponibilità di bevande alcoliche è tra i giovani studenti i italiani fra le più alte in Europa.

Ciò appare particolarmente grave se si considera che l'OMS raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni e che i risultati della ricerca scientifica ci dicono che chi inizia a bere prima dei 15 anni ha un rischio 4 volte maggiore di sviluppare alcoldipendenza in età adulta rispetto a chi inizia non prima dei 21 anni.

Inoltre tra i giovani c'è una grande diffusione di consumi a rischio, che riguardano circa 1 milione e 200 mila soggetti fra gli 11 e i 24 anni. Si tratta soprattutto di *binge drinking* e consumo fuori pasto, quest'ultimo particolarmente cresciuto negli ultimi 15 anni, soprattutto tra i giovanissimi di 14-17 anni e in particolare tra le ragazze, tra cui la prevalenza si è quasi triplicata nell'ultimo quindicennio.

I comportamenti di consumo diffusi tra i giovani richiedono una particolare attenzione e adeguati interventi, per la possibilità di gravi implicazioni di ambito non solo sanitario ma anche psico-sociale, data la facilità di associazione con altri comportamenti a rischio, assenze scolastiche, riduzione delle prestazioni scolastiche, aggressività e violenza, oltre alle possibili influenze negative sulle abilità sociali e sullo sviluppo cognitivo ed emotivo. Essi possono inoltre portare a condizioni patologiche estreme come l'intossicazione acuta alcolica o l'alcoldipendenza; secondo l'Istituto Superiore di Sanità circa uno su cinque dei casi di intossicazione acuta alcolica che giungono al Pronto Soccorso riguardano ragazzi al di sotto dei 14 anni.

Altri problemi nascono dalla diffusione di un uso dell'alcol simile a quello delle altre sostanze psicoattive, con finalità di sballo e ricerca dell'ubriachezza, dato anche il basso costo e la grande disponibilità di alcune bevande alcoliche; uso che rischia tra l'altro di fungere da ponte verso le sostanze psicoattive illegali. La diffusione di un policonsumo di sostanze psicoattive legali e illegali viene confermata da varie fonti e la rilevazione del Ministero della Salute sui comportamenti di consumo degli utenti dei servizi alcolologici segnala che circa il 10% fa uso anche di sostanze stupefacenti.

Gli alcoldipendenti in trattamento nei servizi pubblici sono in costante crescita dal 1996 e nel 2008 ne sono stati rilevati 66.548. Fra essi in particolare la percentuale degli utenti al di sotto dei 30 anni rappresenta il 10,2% del totale, con un valore in crescita rispetto a quello rilevato nel 2007(10%). Inoltre nei servizi alcolologici si conferma una stabile percentuale di giovani utenti di età inferiore ai 20 anni la cui entità oscilla nel tempo, a partire dal 1996, tra lo 0,5 % e lo 0,7% e che nei nuovi utenti si presenta nel lungo periodo in costante anche se lieve crescita.

Anche il modello di consumo più tradizionale, che implica consumi quotidiani ai pasti prevalentemente di vino, non sempre è esente da problemi poiché non sempre si associa alla moderazione, soprattutto tra gli anziani e in particolare fra i maschi; esso richiede dunque un attento monitoraggio per valutare i reali rischi della popolazione che lo adotta, spesso non abbastanza considerati a causa del profondo radicamento culturale e forte accettazione sociale che ha nel nostro Paese il consumo durante i pasti.

Da questo punto di vista particolare attenzione va posta nella protezione della popolazione anziana, per la quale gli esperti sconsigliano un consumo superiore ad una sola unità alcolica giornaliera e che invece risulta quella in cui il consumo quotidiano non moderato durante i pasti è più diffuso. L'Istituto superiore di Sanità valuta in circa 3 milioni gli anziani di oltre 65 anni con comportamenti di consumo a rischio, per la gran parte coincidenti con il consumo giornaliero non moderato, soprattutto durante i pasti.

Un fatto rilevante appare la maggiore diffusione dei consumi a rischio tra le persone con più alto titolo di studio, dalle quali ci si aspetterebbe una conoscenza più adeguata circa i rapporti tra alcol e salute; ciò deve far riflettere sulla necessità di rafforzare, oltre alla diffusione di informazioni scientificamente corrette sui rischi alcolcorrelati, anche una comunicazione in grado di incidere sui modelli culturali del bere.

In relazione ai danni conclamati, si rileva che nel nostro Paese il tasso di mortalità per cirrosi epatica è ancora superiore a quello medio europeo; inoltre la percentuale delle diagnosi di ricovero ospedaliero per cirrosi alcolica continua ad aumentare negli ultimi anni in rapporto alle altre diagnosi di ricovero, passando tra il 2000 e il 2008 dal 26,30 % al 35,00 % del totale delle diagnosi.

Il tasso di mortalità per incidente stradale, che l'Istituto superiore di Sanità stima alcolcorrelata per una percentuale compresa fra il 30 e il 40%, nonostante il calo continuo del numero di incidenti, morti e feriti è ancora superiore a quello dei Paesi europei con le migliori *performances* e gli incidenti stradali continuano a causare un alto numero di morti e feriti nelle fasce di età più giovane. Va inoltre considerata la quota di mortalità dovuta alle altre cause di morte totalmente e parzialmente alcolcorrelate, quali i tumori, le malattie del sistema circolatorio e dell'apparato digerente, cadute, omicidi, suicidi, incidenti di vario tipo. L'Istituto superiore di Sanità ha stimato per l'anno 2007 in non meno di 20.102 i morti dovuti all'uso dannoso di alcol, di cui 12.761 maschi e 7.341 femmine.

La legge 125/2001 continua ad essere un importante strumento di contrasto dei danni alcolcorrelati e di orientamento delle politiche alcolologiche, a livello nazionale e regionale. A dieci anni dalla sua approvazione la consapevolezza sui rischi connessi al consumo dannoso di alcol è sicuramente cresciuta sia nella popolazione che a livello istituzionale; e la popolazione italiana è attualmente, nell'ambito dei Paesi dell'U.E., una delle più favorevoli all'adozione di adeguate politiche di contrasto.

Sempre più nei diversi contesti istituzionali e sociali si sta prendendo atto che l'alcol è non solo importante fattore di rischio per la salute ma anche causa di pesanti ripercussioni di ambito sociale ed economico, con gravi conseguenze in termini di

perdita' di anni di vita e di lavoro, di sofferenza individuale e familiare, di disadattamento, violenza, incidenti. E' cresciuta la consapevolezza sulla responsabilità sociale di tutti coloro che in qualsiasi modo svolgono un ruolo nel consumo delle bevande alcoliche, e in settori sempre più ampi della società, ivi compreso il mondo della produzione e distribuzione delle bevande alcoliche, c'è maggiore riconoscimento dell'esigenza di dare un contributo alla prevenzione dei danni alcolcorrelati.

In attuazione della legge 125/2001 il Ministero della Salute è impegnato nella implementazione dei programmi di prevenzione avviati nel 2007, d'intesa con le Regioni, tramite il Piano Nazionale Alcol e Salute e il Programma "Guadagnare Salute", entrambi basati su un approccio interistituzionale alla prevenzione che chiama alla responsabilità, in coerenza con il programma europeo "*Salute in tutte le politiche*", le istituzioni, gli enti e gli interlocutori in qualsiasi modo coinvolti nel consumo di alcol e nei problemi alcolcorrelati. In particolare per l'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute sono proseguite nel 2009 le attività progettuali per il rafforzamento del coordinamento delle Regioni nelle attività di prevenzione, per il monitoraggio dei dati sul consumo e sull'abuso, per l'identificazione precoce e l'intervento breve sui bevitori a rischio nei contesti lavorativi e nell'assistenza sanitaria di base.

Il Ministero continua inoltre a curare le attività di informazione e comunicazione previste dalla legge e nel 2009 ha realizzato un'articolata campagna diretta soprattutto ai più giovani, che ha utilizzato vari canali di diffusione anche via web e prodotto numeroso materiale per divulgare informazioni scientificamente corrette in diverse fasce di popolazione.

Uno strumento importante con cui il Ministero ha recentemente inteso supportare le attività di prevenzione in campo alcolologico è l'inserimento degli obiettivi di contrasto del danno alcolcorrelato nel Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, approvato con Intesa Stato-Regioni nell'aprile 2010, in base al quale le Regioni saranno chiamate a redigere i loro Piani di Prevenzione regionali. Il PNP contempla specificamente la prevenzione dei danni alcolcorrelati nell'ambito degli interventi previsti nell'area della prevenzione universale, e in particolare della prevenzione di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari, proponendo azioni finalizzate alla riduzione delle diverse categorie di consumatori di alcol a rischio quali i "*binge drinkers*", coloro che guidano in stato di ebbrezza, coloro che consumano alcol durante il lavoro, coloro che comunque consumano alcol non attenendosi alle indicazioni specifiche per l'età, il genere, le condizioni di salute.

Le Regioni continuano a svolgere i compiti loro assegnati dalla legge 125/2001 per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e il monitoraggio, anche avvalendosi del coordinamento assicurato dalla specifica Sottocommissione tecnica per l'alcolologia costituita nell'ambito della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni. Il coordinamento interregionale, favorito anche dal Ministero tramite il finanziamento di uno specifico progetto, ha facilitato l'adozione di interventi secondo linee comuni, nel rispetto della differenziazione dei problemi nei diversi territori.

Nelle attività di prevenzione le Regioni stanno rafforzando le capacità di approccio intersettoriale, secondo gli orientamenti dei Piani e Programmi nazionali, e sono in grado di coinvolgere e mettere in rete risorse e interlocutori di vari ambiti istituzionali e

sociali, favorendo la collaborazione dei servizi sociosanitari con la Scuola, le Forze dell'Ordine, i servizi sociali, le associazioni di auto-mutuo aiuto, il mondo del divertimento, il mondo del lavoro.

I servizi alcolologici svolgono importanti attività di accoglienza, prevenzione, diagnosi e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi, rilevazione epidemiologica e formazione. Il loro numero è quasi raddoppiato dal 1996 ed è in continuo aumento l'utenza che ad essi afferisce. Continua ad essere peraltro troppo bassa in questi servizi la percentuale di addetti esclusivi, soprattutto tra i medici e gli psicologi, anche se nel 2008 il personale esclusivo risulta in aumento per tutte le qualifiche, in controtendenza rispetto agli anni più recenti. Secondo gli orientamenti della legge 125/2001 i servizi favoriscono la collaborazione con i gruppi di auto-mutuo aiuto, in particolare con i Clubs di alcolisti in trattamento e i gruppi di Alcolisti Anonimi, che sono attivi soprattutto nelle funzioni di riabilitazione e mantenimento della sobrietà ma anche nella prevenzione.

Allo sviluppo dei servizi territoriali fa riscontro il calo progressivo dei ricoveri ospedalieri per patologie totalmente alcolcorrelate, con tassi di ricovero comunque più elevati nelle Regioni in cui si rilevano le maggiori prevalenze di consumo a rischio.

L'attuazione della legge 125/2001 viene favorita anche dalle attività di implementazione delle politiche comunitarie e internazionali, e in particolare della Strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati adottata con le Conclusioni del Consiglio il 30 Novembre 2006, cui l'Italia partecipa tramite i propri rappresentanti nell'ambito delle Commissioni e gruppi di lavoro ad hoc attivati nelle sedi dell'U.E.; recentemente il Ministero della Salute ha contribuito tra l'altro alla definizione del documento comunitario su Alcol e Salute, approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 1 Dicembre 2009, nel quale viene ribadita la necessità di implementare le buone pratiche presenti nella Strategia Comunitaria e si indicano come prioritarie le azioni finalizzate alla protezione della popolazione giovanile e di quella anziana nonché alla prevenzione degli incidenti stradali e sul lavoro.

Nonostante le criticità presenti nel quadro epidemiologico, che evidenzia una quota importante di popolazione esposta a una vasta gamma di rischi alcolcorrelati, i dati segnalano anche qualche evoluzione positiva che incoraggia a proseguire gli interventi nella direzione indicata dalla legge.

In particolare si conferma il calo dei consumi fuori pasto tra i giovanissimi maschi di 14-17 anni, già rilevato a partire dal 2006; si conferma tra i giovani studenti di 15-19 anni dell'indagine ESPAD la diminuzione degli atteggiamenti di tolleranza nei confronti dell'ubriachezza e dell'abuso, già in atto da qualche anno; per la prima volta l'indagine ESPAD evidenzia un calo nella prevalenza dei giovani studenti che si sono ubriacati almeno una volta nella vita o negli ultimi 12 mesi, con prevalenze che tornano a quelle registrate nel 1999; si conferma tra gli anziani la tendenza a una lieve diminuzione del consumo a rischio, già rilevata da qualche anno sia tra i maschi che tra le femmine. Inoltre continuano a diminuire il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica e quello di ricovero ospedaliero per patologie totalmente alcolcorrelate; appare in lieve calo a partire dal 2006 la percentuale dei nuovi utenti al di sotto dei 20 anni in trattamento nei servizi alcolologici; resta ferma infine la minore diffusione tra i nostri

giovani, rispetto ai coetanei europei, di consumi a rischio quali consumi frequenti, *binge drinking* e ubriacature.

Per il consolidamento di questi dati positivi occorre lavorare, tenendo conto della grande importanza che la legge 125/2001 riconosce alle esigenze della prevenzione. L'attenta valutazione del quadro epidemiologico deve guidare l'attivazione di politiche adeguate ai problemi.

La prevenzione fra i giovani resta un obiettivo prioritario, anche in relazione alla necessità di fare prevenzione per la futura società, perché i comportamenti scorretti precocemente acquisiti tendono a persistere in età adulta, con un impatto negativo per la salute e la sicurezza.

Gli adulti hanno particolare responsabilità in questo senso, soprattutto nell'ambito dei ceti più colti, fra i quali si concentra maggiormente il consumo a rischio; perché i dati confermano l'influenza dei comportamenti di consumo dei genitori su quelli dei figli e i ragazzi che vivono in famiglie dove almeno un genitore adotta comportamenti a rischio hanno maggiori probabilità di assumerli a loro volta.

Al momento attuale le istituzioni sanitarie rivestono un ruolo centrale per la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione; ma da alcuni anni anche altre istituzioni, e in particolare quelle preposte alla sicurezza stradale e alla formazione dei giovani, sono sempre più attive nella prevenzione. Anche nel mondo della produzione-distribuzione sembra crescere la disponibilità ad assumere un ruolo di maggiore responsabilità sociale per la prevenzione dei danni alcolcorrelati.

Gli alti costi tangibili e intangibili che derivano dal consumo dannoso di alcol giustificano ampiamente adeguati investimenti nella prevenzione da parte di tutte le istituzioni e i soggetti che possono avere un ruolo utile.

Ferruccio Fazio

PARTE PRIMA

1. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

1.1 I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo

Il consumo dannoso di alcol si conferma importante fattore di rischio per malattie croniche, incidentalità stradale, domestica e lavorativa, violenza e omicidi. In particolare esso risulta essere la principale causa di cirrosi epatica nonché di 60 malattie e condizioni patologiche, ivi compresi alcuni tipi di cancro.

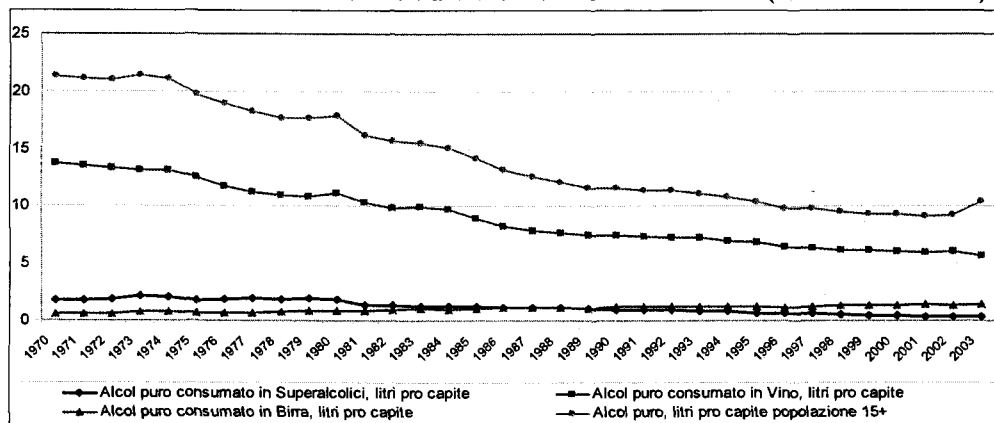
In Europa l'alcol causa 195.000 morti l'anno e costituisce la terza causa di morte prematura, dopo l'ipertensione e il consumo di tabacco, con costi altissimi sul piano sanitario, sociale ed economico.

Pertanto i consumi alcolici e i modelli di consumo rappresentano un importante indicatore della possibile evoluzione delle condizioni di salute e sicurezza della popolazione e dei relativi costi evitabili in termini umani, sociali ed economici.

Il trend dei consumi annui pro capite

I danni causati dal consumo dannoso di alcol crescono generalmente nella popolazione con la quantità di alcol consumata. In Italia si è registrato negli ultimi trent'anni un notevole calo (-33,3%) del consumo medio annuo pro-capite di alcol puro (alcol consumato tramite tutti i tipi di bevande alcoliche), spiegabile principalmente con la diminuzione dei consumi di vino, mentre i consumi di superalcolici e birra risultano, rispettivamente, costanti o in lieve aumento (graf.1).

Graf. 1 - ALCOL PURO CONSUMATO E PER TIPOLOGIA DI BEVANDA (LITRI PRO CAPITE)



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati WHO-HFA database

Secondo l'analisi del Rapporto OCSE 2007 le variazioni del consumo di alcol nel tempo riflettono non solo il cambiamento di abitudini e comportamenti ma anche le risposte politiche per il controllo dell'uso di alcol; nella maggior parte dei Paesi nordici un generale, più basso consumo ha fatto riscontro agli stretti controlli sulla vendita e all'elevato livello di tassazione, mentre in Paesi come Francia, Italia e Spagna il calo dei consumi può essere associato maggiormente con l'adozione di misure legislative e

di autoregolamentazione della pubblicità adottate soprattutto a seguito della Direttiva europea del 1989 riguardante le attività televisive.

Secondo i dati più aggiornati del WHO-HFA database, nell'anno 2006 in Italia il consumo medio pro-capite di alcol puro è stato pari a 8,02 litri nella popolazione al di sopra dei 15 anni di età. Tale valore conferma la tendenza al calo in atto da molti anni ma resta ancora al di sopra di quello raccomandato dall'O.M.S. ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015 (6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e 0 litri per quella di età inferiore).

Il dato del consumo pro capite comunque, pur costituendo un utile indicatore di tendenze di lungo periodo, non fornisce indicazioni relativamente ai gruppi di popolazione esposti a rischio a causa della adozione di modelli di consumo dannosi.

Il confronto con gli altri Paesi europei

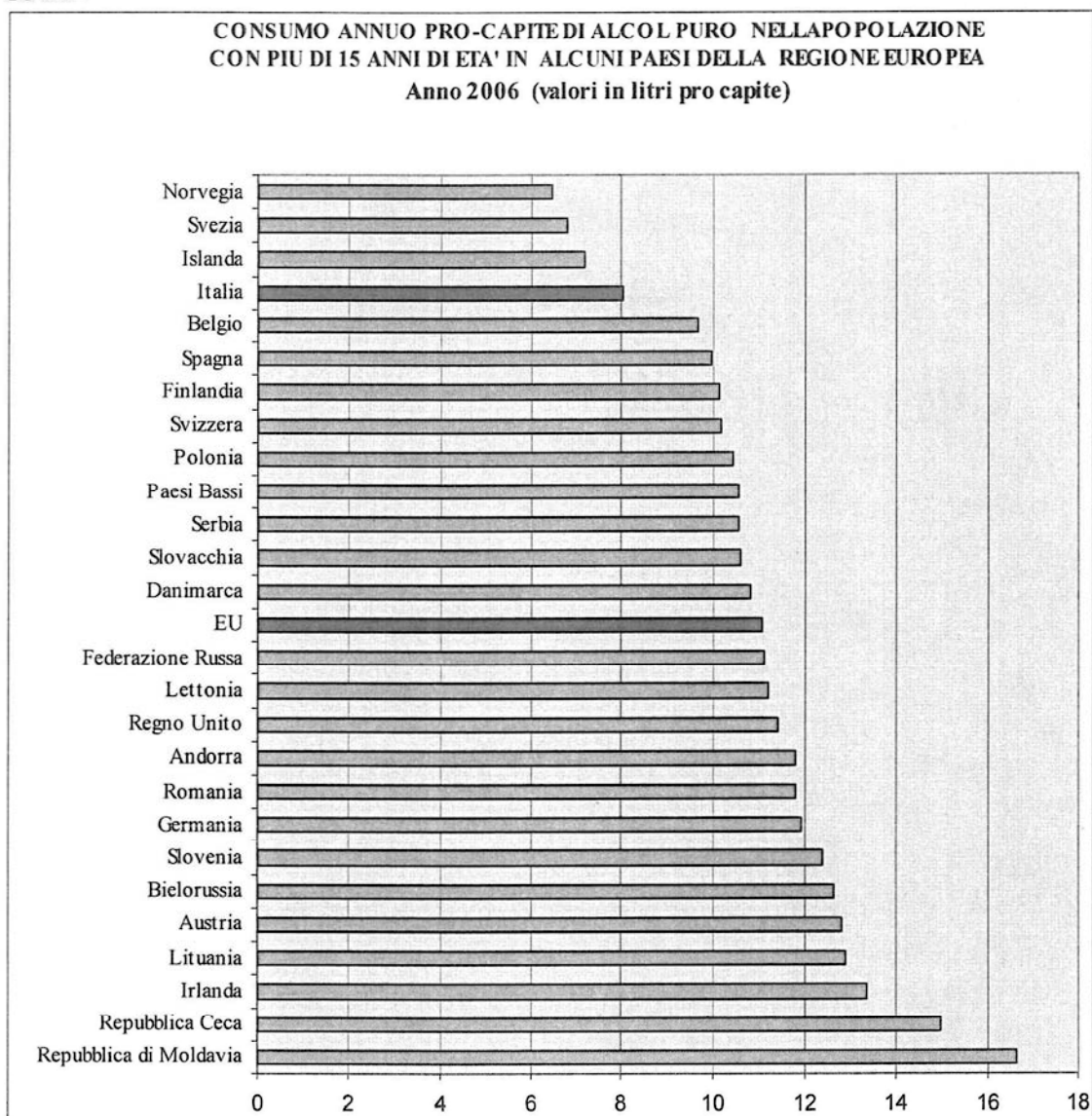
Nell'ambito dei Paesi della regione europea l'Italia presenta valori di consumo annuo pro capite di alcol puro tra i più bassi, valutati per il 2006 in 8,02 litri. Questo valore, notevolmente inferiore alla media degli altri Paesi europei per lo stesso anno (11,06 litri), risulta inferiore ai valori riscontrati in altri Paesi vicini quali Spagna, Belgio, Svizzera, Regno Unito, Austria e Germania (graf. 2).

Prendendo in considerazione i soli 27 Paesi dell'Unione Europea (per i quali i dati completi più aggiornati si riferiscono all'anno 2005) si può rilevare che l'Italia, con un consumo annuo di 8,02 litri di alcol puro pro capite, risulta in terza posizione nella graduatoria dei Paesi con consumi più bassi, dopo Malta e Svezia (tab.1). Anche i valori registrati in altri Paesi con modello di consumo mediterraneo quali Portogallo (12,18 l.) e Grecia (9,21 l.) risultano superiori a quelli del nostro Paese; la Francia, che condivide con l'Italia il primato mondiale per la produzione di vino, presenta un consumo medio molto superiore.

Dai dati dell'indagine europea "*Special Eurobarometer-EU citizens' attitudes towards alcohol*", condotta nell'ottobre 2009, l'Italia risulta essere, assieme al Portogallo, il Paese con un numero di astemi nettamente al di sopra della media dei 27 Paesi dell'Unione Europea, col 39 % di individui che non hanno consumato bevande alcoliche negli ultimi 12 mesi (valore peraltro lievemente in calo rispetto al 40% della precedente rilevazione).

Contestualmente in Italia sono più numerosi coloro che bevono con una maggiore frequenza: fra coloro che dichiarano di aver consumato bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni (94% di tutti i consumatori nell'anno), i consumatori che bevono quotidianamente sono il 25% (in lieve calo rispetto al 26% della precedente rilevazione), valore pari a quasi il doppio della media dei Paesi UE (14%) e inferiore solo a quello del Portogallo (43%) (tab.2)

Anche coloro che bevono 4-5 volte alla settimana (13%) risultano in percentuale molto superiore alla media europea (9%), anche se non la più alta, che è detenuta dall'Austria con il 15% .

Graf.2

Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Luglio 2010

Di contro, la percentuale di coloro che dichiarano di aver bevuto una sola volta a settimana, pari al 19% (in aumento rispetto al 17% della precedente rilevazione), è la più bassa in Europa dopo quella del Portogallo (15%) e molto inferiore alla media europea (26 %) (tab.2).

L'Italia continua ad essere inoltre, rispetto a tutti gli altri Paesi europei, il Paese con il più basso numero di bicchieri consumati in una giornata tipica (le percentuali più elevate di bevitori di oltre 2 bicchieri in una giornata tipica in cui si beve si riscontrano in Irlanda, Finlandia, Danimarca e Regno Unito).

Anche il *binge drinking* (inteso come consumo di 5 o più unità alcoliche in un'unica occasione) è in Italia meno diffuso rispetto agli altri Paesi europei. Fra coloro che hanno consumato alcol nell'ultimo anno ben il 50% (percentuale anche superiore al

**Tab. 1- CONSUMO ANNUO PRO CAPITE DI ALCOL PURO
NELLA POPOLAZIONE CON PIÙ DI 15 ANNI DI ETÀ NEI 27
PAESI DELL'UNIONE EUROPEA**

ANNO 2005 (valori in litri pro capite)

Paesi	2005
Malta	5,26
Svezia	6,6
Italia	8,02
Grecia	9,21
Cipro	9,29
Polonia	9,47
Belgio	9,69
Finlandia	9,95
Spagna	10,03
Lettonia	10,2
Slovenia	10,53
Romania	10,54
Olanda	10,71
EU (27)	10,92
Bulgaria	10,94
Slovacchia	11
Danimarca	11,27
Regno Unito	11,54
Germania	11,67
Lussemburgo	11,75
Portogallo	12,18
Lituania	12,5
Ungheria	12,51
Austria	12,7
Francia	13,24
Irlanda	13,35
Repubblica Ceca	14,82
Estonia	16,24

Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Luglio 2010

46% della precedente rilevazione) ha dichiarato di non aver mai assunto 5 o più *drinks* in un'unica occasione, a fronte di una media europea del 34 %. Valori migliori di quelli italiani si hanno solo in Bulgaria, Cipro, Portogallo, Lussemburgo, Lettonia (graf. 3). Tuttavia in Italia, a fronte di una buona quantità di persone che non praticano il *binge drinking*, coloro che lo praticano lo fanno con una buona frequenza; il 30% lo pratica infatti da una a più volte a settimana, con una percentuale superiore alla media europea (29%) e vicina a quella di Regno Unito, Spagna e Grecia (34%), benché inferiore a quella dei Paesi con i valori più alti (Irlanda con il 44%, Romania con il 39%, Germania ed Austria con il 36%).

Tab. 2 - CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI ULTIMI 30 GIORNI NEI PAESI DELL'U.E.
(in percentuale) - ANNO 2009

Paesi	Tutti i giorni	Frequenza settimanale			Frequenza mensile		Non ricordo/ Rifiuto
		4-5 volte	2-3 volte	1 volta	2-3 volte	1 volta	
EU 27	14	9	23	26	16	11	1
Belgio	14	9	24	26	17	10	0
Bulgaria	14	14	26	25	13	8	0
Repub.Ceca	7	7	18	29	23	16	0
Danimarca	12	9	25	26	19	9	0
Germania	9	10	21	32	16	11	1
Estonia	4	3	12	28	31	21	1
Irlanda	3	4	27	36	17	11	2
Grecia	13	10	24	28	13	12	0
Spagna	23	10	22	26	12	7	0
Francia	20	6	21	27	16	9	1
Italia	25	13	24	19	12	6	1
Cipro	6	4	23	34	19	14	0
Lettonia	2	3	9	22	33	31	0
Lituania	1	4	12	24	25	34	0
Lussemburgo	17	8	23	25	12	15	0
Ungheria	11	11	14	23	22	19	0
Malta	17	5	19	36	14	9	0
Paesi Bassi	21	12	27	20	14	6	0
Austria	7	15	32	25	14	6	1
Polonia	1	5	19	26	24	23	2
Portogallo	43	10	16	15	9	7	0
Romania	13	13	18	25	15	13	3
Slovenia	13	6	17	29	22	12	1
Slovacchia	4	4	15	30	27	20	0
Finlandia	3	6	20	30	27	14	0
Svezia	1	6	24	31	25	12	1
Regno Unito	11	11	30	24	14	9	1

 % più alte nel Paese

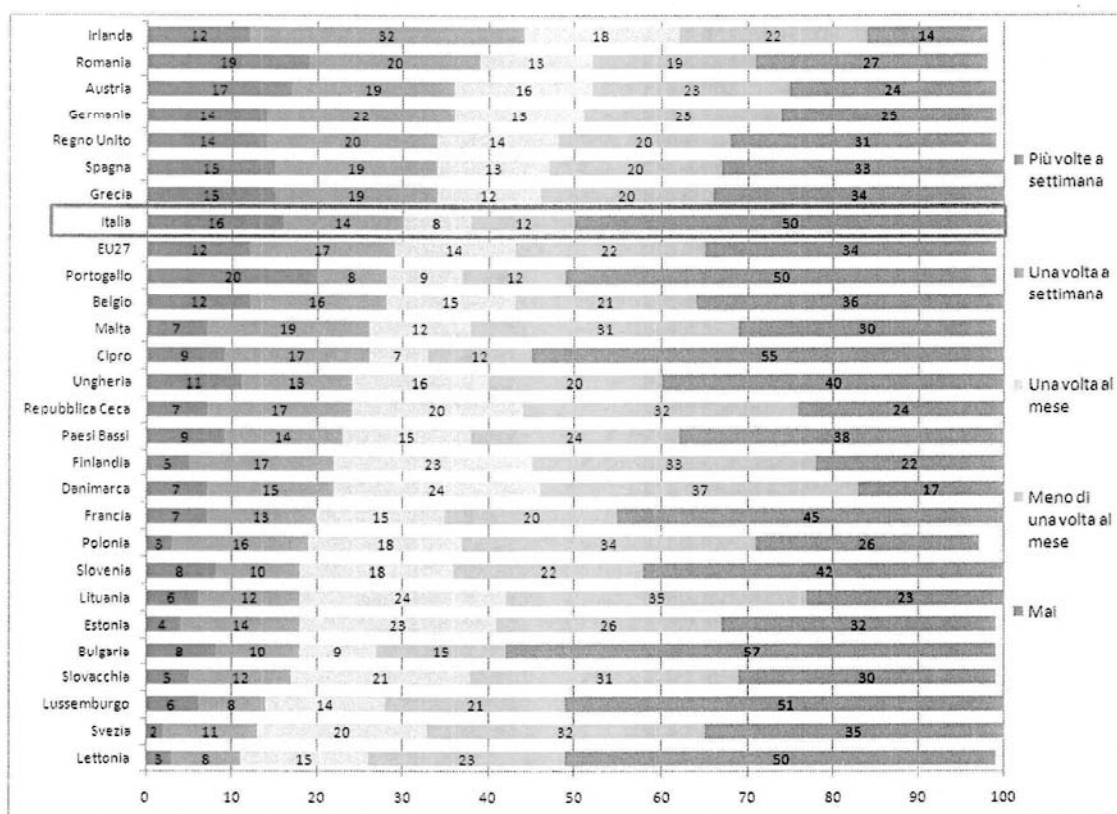
 % più alte in Europa

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Special Eurobarometer 331-72.3

L'indagine *Special Eurobarometer 331-72.3* ha indagato anche su alcuni aspetti relativi alla percezione dei cittadini dell'Unione Europea sui rischi sanitari e sociali correlati al consumo di bevande alcoliche.

La consapevolezza del rischio di malattie quali malattie del fegato, malattie cardiache, tumori, depressione e difetti alla nascita non sembra negli italiani discostarsi molto dai valori medi europei, che appaiono abbastanza elevati. Fa eccezione la percezione del rischio di tumori, che tra i cittadini italiani appare molto più diffusa (72%) rispetto alla media dei cittadini europei (67%), con un valore che è tra i più alti riscontrati negli altri Paesi, in cui le percentuali variano dal 51% dei Paesi Bassi all'82% della Francia.

Graf. 3- BINGE DRINKING (in percentuale) ("QUANTE VOLTE NEGLI ULTIMI 12 MESI HAI BEVUTO 5 O PIÙ DRINKS IN UN'UNICA OCCASIONE ?") - ANNO 2009



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Special Eurobarometer 331-72.3.

La consapevolezza del rischio di danni sociali quali difficoltà coniugali, perdita di produttività lavorativa, scarso rendimento scolastico o violenza sulle strade appare tra gli italiani leggermente più bassa del dato medio europeo, che è comunque molto alto e denota una consapevolezza elevata. In Italia la maggior consapevolezza si riscontra per la violenza sulle strade (94%), la più bassa per le difficoltà coniugali (87%).

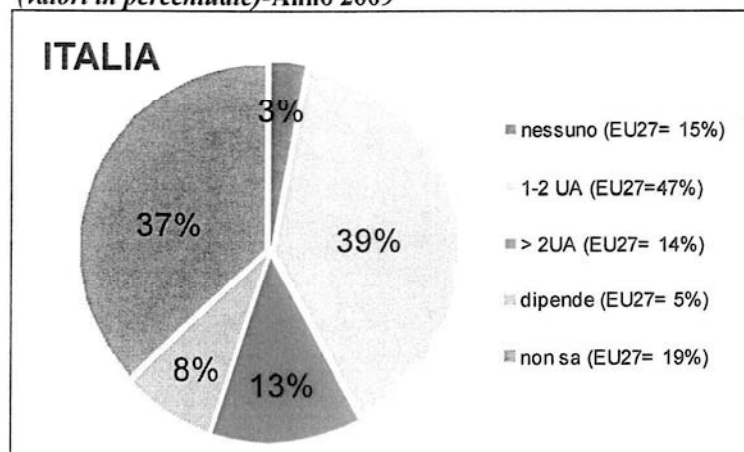
L'indagine *Special Eurobarometer 331-72.3* ha rivelato in particolare che nel nostro Paese c'è una conoscenza molto bassa del limite legale di alcolemia per la guida di autoveicoli; nessuno degli italiani intervistati ha saputo dare una risposta corretta e ben il 64% non ha saputo dare alcuna risposta, a fronte di una media europea di mancate risposte pari al 37%.

Anche alla domanda su quanti bicchieri (unità alcoliche standard) possano essere assunti 2 ore prima di guidare, solo il 52% degli italiani ritiene che non si dovrebbe guidare dopo aver bevuto da una a due bevande alcoliche, contro il 61% della media europea. Inoltre solo il 3% degli italiani pensa che nessun livello di consumo alcolico sia sicuro per la guida, contro il 15% della media europea (graf. 4).

L'indagine europea ha indagato anche sul sostegno dei cittadini dell'U.E. alle politiche sull'alcol. In particolare è stato chiesto agli intervistati se ritenessero che gli individui

Graf. 4 -“DOPO QUANTI BICCHIERI (UNITÀ ALCOLICHE) CONSUMATI IN DUE ORE UNA PERSONA NON DOVREBBE GUIDARE? ”

(valori in percentuale)-Anno 2009



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Special Eurobarometer 331-72.3.

siano abbastanza responsabili da proteggersi dai danni alcol-correlati oppure che le autorità pubbliche abbiano il dovere di intervenire in merito.

L'Italia è risultata essere il Paese con la percentuale più alta di persone favorevoli all'intervento pubblico (66%), seguita da Ungheria (65%) e Portogallo (56%), a fronte di una media europea del 43%.

Rispetto alla media degli altri Paesi dell'U.E. in Italia si riscontra inoltre un maggiore consenso sul divieto di guida per i giovani conducenti e neopatentati con un livello alcolemico superiore a 0,2 g./l. (77% vs 73%), sulla utilità dissuasiva dei controlli casuali del tasso di alcolemia da parte della Polizia stradale (90% vs 83%), sulla utilità di vietare la pubblicità di bevande alcoliche rivolta ai minori (84% vs 77%), di vendere e somministrare alcolici ai minori di 18 anni (91% vs 89%), di inserire sulle bottiglie di bevanda alcolica avvertenze sui rischi del bere per le donne in gravidanza e i conducenti di veicoli (88% vs 79%), di inserire nelle pubblicità delle bevande alcoliche avvertenze rivolte alle donne in gravidanza e ai conducenti di veicoli (91% vs 82%).

I consumi e i modelli di consumo nella popolazione generale

Nel corso del 2009 ha consumato almeno una bevanda alcolica il 68,5 % degli italiani di età superiore ad 11 anni (36 milioni e 549 mila persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra gli uomini (81%) rispetto alle donne (56,9%).

Per entrambi i sessi la prevalenza dei consumatori non registra differenze significative nel corso degli ultimi 3 anni (graf. 5).

I consumatori di vino nel 2009 sono pari al 54% della popolazione di più di 11 anni con una marcata differenza di genere (Maschi=67,5%; Femmine=41,3%). Non si registrano variazioni statisticamente significative delle percentuali di consumatori di vino tra il 2008 ed il 2009 ad eccezione degli uomini 11-18enni in cui si rileva un incremento di 4,2 punti percentuali.

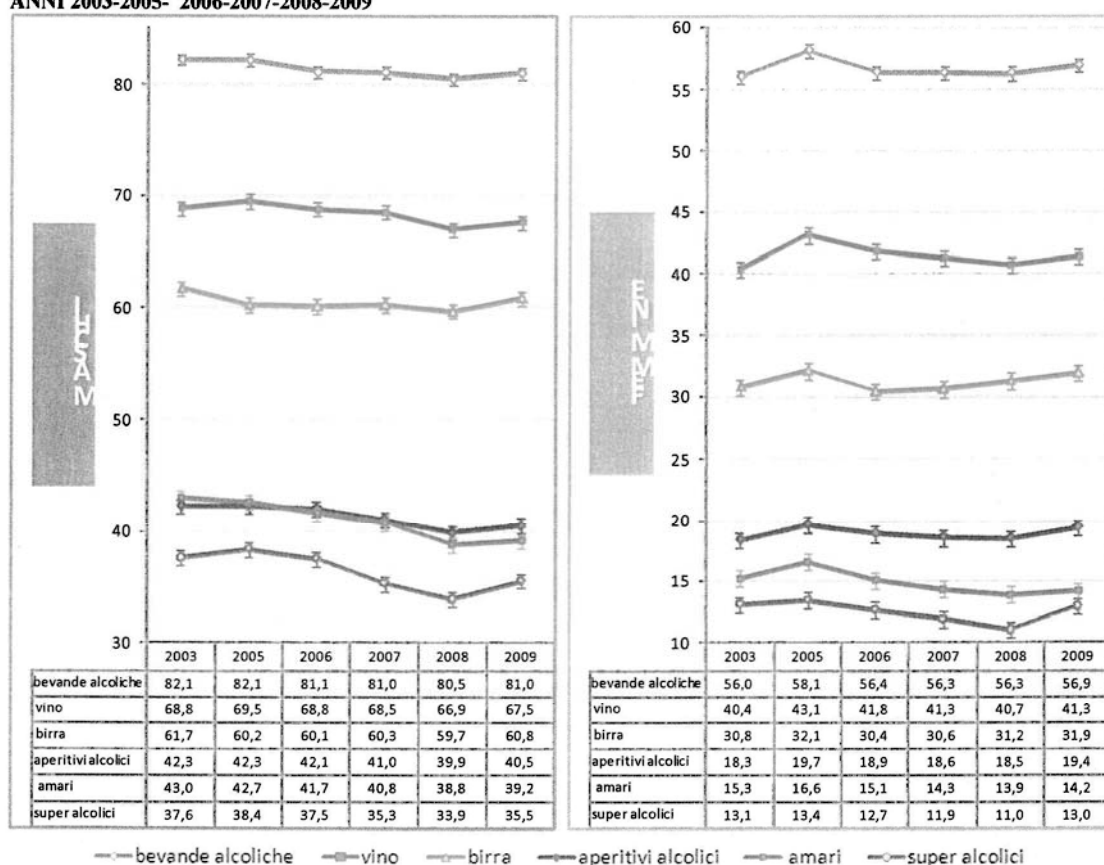
I consumatori di birra nel 2009 sono il 45,9% della popolazione; gli uomini consumatori di birra risultano il doppio circa delle consumatrici di birra (60,8% vs 31,9%).

Gli aperitivi alcolici risultano essere consumati nel 2009 dal 29,6% della popolazione di 11 anni e più (Maschi=40,5%; Femmine=19,4%).

Gli amari risultano essere consumati nel 2009 dal 26,2% (Maschi=39,2%; Femmine=14,2%) della popolazione.

Rispetto all'anno 2008 non si registrano variazioni statisticamente significative delle percentuali di consumatori di birra, aperitivi alcolici e amari in nessuna classe di età considerata.

Graf. 5 - PREVALENZA DI CONSUMATORI DI ALCOLICI PER GENERE (IN PERCENTUALE)
ANNI 2003-2005- 2006-2007-2008-2009

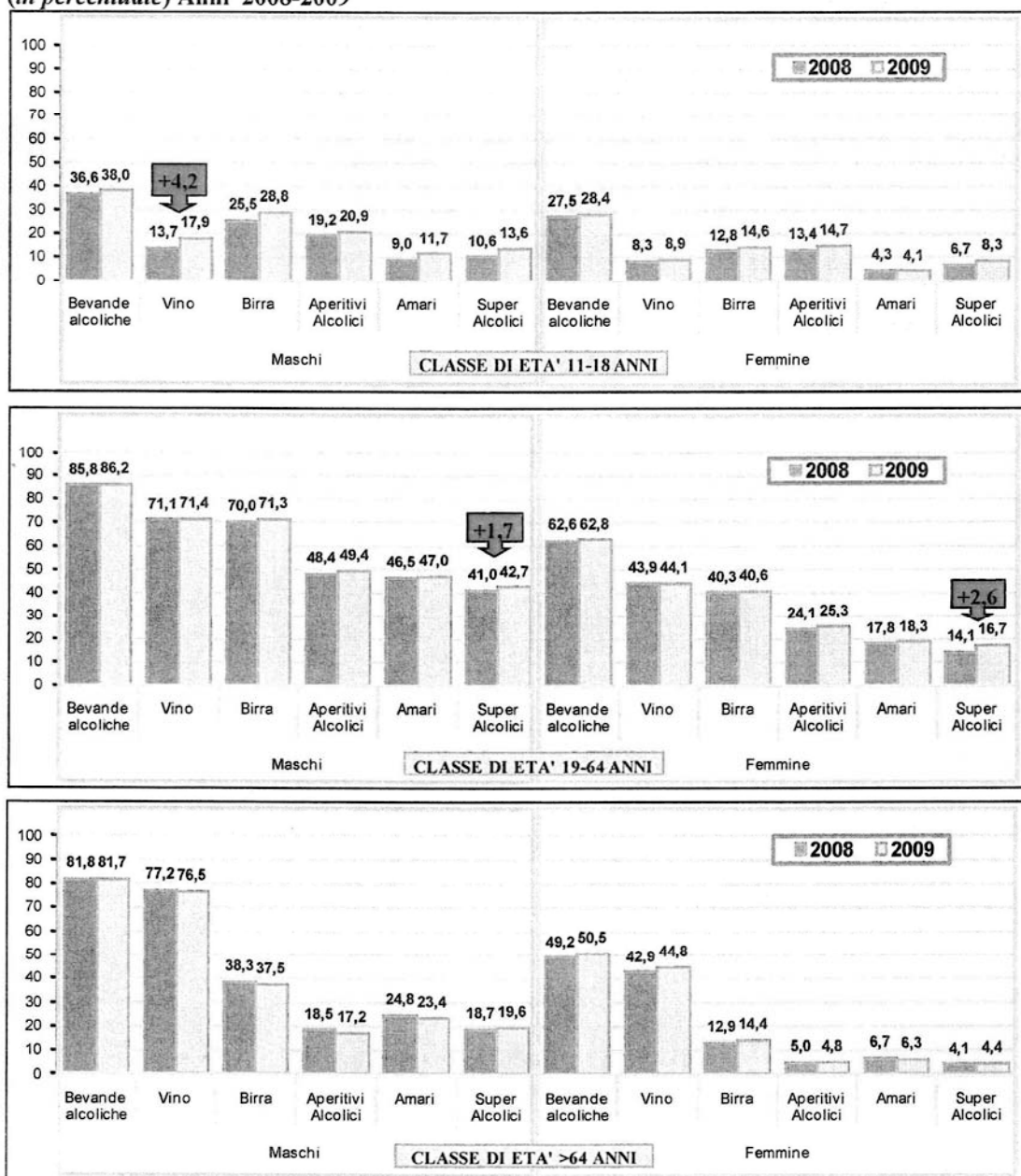


Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2004-2006-2007-2008-2009-2010

I liquori e i super alcolici risultano essere consumati nel 2009 dal 23,8% della popolazione di 11 anni e più, con una marcata differenza di genere; tale percentuale sale infatti al 35,5% tra gli uomini e scende a 13,0% tra le donne. I consumatori di questo tipo di bevanda sono aumentati rispetto alla precedente rilevazione (2008) di 1,6 punti percentuali tra gli uomini e di 2 punti percentuali tra le donne.

L'analisi per classi di età evidenzia che l'aumento dei consumatori di questa bevanda è concentrata nella classe di età 19-64 anni (Maschi +1,7; Femmine +2,6) (Graf.6).

Graf. 6 - PREVALENZA DI CONSUMATORI DI BEVANDE ALCOLICHE PER GENERE E CLASSE DI ETÀ' (in percentuale) Anni 2008-2009



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT- Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2009-2010

Nel decennio 1999-2009 l'ISTAT ha rilevato, soprattutto nella popolazione più giovane, una forte riduzione della quota di consumatori di solo vino e birra (-50,5% tra 14-17 anni, -31,5% tra 18-24 anni e -14,1% tra 25-44 anni) e un aumento della quota di chi consuma, oltre a vino e birra, altri alcolici quali aperitivi, amari e superalcolici (+18,5% tra 14-17 anni, +12,3% tra 18-24 anni e +1,9% tra 25-44 anni).

Anche per l'anno 2009 l'Indagine Multiscopo ISTAT conferma, analogamente a quanto rilevato fin dal 2006, che tanto fra gli uomini che fra le donne la percentuale di consumatori di bevande alcoliche aumenta all'aumentare del titolo di studio posseduto (tab. 3).

Tra gli uomini le variazioni oscillano tra il 61,8% di chi non possiede alcun titolo di studio e l'88,0% di chi possiede un titolo di studio superiore alla scuola media superiore, mentre tra le donne le percentuali oscillano dal 37,0% di chi non possiede un titolo di studio ed il 72,9% di chi possiede una laurea di dottorato o un diploma universitario.

Tra gli uomini le variazioni oscillano tra il 61,8% di chi non possiede alcun titolo di studio e l'88,0% di chi possiede un titolo di studio superiore alla scuola media superiore mentre tra le donne invece le percentuali oscillano dal 37,0% di chi non possiede un titolo di studio ed il 72,9% di chi possiede una laurea di dottorato o un diploma universitario.

Nel 2009 l'88,2% dei consumatori di sesso maschile ed il 67,9% di quelle di sesso femminile risultano occupati, con percentuali superiori al dato medio nazionale. Tra gli uomini la percentuale più elevata di consumatori si registra tra i lavoratori autonomi o dipendenti (89,2%; 88,0%), e quella più bassa fra chi è mantenuto dalla famiglia (68,3%); fra le donne la percentuale più elevata di consumatrici si registra tra le lavoratrici autonome o dipendenti (rispettivamente 68,0% e 67,7%) e quella più bassa tra le pensionate e le donne mantenute dalla famiglia, in percentuali pressoché identiche. Anche la percezione di godere un buon stato di salute appare correlarsi positivamente alla propensione al consumo, come evidenziato nella rilevazione dell'anno 2008. La percentuale più elevata di consumatori, infatti, dichiara di sentirsi bene (Maschi=83,7%; Femmine=61,5%) o discretamente (Maschi=84,1%; Femmine=56,9%), seguiti da chi si sente molto bene (Maschi=73,7%; Femmine=51,2%); le percentuali più basse di consumatori si registrano invece tra chi dichiara di sentirsi male (Maschi=65,7%; Femmine=42,9%) o molto male (Maschi=56,1%; Femmine=20,6%).

Lo stato civile degli intervistati risulta essere un'ulteriore discriminante del consumo di bevande alcoliche, in particolare in relazione alle differenze di genere. La percentuale più bassa dei consumatori di sesso maschile si registra tra i celibi (71,8%) e tra i vedovi (74,9%) mentre la più alta tra i coniugati (87,2%), seguiti dai separati o divorziati (83,9%); tra le donne invece la percentuale più elevata si registra tra le separate o divorziate (65,4%) seguite dalle coniugate (59,7%), dalle nubili (54,3%) e infine dalle vedove (48,5%).

La correlazione tra il consumo di bevande alcoliche e la corporatura degli intervistati, valutata attraverso l'indice di massa corporea (BMI), evidenzia tra i consumatori di sesso maschile una percentuale di soggetti in sovrappeso o obesi (85,9%) leggermente superiore rispetto ai normopeso (84,4%) mentre un andamento opposto si rileva tra le donne, con una percentuale di consumatrici normopeso (61,6%) molto più alta di quella delle consumatrici in sovrappeso o obese (55,7%).

La percentuale di consumatori risulta infine correlata con la zona territoriale di residenza ed il sesso degli intervistati. Tra gli uomini non si registrano differenze

statisticamente significative tra i consumatori del Nord e Centro Italia (81,5%-83,0%) mentre le percentuali diminuiscono tra i residenti delle Regioni meridionali (79,8%) con un minimo registrato nelle isole (75,9%). Tra le donne le percentuali più elevate di consumatrici si registrano nell'Italia nord-orientale (64,6%) seguite da quelle relative alle Regioni dell'Italia nord-occidentale (58,9%) e centrale (59,8%); valori minimi si registrano come per gli uomini nelle isole (47,1%) e nelle Regioni dell'Italia meridionale (50,7%).

I comportamenti di consumo a rischio

Per una corretta valutazione del rischio connesso all'assunzione di bevande alcoliche è necessario tener conto di parametri quali le quantità assunte, la frequenza del consumo, la concomitanza con i pasti, la capacità di smaltire l'alcol in relazione al sesso e all'età, la tollerabilità dell'alcol in relazione alle condizioni di salute, l'assunzione di farmaci o altre situazioni, oltre al contesto in cui avviene il consumo di bevande alcoliche.

Tenendo conto di tali parametri si possono individuare alcune categorie di consumatori a rischio il cui monitoraggio è particolarmente importante al fine di valutare gli interventi necessari per contenere i possibili danni per il singolo e la società.

I consumatori fuori pasto

Il consumo di vino o alcolici fuori pasto ha riguardato nel 2009 13.592.018 persone, pari al 25,4% della popolazione di età superiore a 11 anni, con una marcata differenza di genere (Maschi=36,4%; Femmine=15,3%) ma senza variazioni significative rispetto alla rilevazione del 2008. L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dall'età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi a 18-24 anni e poi diminuisce nuovamente fino a raggiungere i valori più bassi tra gli ultra 75enni (graf. 7).

Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile risultano superiori a quelle di sesso femminile in tutte le classi di età considerate ad eccezione di quella al di sotto dell'età legale (11-15 anni), dove non si registrano differenze statisticamente significative ed è minimo lo scostamento tra maschi e femmine.

Nell'ultimo decennio l'ISTAT ha rilevato un crescente aumento della quota di consumatori fuori pasto, passati dal 35,2 % al 37,4 % fra i consumatori di età superiore ai 14 anni. Particolarmente elevato è stato nel decennio tale incremento tra le donne, pari secondo l'ISTAT al 23,6%.

I consumatori "binge drinking"

Con l'espressione *binge drinking* si fa riferimento all'abitudine di consumare in un tempo ristretto eccessive quantità di alcol (convenzionalmente 6 o più bicchieri di bevande alcoliche) in una sola occasione. Si tratta di un comportamento mutuato dai Paesi del Nord Europa che si è ormai consolidato nel nostro Paese, prevalentemente tra i giovani ma sempre più anche tra gli adulti, soprattutto tra i maschi.

**Tab. 3 - CONSUMATORI (%) DI BEVANDE ALCOLICHE PER CARATTERISTICHE
SOCIODEMOGRAFICHE - ANNO 2009**

Variabili socio-demografiche		Consumatori(%)		
		Maschi	Femmine	Totale
Titolo di studio (validi 100%)	Dottorato laurea o diploma universitario	89,2	72,9	80,6
	Diploma scuola media superiore	87,6	65,9	76,8
	Diploma media	79,7	54,8	68,0
	Licenza elementare	69,6	45,1	55,3
	Nessun titolo	61,8	37,0	45,2
	Totale	81,0	56,9	68,5
Condizione professionale (validi 95,9%) (Età>15 anni)	Occupato	88,2	67,9	80,1
	in cerca di occupazione studente o in servizio di leva o civile sostitutivo	74,7	57,3	66,6
	Casalinga		53,0	53,0
	Ritirato dal lavoro o inabile	81,9	54,7	70,0
	Altra condizione	76,9	41,1	53,6
	Totale	83,9	58,8	70,9
Principale fonte di reddito (validi 94,8%) (Età>15 anni)	Da lavoro dipendente	88,0	67,7	79,1
	Da lavoro autonomo	89,2	68,0	83,2
	Pensione	82,6	52,1	66,7
	Indennità provvidenze varie e patrimoniale	74,4	57,9	66,1
	Mantenimento dalla famiglia	68,3	53,9	58,4
	Totale	83,0	58,3	70,3
Percezione dello stato di salute (validi 100%)	Molto bene	73,7	51,2	63,7
	Bene	83,7	61,5	72,7
	Discretamente	84,1	56,9	68,5
	Male	65,7	42,9	51,2
	Molto male	56,1	20,6	35,3
	Totale	81,0	56,9	68,5
Stato civile (validi 100%)	celibe/nubile	71,8	54,3	63,7
	coniugato/a	87,2	59,7	73,4
	separato/a o divorziato	83,9	65,4	74,0
	vedovo/a	74,9	48,5	53,2
	Totale	81,0	56,9	68,5
Indice di massa corporea (BMI) (validi 92,4%)	Sottopeso	73,4	61,2	62,2
	Normopeso	84,4	61,6	70,8
	Sovrappeso/Obesità	85,9	55,7	73,6
	Totale	85,2	59,5	71,8
Ripartizione territoriale (validi 100%)	Italia Nord – Occidentale	81,5	58,9	69,8
	Italia Nord – Orientale	83,0	64,6	73,5
	Italia Centrale	82,5	59,8	70,6
	Italia Meridionale	79,8	50,7	64,7
	Italia insulare	75,9	47,1	61,0
	Totale	81,0	56,9	68,5

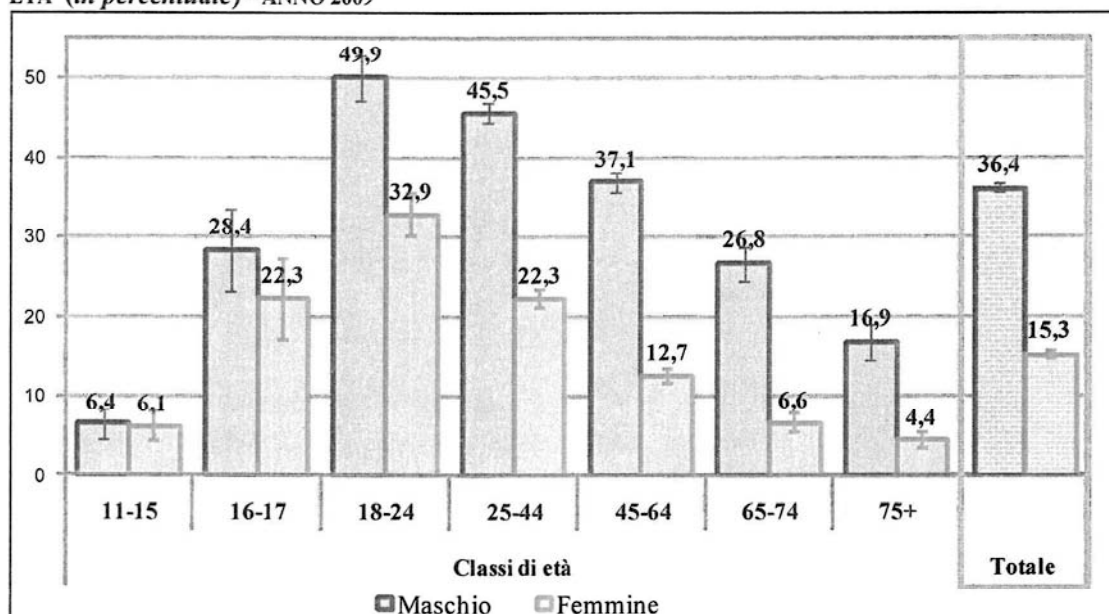
Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT- Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2010

Nel 2009 il 12,4% degli uomini ed il 3,1% delle donne di 11 anni e più ha dichiarato di aver praticato questo comportamento di consumo almeno una volta negli ultimi 12 mesi, con percentuali che variano a seconda del genere e della classe di età della popolazione(graf.8).

Tra gli uomini, il valore si presenta elevato già tra i giovanissimi, raggiunge un picco massimo tra i 18-24enni e poi diminuisce nuovamente, pur rimanendo su valori ragguardevoli, nelle classi di età successive; tra le donne, come per gli uomini, la

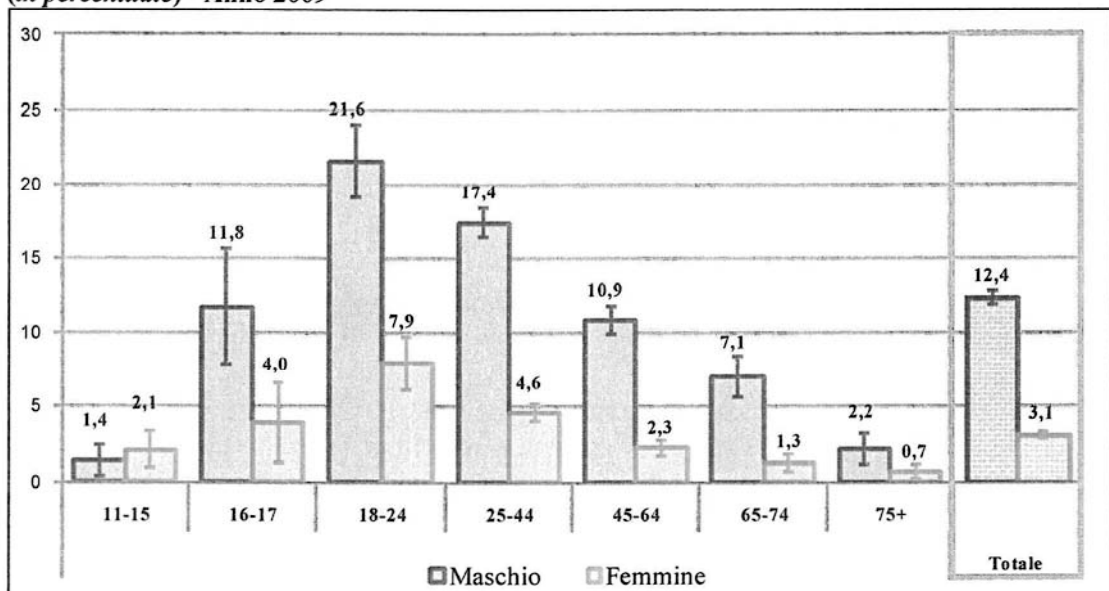
frequenza massima si raggiunge intorno ai 18-24 anni (7,9%) e decresce nuovamente raggiungendo i valori minimi nelle classi di età anziane (>65 anni).

Graf. 7 - PREVALENZA DI CONSUMATORI DI VINO O ALCOLICI FUORI PASTO PER GENERE E CLASSE DI ETÀ' (in percentuale) - ANNO 2009



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT-Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2010

Graf. 8 - PREVALENZA DI CONSUMATORI BINGE DRINKING PER GENERE E CLASSE DI ETÀ' (in percentuale) - Anno 2009



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT-Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2010

Come già visto nel caso del consumo di bevande alcoliche fuori pasto, l'unica classe di età in cui non si registrano differenze statisticamente significative in relazione al genere è quella al di sotto dell'età legale (11-15 anni).

L'analisi effettuata dall'ISS-O.N.A. su dati ISTAT al fine di individuare le caratteristiche socio-demografiche dei consumatori *binge drinking* evidenzia che per entrambi i sessi le percentuali di questi consumatori sono più alte tra chi possiede un titolo di studio più elevato rispetto a chi ne ha uno più basso, tra i lavoratori autonomi o dipendenti rispetto ai pensionati, tra coloro che dichiarano di sentirsi bene o molto bene rispetto a chi si sente male o molto male.

La condizione fisica degli intervistati, valutata attraverso il Body Mass Index (BMI), non mostra tra gli uomini variazioni statisticamente significative rispetto al praticare o meno il *binge drinking*, mentre si registra una percentuale più elevata di consumatrici *binge drinking* tra le donne con un peso normale rispetto a quelle in sovrappeso od obese.

La distribuzione territoriale vede tra gli uomini la prevalenza più elevata di *binge drinkers* nelle Regioni dell'Italia nord-orientale seguita da quella dell'Italia nord-occidentale. Valori inferiori al dato medio nazionale si registrano invece nell'Italia centrale e meridionale.

Tra le donne si registra una prevalenza superiore a quella media nazionale nell'Italia nord-orientale e inferiore al dato medio nazionale nell'Italia meridionale.

I consumatori a rischio (criterio ISS)

L'Istituto Superiore di Sanità-O.N.A. da anni si avvale di un indicatore in grado di monitorare il fenomeno del consumo a rischio tenendo conto delle differenze legate al sesso ed all'età dell'individuo. L'indicatore di sintesi proposto tiene conto in particolare delle indicazioni delle Linee Guida nazionali per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), che recepiscono fra l'altro le indicazioni dell'OMS e della Società italiana di Alcolologia, secondo cui sono da considerare a rischio i consumi che eccedono il limite di 2-3 unità alcoliche al giorno per l'uomo, 1-2 unità per la donna, 1 unità consumata durante i pasti per gli anziani. Per gli adolescenti fino a 15 anni il limite prescritto è la totale assenza di consumi. Sono altresì da considerare a rischio i consumi di grandi quantità di alcol (convenzionalmente 6 o più bicchieri di bevanda alcolica) concentrati in singole occasioni (*binge drinking*), che si accompagnano spesso ad ubriachezza. Infine va considerata l'influenza di altri fattori quali le condizioni di salute, l'assunzione di farmaci, la giovane età.

Tenendo conto di tali parametri è stato calcolato che nell'anno 2009 il 15,8% degli italiani al di sopra degli 11 anni ha avuto almeno un comportamento di consumo a rischio, il 25% fra i maschi e il 7,3% fra le femmine. Si tratta di 8 milioni e 454 mila persone, di cui 6 milioni e 434 mila maschi e 2 milioni e 20 mila femmine.

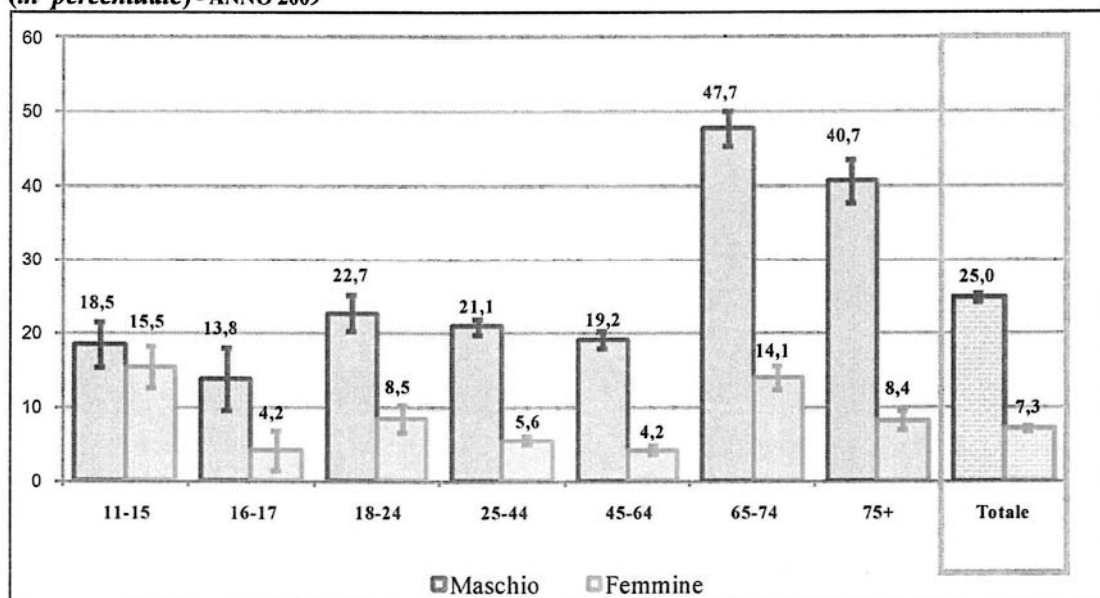
L'analisi per classi di età (graf. 9) mostra che sono a rischio il 18,5% dei ragazzi e il 15,5% delle ragazze al di sotto dell'età legale (16 anni), senza differenze di genere statisticamente significative. Si tratta di circa 475.000 minori in cui il consumo

dovrebbe essere pari a 0 e che invece contravvengono alle indicazioni relative alla loro età.

Le percentuali più elevate di consumatori a rischio di sesso maschile si registrano, come nella rilevazione dell'anno precedente, nelle classi di età anziane (65-74=47,7%; 75+=40,7%) per un totale di circa 2.200.000 individui. Relativamente alle donne invece le percentuali più elevate si registrano tra le adolescenti al di sotto al di sotto dell'età legale.

Come già visto nel caso del consumo di bevande alcoliche fuori pasto e dei consumatori *binge drinking*, anche per questo indicatore di sintesi l'unica classe in cui non si registrano differenze di genere statisticamente significative è quella al di sotto dell'età legale (11-15 anni).

Graf. 9 - PREVALENZA DI CONSUMATORI A RISCHIO (CRITERIO ISS) PER GENERE E CLASSE DI ETÀ' (in percentuale) - ANNO 2009

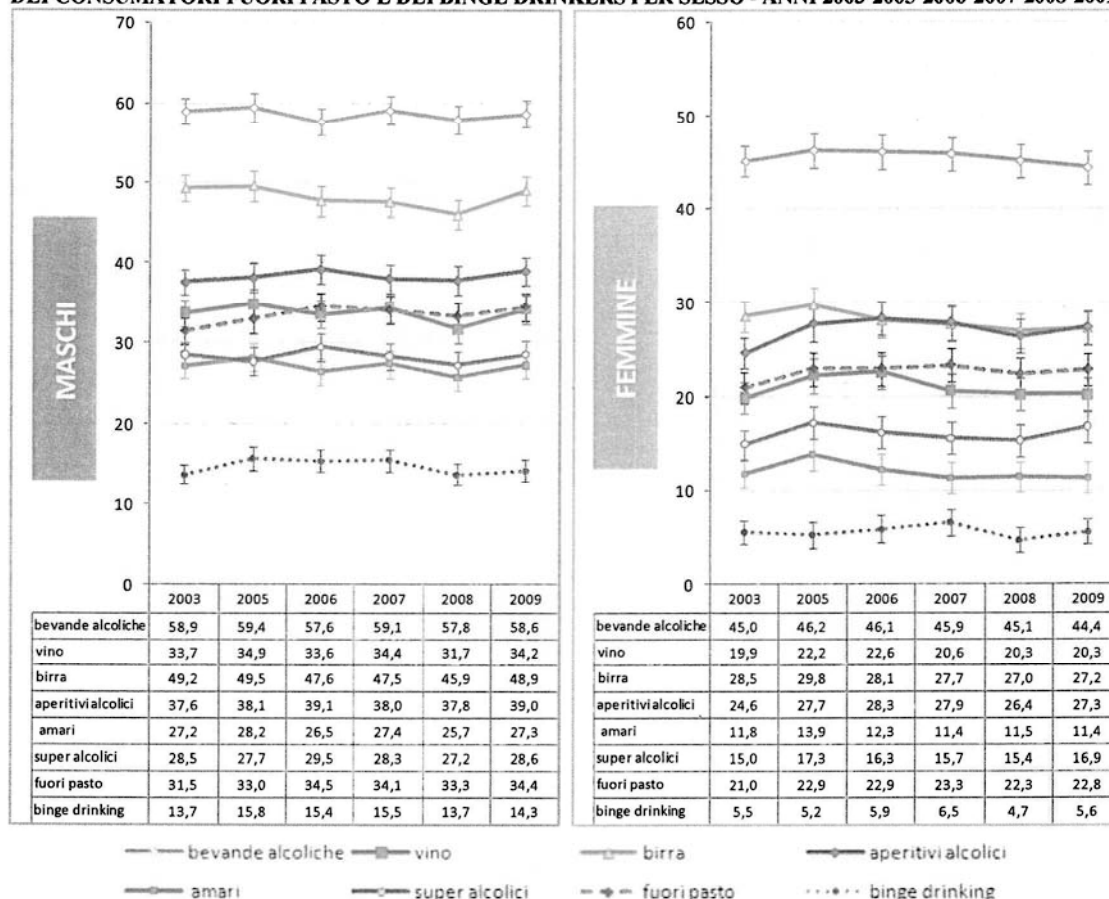


Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT- Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2010

I consumi e i modelli di consumo nella popolazione giovanile

Oltre la metà dei giovani di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2009 con una marcata differenza di genere (Maschi=58,6%; Femmine=44,4%) e per entrambe i sessi non si registrano differenze statisticamente significative nel corso dell'ultimo anno. Tra i ragazzi, la percentuale più elevata di consumatori si registra per la birra (48,9%) seguita da aperitivi alcolici (39%) e vino (34,2%); tra le ragazze le percentuali più elevate di consumatrici si registrano, senza differenze statisticamente significative per la birra e gli aperitivi alcolici (27,2%; 27,3% rispettivamente) seguite da vino (20,3%), super alcolici (16,9%) ed amari (11,4%) (graf.10).

Graf. 10 - PREVALENZE (%) CONSUMATORI DI ETÀ 11-25 ANNI DELLE DIVERSE BEVANDE ALCOLICHE, DEI CONSUMATORI FUORI PASTO E DEI BINGE DRINKERS PER SESSO - ANNI 2003-2005-2006-2007-2008-2009



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT- Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anni 2004-2006-2007-2008-2009-2010

I consumatori al di sotto dell'età legale (11-15 anni)

Nella classe di età al di sotto dell'età legale (11-15 anni), il 17,0% degli intervistati (Maschi=18,5%; Femmine=15,5%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Il 5,3% (Maschi=7,0%; Femmine=3,6%) dei ragazzi dichiara di aver bevuto vino, l'8,8% (Maschi=11,8%; Femmine=5,8%) birra, il 7,1% (Maschi=8,2%; Femmine=6,0%) aperitivi alcolici, il 2,5% (Maschi=3,8%; Femmine=1,2%) amari e il 2,9% (Maschi=3,3%; Femmine=2,6%) super alcolici.

Non si rilevano differenze statisticamente significative tra le percentuali di maschi e femmine che hanno consumato le diverse bevande alcoliche, ad eccezione della birra.

I giovani di questa classe di età che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 6,3% (Maschi=6,4%; Femmine=6,1%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono l'1,8% (Maschi=1,4%; Femmine=2,1%).

In totale si stima che nell'anno 2009 sono stati oltre 475.000 i giovani di quest'età (senza differenze di genere) che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'Istituto Superiore di Sanità (criterio ISS) (tab. 4).

I consumatori di 16-20 anni

Nella classe di età adolescenziale (16-20 anni) il 62,8% degli intervistati (Maschi=70,9%; Femmine=53,8%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Il 29,9% (Maschi=37,0%; Femmine=21,9%) degli adolescenti dichiara di aver bevuto vino, l'46,3% (Maschi=58,6%; Femmine=32,8%) birra, il 40,2% (Maschi=46,2%; Femmine=33,5%) aperitivi alcolici, il 20,5% (Maschi=28,6%; Femmine=11,4%) amari e il 26,9% (Maschi=33,1%; Femmine=20,1%) superalcolici.

Le percentuali di ragazzi che bevono alcolici sono superiori a quelle delle coetanee, indipendentemente dalla bevanda consumata. Tra i ragazzi, il dato più elevato in questa fascia di età si registra tra i consumatori di birra, seguiti da quelli di aperitivi alcolici; tra le ragazze, i valori più elevati si registrano tra le consumatrici di birra e di aperitivi alcolici, seguite da quelle di vino e super alcolici.

I giovani che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 34,3% (Maschi=39,5%; Femmine=28,4%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono il 12,1% (Maschi=17,2%; Femmine=6,4%). In totale si stima che nell'anno 2009 sono stati oltre 395.000 i giovani di quest'età che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'Istituto Superiore di Sanità (criterio ISS) (tab. 4).

I consumatori di 21-25 anni

Nella classe di età 21-25 anni, il 72,4% degli intervistati (Maschi=81,3%; Femmine=63,0%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Il 45,1% (Maschi=55,1%; Femmine=34,6%) dei giovani dichiara di aver bevuto vino, l'57,4% (Maschi=71,6%; Femmine=42,4%) birra, il 50,5% (Maschi=58,6%; Femmine=41,9%) aperitivi alcolici, il 34,1% (Maschi=46,5%; Femmine=21,1%) amari e il 37,1% (Maschi=46,2%; Femmine=27,4%) super alcolici. Le percentuali di ragazzi 21-25enni che bevono alcolici sono superiori a quelle delle loro coetanee, indipendentemente dalla bevanda consumata. Tra i 21-25enni, il dato più elevato si registra tra i consumatori di birra, seguiti da quelli di aperitivi alcolici e vino mentre tra le coetanee, i valori più elevati si registrano tra le consumatrici di birra ed aperitivi alcolici seguite da quelle di vino, super alcolici e amari.

I ragazzi di questa classe di età che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 43,9% (Maschi=53,8%; Femmine=33,4%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono il 15,5% (Maschi=22,6%; Femmine=8,0%). In totale si stima che nell'anno 2009 sono stati 500.000 i giovani di quest'età che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'Istituto Superiore di Sanità (criterio ISS) (tab.4).

Tab. 4 - PREVALENZA CONSUMATORI (%) DI ETÀ 11-25 ANNI PER TIPOLOGIA DI CONSUMATORE E SESSO ANNO 2009

Tipologia di consumatore	11-15		16-20		21-25		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	18,5	15,5 *	70,9	53,8	81,3	63,0	58,6	44,4
Consumatori di vino	7,0	3,6 *	37,0	21,9	55,1	34,6	34,2	20,3
Consumatori di birra	11,8	5,8	58,6	32,8	71,6	42,4	48,9	27,2
Consumatori di aperitivi alcolici	8,2	6,0 *	46,2	33,5	58,6	41,9	39,0	27,3
Consumatori di amari	3,8	1,2 *	28,6	11,4	46,5	21,1	27,3	11,4
Consumatori di super alcolici	3,3	2,6 *	33,1	20,1	46,2	27,4	28,6	16,9
Consumatori di alcolici fuori pasto	6,4	6,1 *	39,5	28,4	53,8	33,4	34,4	22,8
Consumatori <i>binge drinking</i>	1,4	2,1 *	17,2	6,4	22,6	8,0	14,3	5,6
Consumatori a rischio-criterio ISS	18,5	15,5 *	19,0	6,9	23,8	8,4	20,5	10,3

* Non esiste una differenza statisticamente significativa di genere

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT- Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2010

Tendenze e influenze nel consumo dei giovani

Nel decennio 1999-2009 l'ISTAT rileva una forte crescita fra i giovani del consumo occasionale e fuori pasto. Tra i giovani di 18-24 anni in particolare il consumo fuori pasto passa nel decennio dal 32,5% al 41,6%, e quello occasionale dal 55,2% al 60,7%. La crescita del consumo fuori pasto risulta particolarmente elevata nel tempo tra i giovanissimi di 14-17 anni (tab.5). Tra le femmine di questa fascia di età la prevalenza delle bevitrici fuori pasto risulta quasi triplicata tra il 1995 e il 2009. Tra i maschi peraltro si registra una tendenza al calo negli ultimi anni, a partire dal 2006.

Tab. 5 - PREVALENZA DEI CONSUMATORI (%) DI ALCOLICI FUORI PASTO NELLA CLASSE DI ETÀ 14-17 ANNI 1995-2009

	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009
Maschi	12,9	18,4	15,2	18	16,8	17,1	18,3	20,7	20,6	24,2	22,7	22,7	20,4
Femmine	6	10,8	9,7	12,8	12,2	13,8	11,5	16,2	15,6	58	17,9	14,4	17,4

Fonte: ISTAT - "Indagine multiscopo sulle famiglie-Aspetti della vita quotidiana"-Anno 2003;

- "L'uso e l'abuso di alcol in Italia"-Anni 2005-2007-2008-2009

L'indagine europea ESPAD, condotta per l'Italia dall'Istituto di Fisiologia Clinica del C.N.R., ha rilevato nel tempo, a partire dal 1999, una prevalenza inizialmente in crescita e poi sostanzialmente stabile dei giovani studenti italiani di 15-19 anni che si sono ubriacati almeno una volta nella vita o negli ultimi 12 mesi.

Nel 2009 si registra invece, in controtendenza, un notevole calo della prevalenza per entrambi i comportamenti, con valori inferiori a quelli registrati nel 1999 (tab.6a e 6b).

Tab. 6a – UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA ANNI 1999-2009

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ubriacarsi	52,7%	55,0%	55,2%	54,6%	56,4%	56,9%	55,8%	56,5%	56,5%	56,9%	50,6%

Fonte:PROGETTO ESPAD@Italia

Tab. 6b – UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 12 MESI ANNI 1999-2009

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ubriacarsi	38,9%	40,4%	41,9%	42,3%	40,7%	42,8%	41,4%	42,8%	43,6%	43,4%	37,0%

Fonte:PROGETTO ESPAD@Italia

I dati dello studio ESPAD confermano anche per il 2009 la costante diminuzione tra i giovani studenti di coloro che “non disapprovano” il bere moderato o le ubriacature settimanali, secondo una tendenza in atto dal 2003.

Nel 2009 sembra anche diminuire, confermando la tendenza delineatasi solo da qualche anno, la prevalenza di giovani studenti che negano il rischio connesso al consumo quotidiano eccedentario (tab. 6 c).

Tab. 6 c - APPROVAZIONE E PERCEZIONE DEL RISCHIO NELL'USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI – ANNI 1999-2009

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Non disapprovo bere 1 o 2 bicchieri	75,0%	74,0%	79,0%	76,0%	77,0%	76,6%	75,8%	77,7%	69,4%	66,5%	64,4%
Non disapprovo ubriacarsi 1 volta la settimana	18,0%	20,0%	23,0%	25,0%	26,5%	25,6%	24,3%	25,2%	22,6%	22,3%	20,1%
Nessun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri quasi ogni giorno	3,0%	3,0%	4,0%	4,0%	2,3%	2,1%	3,0%	3,2%	2,5%	2,4%	2,1%

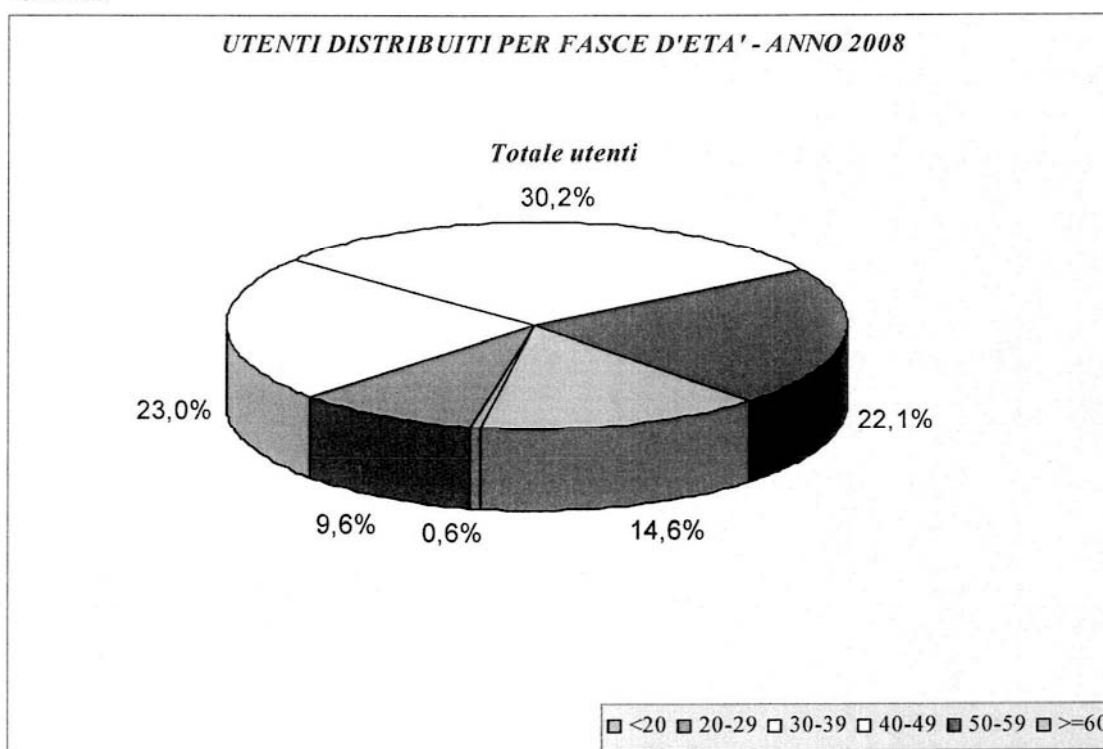
Fonte:PROGETTO ESPAD@Italia

Anche per il 2009 l'ISTAT ha riscontrato tra i giovani maschi di 18-24 anni una particolare propensione ai consumi a rischio (soprattutto al *binge drinking*) tra coloro che guidano più frequentemente l'automobile. I giovani automobilisti di quest'età infatti presentano comportamenti di consumo a rischio in percentuali notevolmente più elevate (24,6%) rispetto a quelle riscontrate nei giovani automobilisti occasionali o nei giovani che non guidano (17,9%).

Fra i giovani maschi fino ai 24 anni inoltre coloro che ammettono un comportamento di consumo a rischio appaiono più numerosi tra i frequentatori assidui di discoteche che tra coloro che non le frequentano.

Sembra configurarsi pertanto tra i giovani guidatori abituali una forte associazione tra l'assidua frequentazione di locali da ballo e il consumo alcolico a rischio, che va attentamente tenuta in considerazione per la messa a punto di efficaci azioni preventive.

Il fenomeno della diffusione dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla situazione dell'utenza in carico presso i servizi per l'alcoldipendenza (graf.11), nell'ambito della quale i giovani al di sotto dei 30 anni sono nel 2008 il 10,2% del totale, con una percentuale che si presenta in crescita rispetto al 10% del 2007 anche se non raggiunge i valori più alti registrati nel 2005.

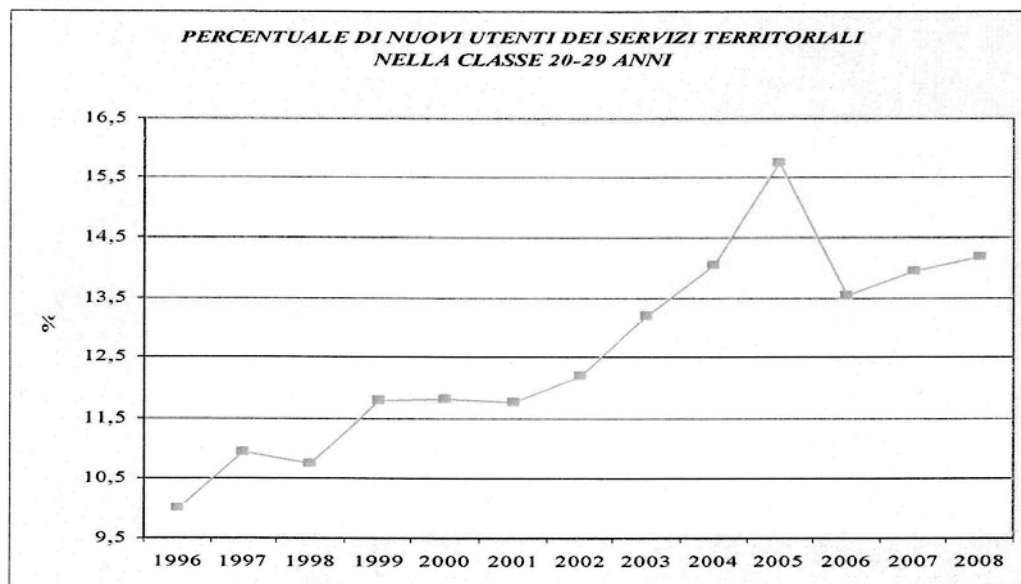
Graf. 11

Ministero della Salute-Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria-Uff.VII

La crescita riguarda in particolare la fascia dei nuovi utenti di età 20-29 anni, che passano dal 13,9% del 2007 al 14,2% del 2008 (graf.12; tab. 7).

Al contrario un lieve calo della prevalenza si registra se si prendono in considerazione i soli utenti di età al di sotto dei 20 anni (dallo 0,7% del 2007 allo 0,6% del 2008); tra i nuovi utenti di quest'età il calo appare più consistente (dal 1,3% del 2007 al 1,1% del 2008) e conferma la tendenza in atto dal 2006, portando la prevalenza ai valori registrati all'inizio del decennio (tab.7).

Graf.12



Ministero della Salute-Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria-Uff.VII

Tab. 7 - DISTRIBUZIONE PER ETÀ' (%) DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

Totale utenti

CLASSI DI ETÀ'	Totale												
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<20	0,5	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6
20-29	7,9	8,8	8,3	9,1	8,7	8,5	9,1	9,3	9,8	11,0	9,8	9,3	9,6
30-39	22,5	24,4	22,6	23,4	24,0	23,7	24,8	23,7	24,0	24,3	23,7	23,2	23,0
40-49	30,0	29,3	28,4	27,4	27,5	28,2	28,3	28,8	29,1	28,9	29,3	30,1	30,2
50-59	25,3	23,4	24,6	24,9	24,6	23,4	23,7	23,9	22,3	21,6	22,3	22,3	22,1
>=60	13,8	13,4	15,5	14,6	14,6	15,6	13,6	13,9	14,2	13,5	14,2	14,4	14,6
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

Nuovi utenti

CLASSI DI ETÀ'	Totale												
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<20	0,8	0,9	1,1	1,1	1,1	1,0	0,7	1,1	1,0	1,3	1,4	1,3	1,1
20-29	10,0	10,9	10,7	11,8	11,8	11,8	12,2	13,2	14,0	15,7	13,5	13,9	14,2
30-39	23,5	25,4	24,0	25,1	25,5	25,6	25,9	25,4	25,6	26,1	25,2	25,5	25,8
40-49	29,5	27,7	26,7	25,7	25,4	26,3	27,8	27,2	27,4	26,8	27,6	28,2	28,1
50-59	23,1	22,3	22,4	23,3	23,9	20,7	21,7	19,9	19,4	18,4	19,8	18,6	18,8
>=60	13,1	12,8	15,0	13,1	12,4	14,6	11,6	13,2	12,6	11,6	12,5	12,5	12,0
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

Ministero della Salute-Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria-Uff.VII

L'ISTAT ha rilevato che i comportamenti di consumo a rischio dei genitori influiscono sulla propensione al consumo a rischio dei giovani di 11- 17 anni; infatti tra i giovani di quest'età che hanno almeno un genitore con consumi a rischio la percentuale di quelli che ammettono almeno un comportamento a rischio (23%) è maggiore di quella riscontrata tra i giovani i cui genitori non bevono o bevono moderatamente (14,7 %)(tab. 8).

Tab. 8 - PERSONE DI 11-17 ANNI CON ALMENO UN COMPORTAMENTO A RISCHIO NEL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE PER ABITUDINE AL CONSUMO DI ALCOL DEI GENITORI E SESSO - ANNO 2009 (per 100 persone con le stesse caratteristiche familiari)

ABITUDINE AL CONSUMO DI ALCOL DEI GENITORI	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
Almeno uno dei genitori ha un comportamento di consumo a rischio	24,9	21,2	23,0
I genitori non bevono o fanno un uso moderato di alcol	17,6	11,8	14,7
Totale	17,9	12,2	15,1

Fonte: ISTAT- L'uso e l'abuso di alcol in Italia-Anno 2009

Lo studio ESPAD mette in relazione anche per il 2009 a fini interpretativi l'uso dell'alcol nei giovani studenti di 15-19 anni con altre variabili che caratterizzano il loro contesto familiare quali il livello di scolarità dei genitori e lo stato socio-economico (percepito).

Il livello di scolarità dei genitori appare avere una qualche influenza sul consumo di alcol dei figli almeno una volta nella vita; tra gli studenti che hanno genitori con scolarità medio-alta è più elevata la percentuale di quelli che hanno consumato alcol (61%) rispetto a coloro che non ne hanno mai fatto uso (55,7%) e il contrario si verifica tra coloro che hanno genitori con scolarità medio-bassa, tra i quali gli utilizzatori sono in percentuale minore rispetto ai non utilizzatori (tab. 9 a).

Il livello di scolarità dei genitori appare invece ininfluente sugli episodi di ubriacatura, e tra i ragazzi con genitori di scolarità medio alta e quelli con genitori di scolarità medio bassa sono simili le percentuali di coloro che si sono ubriacati e di coloro che non si sono ubriacati almeno una volta nella vita (9 b).

L'influenza dello stato socio-economico "percepito" sembra essere minima in relazione alla tendenza ad ubriacarsi e del tutto assente in relazione all'uso/non uso delle bevande alcoliche.

Tab. 9 a - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI 15-19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E SCOLARITA' DEI GENITORI - ANNO 2009

Bevande alcoliche	Bassa (licenza media)	Medio-Alta (diploma o laurea)	
non uso	44,3%	55,7%	100,0%
Uso	39,0%	61,0%	100,0%

Fonte: ESPAD@Italia2008

Tab. 9 b - UBRIACATURE NEGLI STUDENTI 15-19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E SCOLARITA' DEI GENITORI - ANNO 2009-

Ubriacarsi	Bassa (licenza media)	Medio-Alta (diploma o laurea)	
non uso	39,2%	60,8%	100,0%
Uso	39,7%	60,3%	100,0%

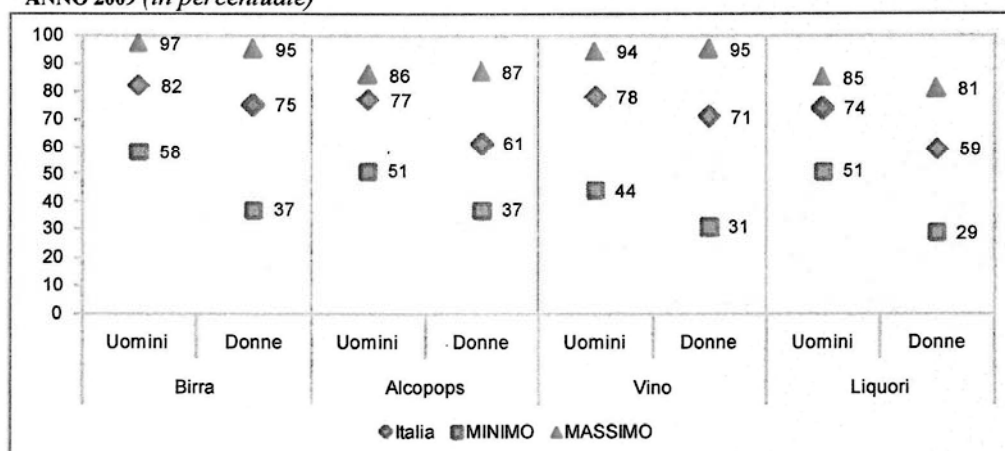
Fonte: ESPAD@Italia2009

Il confronto con i giovani europei

Lo studio europeo Espad condotto su un campione di circa 100.000 studenti di 16 anni di 35 Paesi europei ha indagato su molti aspetti del consumo di questa popolazione giovanile. E' stata tra l'altro analizzata la percezione della disponibilità delle diverse bevande alcoliche, mostrando le variazioni tra i Paesi e le bevande considerate (graf. 13).

In Italia la bevanda percepita come più facile da reperire è la birra (maschi=82%; femmine=75%), seguita da vino (maschi=78%; femmine=71%), alcopops (maschi=77%; femmine=61%) e liquori (maschi=74%; femmine=59%). Per tutte le bevande considerate si registra una diversa percezione della disponibilità legata al sesso dell'intervistato. In particolare nei giovani maschi italiani si registra una percezione di disponibilità tra le più alte in Europa.

Graf. 13 - PERCEZIONE DEGLI STUDENTI SULLA DISPONIBILITÀ DELLE VARIE BEVANDE ALCOLICHE PER SESSO. RISPOSTE SU "ABBASTANZA FACILE O MOLTO FACILE DA OTTENERE" ANNO 2009 (in percentuale)



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati Report ESPAD 2009

Lo studio ESPAD ci mostra che la prevalenza dei giovani consumatori italiani ha valori molto vicini a quelli massimi in Europa: il 90% del campione italiano esaminato ha consumato alcol almeno una volta nel corso della vita, con percentuali vicine a quella massima nel range europeo (97%) (tab.10).

Tab. 10- ABITUDINI DI CONSUMO DEI GIOVANI STUDENTI ITALIANI DI 16 ANNI E RANGE EUROPEO NELL'INDAGINE ESPAD ANNO 2009 (valori percentuali)

Abitudini di consumo	N° di volte	Sesso						Totale		
		Maschi			Femmine					
		% Italia	Range EU*		% Italia	Range EU*		% Italia	Range EU*	
			Min	Max		Min	Max		Min	Max
Frequenza di consumo di bevande alcoliche <u>nella vita</u>	Non Consumatori(	9	3	35	12	2	32	10	3	34
	Consumatori(>0)	91	65	97	88	68	98	90	66	97
	da 1 a 9 volte	30	13	45	42	17	50	35	15	47
	da 10 a 37 volte	31	15	38	30	15	45	31	17	42
	oltre 40 volte	30	10	58	16	0	48	23	9	52
Frequenza di consumo di bevande alcoliche <u>negli ultimi 12 mesi</u>	Non consumatori	16	4	48	21	5	42	19	6	44
	Consumatori(>0)	84	52	96	79	58	95	81	56	94
	da 1 a 9 volte	44	27	54	50	31	63	48	29	57
	da 10 a 37 volte	28	11	37	23	7	42	25	11	39
	oltre 40 volte	12	3	36	5	0	22	8	2	30
Frequenza di consumo di bevande alcoliche <u>negli ultimi 30 giorni</u>	Non consumatori	31	18	72	42	20	73	37	20	69
	Consumatori(>0)	69	28	82	58	27	80	63	31	80
	da 1 a 9 volte	51	26	65	49	27	70	50	30	68
	da 10 a 37 volte	15	1	26	8	1	22	11	1	25
	oltre 40 volte	3	0	8	1	0	2	2	0	5
Frequenza di consumo per tipologia di bevanda <u>negli ultimi 30 giorni</u>	Birra	61	31	77	46	17	63	53	30	70
	Alcopops	52	5	60	46	4	63	49	5	59
	Vino	50	10	66	34	10	61	42	11	63
	Liquori	46	22	65	40	9	65	43	16	64
Frequenza di ubriacature <u>nella vita</u>	Non consumatori	61	18	75	63	24	91	62	21	85
	Consumatori(>0)	39	25	82	37	9	76	38	15	79
	da 1 a 9 volte	31	23	58	33	9	55	32	15	55
	da 10 a 37 volte	6	2	21	3	0	21	5	0	21
	oltre 40 volte	1	0	12	1	0	7	1	0	9
Percentuale di studenti che hanno bevuto una delle diverse bevande alcoliche, e che si sono ubriacati prima di aver compiuto 13 anni	Birra	50	24	74	38	20	69	44	22	71
	Alcopops	36	5	60	27	3	58	31	4	59
	Vino	47	16	61	36	10	61	41	13	59
	Liquori	23	10	39	16	7	33	20	9	34
	Si sono ubriacati	10	6	36	6	1	29	7	5	30
Percentuale dei consumatori di 5 o più bicchieri di bevande alcoliche in una singola occasione (binge drinkers) <u>negli ultimi 30 giorni</u>	No binge drinkers	55	37	80	68	39	78	62	39	78
	Binge drinkers	45	20	63	32	22	61	38	22	61
	da 1 a 5 volte	37	17	54	29	21	50	36	21	57
	oltre 6 volte	8	4	18	3	0	18	5	2	16

* Paesi Europei che hanno partecipato all'indagine: (Armenia, Austria, Belgio, Bulgaria, Croazia, Cipro, Repubblica Ceca, Danimarca, Estonia, Isole Faroe , Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Isola di Man, Italia, Lettonia, Lituania, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Portogallo, Romania, Federazione Russa, Slovacchia, Slovenia, Svezia, Svizzera, Ucraina e Regno Unito).

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ESPAD2009

In relazione alla frequenza del consumo nella vita, i giovani italiani si collocano in una posizione media rispetto a quella degli altri Paesi; in particolare, il 23% (quasi 1 su 4) dichiara di aver consumato alcol oltre 40 volte nel corso della sua vita, nell'ambito di un *range* europeo che va dal 9% al 52%.

In relazione alla frequenza del consumo nell'ultimo anno, i giovani italiani si collocano in una posizione tra le più basse tra i Paesi europei per quanto riguarda il consumo a più alta frequenza (oltre 40 volte): solo l'8% di loro, con forti differenze di genere (12% tra i ragazzi e 5% tra le ragazze) ha consumato con alta frequenza bevande alcoliche, nell'ambito di un *range* europeo che va dal 2% al 30%.

Per quanto riguarda un consumo meno frequente nell'anno (da 1 a 37 volte) gli italiani si collocano in una posizione più intermedia nell'ambito del *range* europeo.

Anche in relazione alla frequenza del consumo negli ultimi trenta giorni i giovani italiani si collocano in posizione media o medio-bassa rispetto agli altri Paesi per tutte le frequenze di consumo.

Riguardo al consumo delle differenti bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, la prevalenza più vicina a quella massima europea si registra per il consumo di *alcolpops*.

Il 38% dei ragazzi italiani ha dichiarato di essersi ubriacato nel corso della vita, a fronte di un *range* europeo che va dal 15% (Armenia) al 79% (Danimarca); il dato risulta al di sotto della media dei 35 Paesi coinvolti nello studio.

In relazione alla frequenza delle ubriacature, i giovani italiani si collocano in una posizione tra le più basse del *range* europeo per l'ubriacatura molto frequente (da 10 a 40 volte e oltre nella vita) e in una posizione medio-alta per l'ubriacatura poco frequente (da 1 a 9 volte nella vita).

In Italia la prevalenza dei giovani che hanno consumato bevande alcoliche prima dei 13 anni si colloca in posizione alta nell'ambito del *range* europeo per quanto riguarda il vino (41%; *range* europeo: 13%-59%) e medio alta per quanto riguarda gli *alcolpops* (31%; *range* europeo: 4%-59%), la birra (44 %; *range* europeo: 22%-71%) e i liquori (20%; *range* europeo: 9%-34%).

Per quanto riguarda l'ubriacatura prima dei 13 anni, l'Italia registra una prevalenza tra le più basse del *range* europeo (7%; *range* europeo: 5%-30%).

Per quanto riguarda il *binge drinking* negli ultimi 30 giorni, la prevalenza dei giovani italiani che lo praticano (38%) si colloca in una posizione medio bassa nell'ambito di un *range* europeo che va dal 22% al 61%. Fra questi, coloro che lo praticano molto frequentemente (oltre 6 volte negli ultimi 30 giorni) sono solo il 5%, valore che si colloca tra le posizioni più basse nell'ambito di un *range* europeo che va dal 2% al 16%).

Da un'indagine effettuata negli anni 2005 e 2006 sui comportamenti di salute dei ragazzi in età scolare di 11, 13 e 15 anni di 40 Paesi della Regione europea nell'ambito dello studio multicentrico internazionale HBSC, svolto in collaborazione con l'OMS, emerge che in Italia la prevalenza media del consumo settimanale di alcol si colloca, nella graduatoria dei 40 Paesi interessati dallo studio, al settimo posto per il consumo a 11 anni, presentando prevalenze del 15% e 4%, rispettivamente, per maschi e femmine; e sale al quinto posto per il consumo a 13 e 15 anni, con prevalenze, rispettivamente, del 26% e 14% per i maschi e le femmine di 13 anni, e del 47% e 30%

Tab. 11 - PREVALENZA DEI RAGAZZI DI 11-13-15 ANNI CHE SI SONO UBRIACATI ALMENO DUE VOLTE E CHE RIFERISCONO DI ESSERSI UBRIACATI PRIMA DEI 13 ANNI NEI PAESI DELLA REGIONE EUROPEA-ANNI 2005/2006 (valori percentuali)

Ubriacature almeno due volte									Prima ubriacatura ≤13 nni		
	11 anni			13 anni			15 anni			15 anni	
	M%	F%		M%	F%		M%	F%		M%	F%
*Federaz. Russa	8	6	Galles	27	26	Danimarca	59	56	*Estonia	35	21
*Bulgaria	9	4	Scozia	22	21	*Lituania	57	50	*Lituania	29	19
*Ucraina	8	4	*Estonia	26	16	Galles	52	54	Austria	26	22
*Galles	8	4	Inghilterra	21	19	*Estonia	57	42	Inghilterra	23	24
*Lettonia	8	3	*Lituania	24	15	Inghilterra	44	50	Galles	25	21
*Israele	9	3	*Federaz. Russa	21	18	*Bulgaria	51	42	*Bulgaria	27	19
*Inghilterra	7	4	*Lettonia	23	16	Finlandia	47	44	Finlandia	23	22
*Scozia	7	4	*Bulgaria	23	15	*Scozia	43	48	Scozia	21	23
*Romania	7	2	*Croazia	20	11	*Lettonia	50	39	*Lettonia	25	18
*Croazia	7	2	*Romania	24	8	*Groenlandia	43	44	Groenlandia	19	23
*Lituania	6	1	*Slovacchia	16	12	*Austria	41	36	Denimarca	21	19
*Belgio (Franc.)	5	2	*Ucraina	16	11	*Croazia	48	29	*Russia Fed.	24	15
*Estonia	5	2	Canada	11	13	*Ungheria	40	32	*Slovacchia	22	16
*Slovenia	5	1	*Danimarca	15	9	Canada	35	36	*Rep.Ceca	21	15
*Polonia	5	1	*Slovenia	15	9	*Slovenia	43	27	*Croazia	24	13
*Portogallo	5	<0,5	*Rep. Ceca	13	10	*Slovacchia	39	31	*Irlanda	20	15
*Italia	4	1	Finlandia	11	11	*Ucraina	42	28	Canada	16	16
*Groenlandia	3	2	*Polonia	13	8	*Federaz.Russa	38	32	*Ucraina	21	9
*Slovacchia	3	2	*Groenlandia	9	12	*Polonia	42	27	*Slovenia	19	10
*Macedonia	3	1	*Ungheria	12	9	Irlanda	36	31	*Belgio(Franc.)	18	9
*Belgio (Fiamm.)	3	1	*Belgio (Franc.)	10	7	*Rep. Ceca	36	30	*Romania	21	8
Canada	2	1	*Irlanda	10	7	*Islanda	31	32	*Svizzera	15	10
*Ungheria	3	1	*Austria	10	6	Spagna	29	33	*Polonia	17	8
*Rep. Ceca	3	1	Portogallo	8	7	*Germania	31	28	*Ungheria	15	10
Grecia	2	1	Belgio (Fiammi.)	8	6	*Romania	45	19	Paesi Bassi	13	11
*Danimarca	3	<0,5	*Malta	9	4	*Belgio (Fiamm.)	33	23	*Lussemburgo	14	9
Lussemburgo	2	1	*Israele	10	4	*Norvegia	25	32	Germania	12	11
Malta	1	1	Germania	7	6	*Belgio (Franc.)	31	21	Belgio Fiamm.)	12	10
Svizzera	2	1	Spagna	5	7	Svezia	26	26	USA	13	9
*Paesi Bassi	2	<0,5	Paesi Bassi	6	5	*Paesi Bassi	30	21	Malta	11	9
*Irlanda	2	1	Francia	5	6	*Lussemburgo	27	20	Svezia	10	10
*Francia	2	<0,5	*Italia	8	3	*Francia	29	18	Norvegia	8	10
*USA	2	<0,5	Lussemburgo	6	5	*Svizzera	29	18	Islanda	10	8
*Germania	2	<0,5	*Svizzera	6	4	*Portogallo	25	18	Spagna	9	8
*Austria	2	<0,5	*Grecia	7	4	Italia	22	18	Portogallo	10	8
Finlandia	1	<0,5	USA	5	5	USA	20	20	*Francia	11	6
Norvegia	1	1	*Islanda	5	4	Grecia	21	17	*Macedonia	11	3
Spagna	1	<0,5	Svezia	4	4	*Macedonia	25	12	*Grecia	9	5
*Svezia	1	<0,5	*Macedonia	6	1	*Malta	18	15	*Israele	8	3
*Islanda	1	<0,5	Norvegia	3	3	*Israele	22	11	*Italia	6	3

(*indica significative differenze di genere (p-value<0,05))

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine *Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children international report*, 2005/2006

per i maschi e le femmine di 15 anni.

Lo studio ha indagato in particolare sulle prevalenze dei ragazzi che si sono ubriacati almeno due volte nella vita e che a 15 anni riferiscono di essersi ubriacati la prima volta a 13 anni o in età più giovane (tab.11).

La prevalenza di ragazzi italiani undicenni che si sono ubriacati almeno due volte si colloca nelle posizioni medie della graduatoria europea (17° posto, con il 4% dei maschi e l'1% delle femmine); quella dei ragazzi tredicenni e quindicenni si colloca nelle posizioni più basse (32° e 35° posto, rispettivamente).

In Italia inoltre è stata riscontrata la posizione più bassa del *range* europeo per la prevalenza dei ragazzi quindicenni che riferiscono di essersi ubriacati prima dei 13 anni (6% tra i ragazzi e 3% tra le ragazze).

I consumi e i modelli di consumo nella popolazione anziana

Nel 2009 il 63,7% delle persone di 65 e oltre ha consumato almeno una bevanda alcolica, con una marcata differenza di genere (Maschi=81,7%; Femmine=50,5%). Per entrambi i generi non si registrano differenze statisticamente significative tra il 2008 ed il 2009.

Tra gli uomini, la percentuale più elevata di consumatori si registra per il vino (76,5%) seguito dalla birra (37,5%) e gli amari (23,4%); analogamente, tra le donne le percentuali più elevate di consumatrici si registrano per il vino (44,8%) seguito dalla birra (14,4%) (graf.14).

Secondo i dati rilevati dall'ISTAT nel decennio 1999-2009 la prevalenza dei consumatori di 65 anni e oltre si presenta in aumento, passando dal 62,5% del 1999 al 63,7% del 2009. L'ISTAT rileva inoltre che negli ultimi 6 anni in questa popolazione si presenta in lieve calo il consumo giornaliero non moderato, che passa dal 49,8% al 43,5% tra i maschi e dal 13% al 10,6% tra le femmine di pari età.

I consumatori anziani “giovani” (65-74 anni)

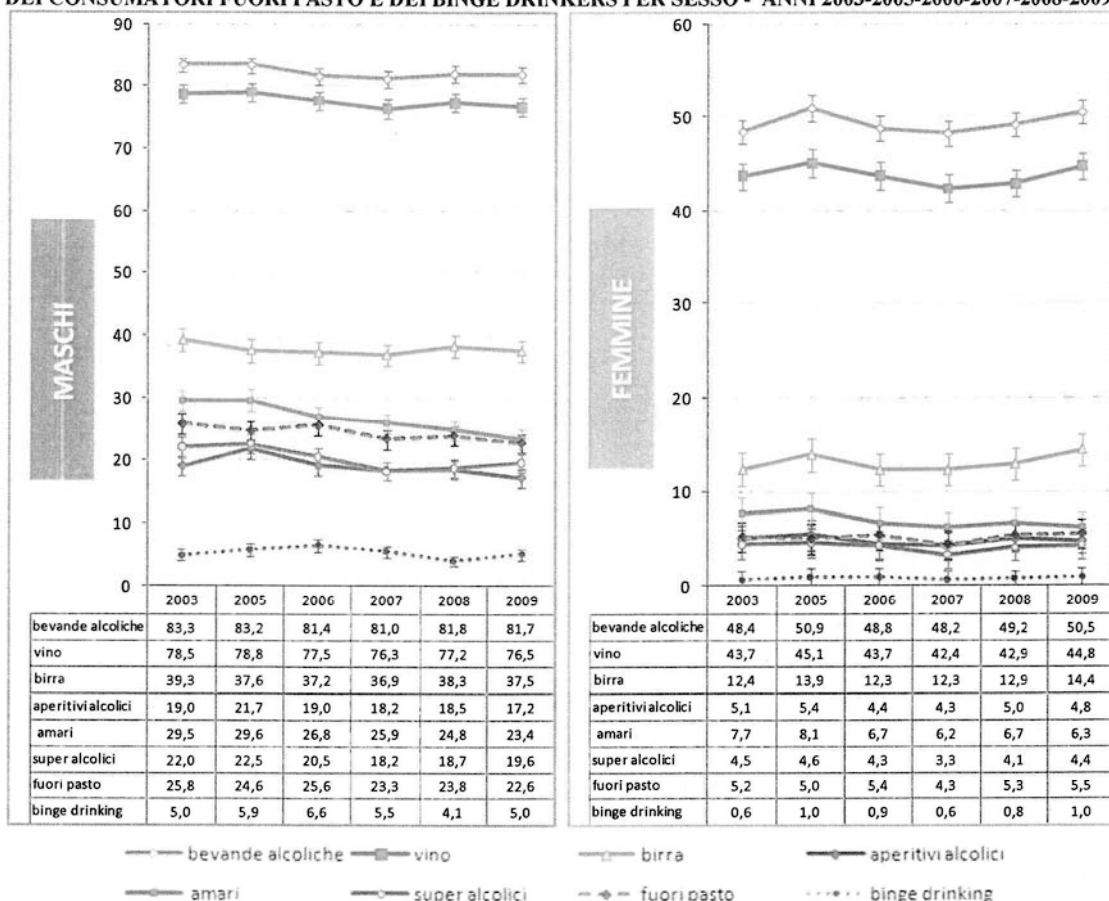
Nella classe di età 65-74 anni, il 68,7% degli intervistati (Maschi=85,9%; Femmine=53,9%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Il 62,1% (Maschi=79,6%; Femmine=47,1%) degli anziani dichiara di aver bevuto vino, il 31,7% (Maschi=45,5%; Femmine=19,8%) birra, il 13,6% (Maschi=21,6%; Femmine=6,7%) aperitivi alcolici, il 17,6% (Maschi=28,4%; Femmine=8,3%) amari e il 14,5% (Maschi=24,8%; Femmine=5,6%) super alcolici. Per tutte le bevande considerate, le percentuali di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne.

Il dato relativo ai consumatori di vino risulta molto più elevato rispetto a quello delle altre bevande alcoliche per entrambe i sessi, seguito da quello relativo ai consumatori di birra.

Gli anziani di questa classe di età che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 15,9% (Maschi=26,8%; Femmine=6,6%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono 4,0% (Maschi=7,1%; Femmine=1,3%). Questi anziani sono quelli che contribuiscono, prevalentemente attraverso il consumo rischioso di vino, con la maggior quota al totale degli anziani consumatori a rischio e sono in pratica la popolazione in cui clinicamente si registra anche un'elevata prevalenza di patologie alcoliche croniche. Si stima che nell'anno 2009 sono stati quasi 1.900.000 gli “anziani giovani” che hanno adottato un comportamento a rischio per la

loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'Istituto Superiore di Sanità (criterio ISS) (tab.12).

Graf. 14 - PREVALENZE (%) CONSUMATORI DI ETÀ ≥65 ANNI DELLE DIVERSE BEVANDE ALCOLICHE, DEI CONSUMATORI FUORI PASTO E DEI BINGE DRINKERS PER SESSO - ANNI 2003-2005-2006-2007-2008-2009



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT-Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anni 2004-2006-2007-2008-2009-2010

I consumatori anziani "intermedi" (75-84 anni)

Nella classe di età 75-84 anni, il 60,2% degli intervistati (Maschi=77,6%; Femmine=48,4%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Il 55,6% (Maschi=74,1%; Femmine=43,1%) delle persone dichiara di aver bevuto vino, il 17,6% (Maschi=28,3%; Femmine=10,4%) birra, il 7% (Maschi=12,3%; Femmine=3,4%) aperitivi alcolici, il 10,1% (Maschi=18,0%; Femmine=4,7%) amari e il 7,5% (Maschi=13,7%; Femmine=3,3%) super alcolici. Per tutte le bevande considerate, le percentuali di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne. La percentuale di consumatori di vino, sia di quantità normali che a rischio, è molto più elevata di quella dei consumatori di altre bevande alcoliche per entrambe i sessi, seguito da quello relativo ai consumatori di birra. Gli anziani 75-84enni che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 10,3% (Maschi=18,5%; Femmine=4,8%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono una percentuale molto bassa (Maschi=2,4%; Femmine=0,7%).

Nonostante in questa classe di età si registrino le quote più elevate di condizioni cliniche legate al processo di invecchiamento, che sconsiglierebbero il bere, anche per la possibile assunzione di farmaci che interagiscono con l'alcol, sono molti gli anziani che bevono secondo modalità a rischio, stimabili in circa 900.000 sulla base dei criteri stabiliti dall'Istituto Superiore di Sanità (criterio ISS) (tab.12).

I consumatori di 85 anni ed oltre

Tra gli "anziani vecchi" di età maggiore o uguale ad 85 anni, oltre 1 intervistato su 2 (Maschi=68,7%; Femmine=43,9%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Il 47,9% (Maschi=64,6%; Femmine=40,8%) delle persone dichiara di aver bevuto vino, il 9,2% (Maschi=17,6%; Femmine=5,7%) birra, il 2,9% (Maschi=5,3%; Femmine=1,8%) aperitivi alcolici, il 5,4% (Maschi=9,8%; Femmine=3,5%) amari e il 4% (Maschi=6,2%; Femmine=3,0%) superalcolici.

Le percentuali di consumatori di vino e birra sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne mentre non si registrano differenze statisticamente significative di genere per le altre bevande alcoliche.

Come visto nelle altre classi di età anziane, la percentuale di consumatori di vino è molto più elevata di quella dei consumatori di altre bevande alcoliche per entrambi i sessi, seguita da quella relativa ai consumatori di birra.

Gli "anziani vecchi" che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 5,4% (Maschi=10,3%; Femmine=3,3%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono una percentuale minima.

In totale si stima che nell'anno 2009 sono stati oltre 200.000 gli "anziani vecchi" che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'Istituto Superiore di Sanità (criterio ISS) (tab.12).

Tab. 12 - PREVALENZA CONSUMATORI (%) DI ETÀ ≥ 65 ANNI PER TIPOLOGIA DI CONSUMATORE E SESSO ANNO 2009

Tipologia di consumatore	65-74		75-84		≥85		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	85,9	53,9	77,6	48,4	68,7	43,9	81,7	50,5
Consumatori di vino	79,6	47,1	74,1	43,1	64,6	40,8	76,5	44,8
Consumatori di birra	45,5	19,8	28,3	10,4	17,6	5,7	37,5	14,4
Consumatori di aperitivi alcolici	21,6	6,7	12,3	3,4	5,3	1,8	17,2	4,8
Consumatori di amari	28,4	8,3	18,0	4,7	9,8	3,5	23,4	6,3
Consumatori di super alcolici	24,8	5,6	13,7	3,3	6,2	3,0	19,6	4,4
Consumatori di alcolici fuori pasto	26,8	6,6	18,5	4,8	10,3	3,3	22,6	5,5
Consumatori <i>binge drinking</i>	7,1	1,3	2,4	0,7	ns	ns	5,0	1,0
Consumatori a rischio-criterio ISS	47,7	41,9	41,9	9,1	35,3	6,7	44,7	11,3

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT-Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2010

I consumi e i modelli di consumo nelle Regioni

I consumi e i comportamenti di consumo presentano una certa articolazione a livello delle singole Regioni e P.A. (tab.13).

Italia nord-occidentale

Piemonte e Valle d'Aosta

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche risulta in linea con il dato medio nazionale. Tra gli uomini tuttavia il dato relativo al *binge drinking* (14,7%) ed al consumo a rischio (Maschi=29,5%) risulta superiore alla media nazionale, e tra le donne, anche quello relativo al consumo fuori pasto (5,1%;10,2%;17,7% rispettivamente). Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2008 si registra tra le donne un incremento delle consumatrici fuori pasto (+4,1 punti percentuali) e delle consumatrici *binge drinking* (+2,4 punti percentuali).

Lombardia

La percentuale di consumatrici di bevande alcoliche risulta superiore al dato medio nazionale (59,8%); per entrambi i sessi si registra un valore superiore alla media nazionale di individui che utilizzano bevande alcoliche lontano dai pasti (Maschi=41,3%; Femmine=18,4%).

Liguria

Tra le donne i dati relativi agli indicatori presentati risultano in media con il dato medio nazionale. Tra gli uomini, nonostante si rilevi un valore al di sotto della media nazionale di *binge drinkers* (9,2%), la percentuale di consumatori fuori pasto (40,4%) risulta superiore al dato nazionale.

Italia nord-orientale

Trentino Alto Adige

Gli indicatori di rischio considerati risultano tutti al di sopra dei valori medi nazionali per entrambi i sessi, anche se la percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini (81,7%) risulta in media con il dato nazionale. Tra le donne in particolare si rileva il dato più elevato di consumatrici fuori pasto (30,0%) rispetto alle altre Regioni.

Veneto

Gli indicatori di rischio considerati risultano tutti al di sopra dei valori medi nazionali per entrambi i sessi ad eccezione di quello relativo alle donne che praticano il *binge drinking* (4,3%), che risulta nella media delle altre Regioni. La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini (82,8%) risulta in media con il dato nazionale.

Friuli Venezia Giulia

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche risulta al di sopra della media nazionale per entrambi i sessi (Maschi=83,8%; Femmine=64,6%). Gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio risultano tutti al di sopra dei valori medi nazionali per entrambi i sessi, ad eccezione di quello relativo alle donne che praticano il *binge drinking* (3,9%) che risulta in media con quello delle altre Regioni.

Emilia Romagna

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica risulta superiore a quella media nazionale per entrambi i sessi (Maschi=83,4%; Femmine=65,0%). Percentuali elevate di consumatori con comportamenti dannosi per la salute si registrano tra le donne che consumano fuori pasto (17,9%) e tra quelle che risultano a rischio secondo il criterio ISS (9,9%). Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2008 si registra tra gli uomini una diminuzione dei consumatori fuori pasto (-4,6 punti percentuali) e tra le donne un incremento delle consumatrici a rischio-criterio ISS (+3 punti percentuali).

*Italia centrale**Toscana*

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica risulta superiore a quella media nazionale per entrambi i sessi (Maschi=83,6%; Femmine=63,7%). Tra gli uomini si registrano valori inferiori al dato medio nazionale tra coloro che consumano bevande fuori pasto (31,5%) e tra coloro che praticano il *binge drinking* (9,8%). Tra le donne risulta superiore alla media nazionale solo l'indicatore di sintesi delle consumatrici a rischio-criterio ISS (9,8%).

Umbria

Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio e quello relativo ai consumatori di almeno una bevanda alcolica risultano, per entrambi i sessi, in media con i dati nazionali.

Marche

Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio, per entrambi i sessi, risultano in media con i dati nazionali. Tra le donne si registra un dato relativo ai consumatori di almeno una bevanda alcolica superiore a quello nazionale (61,8%).

Lazio

Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio e quello relativo ai consumatori di almeno una bevanda alcolica risultano, per entrambi i sessi, in media con i dati medi nazionali, ad eccezione delle donne che consumano bevande alcoliche fuori pasto, la cui percentuale (18,1%) risulta superiore alla media nazionale.

Abruzzo

Valori superiori ai dati medi nazionali si registrano tra gli uomini che consumano bevande alcoliche (84,0%) e che assumono bevande alcoliche lontano dai pasti (42,9%). Tra le donne l'indicatore di sintesi dei consumatori a rischio-criterio ISS risulta

inferiore alla media delle altre Regioni (4,6%). Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2008 si registra tra le donne un incremento delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica (+8,8 punti percentuali).

Molise

Valori al di sopra del dato medio nazionale si registrano tra gli uomini per tutti gli indicatori di comportamento a rischio considerati. Tra le donne, percentuali inferiori alla media delle altre Regioni si registrano tra le consumatrici di bevande alcoliche (47,4%) e tra coloro che assumono alcolici lontano dai pasti (12,1%).

Italia meridionale

Campania

Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio e quello relativo ai consumatori di almeno una bevanda alcolica risultano, per entrambi i sessi, al di sotto dei valori medi nazionali. Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2008 si registra tra gli uomini un incremento dei consumatori di almeno una bevanda alcolica (+5,1 punti percentuali).

Puglia

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche tra gli uomini (80,3%) e quella dei consumatori a rischio per il criterio ISS risultano in media con il dato nazionale, mentre il valore relativo ai consumatori fuori pasto (26,1%) e quello dei *binge drinkers* risultano inferiori ai valori medi nazionali; tra le donne si registrano valori al di sotto del dato medio per tutti gli indicatori considerati, ad eccezione di quello relativo alle consumatrici *binge drinking* (2,4%), che tuttavia rimane in media con quello nazionale. Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2008 si registra tra gli uomini una diminuzione dei consumatori di almeno una bevanda alcolica (-3,6 punti percentuali).

Basilicata

Tra le donne, tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio e quello relativo alle consumatrici di almeno una bevanda alcolica risultano al di sotto dei valori medi nazionali; situazione diversa si registra invece tra gli uomini, dove valori superiori al dato medio nazionale si registrano tra i consumatori *binge drinking* (18,3%) e tra quelli a rischio-criterio ISS (32,0%).

Calabria

Tra le donne, tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio e quello relativo alle consumatrici di almeno una bevanda alcolica risultano al di sotto dei valori medi nazionali; le percentuali risultano inferiori alla media anche tra gli uomini, ad eccezione di quelle relative ai consumatori di almeno una bevanda alcolica (81,7%) ed ai consumatori *binge drinking* (11,3%), che risultano comunque allineati con il dato medio nazionale. Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2008 si registra tra gli uomini una diminuzione dei consumatori a rischio-criterio ISS (-1,5 punti percentuali) e tra le donne una diminuzione delle consumatrici *binge drinking* (-1,8 punti percentuali).

Italia insulare

Sicilia

Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio e quello relativo ai consumatori di almeno una bevanda alcolica risultano, per entrambi i sessi, al di sotto dei valori medi nazionali. In particolare si registra la percentuale più bassa tra tutte le Regioni italiane di consumatori a rischio di sesso maschile (14,7%). Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2008 si registra tra le donne un incremento delle consumatrici fuori pasto (+0,5 punti percentuali).

Sardegna

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica risulta tra gli uomini in media con quella nazionale (79,8%); nonostante questo le percentuali relative a tutti gli indicatori di rischio risultano superiori al dato medio nazionale. Tra le donne non si registrano differenze rispetto alla media nazionale per tutti gli indicatori considerati, ad eccezione di quello relativo alla percentuale di consumatrici, che risulta inferiore (49,3%). Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2008 si registra tra gli uomini un incremento dei consumatori *binge drinking* (+6,3 punti percentuali) e dei consumatori a rischio-criterio ISS (+6,2 punti percentuali).

Tab. 13 - TIPOLOGIA DI CONSUMATORI (%) PER REGIONE E SESSO - ANNO 2009

Ripartizione	Regione	Consumatori									
		Bevande alcoliche (%)		fuori pasto (%)		binge drinking (%)		a rischio-criterio ISS (%)			
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	Piemonte - Valle d'Aosta	82,1	58,6	39,1	17,7▲	14,7	8,1▲	29,5	10,2		
	Lombardia	81,3	59,8	41,3	18,4	12,3	2,9	25,6	7,4		
	Liguria	80,7	54,9		16,7	9,2	2,9	27,3	8,1		
Italia nord-orientale	Trentino Alto Adige	81,7	56,1	33,6	30,0		3,9	31,9			
	Veneto	82,8	60,7	37,2	21,1		4,3	31,1			
	Friuli Venezia Giulia		54,3	37,5	23,6	17,2	3,9	29,6			
	Emilia Romagna		55,6	34,9▼	17,9	12,2	4,2	27,0			
Italia centrale	Toscana	83,6	61,7	31,5	14,5	9,8	2,9	25,8			
	Umbria	82,3	58,8	39,3	15,7	9,9	3,5	23,9	7,7		
	Marche	83,3	61,8	33,7	14,1	11,1	3,2	25,4	7,6		
	Lazio	81,5	56,8	35,6	18,1	11,0	3,3	22,3	7,0		
	Abruzzo	84,0	55,6▲	42,9	14,6	14,9	2,4	27,7	4,6		
	Molise	81,6	47,4	41,6	12,1	24,0	4,0	38,3	7,8		
	Campania	77,5▲	50,6	22,0	7,9	9,5	2,0	18,6	4,9		
Italia meridionale	Puglia	80,3▼	50,6	26,1	7,6	8,6	2,4	22,5	5,5		
	Basilicata	80,4	45,1	34,7	7,2	18,3	1,7	33,0	4,3		
	Calabria	81,7	50,3	31,5	8,4	11,3	1,1▼	21,2▼	3,7		
Italia insulare	Sicilia	74,5	46,4	28,1	10,2▲	8,2	1,9	14,7	4,2		
	Sardegna	79,8	49,3	49,6	16,0	24,6▲	3,8	36,3▲	6,0		
Italia		81,0	56,9	36,4	15,3	12,4	3,1	25,0	7,3		

Legenda

Valore minimo nazionale	Valore inferiore alla media nazionale	Valore massimo nazionale
-------------------------	---------------------------------------	--------------------------

▼ Riduzione statisticamente significativa tra 2008 e 2009

▲ Incremento statisticamente significativo tra 2008 e 2009

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT - Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2010

1.2 La mortalità e la morbidità alcolcorrelate

Nell'Unione europea l'alta percentuale di bevitori e gli alti livelli di consumo alcolico pro capite si accompagnano a un alto livello di danni e problemi alcolcorrelati e il consumo dannoso di alcol costituisce un grave problema sanitario e sociale.

Come riconosciuto in vari documenti ufficiali della Commissione Europea, sia il consumo regolare e continuativo di alcol che quello occasionale in quantità eccessive (*binge drinking*) sono comportamenti che possono causare problemi di salute o aggravarli ed accrescere il rischio di danni per chi beve e per altre persone.

L'alcol è la principale causa di molte malattie considerate totalmente alcolcorrelate, fra cui in particolare la cirrosi epatica alcolica; ma anche causa concomitante di varie altre patologie tra cui le patologie vascolari, le patologie neuropsichiatriche, il cancro, ivi compreso il cancro della mammella, nonché di incidenti stradali, incidenti vari, omicidi, suicidi, depressione. Il consumo dannoso di alcol è la causa certa nell'Unione Europea del 7,4 % di tutti i problemi di salute e delle morti precoci ed è responsabile ogni anno della morte di 195.000 persone.

In particolare in Europa è attribuibile all'uso dannoso di alcol il 25% dei decessi tra i ragazzi di 15-29 e il 10% dei decessi tra le ragazze di pari età, dovuti soprattutto agli incidenti stradali.

I valori relativi all'Italia stimati per il 2004 indicano che il 5,3% dei decessi tra gli uomini e il 2,3% di quelli tra le donne a partire dai 20 anni è correlato all'alcol, per un totale di circa 21.200 decessi parzialmente e totalmente alcol-attribuibili (14.900 per gli uomini e 6.200 per le donne).

A questi vanno aggiunti inoltre i decessi dei minori di anni 20, non inseriti nel modello di valutazione per motivi di comparabilità internazionale. Va anche considerato che in questi studi sono assenti, per mancanza di dati sui rischi relativi, le stime della mortalità alcol-correlata legata al *binge drinking*, che pure è ormai abitudine consolidata tra i giovani italiani ed è responsabile tra loro di buona parte dei decessi per incidente stradale.

Pertanto l'Istituto Superiore di Sanità-Osservatori Nazionale Alcol stima complessivamente che in Italia siano almeno 30.000 le morti causate da tutte le bevande alcoliche e riconosce nell'alcol la prima causa di morte tra i giovani fino ai 24 anni di età, in relazione principalmente agli incidenti stradali.

Per l'anno 2007 L'Istituto Superiore di Sanità - O.N.A. ha specificamente analizzato le cause di mortalità alcolcorrelata in relazione alle seguenti tre categorie (tab.14):

-MALATTIE TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI : la categoria contiene le patologie codificate secondo l'ICD10 per cui la causa di morte è totalmente dovuta al consumo di alcol. (ad esempio gastrite alcolica);

-MALATTIE PARZIALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI : la categoria contiene le patologie codificate secondo l'ICD10 per cui la causa di morte, valutata in base alle attuali conoscenze scientifiche, è solo parzialmente attribuibile ad un consumo dannoso di alcol (ad esempio tumore alla mammella e cirrosi epatica);

-CADUTE, OMICIDI, SUICIDI E ALTRI INCIDENTI ALCOL-ATTRIBUIBILI : la categoria contiene le cause di morte non legate a patologie croniche ma che, in base

alle attuali conoscenze scientifiche, sono parzialmente attribuibili ad un consumo dannoso di alcol (ad esempio incidenti stradali, suicidio e omicidio).

Il numero dei decessi attribuibili all'alcol per tali cause a partire dai 15 anni è risultato complessivamente pari a 20.102, di cui 12.761 per i maschi e 7.341 per le femmine, che corrisponde al 4,39% del totale dei decessi tra gli uomini ed al 2,45% di quelli tra le donne.

Tab.14 - FRAZIONI DI MORTALITÀ ALCOL-CORRELATA (AAF%) SECONDO LE TRE CATEGORIE DI CAUSA DI MORTE, ICD10- 2007

		Total 15+	
		a/b	a/c
MALATTIE TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI	M	100%	0,41%
	F	100%	0,14%
MALATTIE PARZIALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI			
Condizioni materne e perinatali	M	0%	0%
	F	0%	0%
Neoplasie maligne	M	4,71%	1,50%
	F	2,79%	0,66%
Tumori benigni	M	9,31%	0,13%
	F	4,93%	0,06%
Diabete mellito	M	-7,17%	-0,20%
	F	-5,40%	-0,21%
Condizioni neuropsichiatriche	M	1,26%	0,05%
	F	0,77%	0,05%
Malattie del sistema circolatorio	M	0,96%	0,32%
	F	1,35%	0,57%
Malattie dell'apparato digerente	M	21,33%	0,83%
	F	13,70%	0,53%
Malattie della pelle e del sottocutaneo	M	0,47%	0%
	F	0,17%	0%
CADUTE, OMICIDI E SUICIDI E ALTRI INCIDENTI			
Incidenti non intenzionali	M	31,54%	1,15%
	F	21,67%	0,62%
Incidenti intenzionali	M	17,24%	0,19%
	F	14,34%	0,05%
MORTI ALCOL-CORRELATE	M		4,39%
	F		2,45%

a= morti alcol-attribuibili per malattia

b= morti totali relativi alle diverse malattie (o cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti)

c= morti totali

Fonte: E. Scafato, A. Rossi, S. Ghirini et al. Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat -Multiscopo 2007 e DB mortalità 2007.

Secondo l'analisi dell'ISS-O.N.A. le cause di morte che presentano la più elevata frequenza di mortalità alcol-attribuibile sono le cause accidentali, tra cui gli incidenti stradali tra i giovani, nonché le malattie dell'apparato digerente, e in particolar modo la cirrosi del fegato. Il 38,14% per gli uomini e il 18,42% per le donne di tutti i decessi che hanno come causa di morte un incidente stradale sono alcolcorrelati. Le frazioni alcol-attribuibili relative alla mortalità per cirrosi del fegato sono pari al 60,48% per gli uomini e al 51,51% per le donne.

Le neoplasie maligne su cui l'alcol incide maggiormente sono il tumore dell'orofaringe, con frazioni di attribuibilità pari a 36,64% e 21,85%, rispettivamente, per i due sessi, il tumore alla laringe, con percentuali di mortalità alcol attribuibile pari a 49,22% e 37,08% e il tumore al fegato, con percentuali equivalenti a 36,55% e 26,06%.

L'epilessia, con valori pari a 49,50% e 43,34% per i due sessi, e le varici esofagee sono anch'esse altamente alcol-attribuibili.

L'elaborazione e l'analisi della mortalità alcolcorrelata conferma che l'alcol ha un impatto significativo, attenuato dagli effetti, già noti e acquisiti nei documenti ufficiali dell'OMS e della Commissione Europea, di modesta riduzione della mortalità per poche e selezionate patologie quali il diabete mellito, le malattie ischemiche del cuore per entrambi i sessi e l'emorragia cerebrale e l'ictus ischemico esclusivamente per le donne. L'impatto sulla mortalità, al netto dei "vantaggi" misurati, è sempre e comunque un impatto globale da tenere in debito conto nelle strategie di prevenzione e di comunicazione.

La mortalità per cirrosi epatica

La mortalità per cirrosi epatica è uno dei più importanti indicatori di danno alcolcorrelato; secondo le stime dell'ISS il 60,48% dei decessi maschili e il 51,51% dei decessi femminili per cirrosi epatica sono attribuibili all'uso dannoso di alcol.

I decessi per cirrosi epatica raggiungono il valore massimo nelle classi di età 45-64 anni di entrambi i sessi.

In Italia il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica è pari a 9,16 per 100.000 abitanti nel 2007, valore notevolmente inferiore a quello della media dei Paesi dell'UE (14,09). Il valore italiano è superiore a quello di Paesi europei quali Irlanda, Grecia, Olanda e Svezia ma inferiore a quello di Francia, Regno Unito, Austria, Lussemburgo.

In molti Paesi i tassi di mortalità per cirrosi sono diminuiti nei due ultimi decenni, seguendo abbastanza strettamente la complessiva riduzione del consumo di alcol. Anche in Italia in concomitanza con la diminuzione dei consumi medi pro capite si è verificata una progressiva diminuzione del tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica, passato dal 22,60 per 100.000 del 1990 al 11,41 del 2003, al 9,61 del 2006 fino al più recente valore di 9,16.

In generale i Paesi con più alti livelli di consumo alcolico hanno tendenzialmente tassi di mortalità per cirrosi più alti dopo 10-15 anni rispetto ai Paesi con più bassi livelli di consumo; il Rapporto OCSE 2007 evidenzia per alcuni Paesi dell'area la relazione tra il consumo di alcol nel 1990 e le morti per cirrosi epatica nel 2004, come indicato nella sottostante tabella 15.

**Tab. 15 - MORTI PER CIRROSI EPATICA (2004) E CONSUMO DI ALCOL (1990)
NEI PAESI OCSE**

Paesi OCSE	Consumi di alcol Anno 1990 (litri pro capite),	Morti per cirrosi epatica Anno 2004(tassi per 100. 000)
Australia	10,5	5
Austria	12,6	16,4
Canada	7,4	6,9
Repubblica Ceca	11,3	14,6
Danimarca	11,7	12,2
Finlandia	9,5	13,8
Francia	15,9	11,4
Germania	13,8	14
Grecia	10,6	4,3
Islanda	5,2	2
Irlanda	11,2	4,6
Italia	11	12
Giappone	8	6,9
Corea	9,1	18,5
Lussemburgo	14,8	10,7
Paesi Bassi	9,9	4,2
Nuova Zelanda	10,1	2,8
Norvegia	5	4,7
Polonia	8,3	12,6
Portogallo	16,1	14,8
Repubblica Slovacca	13,4	25
Spagna	13,5	10,2
Svezia	6,4	5
Regno Unito	9,8	10,6
Stati Uniti	9,3	9,5

Fonte: OCSE Health Data 2007

Nel 2001 la popolazione italiana tra i 60 e i 74 anni stava al settimo posto nella classifica della mortalità per questa causa tra i pari età dei Paesi inclusi nell'area europea "A" monitorata dall' OMS, e quella di età superiore ai 74 anni stava al primo posto della classifica relativa a tale classe di età.

Gli incidenti stradali

La mortalità per incidente stradale è uno dei più importanti indicatori di danno indirettamente causato dall'alcol.

Secondo il Rapporto ACI-ISTAT 2009 nell'anno 2008 sono stati rilevati in Italia 218.963 incidenti stradali (-5,2 % rispetto al 2007), che hanno provocato 4.731 morti (-7,8%) e 310.739 feriti (-4,6%). Il dato del 2008 conferma la tendenza alla riduzione di tutti i valori in questione, in atto da alcuni anni, nonostante la contestuale crescita del parco veicolare (tab. 16).

Tab. 16- INCIDENTI STRADALI ,MORTI E FERITI

ANNI 2003-2008

ANNI	Incidenti	Morti	Feriti
2003	252.271	6.563	356.475
2004	243.490	6.122	343.179
2005	240.011	5.818	334.858
2006	238.124	5.669	332.955
2007	230.871	5.131	325.850
2008	218.963	4.731	310.739

Fonte: ACI-ISTAT 2009 -Incidenti stradali anno 2008

Anche se il miglioramento della situazione ha portato il tasso di mortalità del nostro Paese ad allinearsi alla media europea, il tasso di mortalità italiano resta ancora superiore a quello dei Paesi europei con le migliori *performances* come Gran Bretagna, Olanda, Svezia e Francia.

Nel 2008, come ormai da alcuni anni, tra i conducenti della fascia di età 25-29 anni si registra il più alto numero di morti (370) mentre tra quelli della fascia di età 30-34 anni si registra il più alto numero di feriti (27.117). Nelle fasce di età superiori ai 35 anni decresce, progressivamente con l'aumentare dell'età, il numero di morti e feriti.

Un quarto di tutti gli incidenti e più di un terzo delle morti si concentrano nei fine settimana, tra il sabato e la domenica, con un indice di mortalità pari a 3,0% (3 morti ogni 100 incidenti). Il lunedì e il mercoledì sono i giorni con il minore indice di mortalità (1,8%).

In generale negli orari notturni fra le 22 e le 6 si registrano meno incidenti ma con indici di mortalità superiori, che raggiungono i valori massimi attorno alle 5 del mattino, con 6 decessi ogni 100 incidenti.

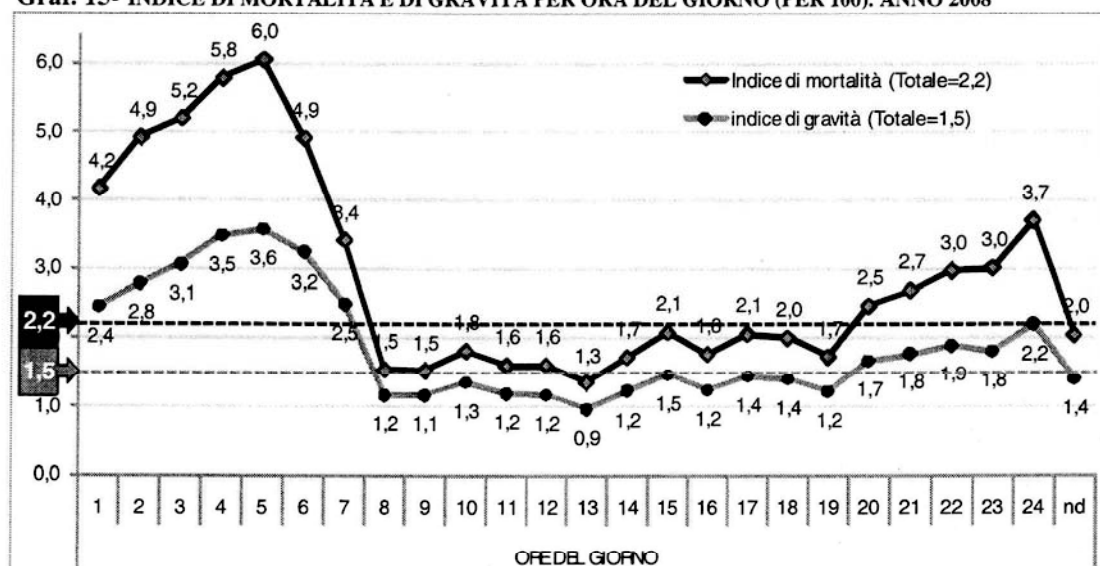
In particolare la distribuzione dell'indice di mortalità durante l'arco della giornata (graf.15) mostra un trend crescente tra le ore 1 e 5 del mattino, quando si registrano 6 morti ogni 100 incidenti, e tra le 20 e la mezzanotte, in corrispondenza quindi delle uscite serali. E' da sottolineare che l'indice di mortalità si mantiene superiore alla media nell'arco di tempo che va dalle 20 alle 7 del mattino raggiungendo il valore massimo intorno alle ore 5. Tra le 21 e le 7 del mattino l'indice di mortalità è mediamente pari a 4,2 morti ogni 100 incidenti, a fronte di un valore medio sulle 24 ore di 2,2 morti per 100 incidenti. Analogo andamento si registra per l'indice di gravità, con valori superiori al dato medio (1,5%) tra le 20 e le 7 , con un primo picco registrato alle 5 del mattino.

Particolare allarme suscita l'elevata percentuale di incidenti notturni del venerdì e sabato, data l'elevata correlazione stimata tra questo tipo di incidente stradale e l'abuso di alcol o altre sostanze d'abuso, soprattutto da parte dei giovani.

Nel 2008 gli incidenti del venerdì notte e sabato notte hanno rappresentato il 44% del totale di tutti gli incidenti notturni (contro il 44,6% rilevato nel 2007 e 2006). I morti e i feriti in tali incidenti rappresentano, rispettivamente, il 45,1% e il 47,2 % del totale di morti e feriti di tutti gli incidenti notturni (percentuale in aumento rispetto al dato del 2007).

Nel 2008 il maggior numero di incidenti e di morti si è registrato a Luglio, e il più elevato indice di mortalità ad Agosto, analogamente a quanto accaduto nel 2007. Viceversa a Dicembre e a Febbraio sono stati registrati, rispettivamente, il minor numero di incidenti e il minor numero di morti.

Graf. 15- INDICE DI MORTALITÀ E DI GRAVITÀ PER ORA DEL GIORNO (PER 100). ANNO 2008



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ACI_ISTAT - incidenti stradali. Anno 2009

L'ebbrezza da alcol ha rappresentato nel 2008 il 2,12% del totale di tutte le cause accertate o presunte di incidente stradale (percentuale in aumento rispetto al 2,09 % registrato nel 2007), con 5.920 casi rilevati (6.124 nel 2007). Il dato è peraltro sicuramente sottostimato a causa di un sistema di rilevazione non ancora adeguato agli standard europei e internazionali e l'Istituto Superiore di Sanità stima gli incidenti stradali alcolcorrelati pari al 30-40% del totale degli incidenti

Da un'analisi condotta sulla percezione del problema della sicurezza stradale nell'ambito del XVII Rapporto ACI-CENSIS Servizi emerge che per i giovani di 18-29 anni la guida sotto l'influsso di alcol e droghe rappresenta il più grande problema, superiore a quello dell'eccesso di velocità. Lo stesso dato si rileva anche tra le persone di età più avanzata e sembra indicare una certa consapevolezza sulla pericolosità dell'alcol alla guida. I dati riportati nella tabella 17 mostrano che il 37,9% delle persone con meno di 30 anni, rispetto ad una media totale del 36,9%, sceglie responsabilmente di limitare il consumo di alcolici (il valore più basso si registra nella classe di età 45-69 anni). Il 47,1% degli intervistati afferma di non preoccuparsi del problema della guida dopo il consumo di alcol "perché non è un bevitore abituale" e la percentuale si abbassa notevolmente nella fascia di età 18-29 (36,6%); preoccupante risulta tra tutti gli intervistati la percentuale di giovani al di sotto dei 30 anni (3,4% rispetto allo 0,7% di chi ne ha più di 30) che pur sapendo di doversi mettere alla guida sceglie di non limitare il consumo di alcol.

Tab. 17 - COMPORTAMENTO ALLA GUIDA DOPO IL CONSUMO DI ALCOL SECONDO L'ETÀ (val. %)

Comportamento	18-29	ETA'		Totale
		30-44	45-69	
Non se ne preoccupa perché non è un bevitore abituale	36,6	42,6	54,3	47,1
Ne limita il consumo	37,9	41,0	33,7	36,9
Non limita il consumo, ma non guida	22,1	15,7	11,3	14,8
Non ne limita il consumo	3,4	0,7	0,7	1,2

Fonte: Rapporto Aci - Censis Servizi SpA, 2009

Il Rapporto ACI-CENSIS rileva, contestualmente all'affermarsi di un modello di consumo alcolico di tipo nord europeo concentrato nei fine settimana, una crescita dei controlli sul tasso alcolemico. La tabella 18 mostra come tra il 2007 ed il 2009 la percentuale di persone che sono state sottoposte una volta nel corso degli ultimi 6 mesi a un controllo del tasso alcolemico è passata dall'8,0% al 9,2% e quella di chi vi è stato sottoposto più di una volta è passata dall'1,0% al 2,3%.

Nella fascia di età più giovane (18-29 anni), mentre nel 2007 avevano affermato di aver subito il controllo dell'alcolemia "solo una volta" negli ultimi 6 mesi il 13,9% dei

Tab. 18 - "NEGLI ULTIMI 6 MESI SEI STATO SOTTOPOSTO ALL'ALCOL-TEST? " (val. %, secondo la fascia di età) – ANNI 2007 E 2009

	18 -29 anni		30- 44 anni		45 -69 anni		Media Totale	
	2007	* 2009	2007	* 2009	2007	* 2009	2007	* 2009
No, mai	84,5	82,1	90,0	86,2	94,7	92,8	91,1	88,5
Si, solo una volta	13,9	15,0	8,6	11,1	4,9	5,5	8,0	9,2
Si, più di una volta	1,5	3,0	1,4	2,7	0,4	1,7	1,0	2,3
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Rapporto Aci - Censis Servizi SpA, 2009

giovani e "più di una volta" l'1,5%, nel 2009 ha dichiarato di essere stato sottoposto ad accertamento "solo una volta" il 15,0% e "più di una volta" il 3,0% degli intervistati.

Secondo i dati 2009 dello studio PASSI, sistema di sorveglianza coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e relativo all'utenza delle ASL delle 21 Regioni e P.A.italiane, il 10,5 % degli intervistati non astemi di 18-69 anni ha dichiarato di aver guidato negli ultimi 30 giorni dopo aver bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche (due bicchieri di vino o due lattine di birra). Questo comportamento è più diffuso tra i maschi (15%) che tra le femmine (3%), mentre su di esso non sembrano incidere in maniera rilevante l'età, il livello di istruzione o il reddito.

Il confronto interregionale presenta differenze significative, con valori più elevati al Nord, al Centro e in Calabria. I valori minimi si riscontrano in Molise (5%) e quelli massimi in Valle d'Aosta e Calabria (15%).

Il 7,1 % degli intervistati riferisce di aver viaggiato con un conducente sotto l'effetto dell'alcol negli ultimi 30 giorni (8% nel 2008).

Secondo i dati raccolti in 7 Regioni del Centro Nord che hanno partecipato alla sorveglianza (Valle D'Aosta, P.A. di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna,

Toscana e Lazio), il 39% dei 13.400 intervistati riferisce di aver subito in auto un controllo da parte delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi, ma solo l'11 % di questi ultimi riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche al test per il controllo dell'alcolemia. Questa percentuale, che corrisponde a meno dell'1% di tutti gli intervistati, diminuisce all'aumentare dell'età: dal 25% a 18-24 anni fino al 4% dei 50-69enni. La percentuale più bassa di controlli sull'alcolemia si registra nel Lazio (6%), con una differenza significativa rispetto a Friuli-Venezia Giulia (10%), Liguria (11%), Emilia-Romagna (15%), P.A. Trento (15%) e anche rispetto alla media delle Regioni (11%).

Le diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcolattribuibili

Nell'anno 2008 il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcolattribuibili è stato di 91.735, di cui 70.712 riferite a maschi (77,1%) e 21.023 riferite a femmine (22,9%) (tab. 19a).

Tab.19a - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNO 2008

CAUSE DI DIMISSIONE (*)		Valore assoluto			Valore percentuale		% tipologie diagnosi
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	
291	Sindrome psicotiche indotte da alcool	3.584	989	4.573	78,4%	21,6%	5,0%
303	Sindrome di dipendenza da alcool	19.908	6.432	26.340	75,6%	24,4%	28,7%
305.0	Abuso di alcool	7.097	3.004	10.101	70,3%	29,7%	11,0%
357.5	Polineuropatia alcolica	1.380	388	1.768	78,1%	21,9%	1,9%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	381	57	438	87,0%	13,0%	0,5%
535.3	Gastrite alcolica	485	156	641	75,7%	24,3%	0,7%
571.0	Steatosi epatica alcolica	5.662	1.868	7.530	75,2%	24,8%	8,2%
571.1	Epatite acuta alcolica	2.695	683	3.378	79,8%	20,2%	3,7%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	25.588	6.529	32.117	79,7%	20,3%	35,0%
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato	3.715	820	4.535	81,9%	18,1%	4,9%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	13	2	15	86,7%	13,3%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcool	204	95	299	68,2%	31,8%	0,3%
Totale		70.712	21.023	91.735	77,1%	22,9%	100,0%

(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Il dato, che si riferisce tanto al regime di ricovero ordinario che di day hospital, conferma la tendenza a un calo progressivo in atto dal 2003.

Il numero delle dimissioni ospedaliere che presentano le suddette diagnosi (tanto in causa principale di ricovero che nelle cause successive) ammonta a 81.674 unità.

La tipologia diagnostica prevalente è la cirrosi epatica alcolica (35%, contro il 33,6 % rilevato nel 2007) immediatamente seguita dalla sindrome da dipendenza da alcol (28,7%, contro il 29% del 2007).

Anche per l'anno 2008 la diagnosi di ricovero prevalente per i maschi in rapporto alle femmine è la cardiomiopatia alcolica (distribuita per l'87% tra i maschi e per il 13%

tra le femmine), immediatamente seguita da avvelenamento da antagonisti dell'alcol e danno epatico da alcol.

La diagnosi che nel 2008 interessa maggiormente le femmine in rapporto ai maschi riguarda gli effetti tossici dell'alcol (distribuita per il 31,8% tra le femmine e per il 68,2% tra i maschi), seguita da abuso di alcol e steatosi epatica alcolica.

Nel 2008 il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol è pari a 137 (valore per 100.000 abitanti), inferiore a quello rilevato nel 2007 (147) e nel 2006 (154,9), a conferma dell'andamento discendente in atto a livello nazionale dall'anno 2002 (tab.19 b).

Nel 2008, analogamente a quanto rilevato fin dal 2002, le Regioni a più alto tasso di ospedalizzazione sono P.A. di Bolzano, Valle D'Aosta e P.A. di Trento, seguite da Friuli V.Giulia, Liguria e Molise. Anche nel 2008 i tassi di ospedalizzazione più bassi si hanno, come si rileva da alcuni anni, in Sicilia e in Campania, seguite da Puglia Umbria e Toscana (tab.19 b).

Da notare come le Regioni con più alto e più basso tasso di ospedalizzazione siano quelle in cui la prevalenza del consumo a rischio risulta avere, rispettivamente, i valori massimi e minimi (*vedi Par. "I consumi e i modelli di consumo nelle Regioni"*).

Tab. 19 b - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATRIBUIBILI * - ANNI 2000-2008
(Dimessi per 100.00 ab.)

REGIONI	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Piemonte	174,2	178,6	168,2	169,5	168,5	171,4	174,1	162,6
Valle d'Aosta	398	560,5	459,8	514,6	444,4	366,2	413,4	378,6
Lombardia	215,8	220,1	204,6	193,4	179	169,3	156,0	138,5
P. A. Bolzano	448	426,6	420,9	510,8	493,4	467,8	487,6	461,0
P. A. Trento	421,1	357,6	349	331,9	308,7	302,3	278,7	261,8
Veneto	263,9	251,6	244,8	232,2	212	188	170,3	167,3
Friuli V. Giulia	300	283,7	264	255,6	268	256	248,1	228,5
Liguria	279,2	272,7	250,6	241,7	237,6	228,1	223,6	213,4
Emilia Romagna	180,2	184,5	176,9	179,5	177,5	167,9	165,6	162,8
Toscana	143,2	149,8	138,9	139,7	124,8	112	115,9	108,6
Umbria	153,7	119,1	125	115,9	112,5	113,3	108,1	107,5
Marche	200,9	203,6	194,7	189,5	189,6	176	176,7	167,3
Lazio	137,4	146,1	143	142,7	142,2	148	123,8	115,2
Abruzzo	243,2	259,4	259,6	250,7	235,9	234,4	211,4	163,9
Molise	234,2	286,8	274,7	242,5	218,4	220,3	229,0	201,7
Campania	80,3	93,5	82,7	86,9	87,1	93,4	88,8	86,1
Puglia	125,4	123,7	113,5	111,1	109,6	115,6	111,5	105,3
Basilicata	177,2	164	153,1	159	146,5	146,3	130,7	137,6
Calabria	145,3	149,8	144,8	138,5	132,3	134,7	123,5	114,8
Sicilia	72,5	85,7	84,5	86	79	83,4	77,4	69,0
Sardegna	161,1	205,2	195,2	198	210,3	202,8	207,4	188,4
Italia	172,2	177,1	167,9	165,5	159	154,9	147,0	137,0

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

Osservando la distribuzione delle diagnosi secondo le diverse classi di età (tab. 19 c), nel 2008 i soggetti con più di 55 anni sono interessati soprattutto, in ordine di prevalenza, da cirrosi epatica alcolica, cardiomiopatia alcolica, steatosi epatica e gastrite alcolica.

Le diagnosi della classe di età 36-55 si riferiscono invece maggiormente ad avvelenamento da antagonisti dell'alcol, sindrome da dipendenza da alcol, abuso di alcol, sindromi psicotiche indotte dall'alcol ed epatite acuta alcolica. Le diagnosi delle fasce di età più giovani (15-35 anni) presentano le più alte prevalenze per avvelenamento da antagonisti dell'alcol, abuso di alcol, effetti tossici dell'alcol, sindrome da dipendenza da alcol.

I giovanissimi minori di 15 anni sono interessati quasi esclusivamente da diagnosi di effetti tossici dell'alcol.

Nel 2008 la diagnosi per avvelenamento da antagonisti dell'alcol appare la più frequente causa di ricovero, in rapporto alle altre diagnosi totalmente alcolcorrelate, nelle classi di età 36-55 e 15-35, con un visibile aumento rispetto ai valori del 2006 e 2007. Essa scompare invece nelle classi di età al di sotto dei 15 anni, dove pure nel 2006 costituiva la diagnosi di ricovero più frequente in rapporto alle altre.

Tab.19 c - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI SECONDO LA CLASSE DI ETÀ DEL DIMESSO - ANNO 2008*

CAUSE DI DIMISSIONE (*)		< = 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
291	Sindrome psicotiche indotte da alcool	0,2	11,1	51,9	36,7	100,0
303	Sindrome di dipendenza da alcool	0,2	15,7	56,6	27,5	100,0
305.0	Abuso di alcool	1,5	26,1	52,2	20,1	100,0
357.5	Polineuropatia alcolica	0,0	3,3	47,9	48,8	100,0
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,0	3,4	34,0	62,6	100,0
535.3	Gastrite alcolica	0,5	8,6	41,0	49,9	100,0
571.0	Steatosi epatica alcolica	0,1	8,7	40,3	51,0	100,0
571.1	Epatite acuta alcolica	0,0	10,1	48,0	41,9	100,0
571.2	Cirrosi epatica alcolica	0,0	1,3	31,2	67,5	100,0
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato	0,0	6,5	44,6	48,8	100,0
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	0,0	26,7	60,0	13,3	100,0
980	Effetti tossici dell'alcool	14,4	25,4	33,8	26,4	100,0
Totale		0,3	10,0	44,3	45,4	100,0

(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

Fonte: Ministero della Salute – Scheda di dimissione ospedaliera

Osservando l'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle diagnosi per classi di età (tab.19 d) appaiono sostanzialmente stabili dal 2000 i valori relativi alla fascia di età oltre i 55 anni (45,4% nel 2008 contro il 44,3% del 2000), dove continuano a registrarsi le prevalenze più elevate di diagnosi in relazione alle altre fasce di età.

Aumenta invece nel tempo la percentuale di diagnosi nella classe di età 36-55 anni (dal 41,7% del 2000 al 44,3% del 2008) mentre continua a diminuire nella fascia di età 15-35 anni (dal 13,8% del 2000 al 10,0% del 2008).

Sostanzialmente stabili nel tempo i valori nella classe di età al di sotto dei 15 anni, che oscillano tra lo 0,2% e lo 0,3%.

Nel tempo l'analisi per sesso, pur confermando che le diagnosi di ricovero ospedaliero continuano a riguardare prevalentemente la popolazione maschile, evidenzia tuttavia una tendenza alla crescita della percentuale di popolazione femminile interessata, che passa dal 21,5% del 2003 al 22,9% del 2008, con una corrispondente diminuzione delle percentuali di popolazione maschile (tab 19 e).

**Tab. 19 d - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE
ALCOLATTRIBUIBILI SECONDO LA CLASSE DI ETÀ DEL DIMESSO
ANNI 2000-2008***

ANNI	<= 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
2000	0,2	13,8	41,7	44,3	100
2002	0,3	12,8	42,8	44,1	100
2003	0,2	12,2	42,7	44,9	100
2004	0,3	12,4	43,2	44,1	100
2005	0,3	11,9	43,3	44,5	100
2006	0,3	11,2	43,4	45,1	100
2007	0,3	10,5	44,1	45,1	100,0
2008	0,3	10,0	44,3	45,4	100,0

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

**Tab. 19 e - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI
TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI SECONDO IL SESSO DEL
DIMESSO - ANNI 2003 - 2008***

ANNI	Maschi	Femmine	Totale
2003	78,50%	21,50%	100
2004	77,60%	22,40%	100
2005	77,40%	22,60%	100
2006	77,50%	22,50%	100
2007	77,70%	22,30%	100
2008	77,10%	22,90%	100

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

La distribuzione percentuale fra le diverse diagnosi totalmente alcolcorrelate si mantiene sostanzialmente stabile nel tempo fra il 2000 e il 2008, con la sola eccezione delle diagnosi di cirrosi epatica alcolica, che passano dal 26,30 % del totale nel 2000 al 35,00 % nel 2008, con un aumento percentuale di 8 punti e mezzo in rapporto al totale di tutte le diagnosi (tab 19 f).

Si osserva altresì nel tempo una diminuzione percentuale delle diagnosi per sindrome di dipendenza da alcol, che passano dal 31,80% del 2000 al 28,70% del 2008.

**Tab. 19f - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI
ANNI 2000-2008***

CAUSE DI DIMISSIONE (*)		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi							
		2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	5,40%	5,00%	5,10%	5,00%	5,00%	5,10%	5,0%	5,0%
303	Sindrome di dipendenza da alcol	31,80%	32,20%	31,40%	30,80%	30,10%	28,80%	29,0%	28,7%
305.0	Abuso di alcol	10,60%	9,10%	9,60%	10,20%	10,60%	11,00%	11,2%	11,0%
357.5	Polineuropatia alcolica	2,40%	2,60%	2,40%	2,10%	2,00%	2,10%	1,9%	1,9%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,70%	0,70%	0,60%	0,60%	0,60%	0,60%	0,5%	0,5%
535.3	Gastrite alcolica	0,90%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%	0,7%	0,7%
571.0	Steatosi epatica alcolica	9,40%	9,50%	9,10%	9,20%	9,40%	9,20%	8,8%	8,2%
571.1	Epatite acuta alcolica	5,50%	4,70%	4,20%	4,00%	3,90%	4,00%	3,9%	3,7%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	26,30%	28,30%	30,00%	30,90%	31,70%	32,90%	33,6%	35,0%
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	7,00%	6,70%	6,30%	5,90%	5,60%	5,30%	5,2%	4,9%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,0%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcol	0,10%	0,40%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,3%	0,3%
Totale		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,0%	100,0%

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

L'alcoldipendenza

Per una valutazione del fenomeno alcoldipendenza va tenuto conto, oltre che degli alcoldipendenti in trattamento nell'ambito dei servizi alcolologici pubblici, di coloro che frequentano a scopo riabilitativo i gruppi di auto-mutuo aiuto e le associazioni di volontariato/ *no profit* che operano sia in maniera autonoma che in collaborazione con i servizi delle strutture pubbliche. Nel 2008 il 53,4% dei servizi alcolologici del SSN ha collaborato con i gruppi dei Clubs di Alcolisti in trattamento (nel 2007 il 52,5%), il 41% con i gruppi di A.A. (nel 2007 il 40,3%) e il 14,4% con altri gruppi di auto-mutuo aiuto (nel 2007 il 12,9%).

Mediamente, nel corso del 2008 ogni servizio alcolologico ha collaborato con circa 7,8 Clubs di Alcolisti in trattamento (7 nel 2007), con 2,3 gruppi di A.A. (2 nel 2007) e con 3,1 altri gruppi di auto-mutuo aiuto.

Gli alcolisti nei servizi pubblici (Vedi Parte II della Relazione)

Nell'anno 2008 gli alcoldipendenti presi in carico presso i servizi alcolologici territoriali pubblici sono stati 66.548, valore notevolmente superiore a quelli rilevati nel 2007 (58.378) e nel 2006 (61.656) e che conferma il trend di crescita presente fin dal 1996. Gli utenti maschi sono 51.491 e le femmine 15.057.

Il rapporto M/F è pari a 3,4 nel totale degli utenti e a 3,7 nei nuovi utenti.

Nel 2008 l'età media, pari a 45,6 (44,7 fra i maschi e 47 tra le femmine) risulta in aumento rispetto a quella rilevata nel 2007 (45,2 anni), confermando la tendenza, in atto negli ultimi anni, ad un generale aumento dei valori dell'età media che, viceversa, fino al 2005 erano risultati in diminuzione.

I giovani al di sotto dei 30 anni sono nel 2008 il 10,2% del totale, con una percentuale che si presenta in crescita rispetto al 10% del 2007; in particolare gli utenti di 20-29

anni passano dal 9,3% del 2007 al 9,6% del 2008 e i nuovi utenti di quest'età dal 13,9% al 14,2%, pur non raggiungendo le percentuali più alte registrate nel 2005. Al contrario per gli alcoldipendenti al di sotto dei 20 anni si rileva un lieve calo (dallo 0,7% del 2007 allo 0,6% del 2008), che diventa più consistente tra i nuovi utenti (dal 1,3% del 2007 al 1,1% del 2008).

Fra gli alcoldipendenti in trattamento risultano da tempo in aumento coloro che abusano di birra (dal 14,1% del 1996 al 23,7% del 2008) e in diminuzione coloro che abusano di vino (dal 68,3% del 1996 al 57,3% del 2008), anche se per questi ultimi nel 2008 le percentuali sono superiori a quelle del 2007 (56,9%).

Nell'ultimo decennio fra gli utenti dei servizi alcologici risulta in forte crescita l'uso concomitante di stupefacenti (dal 5,7% del 1996 al 10% del 2008); peraltro nel 2008 si è registrato un calo rispetto alle percentuali del 2007 (10,4%).

Gli alcolisti dell'AICAT (Associazione Italiana Clubs Alcolisti in Trattamento)

L'AICAT è un'associazione di volontariato e auto-mutuo aiuto senza scopo di lucro, che opera in ambito nazionale ed internazionale nel campo dei problemi alcolcorrelati. Ne fanno parte le famiglie ed i *servitori-insegnanti*, membri riconosciuti dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento (CAT).

Dai dati del Rapporto di ricerca AICAT-CNR 2006 in Italia risultano censiti 1.378 Clubs di Alcolisti in Trattamento (CAT), distribuiti per lo più al Nord (80%) ed in particolare nel Veneto (30%).

Nei tre anni precedenti all'indagine è stata rilevata una crescita del numero di CAT e in particolare nel 2006 sono state fondate 59 nuove unità. Dai dati disponibili emerge che nel 2006 ai Clubs censiti si sono recate 11.528 famiglie (di cui 3.127 si sono avvicinate per la prima volta), per un totale di 12.595 partecipanti, distribuiti in 15 Regioni e P.A.. La permanenza media nel programma è di 4,9 anni, con un *range* che va da un minimo di 2,4 anni nella Regione Sicilia a un massimo di 5,8 anni nella P.A. di Trento.

Il 55,5% dei frequentatori dei Clubs è rappresentato da maschi e il 44,5% da femmine, con un'età media di 52 anni. La distribuzione dei soggetti per classe di età non è influenzata dal genere e oltre la metà dei partecipanti ha un'età compresa fra 45 e 64 anni; è bassa (10%) la percentuale delle persone con meno di 35 anni (tab. 20).

Il 62,7% è coniugato, circa un quinto è celibe o nubile, il 6,5% è vedovo, e solo una quota minore risulta essere separato (5,5%) o divorziato (4%).

Circa il 38% vive con un compagno e i figli, il 28% con un compagno ma senza figli, il 13,5% vive con i genitori ed il 12,9% vive da solo; solo l'1,2% dei partecipanti vive in comunità. La maggior parte dei partecipanti (97%) vive in una residenza fissa.

Il titolo di studio è prevalentemente medio-basso; solamente il 15,2% dei partecipanti è diplomato e il 3,4% è laureato. Il 45,3% degli utenti è occupato, il 31% pensionato o inabile al lavoro. Gli studenti sono l'1,7%, le casalinghe il 14,8%.

Il problema per cui i soggetti hanno iniziato a frequentare il Club è nel 58% dei casi il bere dei soggetti stessi, nel 40% il bere di uno dei familiari e nel 2% quello di amici o conoscenti. I principali canali di accesso ai Clubs sono gli ospedali o le cliniche (19,5%), seguiti dal suggerimento da parte di operatori di SERT (17,1%) e dal medico di base (15,4%).

Circa il 90% dei frequentatori dei Clubs ritiene di aver apportato in varia misura dei cambiamenti positivi al proprio stile di vita negli ultimi 12 mesi, il 5% non riferisce alcun cambiamento e il 3,5% riferisce cambiamenti negativi.

TAB. 20 - CARATTERISTICHE DEI MEMBRI DEI CLUBS DI ALCOLISTI IN TRATTAMENTO DELL'AICAT - ANNO 2006

Variabili demografiche			Altre	Variabili	(%)
Sesso	Maschi	55,5	Fonte da cui sono stati informati sul Club	organi di informazione	3,9
	Femmine	44,5		Familiari	13,8
Classe di età	<35	9,8		Conoscenti	14,4
	35-44	16,9		medico di base	15,4
	45-54	27,6		ospedale clinica	19,5
	55-64	28,6		membro di Club	7,4
	>=65	17		servitore CAT	5,5
				operatore SERT	17,1
Stato civile	celibe\ubile	21,3		operatore servizio alcologico	7,7
	coniugato\la	62,7		operatore servizio salute mentale	1,5
	separato\la	5,5		operatore servizi sociali	3,1
	divorziato\la	4		professionista privato	1,1
	vedovo\la	6,5		sacerdote religiosi	0,9
				altro	2,4
Convivenza	da solo	12,9	Valutazione del cambiamento di stile di vita negli ultimi 12 mesi	neg	3,5
	da solo con figli	5		0	5
	con partner	28		1	1,7
	con partner e figli	38,4		2	2,5
	con i genitori	13,5		3	2,9
	comunità	1,2		4	2,6
	altro	1		5	8,4
Titolo di studio	nessuno	1		6	9,1
	elementari	29,9		7	14,4
	medie inferiori	39,9		8	17,9
	qualifica super.(3anni)	10,6		9	8,5
	diploma superiore	15,2		10	23,5
	laurea breve	0,7			
	laurea	2,7			
Occupazione	occupato	45,3			
	disoccupato	3,4			
	casalinga	14,8			
	studente	1,7			
	pensionato / inabile	31,0			
	altro	3,8			

Fonte: : Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati RAPPORTO DI RICERCA AICAT – CNR, Lo sviluppo del Progetto DATA CLUB 2006

Gli alcolisti di A.A. (Associazione Alcolisti Anonimi)

Alcolisti Anonimi è un'associazione di auto-mutuo aiuto in cui le persone con problemi di alcolismo si incontrano in forma anonima con il fine di risolvere il loro comune problema di alcolismo o per aiutare gli altri a risolvere il loro.

L'unico requisito per divenire membri dell'associazione è desiderare di smettere di bere. Da un'indagine condotta nel 2009 dai Servizi Generali di A.A. con la finalità di informare la popolazione e i diversi professionisti sull'aiuto offerto dalla associazione, a cui hanno partecipato 1.410 alcolisti anonimi di tutta Italia, emerge che il 68,9% dei membri di A.A. è di sesso maschile e che quasi il 60% ha un'età compresa tra 46 e 65 anni; solo il 5,4% degli intervistati ha un'età inferiore a 35 anni (tab. 21).

**Tab. 21 - CARATTERISTICHE DEI MEMBRI DEI GRUPPI DI A.A -
VARIABILI DEMOGRAFICHE - ANNO 2009**

Caratteristiche dei membri dei gruppi di AA					
Variabili demografiche (%)					
Sesso	Maschi	68,9	Ambito e ruolo lavorativo	Operaio specializz.	17,5
	Femmine	31,1		Impiegata/o	16,5
	Non noto	0		Operaia/o semplice	11,5
Età'	<= 35	5,4		Libera professione	10,3
	36-45	21,4		Lavoro auton. Commercio	7,9
	46-55	29,4		Caposquadra	4,9
	56-65	27,6		Imprenditoria	3,9
	66 +	15,5		Dipendente quadri super.	3
	Non noto	0,8		Dirigenza	2,6
Stato civile	Singolo/a	18,7		Lavoro domicil. per c.terzi	1,4
	Coniugato/a	55,2		Lavoro auton. Agricoltura	1,2
	Convivente	7,4		Altro	10
	Separato/a	7,9		Non noto	9,3
	Divorziato/a	4,8	Nazionalità	Italiana	97,2
	Vedovo/a	3,7		Comunitaria	1,8
Scolarità'	Non noto	2,3		Extracomunitaria	0,6
	Nessuna	0,6	Area di residenza	Non noto	0,4
	Elementari	13,9		Nord	74,3
	Medie inferiori	34,5		Centro	17,9
	Medie superiori	41,8		Sud	6,5
	Università	8,2		Non noto	1,3
Condizione profession.	Altro	1			
	Non noto	0,1			
	Occupato a t.pieno	42,1			
	Saltuario-Stagionale	7			
	Disoccupato	6			
	Casalinga	6,7			
	Pensionato	32,7			
	Studente/Possidente/	0,6			
	Altro	4,1			
	Non noto	0,8			

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Indagine su Alcolisti Anonimi in Italia 2009-2010

Il 62,6% è coniugato o convivente, il 18,7% celibe o nubile, il 7,9% separato, il 4,8% divorziato e il 3,7% vedovo.

Il titolo di studio prevalente è di livello medio (medie-inferiori=34,5%; medie-superiori=41,8%); solo l'8,2% dei partecipanti è laureato. Nel 42,1% dei casi i soggetti risultano occupati a tempo pieno e nel 32,7% dei casi pensionati.

Per quanto riguarda il lavoro, la percentuale più elevata svolge un lavoro di operaio specializzato o impiegato. La quasi totalità degli intervistati (97,2%) è di nazionalità italiana e risiede nelle Regioni del Nord (74,3%) e del Centro (17,9%).

I partecipanti all'indagine nel 42,9% dei casi sono entrati nei gruppi di A.A. tra il 2004 ed il 2009 e sono venuti a conoscenza del gruppo A.A. tramite i familiari (24,8%), i medici e gli psicologi (22%), altri membri del gruppo (11,9%) ed amici (10,9%).

Il 25% degli intervistati è stato condotto al gruppo di A.A. da un familiare mentre il 17,5% è andato al gruppo da solo (tab. 22).

Tab. 22 - CARATTERISTICHE DEI MEMBRI DEI GRUPPI DI A.A. - ALTRE VARIABILI - ANNO 2009

Caratteristiche dei membri dei gruppi di AA					
Altre variabili (%)					
Anno di arrivo nel gruppo di AA	<=1985	7,6	Altre dipendenze (Risposta plurima)	Persone/E	24
	1986 -	10,7		Droghe	17,7
	1992 -	15,2		Psicofarma	15,2
	1998 -	21,7		Sesso	10,6
	2004 -	42,9		Cibo	10,4
	Non noto	1,9		Gioco	6,7
Da chi sei venuto a sapere del gruppo di AA	Familiare	24,8	Ricadute	Video/Inter	3,7
	Medico/Psi	22		Nessuna	60,6
	Altro	11,9		1	16,2
	Amico	10,9		2 o 3	9
	Servizio	6,5		4 o più	11,7
	Giornali	5,2		Non noto	2,4
	Pubblicazio	4,3			
	Televisione	2,8			
	Internet	1,8			
	Sacerdote	1,8			
	Radio	0,5			
	Altro	6,7			
	Non noto	0,9			
	Famiglia	25			
Chi ti ha condotto nel gruppo di AA	Da solo	17,5			
	Altro A.A.	12,6			
	Centro	10,6			
	Amico	9,3			
	Medico di	7,3			
	Altro	5,1			
	Centro	2,8			
	Altro	2,8			
	Operatore	2,1			
	Sacerdote	2			
	Non noto	3			

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO
CC Research on Alcohol su dati Indagine su Alcolisti Anonimi in
Italia 2009-2010

Dalle risposte a una domanda dell'indagine relativa ad altre eventuali dipendenze associate all'alcolismo, emerge che il 24% degli intervistati ritiene di avere una dipendenza nei rapporti interpersonali, il 17,7% una dipendenza da sostanze stupefacenti o psicotrope, il 15,2% da psicofarmaci o altri farmaci, il 10,6% da sesso, il 10,4% da cibo, il 6,7% da gioco ed il 3,7% da video o Internet.

Il 60% dei partecipanti ha dichiarato di non aver avuto alcuna ricaduta nell'alcolismo, mentre l'11,7% ha dichiarato di aver avuto 4 o più ricadute.

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

2.1. Gli interventi di indirizzo

Il Piano Nazionale Alcol e Salute 2007-2009

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) è lo strumento che il Ministero della Salute ha individuato, in coerenza con le modifiche recentemente intervenute nel Titolo V della Costituzione, per adempiere alla funzione di indirizzo attribuitagli dalla legge 125/2001 in materia di alcol e problemi alcolcorrelati.

Il Piano, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 marzo 2007 e pubblicato nella G.U. s.g. n. 88 del 16 aprile 2007, costituisce un documento programmatico di indirizzi concordati tra Ministero e Regioni, secondo le previsioni della legge 125/2001, con la finalità di promuovere l'implementazione di un insieme di strategie e azioni finalizzate a rafforzare le attività di prevenzione e a ridurre la mortalità e morbilità alcolcorrelate nel nostro Paese.

Il PNAS è in linea con gli orientamenti adottati nei più recenti Piani Sanitari Nazionali, nei quali la riduzione dei danni causati dall'alcol viene riconosciuta come uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica e viene ribadita la necessità di politiche e azioni finalizzate a modificare la percezione culturale del bere per metterne in evidenza gli aspetti di rischio.

Il PNAS recepisce inoltre gli obiettivi proposti dal II Piano di Azione europeo per l'alcol dell'O.M.S, dalla Raccomandazione del Consiglio U.E. sul consumo alcolico di bambini e adolescenti e dalle Conclusioni del Consiglio dell'U.E. sulla strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati.

Per il raggiungimento degli obiettivi finali di prevenzione e riduzione di mortalità e morbilità alcolcorrelate il PNAS individua otto aree strategiche di intervento prioritario, indicando per ciascuna di esse le azioni da implementare e i risultati attesi.

Il PNAS ha durata triennale (1 gennaio 2007- 31 dicembre 2009) ed è parzialmente finanziato con risorse stanziare dal Ministero della Salute tramite la legge 125/2001.

Per la sua implementazione è stata prevista una specifica collaborazione interistituzionale tra Ministero della Salute e Regioni e a questo scopo il Ministero ha costituito un sottocomitato tecnico-scientifico che ha operato assieme alle Regioni nell'ambito di uno specifico gruppo congiunto.

Si riporta di seguito un quadro sintetico delle aree strategiche, delle azioni e dei risultati attesi del PNAS.

***Piano Nazionale Alcol e Salute
Aree strategiche, risultati attesi e azioni
-Sintesi-***

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) individua alcuni obiettivi prioritari e, in relazione ad essi, otto aree strategiche e azioni da implementare nelle Regioni per la prevenzione e la riduzione della mortalità, della morbilità e dei danni alcolcorrelati nel nostro Paese:

1. **Informazione /educazione** (Risultati attesi: nella popolazione generale, maggiore conoscenza e consapevolezza del danno; nei giovani, sviluppo delle abilità necessarie a resistere alle pressioni al bere. Azioni: campagne tramite mass media; collaborazione con la scuola fin dalla materna, con programmi di prevenzione di ampia portata)
2. **Bere e guida** (Risultati attesi: riduzione numero incidenti, morti e feriti, specie tra i giovani. Azioni: collaborazione per i controlli dell'aria espirata nei luoghi del divertimento giovanile e azioni preventive di comunità)
3. **Ambienti e luoghi di lavoro** (Risultati attesi: riduzione di incidenti e violenze sui luoghi di lavoro, soprattutto in quelli a rischio per la sicurezza di terzi. Azioni: collaborazione con imprese e organizzazioni sindacali per educazione alla salute e tempestiva identificazione e trattamento dei soggetti a rischio)
4. **Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza** (Risultati attesi: disponibilità di trattamenti accessibili ed efficaci per i singoli e per le famiglie. Azioni: formazione degli operatori della medicina di base per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio e per l'attuazione di interventi brevi di trattamento; approccio integrato ai problemi, che coinvolga, oltre ai servizi sociosanitari, i medici di medicina generale, i servizi sociali, i gruppi di autoaiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate)
5. **Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione** (Risultati attesi: maggiore responsabilizzazione e disponibilità alla collaborazione da parte del mondo della produzione e distribuzione, soprattutto per il rispetto dei limiti di età legali per la somministrazione e per il contrasto dell'accesso dei giovani alle bevande alcoliche; riduzione degli incidenti alcolcorrelati all'uscita degli ambienti dove si beve. Azioni: monitoraggio permanente per la stima dell'impatto dell'alcol sulla salute e per la valutazione dei costi relativi, nonché per valutare l'affidabilità delle politiche sociali ed economiche relative all'industria degli alcolici; programmi di formazione per accrescere il senso di responsabilità personale, etica e legale degli addetti alla vendita e somministrazione)
6. **Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol** (Risultati attesi: incremento delle azioni di comunità finalizzate alla riduzione dei diversi problemi alcolcorrelati; maggiore sensibilità ai problemi da parte delle diverse istituzioni locali. Azioni: assicurare agli operatori del settore non sanitario, quale quello educativo, sociale e giudiziario, un training professionale in campo alcolologico, che favorisca un effettivo approccio multisettoriale ai problemi; promozione di programmi socio-sanitari che rafforzino la mobilitazione della comunità, lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati)
7. **Potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto** (Risultati attesi: incremento del sostegno alle organizzazioni che promuovono iniziative di prevenzione o riduzione del danno alcolcorrelato. Azioni: supporto alle organizzazioni che operano non solo a livello professionale ma anche a livello di azione civile e che possono collaborare a migliorare l'informazione e a sostenere lo sviluppo di politiche efficaci)
8. **Monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto** (Risultati attesi: implementazione di un sistema informativo e di monitoraggio/sorveglianza sul consumo di alcol e sui modelli comportamentali connessi, sui danni alcolcorrelati e sulle politiche alcolologiche realizzate a livello regionale e locale. Azioni: creazione, in collaborazione con tutte le Regioni, di una rete che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, del danno alcolcorrelato e dell'efficacia degli interventi adottati).

L'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute

1) Il Piano nazionale di Monitoraggio Alcol e Salute

Durante il primo anno di funzionamento il gruppo congiunto Ministero-Regioni per l'attuazione del PNAS ha affrontato prioritariamente i compiti relativi all'area strategica n. 8 "Monitoraggio dei dati", con la finalità di definire nuovi indicatori, in sostituzione di quelli fin qui utilizzati, per la realizzazione del monitoraggio dei dati alcolologici previsto dall'art. 3 comma 1 lettera c) della legge 125/2001.

E' stato predisposto un documento di consenso a carattere tecnico scientifico che delinea un Piano Nazionale di Monitoraggio Alcol e Salute (PNMAS) per la raccolta dei dati relativi al consumo e abuso di alcol e alle diverse problematiche sociosanitarie correlate nonché alle attività di prevenzione e contrasto realizzate in ambito regionale.

Il documento è finalizzato a creare una rete di monitoraggio in grado di connettere le diverse istituzioni competenti nonché a consentire il coordinamento del lavoro di monitoraggio tra le Regioni italiane, nel rispetto delle specificità e delle autonomie locali. In esso si definiscono le finalità, gli obiettivi, le azioni, gli indicatori e gli aspetti organizzativi del monitoraggio nazionale in materia di alcol.

Il documento per il PNMAS è stato approvato dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e P.A. nella seduta del 14 maggio 2009, e inviato al Ministero della Salute, Direzione Generale per la Prevenzione Sanitaria, per i seguiti di competenza.

E' stata quindi organizzata, in data 8 settembre 2009, una riunione congiunta Ministero-Regioni per la valutazione della fattibilità del PNMAS, con la partecipazione dell'Istituto superiore di Sanità e altri esperti, nell'ambito della quale tutti gli interlocutori hanno valutato positivamente la possibilità di dar corso a un primo avvio sperimentale del PNMAS proseguendo la collaborazione di Ministero e Regioni nell'ambito di un gruppo congiunto.

L'implementazione del PNMAS è stata successivamente proposta quale specifica azione centrale da realizzare nell'ambito delle linee di supporto centrale con cui il Ministero della Salute intende sostenere le Regioni per l'attuazione del Piano nazionale di prevenzione 2010-2012, secondo quanto previsto nell'intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

2) Il Progetto "Agorà"

Per rafforzare l'azione di coordinamento delle Regioni in relazione all'implementazione del PNAS il Ministero della Salute ha avviato e finanziato, con le risorse del Centro per il Controllo delle Malattie (CCM), uno specifico progetto in collaborazione con la Regione Friuli Venezia Giulia in quanto titolare del coordinamento tecnico delle Regioni per le attività relative all'alcol nell'ambito della Commissione Salute per il coordinamento delle Regioni.

Il progetto, di durata biennale, denominato "Agorà", ha ricevuto un finanziamento di 100.000 Euro e si è concluso nell'agosto 2009.

Obiettivo specifico del progetto era promuovere e attivare le azioni previste dal PNAS e monitorare la corretta implementazione del PNAS nelle Regioni italiane, anche

fornendo supervisione, assistenza tecnica e valutazione dei relativi documenti di progetto. Il progetto si proponeva inoltre di sostenere il dialogo tra i tecnici e i vari interlocutori coinvolti e di diffondere la cultura della progettazione promuovendo adeguate iniziative progettuali di prevenzione nelle Regioni.

Il progetto “Agorà” ha consentito preliminarmente di creare una banca dati dei referenti delle amministrazioni regionali e dei servizi locali addetti alle attività di prevenzione e monitoraggio sulle tematiche alcolcorrelate, da utilizzare per l’avvio di una rete di comunicazione e collaborazione per una più capillare diffusione delle informazioni sulle attività di prevenzione realizzate.

Tramite la creazione di una specifica scheda di rilevazione inviata ai responsabili per la prevenzione dei Dipartimenti e delle Aziende sanitarie è stato possibile costruire un’analisi dettagliata delle iniziative di prevenzione promosse dalle singole Regioni. E’ stato creato in particolare un elenco dei progetti di prevenzione realizzati dalle amministrazioni regionali e dalle ASL per un target di destinatari di età dagli 11 ai 27 anni, analizzando e valutando i progetti da un punto di vista quali/quantitativo in relazione a vari parametri quali le metodologie utilizzate, il target, le tecniche di intervento, i metodi di valutazione adottati, le criticità emergenti, i costi.

3) Il progetto “Raccolta e analisi centralizzata di flussi informativi e dati per il monitoraggio dell’impatto dell’uso e abuso di alcol sulla salute in Italia, in supporto alla implementazione delle attività del Piano nazionale Alcol e Salute”.

Il progetto, di durata biennale, è stato finanziato per 50.000 Euro con le risorse del Centro per il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero e si è concluso nell’Agosto 2009; la sua realizzazione è stata affidata all’Istituto Superiore di Sanità-CNESPS. Il progetto si proponeva di consentire la messa a punto di una solida base conoscitiva in grado di orientare l’adozione di adeguate iniziative e azioni nell’ambito delle diverse aree strategiche per l’implementazione del PNAS. Obiettivo specifico era fornire strumenti conoscitivi e scientifici per sostenere e favorire, nell’ambito dell’implementazione del PNAS, un’attenta costruzione e un costante monitoraggio dei più importanti indicatori di problemi alcolcorrelati a livello nazionale e regionale. Prodotto finale del progetto è stata la realizzazione di due successivi Report, riferiti rispettivamente agli anni 2007 e 2008, in cui sono stati raccolti e analizzati, anche con dettaglio regionale, i più recenti dati resi disponibili relativamente all’impatto dell’uso e abuso di alcol da fonti quali WHO, Commissione Europea, ISTAT, ACI-ISTAT, ESPAD, PASSI nonché da altre indagini realizzate da enti competenti in materia di alcol.

I Report realizzati illustrano, per le suddette annualità, la situazione del nostro Paese in relazione ad aspetti quali i consumi alcolici e i modelli di consumo, il confronto con gli altri Paesi europei, i consumi alcolici e i modelli di consumo nelle Regioni, il consumo dei giovani, il consumo tra gli anziani, la mortalità e la morbidità alcolcorrelate. Anche tramite le iniziative di pubblicazione e diffusione dei dati è stato in tal modo reso possibile acquisire da parte delle amministrazioni nazionale e regionali strumenti conoscitivi adeguati per promuovere, ai rispettivi livelli di competenza, azioni

e programmi adeguati, facilitando l'adattamento flessibile delle prassi operative alla continua evoluzione dei problemi.

4) Il progetto “Monitoraggio dell'impatto dell'alcol sulla salute in Italia in supporto alla implementazione delle attività del Piano nazionale Alcol e Salute.”

Il progetto, di durata biennale, è stato finanziato per 220.000 Euro con le risorse del Centro per il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero e la sua realizzazione è stata affidata all'Istituto Superiore di Sanità-CNESPS tramite uno specifico accordo di collaborazione stipulato nel dicembre 2009.

Il progetto si inserisce in uno specifico ambito operativo individuato all'interno dell'area progettuale del programma di attività del CCM per l'anno 2009, inerente l'area “Sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano Nazionale della Prevenzione e del programma governativo “Guadagnare Salute”.

Obiettivo specifico è quello di consentire, in continuità con il progetto di cui al precedente punto 3), la disponibilità di strumenti conoscitivi e dati per un costante monitoraggio dei più importanti indicatori di rischio e di problemi alcolcorrelati a livello nazionale e regionale, per sostenere e favorire le attività di prevenzione da attivarsi a livello regionale e nazionale nell'ambito delle aree strategiche e degli indirizzi definiti dal Piano Nazionale Alcol e Salute.

Il progetto consentirà di produrre due successivi Report, riferiti rispettivamente agli anni 2009 e 2010, in cui saranno raccolti e analizzati i dati più aggiornati per le annualità di riferimento relativamente all'impatto dell'uso e abuso di alcol, tramite fonti quali WHO, Commissione Europea, ISTAT, ACI-ISTAT, ESPAD, PASSI nonché altri studi eventualmente disponibili. .

5) Il progetto “Formazione sull'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcolcorrelati nei contesti lavorativi e nell'assistenza sanitaria di base”

Nell'ambito dei lavori del gruppo congiunto Ministero-Regioni per l'implementazione del PNAS è stata individuata l'area strategica “Alcol e Lavoro” quale area prioritaria per la realizzazione di ulteriori interventi. E' stato pertanto attivato a tali fini un progetto finalizzato all'identificazione precoce e all'intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcolcorrelati nei contesti lavorativi, per promuovere un processo di cambiamento negli stili di vita in relazione al consumo di alcol.

Per la realizzazione del progetto il Ministero e la Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni hanno concordato di assegnare un ruolo di coordinamento e capofila alla Regione Toscana. Hanno confermato l'adesione al progetto altre 13 Regioni e P.A. (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli V.G., Lazio, Liguria, Marche, Puglia, Sardegna, Sicilia, Veneto, Trento).

Il progetto, che ha la durata di 18 mesi, è stato finanziato con 100.000 Euro stanziati sulle risorse attribuite al Ministero della Salute per l'anno finanziario 2007 per le attività di informazione e prevenzione ai sensi della legge 125/2001.

Il progetto esecutivo sviluppato dalla Regione Toscana prevede l'organizzazione di attività formative sulla metodologia dell'intervento breve, secondo il percorso validato e

standardizzato nel progetto europeo *PHEPA (Primary Health Care European Project on Alcohol)* per diffondere l'uso di strumenti adeguati allo *screening* e alla identificazione precoce dei bevitori a rischio.

La formazione è destinata prioritariamente a professionisti dei Dipartimenti della Prevenzione, delle Dipendenze, ai medici di Medicina del lavoro e medici competenti nonché ad operatori sanitari e del mondo del lavoro interessati e individuati dalle Regioni e P.A. partners. Sono in particolare destinatari delle attività formative i medici competenti delle aziende, cui competono gli interventi di identificazione dei lavoratori con abitudini alcoliche a rischio, che possono, in stretta collaborazione con i servizi territoriali, attivare percorsi di trattamento per i lavoratori con problemi conclamati.

La Regione Toscana ha individuato il Centro Alcolologico Regionale (CAR) quale ente attuatore del progetto, con il compito di coordinare le attività progettuali, organizzare e realizzare i corsi di formazione in collaborazione con i referenti delle Regioni partners, predisporre i materiali formativi, svolgere attività di assistenza, consulenza e monitoraggio qualora le Regioni partners intendano implementare sui loro territori la metodologia dell'Intervento Breve.

La formazione è condotta da esperti del CAR della Toscana utilizzando un modello di "formazione dei formatori" che il progetto adotta con l'intento specifico di formare in ogni Regione o P.A. referenti che promuovano autonomamente la formazione nel proprio territorio di appartenenza. E' prevista la realizzazione di un pacchetto didattico con il materiale per la formazione, in supporto elettronico e cartaceo, fornito ai discenti per consentire un percorso standardizzato per quanto riguarda i contenuti e i tempi della formazione nonché per replicare il corso nei contesti di appartenenza qualora si crei tale possibilità.

Durante il II semestre progettuale sono stati organizzati corsi nelle Regioni Abruzzo, Puglia e Friuli V.G.. E' in corso di completamento l'organizzazione dei corsi nella P.A. Trento e nelle Regioni Calabria, Campania e Lazio. Sono inoltre in corso di definizione i corsi delle Regioni Liguria, Veneto, Sicilia e Sardegna.

Il Programma "Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari"

Le strategie per la prevenzione dei danni alcolcorrelati nel Programma "Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari"

Il programma "Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari" è un programma-quadro governativo di iniziative, azioni, alleanze e comunicazione, finalizzato a promuovere, in modo globale e intersettoriale, gli stili di vita salutari che possono contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche e far guadagnare anni di vita in salute ai cittadini.

Obiettivo specifico del programma è quello di rendere più facile per i cittadini la scelta degli stili di vita salutari.

Il programma, promosso dal Ministro della Salute e frutto del confronto con ben nove Ministeri interessati, è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007 e dalla Conferenza Stato-Regioni il 29 marzo 2007, prevedendo una durata triennale.

Esso prevede la promozione di alleanze tra ministeri, mondo della scuola e del lavoro, mondo della produzione alimentare, rivenditori di tabacchi, produttori di bevande alcoliche, grandi catene di ristorazione e altri interlocutori di varie filiere che possono utilmente intervenire per la prevenzione dei quattro maggiori fattori di rischio per la salute evitabili (sedentarietà, scorretta alimentazione, fumo, uso dannoso di alcol).

Con Decreto del Ministero della Salute in data 5 marzo 2010 è stata rinnovata per un ulteriore triennio la “Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo” quale sede comune di incontro per tutti i soggetti interessati a livello nazionale a contribuire al perseguimento degli obiettivi del programma “Guadagnare Salute” secondo un approccio cooperativo e orientato all'azione.

Alla Piattaforma Nazionale partecipano rappresentanti di vari Ministeri interessati, della Conferenza Stato-Regioni, dell'ANCI, dell'ISS, dell'ISPESL, dell'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (INRAN), delle associazioni di categoria della filiera alimentare e dei consumatori, delle organizzazioni sindacali, delle associazioni dei medici e pediatri di base e dei farmacisti.

Nella attuazione dei propri compiti la Piattaforma Nazionale sostiene e promuove iniziative finalizzate a diversi obiettivi inerenti il Programma Guadagnare Salute, fra le quali anche iniziative finalizzate a ridurre l'abuso di alcol ed educare ad un consumo consapevole e moderato.

Si riporta di seguito il paragrafo del Programma Guadagnare Salute relativo al consumo dannoso di alcol, dal titolo

“Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol”

Strategie e ipotesi di intervento

1 Ridurre la disponibilità di bevande alcoliche nell'ambiente di vita e di lavoro e lungo le principali arterie stradali

- Favorire la limitazione del consumo di bevande alcoliche in tutti i luoghi di lavoro e controllare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro a rischio, individuati ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125.
- Definire categorie di ambienti e locali obbligatoriamente “alcol free” (strutture sanitarie, uffici pubblici, stadi, scuole).

2 Favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche

- Incoraggiare e incentivare i produttori di bevande alcoliche a incrementare la ricerca finalizzata alla produzione di bevande a minore gradazione alcolica, nel rispetto della qualità, e assicurando su questi prodotti una corretta informazione.

3 Informare correttamente i consumatori

- Combattere l'abuso di bevande alcoliche non solo attraverso la veicolazione di messaggi di tipo sanitario e sociale, ma anche attraverso adeguate campagne di educazione sul “saper bere”, diffondendo una profonda, solida e motivata consapevolezza su consumo responsabile del vino e salute. Infatti il vino non solo rappresenta un elemento importante del nostro patrimonio agroalimentare e contribuisce alla tutela e alla valorizzazione del territorio, ma è anche un elemento caratterizzante della dieta mediterranea.
- Adeguare l'etichettatura delle bevande alcoliche alle esigenze di protezione del consumatore, studiando e proponendo misure per inserire nella etichettatura delle bevande almeno una avvertenza semplice, in particolare per alcune categorie a rischio quali donne in gravidanza, persone alla guida, assuntori di particolari farmaci e giovani.

- *Monitorare e controllare il rispetto della legge 125/2001 art. 13 in materia di pubblicità delle bevande alcoliche, con particolare riferimento al disposto in materia di protezione dei minori; studiare, al riguardo, divieti di pubblicità diretta e indiretta in occasione di eventi sportivi.*

4 Evitare gli incidenti stradali alcolcorrelati

- *Aumentare su tutto il territorio nazionale il numero e la frequenza dei controlli sul tasso alcolemico condotti su base casuale, preliminarmente agli opportuni accertamenti di valenza medico-legale, in modo che ogni conducente abbia la probabilità statistica di essere testato secondo le migliori pratiche almeno una volta ogni tre anni.*
- *Monitorare la frequenza e i risultati dei controlli e analizzare i relativi dati, per acquisire e diffondere conoscenze utili ai fini di una puntuale azione preventiva o per valutare l'opportunità di ulteriori misure normative (quali ad esempio l'abbassamento del tasso alcolemico per i conducenti principianti o per chi guida veicoli particolarmente a rischio).*
- *Accrescere la visibilità dei controlli sul tasso alcolemico, per amplificarne le finalità preventive. Questo obiettivo potrebbe essere raggiunto anche rendendo note le eventualità di controlli in alcuni luoghi e ambienti strategici, quali quelli del divertimento giovanile a rischio di abuso alcolico; o attivando una collaborazione fra istituzioni interessate per organizzare ad hoc specifiche azioni di comunità.*
- *Introdurre l'obbligatorietà di corsi di informazione/educazione a pagamento, preliminarmente alla restituzione della patente a soggetti individuati con tasso di alcolemia illegale.*
- *Favorire la disponibilità e/o gratuità di dispositivi per l'automisurazione del tasso alcolemico.*
- *Diminuire le occasioni di consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani e degli utenti della strada, estendendo alle 24 ore il divieto di somministrazione di superalcolici attualmente vigente nelle stazioni di servizio autostradali (ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125 art. 14).*
- *Introdurre l'obbligo di una adeguata trattazione del rischio alcol-correlato nei programmi di informazione/formazione delle Scuole Guida.*
- *Sollecitare ed esortare i medici di famiglia ad una maggiore informazione nei confronti degli assistiti circa i rischi della guida in stato di ebbrezza alcolica ed i rischi di interazione e sinergia dell'alcol con i farmaci.*

5 Rafforzare gli interventi di prevenzione primaria e secondaria nella medicina di base

- *Provvedere alla sensibilizzazione e formazione degli operatori della medicina di base, e in particolare dei Medici di Medicina Generale, per consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counseling nei confronti del consumo alcolico nocivo. A tale fine dovrebbero essere sostenute nuove e adeguate strategie contrattuali e stanziare risorse finanziarie che consentano la più ampia disponibilità, accessibilità e produttività degli operatori e dei servizi di base in merito ai suddetti interventi.*
- *Favorire un approccio integrato che coinvolga nella individuazione precoce dei casi di abuso, oltre ai servizi e agli operatori sanitari, anche i servizi sociali, i gruppi di auto-aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate.*

6 Trovare alleanze con il mondo del lavoro

- *Utilizzare i luoghi di lavoro quale ambiente particolarmente adeguato, data l'alta e stabile concentrazione di persone di varia identità socio demografica, per la realizzazione di azioni di prevenzione fondate sull'informazione, l'educazione e la tempestiva identificazione o autoidentificazione dei soggetti a rischio, anche in collaborazione, date le implicazioni dell'abuso di alcol sulla produttività lavorativa, col mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali.*
- *Implementare azioni di prevenzione ad hoc nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e la sicurezza di terzi individuati ai sensi della legge 125/2001 art. 15, per supportare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche sancito dalla stessa legge. Sarebbe opportuno attivare in merito la collaborazione del mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le amministrazioni regionali del Lavoro e nell'ambito di quanto previsto anche dalle normative sulla sicurezza.*

• *Favorire l'ingresso dei lavoratori con problemi alcolcorrelati che ne facciano richiesta, nel pieno rispetto della privacy, in programmi di trattamento per la disassuefazione resi disponibili presso le strutture sanitarie pubbliche o, in alternativa, in specifici programmi privati di trattamento attivati con il contributo economico dei datori di lavoro, prevedendo agevolazioni fiscali o di altro tipo per questi ultimi.*

7 Proteggere i minori dal danno alcolcorrelato

• *Realizzare interventi finalizzati a ritardare l'età del primo approccio con le bevande alcoliche, ridurre il livello dei consumi giovanili, contenere i comportamenti a rischio quali il binge drinking e le ubriacature:*

a. campagne educazionali rivolte alla popolazione adulta, genitori ed educatori, focalizzate sulla necessità di informare sugli specifici danni che l'alcol causa ai minori e trasmettere ad essi un corretto orientamento nei confronti delle bevande alcoliche;

b. interventi educativi nelle scuole, secondo programmi validati sul piano dell'efficacia, per lo sviluppo nei bambini e nei ragazzi delle abilità necessarie a fare scelte a favore della salute e resistere alle pressioni al bere;

c. sensibilizzazione e formazione ad hoc per le categorie di lavoratori addetti alla distribuzione e vendita delle bevande alcoliche, per accrescere l'impegno al rispetto della vigente normativa sul divieto di somministrazione ai minori di 16 anni e il senso di responsabilità nei confronti del bere giovanile.

• *Adottare il divieto di somministrazione di bevande alcoliche ai minori.*

8 Formare gli operatori

• *Assicurare che i corsi di studio di qualsiasi livello destinati alla formazione del personale sanitario e sociosanitario contemplino un insegnamento relativo alla prevenzione delle patologie correlate a fattori di rischio comportamentali, con specifica trattazione anche dei problemi alcolcorrelati.*

• *Favorire la modifica degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni mediche, sanitarie, sociali e psicologiche, ai fini di diffondere e migliorare la preparazione professionale in campo alcologico, secondo le previsioni della legge 125/2001 art. 5.*

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012 e il contrasto del danno alcolcorrelato

Con Intesa Stato-Regioni e P.A. stipulata il 29 aprile 2010 è stato approvato il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) per il triennio 2010-2012, sulla base del quale le Regioni, in modo coordinato e nel rispetto di un metodo di lavoro improntato ai principi della progettazione in sanità pubblica, sono chiamate a redigere i loro Piani regionali della Prevenzione, indicando le azioni, la tempistica e gli indicatori per la valutazione.

Nel PNP sono definite sia le linee di intervento prioritario che necessitano di una traduzione operativa, da effettuarsi da parte delle Regioni su scala regionale o anche aziendale, sia le linee di supporto e azione centrali con cui il Ministero della Salute intende sostenere le Regioni stesse nella programmazione e attuazione del Piano nazionale di prevenzione.

Il PNP contempla specificamente la prevenzione dei danni alcolcorrelati sia nell'ambito delle linee di intervento operativo regionali che in quelle di supporto centrale, con riferimento all'area della prevenzione universale e in particolare della prevenzione di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari.

Le azioni di promozione della salute, educazione, comunicazione e formazione che il PNP si propone di perseguire nel settore della prevenzione alcologica dovranno essere improntate ai seguenti obiettivi e strumenti:

-riduzione delle diverse categorie di consumatori di alcol a rischio, quali i consumatori fuori pasto, i consumatori di quantità giornaliere non compatibili con una buona salute, i “binge drinkers”, i consumatori che guidano in stato di alterazione psicofisica dovuta all'alcol, i consumatori all'interno dei luoghi di lavoro, da valutare con dati ISTAT, ISS e con sistemi di sorveglianza specifica;

-ricepimento delle linee strategiche del Piano Nazionale Alcol e Salute (già approvate con accordo Stato-Regioni del 29 marzo 2007);

-stipula di accordi con le associazioni di categoria per garantire maggiore responsabilità nella vendita e distribuzione delle bevande alcoliche.

La prevenzione dei danni alcolcorrelati si inserisce inoltre fra gli obiettivi da perseguire in maniera integrata, assieme ad altri obiettivi comportamentali, attraverso alcuni strumenti indicati dal PNP quali

-lo sviluppo di programmi di prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze nelle scuole medie di primo e secondo grado e nei luoghi di aggregazione giovanile formali e informali, mirati ad implementare la conoscenza delle dinamiche emotivo-relazionali e dei fattori di rischio personali e sociali nella fascia adolescenziale;

-la promozione di interventi, in collaborazione con le istituzioni scolastiche e con le agenzie educative, mirati a incrementare la conoscenza dei fattori di rischio per i comportamenti di abuso nonché delle conseguenze a breve e lungo termine;

-l'implementazione di strategie per il riconoscimento e l'identificazione precoce dei casi a rischio e sottosoglia, con l'obiettivo di avviare il più precocemente possibile i soggetti interessati ai servizi competenti.

Il PNP prevede inoltre tre azioni centrali di sostegno alle Regioni per la prevenzione alcolologica (contemplate negli allegati all'intesa per il PNP stipulata fra Ministero e Regioni il 29 aprile 2010):

- *“Implementazione del Piano Nazionale di monitoraggio Alcol e Salute”* (sulla base del documento elaborato da un tavolo paritetico Ministero-Regioni e approvato formalmente dalla Commissione Salute delle Regioni);

- *“Stipula di accordi con associazioni di categoria per la vendita e distribuzione responsabile di bevande alcoliche”*;

- *“Promuovere e diffondere la pratica della prevenzione e diagnosi precoce della FAS (Fetal alcohol syndrome) e delle Fasd (Fetal alcohol spectrum disorders) nelle strutture sociosanitarie interessate”*.

Con il PNP 2010-2012 le politiche alcolologiche sono entrate a pieno titolo nel novero delle più importanti politiche nazionali di prevenzione adottate nel nostro Paese, potendosi avvalere degli stessi strumenti di intervento con cui il Ministero affronta la prevenzione e la gestione di altre gravi patologie e criticità nel campo della salute. In particolare si apre per le Regioni, chiamate a recepire il PNP ciascuna con un proprio Piano regionale, un ampio campo di programmazione e lavoro che potrà costituire una occasione importante per l'adeguamento delle politiche agli standard indicati dalla ricerca scientifica e dalle più importanti agenzie di salute a livello internazionale.

2.2. L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge 125/2001 ai fini del monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e problemi alcolcorrelati

L'art. 3 comma 4 della legge 125/2001 dispone uno stanziamento annuale di risorse su apposito capitolo di bilancio del Ministero della Salute ai fini del monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati, da realizzarsi secondo modalità che garantiscano l'elaborazione e la diffusione dei dati a livello regionale e nazionale.

Secondo quanto concordato con la Commissione Salute delle Regioni le risorse stanziare per gli anni 2008 e 2009 sono state ripartite fra le Regioni secondo criteri che prevedono

-l'assegnazione a ciascuna Regione di una quota di risorse calcolata suddividendo in parti uguali tra le Regioni il 50% dell'intera somma disponibile e distribuendo tra le stesse il restante 50% per quota capitaria;

-l'erogazione delle risorse alle Regioni successivamente all'invio e alla positiva valutazione di dati e informazioni sulle attività svolte dalle Regioni stesse in attuazione della legge 125/2001, predisposti sulla base di una griglia concordata di argomenti.

I finanziamenti relativi agli anni finanziari 2008 e 2009

Per l'anno 2008 sono stati stanziati per il monitoraggio dei dati Euro 314.040, ripartiti tra le Regioni secondo la sottostante tabella A, in base ai criteri suddetti.

**TAB. A - RIPARTIZIONE DEI FONDI PER LE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO DEI DATI RELATIVI ALL'ABUSO DI ALCOL E AI PROBLEMI ALCOLCORRELATI
ANNO 2008**

Regioni	Popolazione al 1.1.2007	Quota fissa	Quota capitaria	Totale
Valle d'Aosta	124.812	7.477,15	331,43	7.808,58
Molise	320.074	7.477,15	849,94	8.327,09
Prov.Aut.Bolzano	487.673	7.477,15	1.295,00	8.772,15
Prov.Aut.Trento	507.030	7.477,15	1.346,39	8.823,54
Basilicata	591.338	7.477,15	1.570,27	9.047,42
Umbria	872.967	7.477,15	2.318,12	9.795,27
Friuli Venezia G.	1.212.602	7.477,14	3.220,00	10.697,14
Abruzzo	1.309.797	7.477,14	3.478,10	10.955,24
Marche	1.536.098	7.477,14	4.079,03	11.556,17
Liguria	1.607.878	7.477,14	4.269,63	11.746,77
Sardegna	1.659.443	7.477,14	4.406,56	11.883,70
Calabria	1.998.052	7.477,14	5.305,72	12.782,86
Toscana	3.638.211	7.477,14	9.661,08	17.138,22
Puglia	4.069.869	7.477,14	10.807,32	18.284,46
Emilia Romagna	4.223.264	7.477,14	11.214,65	18.691,79
Piemonte	4.352.828	7.477,14	11.558,70	19.035,84
Veneto	4.773.554	7.477,14	12.675,92	20.153,06
Sicilia	5.016.861	7.477,14	13.322,01	20.799,15
Lazio	5.493.308	7.477,14	14.587,19	22.064,33
Campania	5.790.187	7.477,14	15.375,53	22.852,67
Lombardia	9.545.441	7.477,14	25.347,41	32.824,55
Totale	59.131.287	157.020,00	157.020,00	314.040,00

Per l'anno 2009 sono stati stanziati per il monitoraggio dei dati Euro 149.528, ripartiti tra le Regioni secondo la sottostante tabella B, in base ai medesimi criteri.

**TAB. B - RIPARTIZIONE DEI FONDI PER LE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO
DEI DATI RELATIVI ALL'ABUSO DI ALCOL E AI PROBLEMI ALCOLCORRELATI
ANNO 2009**

Regioni	Popolazione al 1.1.2009	Quota fissa	Quota capitar	Totale
Valle d'Aosta	125.979	3.561,00	158	3.719,00
Molise	320.838	3.561,00	402	3.963,00
Prov.Aut.Bolzano	493.910	3.561,00	619	4.180,00
Prov.Aut.Trento	513.357	3.561,00	644	4.205,00
Basilicata	591.001	3.560,00	741	4.301,00
Umbria	884.450	3.560,00	1.109,00	4.669,00
Friuli Venezia G.	1.222.061	3.560,00	1.532,00	5.092,00
Abruzzo	1.323.987	3.560,00	1.660,00	5.220,00
Marche	1.553.063	3.560,00	1.948,00	5.508,00
Liguria	1.609.822	3.560,00	2.019,00	5.579,00
Sardegna	1.665.617	3.560,00	2.089,00	5.649,00
Calabria	2.007.707	3.560,00	2.518,00	6.078,00
Toscana	3.677.048	3.560,00	4.611,00	8.171,00
Puglia	4.076.546	3.560,00	5.112,00	8.672,00
Emilia Romagna	4.275.802	3.560,00	5.362,00	8.922,00
Piemonte	4.401.266	3.560,00	5.519,00	9.079,00
Veneto	4.832.340	3.560,00	6.060,00	9.620,00
Sicilia	5.029.683	3.560,00	6.307,00	9.867,00
Lazio	5.561.017	3.560,00	6.974,00	10.534,00
Campania	5.811.390	3.560,00	7.288,00	10.848,00
Lombardia	9.642.406	3.560,00	12.092,00	15.652,00
Totale	59.619.290	74.764,00	74.764,00	149.528,00

Data l'esiguità delle risorse stanziato per l'anno 2009, Ministero e Regioni hanno concordato di attribuire contestualmente alle Regioni, in un'unica soluzione, le quote di riparto relative agli anni 2008 e 2009, da erogarsi a seguito dell'invio di una relazione sugli interventi realizzati in attuazione della legge 125/2201 in entrambi gli anni, da utilizzare ai fini della Relazione al Parlamento dell'anno 2010.

Tutte le Regioni hanno inviato in tempi utili i dati richiesti ed il Ministero, valutate positivamente le relazioni pervenute, ha completato entro il settembre 2010 l'avvio delle procedure per l'erogazione a tutte le Regioni delle quote di risorse spettanti per gli anni 2008 e 2009.

I finanziamenti relativi all'anno finanziario 2010

Per l'anno 2010 sono stati stanziati per il monitoraggio dei dati Euro 313.693, successivamente integrati in Euro 501.108, per i quali il Ministero ha proposto alla Commissione Salute per il coordinamento tecnico interregionale un riparto tra le Regioni per le medesime finalità e secondo i medesimi criteri sopra descritti.

2.3. Gli interventi in materia di informazione e comunicazione

L'art. 3 comma 4 della legge 125/2001 prevede uno stanziamento annuale d' fondi per le azioni di informazione e prevenzione da realizzarsi negli ambienti scolastici, militari, penitenziari e di aggregazione giovanile.

Per l'anno finanziario 2009 sono stati stanziati a tali fini Euro 244.387.

Nel corso del 2009 e del 2010 la Direzione generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero, cui è assegnata la competenza per la relativa spesa, ha realizzato le seguenti attività.

Campagna di comunicazione 2009

La campagna di comunicazione 2009 è stata finalizzata a promuovere nei ragazzi più giovani una riflessione critica sugli effetti dannosi dell'abuso di alcol anche in relazione alle conseguenze dell'assunzione di alcolici prima della guida.

La campagna è stata caratterizzata dal *claim* "Ragazzi vediamoci chiaro" e da un *visual* di immediato impatto emozionale, costituito da un'immagine deformata del volto di una ragazza che simula la percezione visiva limitata ed alterata dovuta all'abuso di alcol.

Nella campagna stampa l'esortazione a "vederci chiaro" è rafforzata da un testo che invita i giovani ad una riflessione critica: *"L'Alcol altera la capacità di percezione e di reazione. Non beviamo mai prima di guidare. Potremmo mettere in pericolo la nostra vita e quella degli altri. Con l'alcol non si scherza."*

La campagna si è articolata in un complesso d'interventi declinati su diversi strumenti e mezzi. Tutte le iniziative della campagna sono state concentrate soprattutto nel periodo estivo (agosto-settembre), quando i momenti di aggregazione giovanile sono particolarmente frequenti.

Stampa

È stata curata la pubblicazione di annunci stampa sulle testate più diffuse tra i giovani (sportive, musicali, di intrattenimento).

Internet

Spazi pubblicitari

È stata pianificata la pubblicazione di *banner* sul web sui siti particolarmente visitati dai giovani (motori di ricerca, aggregazione, ecc., specie sul circuito "Zona cinema", il principale network pubblicitario di siti dedicati al cinema). Il *banner* è stato studiato con animazioni impattanti e coordinate con lo spot utilizzato nel circuito Grandi Stazioni.

www.ragazzivediamocichiaro.it

E' stato organizzato un minisito internet dedicato alla campagna (www.ragazzivediamocichiaro.it), organizzato in varie sezioni per permettere un approfondimento informativo su tema.

Outdoor

È stato realizzato e trasmesso uno spot attraverso il circuito degli schermi LCD "Grandi Stazioni" presenti nelle stazioni ferroviarie delle maggiori città italiane.

Discoteche e locali notturni

- E' stata curata in 200 locali notturni italiani la distribuzione di "Busta", un mensile gratuito innovativo studiato per essere collezionato. Il mensile è stato personalizzato in linea con la creatività della campagna, inserendo al suo interno una cartolina lenticolare legata alla campagna, un poster e gadget/portachiavi.

-In accordo con la FIPE (Federazione Italiana Pubblici Esercizi) sono state affisse locandine della campagna nelle principali discoteche di tutto il territorio nazionale.

Accordo di collaborazione tra Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità per la realizzazione di iniziative di prevenzione e comunicazione sul consumo e abuso di alcol nell'anno 2010

In base a uno specifico accordo di collaborazione stipulato con il Ministero della Salute, l'Istituto superiore di Sanità ha curato la IX edizione del convegno *Alcohol Prevention Day*, svoltasi il 29 aprile 2010.

L'evento, realizzato dall'Osservatorio nazionale alcol del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps-Iss) e dal Centro collaborativo Oms per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problematiche alcolcorrelate, in stretta collaborazione con la Società italiana di Alcolologia (Sia), l'Associazione italiana dei Clubs degli alcolisti in trattamento (Aicat) ed Eurocare Italia, è stato sostenuto e finanziato dal Ministero della Salute.

L'*Alcohol Prevention Day* 2010, momento cardine del mese di prevenzione alcolologica, ha catalizzato il dibattito scientifico, sanitario e sociale sul tema alcol. In occasione della giornata sono state condivise le evidenze scientifiche e sono stati forniti nuovi strumenti e materiali di prevenzione nonché relazioni scientifiche sull'argomento. È stato organizzato un workshop per presentare i dati di monitoraggio rilevati dai sistemi di sorveglianza, per intercettare i trend e i fenomeni emergenti, per fare il punto sulle evidenze scientifiche e per proporre interventi mirati alla riduzione del rischio alcolcorrelato. Uno spazio aperto è stato inoltre riservato alle esperienze e alle proposte del mondo associativo e dell'auto-mutuo aiuto. L'attenzione dell'edizione 2010 si è focalizzata soprattutto sui problemi di due segmenti particolarmente sensibili della popolazione, quello dei giovanissimi e degli anziani.

Il workshop è stato anche l'occasione per presentare il rapporto Istisan 2010 "Epidemiologia e monitoraggio alcolcorrelato in Italia", una valutazione dell'Osservatorio nazionale alcol del Cnesps sull'impatto di uso e abuso di alcol in Italia.

In occasione dell'*Alcohol Prevention Day* 2010, il Centro servizi-documentazione alcol dell'ISS, in collaborazione con la Direzione generale della Comunicazione e Relazioni istituzionali del Ministero della Salute, ha predisposto una nuova serie di materiali informativi con finalità divulgativa per la prevenzione alcolologica dedicati a minori, adolescenti, donne, famiglie, decisori e programmatori politici e sanitari, come sotto indicato.

Libretti

-Alcol e lavoro: scegli la sicurezza... più sai meno rischi

-Alcol: le strategie di prevenzione dell'Oms

-Alcol: sai cosa bevi? Più sai meno rischi

-Donna e alcol. Alcol: sei sicura? - Il libretto per conoscere e non rischiare

Libretti tascabili

-I giovani e l'alcol: istruzioni per l'uso. Un decalogo per i genitori

-Alcol: sei sicura? Le ragazze e l'alcol - Il libretto per conoscere e non rischiare

Pieghevoli

-Se guidi...Non bere

-Alcol e gravidanza: sei sicura?

-Alcol: qualche "dritta" in più per i giovani. Quello che devi sapere per non rischiare

-Alcol: sai cosa bevi? Più sai, meno rischi!

Locandine

-L'alcol può farti male

-Alcol: sai cosa bevi? Più sai, meno rischi!

Disco informativo sui valori alcolemici (simile al disco orario che si espone sul cruscotto)

Cartolina per il calcolo veloce dell'Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Il test si compone di tre semplici domande, testate e validate, essenziali per l'identificazione precoce del consumo di alcol a rischio nell'ambito dell'assistenza primaria. Il lato A della cartolina rileva e identifica alcune modalità del bere a rischio, mentre il lato B dà le soluzioni per il calcolo del punteggio, fornisce i consigli sui limiti da rispettare e soprattutto raccomanda di rivolgersi al proprio medico se si supera il punteggio considerato a rischio.

Tutti i materiali prodotti per la comunicazione sono stati pubblicati *on line* sul sito www.iss.it in formato scaricabile e possono essere ristampati in forma autonoma, previa autorizzazione.

2.4. L'implementazione dei progetti finanziati a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga

Sono in corso di avanzata fase di realizzazione due progetti a suo tempo promossi dal Ministero per favorire il raggiungimento degli obiettivi della legge 125/2001 e per i quali il Ministero della Salute aveva chiesto e ottenuto il finanziamento del Fondo nazionale per la lotta alla droga..

Per l'implementazione di tali progetti sono state individuate, tramite la Commissione Salute per il coordinamento delle Regioni, le Regioni disponibili a svolgere un ruolo di capofila per la gestione amministrativa e il coordinamento tecnico nonché quelle interessate a partecipare in qualità di *partners*.

Si elencano di seguito i titoli dei citati progetti, le cui attività sono descritte in dettaglio nelle Relazioni al Parlamento degli anni 2007-8:

-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; Regione capofila: Lazio);

-progetto “*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; Regione capofila: Emilia Romagna).

Si è inoltre definitivamente concluso, con la realizzazione di un convegno finale tenutosi a Roma nel giugno 2010, il 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; Regioni capofila: Toscana e Lombardia).

Con la promozione di questo progetto il Ministero della Salute, preso atto che la legge 125/2001 impegna le Regioni ad una specifica programmazione di interventi per il monitoraggio, la prevenzione e il trattamento dei problemi alcolcorrelati, ha inteso sostenere le Regioni stesse nella costruzione delle basi informative e conoscitive necessarie per la messa a punto di validi ed efficaci interventi.

Il progetto ha inteso in particolare promuovere, ritenendoli strategicamente importanti, lo sviluppo di metodologie e linee guida per l’identificazione dei soggetti portatori di patologie e problemi alcolcorrelati nell’utenza dei servizi territoriali ed ospedalieri, nonché la valutazione dei modelli organizzativi, di trattamento e riabilitazione adottati.

Obiettivi specifici del progetto sono stati la diffusione di modelli di buona pratica e la promozione di adeguati interventi di formazione per il personale addetto.

Nell’ambito del progetto in particolare sono stati realizzati

- la costruzione ed informatizzazione di una cartella alcologica socio-sanitaria finalizzata alla gestione dei pazienti con abuso/dipendenza da alcol e patologie alcolcorrelate nonché alla informatizzazione della rilevazione analitica delle attività alcologiche;

- l’organizzazione di brevi corsi formativi decentrati per gli operatori nelle diverse Regioni sulla base di un pacchetto formativo comune e di un corso centralizzato di perfezionamento in Alcologia, tenutosi a Milano. Gli atti di tale corso sono stati recentemente pubblicati in un volume dal titolo “*Modelli di intervento in alcologia. L’esperienza e le indicazioni operative condivise dagli operatori pubblici e privati in Lombardia*”, che contiene tutte le relazioni e le sintesi dei lavori di gruppo prodotti.

Gli atti del convegno conclusivo del progetto sono attualmente in corso di pubblicazione sulla rivista “*Alcologia*”.

2.5. La partecipazione alle politiche internazionali

Nel corso del 2009 e del 2010 il Ministero della Salute ha partecipato a numerose attività internazionali finalizzate alla definizione di strategie utili alla prevenzione e promozione della salute della popolazione e alla tutela delle fasce più deboli in relazione al rischio di danni alcolcorrelati.

Per quanto riguarda le politiche di ambito U.E. il Ministero ha in particolare coordinato le attività relative alla definizione del contributo italiano al testo definitivo delle Conclusioni del Consiglio dell’Unione Europea su Alcol e Salute, approvate il 1 dicembre 2009.

Il documento finale su Alcol e Salute individua alcuni obiettivi prioritari per le future politiche degli Stati membri dell'U.E., con riferimento soprattutto alla vulnerabilità della popolazione giovanile e anziana ai danni prodotti dall'alcol e alla preoccupante diffusione degli incidenti stradali e sul lavoro, sottolineando la necessità di intervenire in questi settori strategici con misure adeguate.

Gli Stati membri vengono invitati a implementare le buone pratiche presenti nella Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati, già da alcuni anni adottata dall'Unione Europea, ponendo in atto misure ritenute efficaci secondo un approccio multisettoriale, tramite interventi o Piani di azione nazionali commisurati alle specifiche esigenze locali, riferendone sviluppi e risultati alla Commissione entro il 2011.

Stati membri e Commissione dell'UE vengono inoltre invitati a inserire gli interventi per la riduzione dei danni alcolcorrelati fra gli obiettivi prioritari della loro agenda fino al 2012, rafforzando le azioni per l'identificazione, la diffusione e il monitoraggio delle misure più adeguate a contenere il danno alcolcorrelato in tutta l'Unione Europea.

Il documento europeo su Alcol e Salute invita gli Stati membri e la Commissione anche ad impegnarsi per coinvolgere il mondo della produzione e del marketing nel rafforzamento di misure di regolamentazione che consentano di produrre, distribuire e commercializzare le bevande alcoliche con modalità responsabili e in grado di ridurre il danno alcolcorrelato.

La Commissione UE in particolare è investita del compito di supportare gli Stati membri nello sviluppo di adeguate politiche e di studiare la possibilità di ulteriori passi utili per la protezione dei più giovani, soprattutto per ridurre il bere al di sotto dell'età legale, l'esposizione dei giovani all'influenza del marketing e il danno subito dai giovani nelle famiglie con problemi di alcol.

Nell'ambito delle attività istituzionali dell'Unione Europea il Ministero ha assicurato inoltre nel corso del 2009, tramite il proprio rappresentante designato, la partecipazione alle riunioni periodiche formali dei seguenti organismi comunitari:

- Standing Committee on Alcohol Policies and Action - CE- Dir. Gen.- Luxembourg;
- European Alcohol and Health Forum - CE.

E' stata inoltre assicurata la partecipazione ai seguenti *meetings* annuali di riferimento per la definizione e l'aggiornamento delle strategie comunitarie sull'alcol:

-4th Meeting of the Committee on National Alcohol Policy and Action (Luxembourg, 17-18 Febbraio 2009);

-Conference on Alcohol and Health (Stoccolma, 21-22 Settembre 2009), con contributo nazionale al *Report on alcohol consumption among elderly European Union citizens*.

Nell'ambito di tale collaborazione con le istituzioni comunitarie è stato fornito altresì, tramite l'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) del Centro Nazionale di Epidemiologia (CNESPS) presso l'Istituto Superiore di Sanità, il contributo nazionale al Report annuale "*Overviews of Member States policies aimed at reducing alcohol-related harm*", previsto dalla DGSANCO per l'implementazione della strategia comunitaria per il contrasto del danno alcolcorrelato.

Le attività svolte dall'Italia attraverso l'Osservatorio Nazionale Alcol sono state acquisite a livello europeo nell'ambito del sito web della Commissione Europea.

La Commissione Europea ed il Committee on Alcohol Policies della DG SANCO hanno inoltre acquisito e pubblicato il Report prodotto dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS-CNESPS sull'epidemiologia dell'alcol in Italia nell'ambito dello specifico progetto finanziato dal CCM del Ministero della Salute.

Per quanto riguarda le politiche di ambito OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), il Ministero ha partecipato alle attività relative alla definizione del contributo italiano al testo definitivo della Risoluzione OMS sulle strategie di riduzione dell'uso dannoso di alcol, approvata dalla 63^a Assemblea mondiale OMS svoltasi a Ginevra dal 17 al 21 maggio 2010. Il Ministero ha in particolare partecipato al coordinamento comunitario attivato a Ginevra per la definizione delle posizioni dei Paesi dell'UE in merito alla strategia globale, contribuendo alla definizione del documento di dichiarazioni che l'Unione Europea ha presentato a nome di tutti gli stati membri.

La Risoluzione approvata dall'OMS sostiene l'adozione di una strategia globale per la riduzione dell'uso dannoso di alcol, concepita come un pacchetto di opzioni politiche e di misure che possono essere prese in considerazione e adattate alle diverse esigenze nazionali, tenendo conto di caratteristiche quali religione, contesti culturali, priorità nazionali di salute pubblica, risorse, capacità e possibilità. Essa impegna gli Stati membri ad adottare e implementare la strategia per completare e supportare le politiche sanitarie nazionali, mobilitando a tale scopo volontà politica e risorse finanziarie, con particolare riferimento alla protezione della popolazione a rischio, dei giovani e delle vittime del bere altrui.

Tramite le competenze e la collaborazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS-CNESPS, National Counterpart governativo per le politiche alcolologiche, e il supporto al Centro collaborativo OMS per la Promozione della Salute e la Ricerca sull'Alcol attivato presso l'ISS, sono state assicurate le seguenti attività, concordate per il quadriennio 2009-2013 con l'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa:

- consulenza e assistenza di un esperto presso l'Ufficio Regionale OMS per l'Europa;
- programma Alcol e Droga-settore relativo a consumo di alcol, piani di azione e strategie di prevenzione in Europa;
- partecipazione alla ricerca, raccolta di dati, implementazione di progetti e assistenza all'European Alcohol Information System;
- interventi per il rafforzamento della prevenzione dei problemi alcolcorrelati e delle relative patologie attraverso la formazione multidisciplinare e la promozione della salute;
- interventi per il rafforzamento delle attività nazionali ai fini dell'identificazione precoce dell'uso dannoso di alcol, della sensibilizzazione e della riduzione del danno alcolcorrelato nella popolazione generale;
- collaborazione con l'Ufficio Regionale OMS per l'Europa nella pianificazione e implementazione degli incontri e delle conferenze annuali;
- supporto all'implementazione e valutazione del Programma Quadro del Piano di azione dell'Ufficio Regionale OMS.

Per le suddette finalità il Centro collaborativo OMS presso l'ISS ha svolto in particolare le seguenti attività:

- organizzazione del "Meeting of Experts on Alcohol" (ISS - Roma, 28.05.2009);
- contributo nazionale alla pubblicazione "*Handbook for action to reduce alcohol-related harm*", un nuovo documento che fornisce indicazioni utili ai decisori politici che lavorano con i Ministeri della Salute o che sono responsabili a livello regionale o municipale delle strategie e dei Piani di azione per ridurre i danni legati all'abuso di alcol.

Il Ministero ha partecipato inoltre, tramite il proprio rappresentante designato, a tre *meetings* delle National Counterparts OMS per le politiche sull'alcol nella Regione Europea:

- WHO Technical Regional Consultation on Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol e Meeting of National Counterpart for Alcohol Policy in the WHO European Region (Copenhagen, 20-23 aprile 2009);
- Meeting on indicators for monitoring alcohol, drugs and other psychoactive substances use consumption, substance-attributable harm and social response (Valencia, 19-21 Ottobre 2009);
- Meeting on monitoring systems for alcohol, drugs and other psychoactive substances use: review of current practice (Valencia, 22-23 ottobre 2009).

Nel corso del 2009 sono state effettuate altresì, tramite l'Osservatorio Nazionale Alcol e il Centro collaborativo OMS presso l'ISS, attività relative allo sviluppo di iniziative e protocolli di studio finalizzati a :

- attività epidemiologiche, di prevenzione e di monitoraggio per indicatori a livello nazionale, regionale, europeo ed internazionale (Alcohol Control Database, Global Alcohol Survey and status Report e European Community Health Indicators for Monitoring);
- campagne di informazione/sensibilizzazione (Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, WHO, Commissione UE, DG SANCO);
- identificazione di strategie di diagnosi precoce e di intervento breve per la riduzione del rischio e del danno alcolcorrelato in collaborazione e nell'ambito della rete internazionale INEBRIA, di cui l'Osservatorio Nazionale Alcol è membro;
- formazione del personale socio-sanitario sulle tematiche alcolcorrelate ai fini della integrazione nelle attività professionali quotidiane di procedure di identificazione e intervento validate nell'ambito di progetti internazionali (PRISMA, PHEPA, IPIB ecc.);
- produzione dei dati per i Country Reports nazionali nell'ambito del Global Survey on Alcohol del WHO di Ginevra, per i quali il Centro collaborativo OMS dell'ISS ha operato nella fase di sperimentazione e di validazione internazionale;
- acquisizione dei risultati dei progetti di ricerca europei coordinati dall'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS:

-E.C. 7th Framework Programme "*AMPHORA - Alcohol Measures for Public Health Research Alliance*" ;

-E.C. Second Programme of Community Action in the field of Health "*VINTAGE-Good health into older age*", progetto multidisciplinare su alcol e invecchiamento nel quale l'ISS riveste il ruolo di *main partner*.

3. LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE ALCOLDIPENDENZE¹

Il trattamento farmacologico della dipendenza alcolica prevede l'impiego di diverse classi di farmaci, alcune dirette al trattamento dell'astinenza, altre volte a prevenire le ricadute nell'abuso di alcolici.

Alcuni principi attivi (e le corrispondenti specialità medicinali) hanno un'indicazione terapeutica autorizzata e un impiego esclusivo nel trattamento della dipendenza alcolica: disulfiram, sodio ossidato e metadoxina.

Il naltrexone, pur avendo un'indicazione autorizzata nel trattamento della dipendenza alcolica, è anche autorizzato per il trattamento della dipendenza da oppiacei, che rappresenta la principale motivazione di consumo di questo medicinale.

Infine diverse classi farmacologiche (antipsicotici, antidepressivi, benzodiazepine, antiepilettici, etc.) sono utilizzate nel trattamento dell'astinenza da alcol e/o delle patologie alcolcorrelate.

Ai fini della valutazione dell'impatto sulla spesa farmaceutica a carico del SSN del trattamento della dipendenza alcolica sono stati analizzati i consumi e la spesa territoriale ed ospedaliera relativamente ai medicinali che hanno una specifica indicazione nel trattamento della dipendenza alcolica.

Nel 2009 sono state dispensate quasi un milione e mezzo di dosi (tab.1), attraverso il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico, per il trattamento della dipendenza alcolica, rappresentate per oltre il 90% da specialità medicinali a base di disulfiram. Rispetto all'anno precedente si è verificato un consistente incremento di quasi il 26% dei consumi di disulfiram, mentre la metadoxina ha fatto registrare una forte flessione dei consumi pari al 20%.

Tabella 1

Dosi prescritte farmaceutica convenzionata (tramite le farmacie aperte al pubblico)

N° dosi prescritte					
Molecola	N° confezioni in commercio	2008	2009	Var. assoluta	Var %
Disulfiram	2	1.085.706	1.364.274	278.568	25,7%
Naltrexone	5	116.914	124.356	7.442	6,4%
Metadoxina	2	788	627	-161	-20,4%
Sodio ossibato	1	0	56	56	-
Totale	10	1.203.408	1.489.313	285.905	23,8%

¹

Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

Da notare che mentre l'incremento del disulfiram non aveva superato il 7% tra il 2007 e il 2008 e lo 0,1% tra il 2006 e il 2007, la flessione della metadoxina continua il calo annuale intorno al 20% rilevabile fin dal 2006.

L'impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata nel 2009 è stato di poco più di 540 mila euro (tab.2), con un incremento rispetto all'anno precedente pari al 13,3%, attribuibile soprattutto all'incremento del consumo di medicinali a base di disulfiram (+25,7%). Da notare che tra il 2007 e il 2008 l'incremento della spesa convenzionata era stato solo dello 0,26% e che nel 2009 viene superato l'incremento pure notevole (+7,4%) rilevato tra il 2006 e il 2007.

E' bene sottolineare comunque che la valutazione dell'incremento complessivo della spesa deve tener conto del fatto che la spesa relativa al naltrexone deriva dal suo prevalente impiego nel trattamento della disassuefazione dalla dipendenza da oppiacei, e che un valore di impatto sulla spesa più aderente all'uso reale di questo farmaco ai fini del trattamento della dipendenza alcolica dovrebbe essere pari a 188 mila euro.

Tabella 2

Spesa farmaceutica convenzionata (tramite le farmacie aperte al pubblico)

Spesa convenzionata SSN (EURO)					
Molecola	N° confezioni in commercio	2008	2009	Var. assoluta	Var. %
Naltrexone	5	303.307	321.609	18.302	6,0%
Disulfiram	2	176.537	221.774	45.237	25,6%
Metadoxina	2	622	504	-118	-19,0%
Sodio ossibato	1	0	289	289	-
Totale	10	480.466	544.176	63.710	13,3%

La prescrizione e dispensazione dei farmaci di cui trattasi in ambito ospedaliero (comprensive dell'eventuale distribuzione diretta) è rappresentata per oltre il 90% dal sodio ossibato, con un volume complessivo di confezioni dispensate nel 2009 di quasi 2,5 milioni di unità (tab. 3).

Rispetto all'anno precedente si registra un notevole incremento del numero di confezioni consumate, pari al 46,9% (contro il 3,56% registrato tra il 2007 e il 2008 e il decremento pari a -13,4% registrato tra il 2006 e il 2007), attribuibile sia all'aumento dell'utilizzo del sodio ossibato (+49,3%) che a quello della metadoxina sul versante ospedaliero (+61,5%). Da notare che il forte incremento dell'uso della metadoxina tra il 2008 e il 2009 fa seguito al decremento (-11,9%) registrato tra il 2007 e il 2008. .

L'impatto sulla spesa farmaceutica non convenzionata nel 2009 è stato di quasi 5,7 milioni di euro (tab. 4), con un incremento rispetto all'anno precedente del 42%. Da

notare che tra il 2007 e il 2008 si era verificato un lieve decremento di tale spesa, pari a -1,2% e che fra il 2006 e il 2007 il decremento era stato molto consistente (-20%).

La spesa non convenzionata per il sodio ossidato, contestualmente all'incremento delle confezioni consumate nel 2009, è aumentata del 44%, contro l'aumento dello 0,51% registrato tra il 2007 e il 2008. Anche la metadoxina ha registrato, assieme al consistente incremento percentuale del consumo, un forte incremento della spesa (+58,9%), incremento che ha superato quello, pure consistente, registrato tra il 2007 e il 2008 (+24,69%).

Anche per il Disulfiram e il Naltrexone, in controtendenza rispetto all'andamento registrato fra il 2007 e il 2008, si evidenziano incrementi della spesa, sia pure in percentuali inferiori a quelli della metadoxina.

Tabella 3

N° confezioni prescritte in farmaceutica non convenzionata (strutture pubbliche)

N° confezioni				
Molecola	2008	2009	Var assoluta	Var %
Sodio ossibato	1.632.701	2.438.067	805.366	49,3%
Metadoxina	5.149	8.317	3.168	61,5%
Naltrexone	8.505	8.335	-170	-2,0%
Disulfiram	36.093	17.141	-18.952	-52,5%
Totale	1.682.448	2.471.860	789.412	46,9%

Tabella 4

Spesa farmaceutica non convenzionata (strutture pubbliche)

Spesa non convenzionata				
Molecola	2008	2009	Var. assoluta	Var. %
Sodio ossibato	3.629.586	5.227.689	1.598.103	44,0%
Naltrexone	69.575	105.849	36.274	52,1%
Disulfiram	262.842	288.516	25.675	9,8%
Metadossina	28.037	44.546	16.508	58,9%
Totale	3.990.040	5.666.600	1.676.560	42,0%

Nel 2009 il valore complessivo dell'incidenza dei medicinali impiegati nel trattamento dell'alcoldipendenza sulla spesa farmaceutica a carico del SSN ha fatto registrare un rilevante incremento (tab.5), interrompendo la tendenza alla diminuzione in atto dal 2006.

La spesa complessiva (convenzionata + non convenzionata) è pari infatti a 6,2 milioni di euro, con un incremento del 39% rispetto all'anno precedente.

Inoltre, pur escludendo il naltrexone, la spesa complessiva conseguente all'esclusivo trattamento della dipendenza da alcol ammonterebbe nel 2009 a circa 5,8 milioni di euro, con un incremento di quasi 1,7 milioni rispetto all'anno precedente (+41%). Tale incremento risulta sostanzialmente derivante dall'aumento della prescrizione del sodio ossibato.

Tabella 5
Spesa farmaceutica totale (convenzionata + non convenzionata) per i farmaci per la cura della dipendenza da alcol (EURO)

Anno	Spesa convenzionata	Spesa non convenzionata	Spesa totale	% conv.	% non conv.
2006	446.142	5.037.411	5.483.553	8,1%	91,9%
2007	479.291	4.007.262	4.486.552	10,7%	89,3%
2008	480.466	3.990.040	4.470.506	10,7%	89,3%
2009	544.176	5.666.600	6.210.776	8,8%	91,2%

4. LE ATTIVITÀ DELLA CONSULTA NAZIONALE SULL'ALCOL E I PROBLEMI ALCOLCORRELATI

La Consulta nazionale sull'alcol, prevista dall'art. 4 della legge 125/2001 e presieduta dal Ministro del Lavoro e Politiche Sociali, è stata regolamentata con DM 3 giugno 2004 n. 199.

I suoi componenti durano in carica tre anni e possono essere riconfermati.

La composizione della Consulta in carica nel triennio 2006-2009 è stata stabilita con Decreto del Ministro della Solidarietà Sociale in data 18 Ottobre 2006.

Dal Maggio 2008, con l'inizio dell'attuale legislatura, la presidenza della Consulta è stata assunta dal Sottosegretario del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali Eugenia Roccella.

Nel corso del 2008 e 2009 la Consulta ha operato tramite 4 gruppi di lavoro per la trattazione e l'approfondimento dei seguenti temi:

- alcol e stili di vita;
- educazione, prevenzione e trattamento;
- legge 125/2001 e organizzazione della Conferenza nazionale sull'alcol;
- alcol, guida e lavoro.

Tutti i documenti prodotti dai singoli gruppi di lavoro sono stati oggetto di discussione e valutazione nel corso di riunioni plenarie della Consulta.

Nell'anno 2008 la Consulta ha dato un contributo particolarmente significativo per la promozione e realizzazione della I Conferenza Nazionale sull'Alcol sul tema "Più salute, meno rischi. Costruire alleanze per il benessere e la sicurezza", tenutasi a Roma nei giorni 20 e 21 ottobre 2008 e organizzata dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali con il supporto tecnico-organizzativo dell'ISFOL.

L'iniziativa ha rappresentato la prima occasione di livello nazionale per un confronto tra i rappresentanti delle istituzioni, del mondo scientifico, dei servizi sociosanitari, dell'associazionismo, del privato sociale e del mondo della produzione sulle tematiche connesse alla prevenzione del consumo dannoso di alcol e dell'alcoldipendenza.

Nelle due giornate di lavoro della Conferenza sono state trattate, tramite interventi in plenaria, tavole rotonde e gruppi di lavoro nelle sessioni parallele, alcune aree tematiche fondamentali:

- consumi di alcol e impatto alcolcorrelato
- stili di vita e cultura del bere in Italia
- panorama europeo: indirizzi e buone pratiche
- istituzioni, società civile e problematiche alcolcorrelate: ruoli e priorità
- sistema dei servizi pubblici e privati accreditati
- auto-mutuo aiuto, volontariato e associazionismo
- giovani: protezione dei minori, tutela della crescita, responsabilità e autonomia
- politiche di controllo: produzione, commercializzazione, promozione e vendita
- guida e lavoro: politiche per la sicurezza del trasporto.

Le 5 sessioni parallele della Conferenza si sono incentrate ed hanno approfondito in particolare i seguenti argomenti:

- il sistema dei servizi pubblici e privati accreditati

- il ruolo della società civile: auto mutuo aiuto, volontariato e associazionismo
- i giovani: protezione dei minori, tutela della crescita, responsabilità e autonomia
- le politiche di controllo: produzione, commercializzazione, promozione e vendita
- guida e lavoro: politiche per la sicurezza del trasporto.

Tutti i documenti approvati nelle cinque sessioni plenarie indicate sono stati riportati in sintesi nella Relazione al Parlamento dell'anno 2009.

Nel corso del 2009 la Consulta si è riunita 3 volte.

Nella riunione del 5 febbraio 2009 è stato analizzato l'esito dei lavori della I Conferenza Nazionale sull'alcol, mentre nella riunione del 27 febbraio 2009 sono stati approvati uno stanziamento di apposite risorse e la pubblicazione, sul supplemento della Rivista della Società Italiana di Alcolologia, di un documento di sintesi relativo agli atti della Conferenza stessa.

Il 18 ottobre 2009 si è esaurito il triennio del secondo mandato della Consulta ed i suoi componenti hanno pertanto, nell'ambito di una successiva riunione conclusiva svoltasi il 24 novembre 2009, concluso i lavori indicando, onde favorire la continuità delle future attività con quelle svolte negli anni precedenti, le priorità e le tematiche che sarebbe opportuno affrontare nel prossimo triennio di vigenza della Consulta stessa.

Nel dicembre 2009 la competente Direzione Generale per il Volontariato, l'Associazionismo e le Formazioni Sociali del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali ha attivato le procedure necessarie per il rinnovo dell'organismo giunto alla scadenza del suo mandato, chiedendo alle Amministrazioni interessate di formulare le designazioni di competenza.

PARTE SECONDA

5. I servizi alcologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30.3.2001 n. 125. **Anno 2008**

5.1. Il personale dei servizi

Al 31.12.2008 sono stati rilevati 459 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza distribuiti in 19 Regioni e P.Autonome: il 95,9% sono di tipo territoriale, il 2,6% di tipo ospedaliero e l'1,5% di tipo universitario (tab.1-2; graf.1).

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

In totale nel 2008 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 3.886 unità di personale: 671 addette esclusivamente (17,3% del totale) e 3.215 addette parzialmente (82,7% del totale) (tab.3).

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 e l'Abruzzo dove sono più frequenti gli addetti esclusivi (rispettivamente, 69,8% e 55,6%).

La proporzione più alta di addetti esclusivi spetta agli infermieri professionali (28,0%), seguiti dai medici (21,9%), dagli assistenti sociali (15,6%) e dagli psicologi (15,5%); gli addetti parziali sono più frequentemente infermieri professionali (24,8%), medici (22,9%) e psicologi (18,3%) (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 1996-2008 i trend del numero assoluto delle unità di personale (totale, esclusivo e parziale) distinte nelle singole qualifiche professionali. Si osserva nel 2008, per il personale esclusivo, un aumento per ogni qualifica considerata, in controtendenza rispetto agli anni più recenti; tale aumento appare particolarmente significativo se si considera che nel 2008 sono stati rilevati un numero più basso di servizi (459) rispetto al 2007 (472). Viceversa per il personale addetto parzialmente, tali valori sono sostanzialmente simili a quelli rilevati nell'ultimo triennio; siffatto andamento si conferma anche osservando la distribuzione del personale in termini percentuali.

Nella tabella 5 sono visualizzate le distribuzioni percentuali regionali per qualifica, 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 sociosanitari, i medici rappresentano il 22,7% e gli psicologi il 17,8%; il restante 10,7% 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 (21,9% vs 22,9%) e psicologi (15,5% vs 18,3%) e una maggiore presenza di operatori socio-sanitari (53,4% vs 47,7%).

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).

5.2. Le caratteristiche demografiche dell'utenza

Nel 2008¹ sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 66.548 soggetti alcoldipendenti (tab.6), valore superiore rispetto al 2007² (graf.5).

Il 36,7% dei servizi ha meno di 50 utenti; quelli a più alta utenza (200 o più soggetti in carico) rappresentano il 20,4% 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, 14.048 e 11.162), mentre il valore più basso si registra in Molise con 125 utenti³.

Il 30,5% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il rimanente 69,5% da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. Stratificando per sesso, le percentuali di nuovi utenti risultano pari a 31,0% per i maschi e a 28,9% 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 (47,5%), la più bassa in Emilia Romagna (21,3%) (graf. 7).

Il rapporto M/F è pari a 3,4, considerando il totale degli utenti (gli uomini rappresentano il 77,4% dell'utenza totale), a 3,7 nei nuovi utenti e a 3,3 negli utenti già in carico o rientrati (i maschi rappresentano il 78,6% nei nuovi utenti e il 76,8% 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 (20.089 soggetti, pari al 30,2%), sia per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti (rispettivamente 28,1% e 31,1%).

Gli individui di età compresa tra i 30 e i 59 anni rappresentano il 75,3% di tutti gli alcoldipendenti in esame (72,7% nei nuovi utenti e 76,3% negli utenti già in carico), i giovani al di sotto dei 30 anni sono al massimo il 15% (10,2% negli utenti totali, 15,3% nei nuovi utenti e 7,9% nei vecchi utenti), mentre non trascurabile è la quota degli

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).

individui di 60 anni e oltre (14,6% negli utenti totali, 12,0% nei nuovi utenti e 15,7% nei vecchi utenti).

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: il 58,9% dei primi ha più di 40 anni rispetto al 70,3% dei secondi; il 15,3% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale si dimezza (7,9%); viceversa gli ultracinquantenni sono il 30,8% per i nuovi utenti e il 39,2% 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 35,2% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 26,2% delle femmine; nella classe modale 40-49 anni si concentra il 31,9% delle donne (29,7% nel sesso maschile), nella classe successiva (50-59 anni) le percentuali scendono a 25,0% e a 21,2%, rispettivamente, per le donne e per gli uomini; infine la proporzione di utenti con età maggiore o uguale a 60 anni è pari a 13,9% nei maschi e a 16,9% 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 evidenzia la tendenza all'aumento della frequenza della classe della classe 40-49 anni, sia nei nuovi utenti ma soprattutto in quelli già in carico. Per i nuovi utenti, inoltre, si nota la lieve flessione della classe "<20 anni" e la nuova crescita dal 2006 della classe 20-29 anni. Per gli utenti già in carico si rileva, infine, l'aumento degli ultrasessantenni arrivati nel 2008 al 15,7% (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 2008 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,6 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (47,0 rispetto a 44,7), 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 (43,6 vs 46,4); entrambi i sottogruppi non si discostano dalla tendenza generale di una maggiore rappresentatività delle età avanzate nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 45,4 vs 42,4 anni nel sottogruppo dei nuovi utenti e 47,7 vs 45,8 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 Lombardia e della Provincia autonoma di Trento, presentano valori dell'età media uguali o superiori al dato nazionale; viceversa nel Sud si registrano valori più bassi.

Analizzando il dato negli anni più recenti si nota una lieve flessione dell'età media nei nuovi utenti maschi, una sostanziale stabilità per i nuovi utenti femmine e per i maschi già in carico e un lieve aumento per le femmine già in carico (tab.10; graf.10).

5.3. I consumi alcolici dell'utenza

Nel 2008 (graf.11) la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (57,3%), seguito dalla birra (23,7%), dai superalcolici (10,5%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (4,9%). La birra risulta prevalentemente consumata dai maschi (25,0% vs 19,1% delle

femmine), mentre per il vino si osserva una percentuale più elevata di consumatori di sesso femminile (60,4% vs 56,4%). 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 68,2% del Piemonte al 40,9% 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 29,6% in Molise) e di aperitivi/amari/digestivi, particolarmente utilizzati anche in alcune Regioni centrali (8,5% in Umbria e 8,0% nel Lazio).

Nel periodo 1996-2008 (graf. 12) vi è una tendenza all'aumento del consumo di birra (da 14,1% a 23,7%) ed alla diminuzione prima e all'attuale stabilizzazione del consumo di vino (da 68,3% a 57,2%); per i superalcolici e per gli aperitivi, amari, 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, il 10,0% (6.667 utenti) e il 5,5% (3.632 utenti) degli individui rilevati, con una grande variabilità territoriale (per le sostanze stupefacenti si va dall'1,4% della Provincia autonoma di Bolzano al valore del 38,9% del Lazio).

La prevalenza di utenti che fanno un uso concomitante di stupefacenti, nel 2008, in lieve diminuzione rispetto al 2007, interrompe l'andamento crescente rilevato recentemente, mentre quella degli utenti che abusano anche di farmaci resta sostanzialmente stabile intorno al 6% (tab.12).

5.4. I modelli di trattamento

Analizzando i programmi di trattamento (tab.13; graf. 13) si osserva che il 30,0% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,5% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 7,8% è stato inserito in Gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 14,0% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,7% degli alcolodipendenti. I trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 10,3% degli utenti e sono principalmente consistiti in terapia individuale (65,0%) e terapia di gruppo o familiare (35,0%).

Il ricovero ha riguardato il 5,1% del totale degli utenti rilevati (3,7% in istituti pubblici, 1,4% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (62,3% sul totale dei ricoverati in regime ospedaliero ordinario o in day hospital e 66,9% 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 in Valle d'Aosta, in Emilia Romagna e in Molise; valori elevati si osservano, per il counseling, nella Provincia autonoma di Trento (53,5%) e per la psicoterapia (individuale o di gruppo) in Molise (28,5%) e in Liguria, Marche, Lazio, Campania e Basilicata (intorno al 16%); 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 (25,6%), in Emilia Romagna (19,1%) e in Molise (26,3%); l'inserimento in comunità semiresidenziali o residenziali è massimo in Basilicata (7,6%) e minimo in Friuli Venezia Giulia (0,6%). Infine, relativamente al ricorso al ricovero in strutture pubbliche, spicca la Valle d'Aosta con l'11,7% dei casi; riguardo al ricovero in strutture private convenzionate, il Friuli Venezia Giulia e il Lazio si contraddistinguono per un 5,9% 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.

5.5. I modelli organizzativi dei servizi

Ai fini di una caratterizzazione del modello organizzativo-funzionale, sono state rilevate le funzioni effettivamente svolte dai servizi o gruppi di lavoro nel corso del 2008 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 2008 le funzioni indicate.

Come si può osservare, un'alta percentuale di servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi (87,6%) e ha definito (86,5%) e/o attuato (86,3%) programmi terapeutico-riabilitativi; gli interventi di prevenzione sono stati effettuati dall'83,7% dei servizi. Per le funzioni di coordinamento, le percentuali di attivazione più basse sono riferite a quelle che coinvolgono le rilevazioni epidemiologiche (57,5%) e gli interventi di altre strutture o servizi sanitari pubblici (59,3%); le più alte sono attribuibili al coordinamento con il servizio sociale pubblico (81,3%), con i servizi ospedalieri (79,3%) e con il medico di famiglia (77,3%). I piani operativi di formazione del personale e di sensibilizzazione hanno coinvolto il 66,0% dei servizi rilevati. Si osserva una forte variabilità regionale.

Nel 2008 solo per le attività di accoglienza, osservazione e diagnosi, per la funzione di coordinamento con il medico di famiglia e con il servizio sociale pubblico continua la diminuzione osservata negli anni più recenti; per le restanti funzioni si osserva, viceversa, un aumento in controtendenza (tab.15).

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

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, privato sociale e privato in materia di alcoldipendenza.

Per quanto riguarda la collaborazione con i gruppi di auto-mutuo aiuto, si osserva (tab.16) che nel 2008 il 53,4% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 41,0% con gli A.A. e il 14,4% 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 46,2% e il 23,1% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 42,7% (40,9% nel 2007). Netamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli enti privati, sia con case di cura convenzionate (18,7%) che private (1,1%). 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 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 2008, ogni servizio ha collaborato con circa 8 CAT, 2 gruppi di A.A., 3 comunità e 2 cooperative sociali. Meno frequente, come già visto, la collaborazione con gli enti privati, con valori medi pari a 2,0 per le case di cura convenzionate e a 1,8 per quelle 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 2008

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA			
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata
PIEMONTE	58	0	0	0
VALLE D'AOSTA	1	0	0	0
LOMBARDIA	49	5	4	0
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	0	0
PROV.AUTON.TRENTO	10	0	0	0
VENETO	33	5	1	0
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	0	0	0
LIGURIA	5	0	0	0
EMILIA ROMAGNA	45	0	0	0
TOSCANA	39	0	1	0
UMBRIA	8	0	0	0
MARCHE	15	0	0	0
LAZIO	32	1	0	0
ABRUZZO	4	0	0	0
MOLISE	2	0	0	0
CAMPANIA	32	0	0	0
PUGLIA	48	0	0	0
BASILICATA	6	0	0	0
CALABRIA	0	0	0	0
SICILIA	43	0	1	0
SARDEGNA	0	0	0	0
ITALIA	440	12	7	0
				459

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
2007	452	10	10	0	472
2008	440	12	7	0	459

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

XVI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab. 3 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2008

REGIONE	MEDICI		PSICOLOGI		ASSISTENTI SOCIALI			EDUCATORI PROFESSIONALI				
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	
PIEMONTE	6	105	111	6	97	103	4	78	82	8	85	93
VALLE D'AOSTA	2	1	3	1	3	4	1	1	2	1	2	3
LOMBARDIA	39	61	100	27	62	89	24	50	74	22	27	49
PROV. AUTON. BOLZANO	2	6	8	2	21	23	1	7	8	1	1	2
PROV. AUTON. TRENTO	1	11	12	0	1	1	4	0	4	3	1	4
VENETO	13	65	78	14	50	64	14	38	52	15	41	56
FRIULI VENEZIA GIULIA	7	4	11	5	3	8	6	1	7	2	1	3
LIGURIA	4	5	9	0	5	5	1	2	3	1	3	4
EMILIA ROMAGNA	5	44	49	7	44	51	5	26	31	3	27	30
TOSCANA	3	71	74	3	46	49	1	55	56	3	33	36
UMBRIA	0	6	6	1	5	6	0	4	4	0	1	1
MARCHE	3	27	30	2	20	22	1	16	17	0	6	6
LAZIO	24	76	100	11	50	61	14	25	39	1	5	6
ABRUZZO	4	2	6	3	2	5	5	2	7	1	0	1
MOLISE	0	6	6	0	3	3	0	5	5	0	0	0
CAMPANIA	23	81	104	8	56	64	15	36	51	1	11	12
PUGLIA	7	74	81	11	56	67	7	55	62	2	21	23
BASILICATA	3	9	12	3	7	10	2	6	8	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	83	84	0	58	58	0	55	55	0	8	8
SARDEGNA	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
ITALIA	147	737	884	104	589	693	105	462	567	65	275	340

Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione -
Direzioni generali della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

XVI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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	5	113	118	2	25	27	4	31	35	35	534	569
VALLE D'AOSTA	3	1	4	0	0	2	0	2	2	8	12	20
LOMBARDIA	44	74	118	7	23	30	8	5	13	171	302	473
PROV. AUTON. BOLZANO	0	13	13	1	7	8	1	1	2	8	56	64
PROV. AUTON. TRENTO	1	4	5	0	0	0	0	0	2	9	19	28
VENETO	14	99	113	6	23	29	3	22	25	79	338	417
FRILULI VENEZIA GIULIA	18	5	23	0	3	3	6	2	8	44	19	63
LIGURIA	5	6	11	0	0	0	0	0	2	11	23	34
EMILIA ROMAGNA	4	43	47	0	5	5	1	7	8	25	196	221
TOSCANA	11	72	83	0	9	9	0	10	10	21	296	317
UMBRIA	1	6	7	0	0	0	0	3	3	2	25	27
MARCHE	2	18	20	1	4	5	0	8	8	9	99	108
LAZIO	27	76	103	4	4	8	6	9	15	87	245	332
ABRUZZO	5	2	7	1	1	2	1	7	8	20	16	36
MOLISE	0	4	4	0	2	2	0	3	3	0	23	23
CAMPANIA	28	92	120	3	10	13	6	26	32	84	312	396
PUGLIA	11	73	84	0	8	8	1	26	27	39	313	352
BASILICATA	7	11	18	0	3	3	0	2	2	16	40	56
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	2	85	87	0	18	18	0	40	40	3	347	350
SARDEGNA	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
ITALIA	188	797	985	25	147	172	37	208	245	671	3.215	3.886

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

Tab.4 - 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
2004	852	649	584	322	877	150	246	3.680
2005	796	590	518	321	819	167	205	3.416
2006	898	683	608	332	950	175	249	3.895
2007	857	681	587	336	929	175	238	3.803
2008	884	693	567	340	985	172	245	3.886

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	404
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
2004	174	138	131	95	185	25	60	808
2005	179	141	129	84	190	21	53	797
2006	141	111	116	65	157	15	52	657
2007	129	101	106	64	156	23	32	611
2008	147	104	105	65	188	25	37	671

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
2004	678	511	453	227	692	125	186	2.872
2005	617	449	389	237	629	146	152	2.619
2006	757	572	492	267	793	160	197	3.238
2007	728	580	481	272	773	152	206	3.192
2008	737	589	462	275	797	147	208	3.215

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

XVI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab.5 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEL PERSONALE PER RUOLO PROFESSIONALE - ANNO 2008

REGIONE	personale totale				personale addetto esclusivamente				personale addetto parzialmente			
	medici	psicologi	operatori socio-sanitari	amministrativi ed altro	medici	psicologi	operatori socio-sanitari	amministrativi ed altro	medici	psicologi	operatori socio-sanitari	amministrativi ed altro
PIEMONTE	19,5	18,1	51,5	10,9	17,1	17,1	48,6	17,1	19,7	18,2	51,7	10,5
VALLE D'AOSTA	15,0	20,0	45,0	20,0	25,0	12,5	62,5	0,0	8,3	25,0	33,3	33,3
LOMBARDIA	21,1	18,8	51,0	9,1	22,8	15,8	52,6	8,8	20,2	20,5	50,0	9,3
PROV. AUTON. BOLZANO	12,5	35,9	35,9	15,6	25,0	25,0	25,0	25,0	10,7	37,5	37,5	14,3
PROV. AUTON. TRENTO	42,9	3,6	46,4	7,1	11,1	0,0	88,9	0,0	57,9	5,3	26,3	10,5
VENETO	18,7	15,3	53,0	12,9	16,5	17,7	54,4	11,4	19,2	14,8	52,7	13,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	17,5	12,7	52,4	17,5	15,9	11,4	59,1	13,6	21,1	15,8	36,8	26,3
LIGURIA	26,5	14,7	52,9	5,9	36,4	0,0	63,6	0,0	21,7	21,7	47,8	8,7
EMILIA ROMAGNA	22,2	23,1	48,9	5,9	20,0	28,0	48,0	4,0	22,4	22,4	49,0	6,1
TOSCANA	23,3	15,5	55,2	6,0	14,3	14,3	71,4	0,0	24,0	15,5	54,1	6,4
UMBRIA	22,2	22,2	44,4	11,1	0,0	50,0	50,0	0,0	24,0	20,0	44,0	12,0
MARCHE	27,8	20,4	39,8	12,0	33,3	22,2	33,3	11,1	27,3	20,2	40,4	12,1
LAZIO	30,1	18,4	44,6	6,9	27,6	12,6	48,3	11,5	31,0	20,4	43,3	5,3
ABRUZZO	16,7	13,9	41,7	27,8	20,0	15,0	55,0	10,0	12,5	12,5	25,0	50,0
MOLISE	26,1	13,0	39,1	21,7	-	-	-	-	26,1	13,0	39,1	21,7
CAMPANIA	26,3	16,2	46,2	11,4	27,4	9,5	52,4	10,7	26,0	17,9	44,6	11,5
PUGLIA	23,0	19,0	48,0	9,9	17,9	28,2	51,3	2,6	23,6	17,9	47,6	10,9
BASILICATA	21,4	17,9	51,8	8,9	18,8	18,8	62,5	0,0	22,5	17,5	47,5	12,5
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	24,0	16,6	42,9	16,6	33,3	0,0	66,7	0,0	23,9	16,7	42,7	16,7
SARDEGNA	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
ITALIA	22,7	17,8	48,7	10,7	21,9	15,5	53,4	9,2	22,9	18,3	47,7	11,0

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

XVI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab.6 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI
UTENTI TOTALI

REGIONE	1996				1997				1998				1999			
	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
VALLE D'AOSTA	43	14	57	3,1	38	9	47	4,2	47	25	72	1,9	96	34	130	2,8
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
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
PROV.AUTON.TRENTO	969	274	1.243	3,5	-	-	-	-	1.595	286	1.881	5,6	1.555	232	1.787	6,7
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
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
LIGURIA	-	-	-	-	30	13	43	2,3	-	-	-	-	322	108	430	3,0
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
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
UMBRIA	425	98	523	4,3	498	98	596	5,1	549	104	653	5,3	723	126	849	5,7
MARCHE	286	68	354	4,2	646	161	807	4,0	519	98	617	5,3	411	83	494	5,0
LAZIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ABRUZZO	667	182	849	3,7	193	66	259	2,9	155	34	189	4,6	433	103	536	4,2
MOLISE	119	21	140	5,7	146	27	173	5,4	183	46	229	4,0	220	39	259	5,6
CAMPANIA	92	23	115	4,0	8	2	10	4,0	372	47	419	7,9	155	20	175	7,8
PUGLIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	941	182	1.123	5,2
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	137	34	171	4,0	-	-	-	-
CALABRIA	110	19	129	5,8	533	84	617	6,3	176	43	219	4,1	-	-	-	-
SICILIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SARDEGNA	829	152	981	5,5	128	23	151	5,6	639	119	758	5,4	773	167	940	4,6
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

REGIONE	2000				2001				2002				2003			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	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	96	40	136	2,4	137	59	196	2,3	175	57	232	3,1	151	55	206	2,7
LOMBARDIA	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	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	1.544	361	1.905	4,3	-	-	-	-	-	-	-	-	2.350	652	3.002	3,6
VENETO	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	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	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	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	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	871	184	1.055	4,7	-	-	-	-	970	222	1.192	4,4	1.159	263	1.422	4,4
MARCHE	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	409	105	514	3,9	-	-	-	-	512	126	638	4,1	-	-	-	-
MOLISE	176	51	227	3,5	234	57	291	4,1	261	60	321	4,4	-	-	-	-
CAMPANIA	291	53	344	5,5	557	99	656	5,5	746	129	875	5,8	1.080	184	1.264	5,9
PUGLIA	-	-	-	-	-	-	-	-	882	142	1.024	6,2	1.050	159	1.209	6,6
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
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	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	26.319	8.239	34.558	3,2	26.645	8.133	34.778	3,3	34.191	10.299	44.490	3,3	38.620	12.566	51.186	3,1

Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue Tab.6

UTENTI TOTALI

REGIONE	2004				2005				2006				2007				2008			
	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	3.579	1.128	4.707	3,2	3.704	1.227	4.931	3,0	4.200	1.378	5.578	3,0	4.360	1.478	5.838	2,9	4.757	1.494	6.251	3,2
VALLE D'AOSTA	180	63	243	2,9	198	56	254	3,5	203	63	266	3,2	223	58	281	3,8	266	69	335	3,9
LOMBARDIA	6.526	1.940	8.466	3,4	7.237	2.017	9.254	3,6	7.434	2.094	9.528	3,6	6.983	2.089	9.072	3,3	8.742	2.420	11.162	3,6
PROV. AUTON. BOLZANO	1.555	519	2.074	3,0	1.539	504	2.043	3,1	1.876	571	2.447	3,3	1.695	550	2.245	3,1	1.875	579	2.454	3,2
PROV. AUTON. TRENTO	2.092	477	2.569	4,4	1.841	446	2.287	4,1	1.890	476	2.366	4,0	1.985	527	2.512	3,8	2.132	595	2.727	3,6
VENETO	8.917	2.810	11.727	3,2	8.242	3.000	11.242	2,7	9.225	2.701	11.926	3,4	8.341	2.237	10.578	3,7	10.949	3.099	14.048	3,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.432	529	2.961	4,6	3.398	627	4.025	5,4	3.733	789	4.522	4,7	1.902	367	2.269	5,2	2.617	557	3.174	4,7
LIGURIA	2.127	443	2.570	4,8	2.441	440	2.881	5,5	2.518	470	2.988	5,4	697	269	966	2,6	1.340	471	1.811	2,8
EMILIA ROMAGNA	3.472	1.224	4.696	2,8	3.731	1.358	5.089	2,7	3.663	1.355	5.018	2,7	3.911	1.428	5.339	2,7	3.961	1.595	5.556	2,5
TOSCANA	2.357	982	3.339	2,4	1.139	454	1.593	2,5	1.899	818	2.717	2,3	2.732	1.033	3.765	2,6	3.361	1.318	4.679	2,6
UMBRIA	667	115	782	5,8	1.421	289	1.710	4,9	1.392	282	1.674	4,9	1.594	358	1.952	4,5	1.696	394	2.090	4,3
MARCHE	1.043	346	1.389	3,0	1.647	529	2.176	3,1	932	298	1.230	3,1	1.195	350	1.545	3,4	1.167	383	1.550	3,0
LAZIO	964	281	1.245	3,4	844	242	1.086	3,5	2.040	563	2.603	3,6	2.155	590	2.745	3,7	2.313	678	2.991	3,4
ABRUZZO	787	177	964	4,4	921	281	1.202	3,3	1.047	291	1.338	3,6	945	305	1.250	3,1	868	268	1.136	3,2
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-	264	62	326	4,3	-	-	-	-	105	20	125	5,3
CAMPANIA	975	180	1.155	5,4	1.209	223	1.432	5,4	1.105	243	1.348	4,5	1.747	334	2.081	5,2	1.586	313	1.899	5,1
PUGLIA	1.098	197	1.295	5,6	1.388	244	1.632	5,7	1.513	243	1.756	6,2	1.327	292	1.619	4,5	1.446	336	1.782	4,3
BASILICATA	289	66	355	4,4	307	86	393	3,6	316	89	405	3,6	335	95	430	3,5	350	92	442	3,8
CALABRIA	-	-	-	-	1.168	191	1.359	6,1	-	-	-	-	-	1.082	162	1.244	6,7	-	-	-
SICILIA	1.475	333	1.808	4,4	1.397	248	1.645	5,6	1.848	346	2.194	5,3	1.812	334	2.146	5,4	1.960	376	2.336	5,2
SARDEGNA	1.294	275	1.569	4,7	-	-	-	-	1.226	200	1.426	6,1	418	83	501	5,0	-	-	-	-
ITALIA	41.829	12.085	53.914	3,5	43.772	12.462	56.234	3,5	48.324	13.332	61.656	3,6	45.439	12.939	58.378	3,5	51.491	15.057	66.548	3,4

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

XVI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue Tab.6

UTENTI GIA' IN CARICO ORIENTATI

REGIONE	1996				1997				1998				1999			
	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
VALLE D'AOSTA	11	5	16	2,2	18	3	21	6,0	20	13	33	1,5	35	12	47	2,9
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
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
PROV.AUTON.TRENTO	774	207	981	3,7	-	-	-	-	1.068	194	1.262	5,5	1.067	144	1.211	7,4
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
FRIULI VENEZIA GIULIA	640	201	841	3,2	582	215	797	2,7	693	208	901	3,3	886	229	1.115	3,9
LIGURIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	143	37	180	3,9
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
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
UMBRIA	207	54	261	3,8	272	57	329	4,8	353	78	431	4,5	513	94	607	5,5
MARCHE	158	33	191	4,8	306	72	378	4,3	255	51	306	5,0	221	53	274	4,2
LAZIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ABRUZZO	456	101	557	4,5	64	25	89	2,6	36	12	48	3,0	137	37	174	3,7
MOLISE	56	8	64	7,0	72	8	80	9,0	112	30	142	3,7	122	27	149	4,5
CAMPANIA	20	8	28	2,5	4	0	4	-	185	24	209	7,7	75	7	82	10,7
PUGLIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	476	83	559	5,7
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	65	19	84	3,4	-	-	-	-
CALABRIA	9	2	11	4,5	308	47	355	6,6	94	24	118	3,9	-	-	-	-
SICILIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SARDEGNA	446	81	527	5,5	62	12	74	5,2	362	63	425	5,7	457	87	544	5,3
ITALIA	9.729	2.946	12.675	3,3	9.805	3.171	12.976	3,1	11.607	3.598	15.205	3,2	14.417	4.188	18.605	3,4

REGIONE	2000				2001				2002				2003			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	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	50	18	68	2,8	91	39	130	2,3	120	48	168	2,5	113	42	155	2,7
LOMBARDIA	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	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	948	245	1.193	3,9	-	-	-	-	-	-	-	-	1.385	394	1.779	3,5
VENETO	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	876	536	1.412	1,6	847	207	1.054	4,1	750	166	916	4,5	762	156	918	4,9
LIGURIA	159	43	202	3,7	152	47	199	3,2	495	107	602	4,6	791	187	978	4,2
EMILIA ROMAGNA	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	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	679	126	805	5,4	-	-	-	-	669	157	826	4,3	789	176	965	4,5
MARCHE	377	95	472	4,0	326	72	398	4,3	455	140	595	3,3	486	149	635	3,3
LAZIO	-	-	-	-	-	-	-	-	538	175	713	3,1	597	146	743	4,1
ABRUZZO	133	30	163	4,4	-	-	-	-	238	47	285	5,1	-	-	-	-
MOLISE	105	27	132	3,9	131	33	164	4,0	168	42	210	4,0	-	-	-	-
CAMPANIA	109	20	129	5,5	265	48	313	5,5	409	72	481	5,7	686	95	781	7,2
PUGLIA	-	-	-	-	-	-	-	-	536	82	618	6,5	700	103	803	6,8
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	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	454	94	548	4,8	504	123	627	4,1	669	176	845	3,8	688	166	854	4,1
ITALIA	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

Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

UTENTI GIÀ IN CARICO O RIENTRATI

REGIONE	2004				2005				2006				2007				2008				
	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 VALLE D'AOSTA LOMBARDIA PROV. AUTON. BOLZANO PROV. AUTON. TRENTO VENETO FRIULI VENEZIA GIULIA LIGURIA EMILIA ROMAGNA TOSCANA UMBRIA MARCHE LAZIO ABRUZZO MOLISE CAMPANIA PUGLIA BASILICATA CALABRIA SICILIA SARDEGNA	2.445	771	3.216	3,2	2.608	872	3.480	3,0	2.998	1.002	4.000	3,0	3.082	1.008	4.090	3,1	3.375	1.083	4.458	3,1	
	131	48	179	2,7	143	51	194	2,8	143	53	196	2,7	159	52	211	3,1	181	51	232	3,5	
	3.864	1.237	5.101	3,1	4.126	1.321	5.447	3,1	4.733	1.378	6.111	3,4	4.712	1.516	6.228	3,1	5.784	1.622	7.406	3,6	
	1.060	350	1.410	3,0	1.059	345	1.404	3,1	1.356	397	1.753	3,4	1.131	387	1.518	2,9	1.192	386	1.578	3,1	
	1.281	281	1.562	4,6	1.057	263	1.320	4,0	1.180	301	1.481	3,9	1.257	327	1.584	3,8	1.493	419	1.912	3,6	
	5.949	2.050	7.999	2,9	5.660	2.179	7.839	2,6	6.773	2.069	8.842	3,3	5.763	1.590	7.353	3,6	7.866	2.435	10.301	3,2	
	999	227	1.226	4,4	1.528	329	1.857	4,6	2.054	464	2.518	4,4	1.007	210	1.217	4,8	1.372	294	1.666	4,7	
	1.072	267	1.339	4,0	1.367	258	1.625	5,3	2.005	349	2.354	5,7	534	189	723	2,8	1.045	353	1.398	3,0	
	2.461	894	3.355	2,8	2.811	1.023	3.834	2,7	2.834	1.066	3.900	2,7	3.097	1.136	4.233	2,7	3.132	1.240	4.372	2,5	
	1.549	695	2.244	2,2	804	355	1.159	2,3	1.337	613	1.950	2,2	1.964	750	2.714	2,6	2.437	1.000	3.437	2,4	
	366	68	434	5,4	906	175	1.081	5,2	883	169	1.052	5,2	970	224	1.194	4,3	1.105	247	1.352	4,5	
	718	208	926	3,5	869	275	1.144	3,2	592	179	771	3,3	847	246	1.093	3,4	890	265	1.155	3,4	
	606	163	769	3,7	567	146	713	3,9	1.395	366	1.761	3,8	1.582	416	1.998	3,8	1.632	436	2.068	3,7	
	436	67	503	6,5	437	91	528	4,8	547	128	675	4,3	585	158	743	3,7	515	131	646	3,9	
	-	-	-	-	-	-	-	-	188	34	222	5,5	-	-	-	-	-	78	15	93	5,2
	620	103	723	6,0	814	121	935	6,7	796	145	941	5,5	1.238	204	1.442	6,1	1.105	202	1.307	5,5	
665	124	789	5,4	860	138	998	6,2	1.013	156	1.169	6,5	846	168	1.014	5,0	977	220	1.197	4,4		
164	40	204	4,1	205	62	267	3,3	223	51	274	4,4	209	65	274	3,2	259	71	330	3,6		
-	-	-	-	876	130	1.006	6,7	-	-	-	-	-	779	112	891	7,0	-	-	-	-	
881	202	1.083	4,4	802	161	963	5,0	1.099	192	1.291	5,7	1.019	196	1.215	5,2	1.097	235	1.332	4,7		
851	201	1.052	4,2	-	-	-	-	724	110	834	6,6	290	59	349	4,9	-	-	-	-	-	
26.118	7.996	34.114	3,3	27.499	8.295	35.794	3,3	32.873	9.222	42.095	3,6	31.071	9.013	40.084	3,4	35.535	10.705	46.240	3,3		

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

XVI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue Tab. 6

UTENTI NUOVI

REGIONE	1996				1997				1998				1999			
	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
VALLE D'AOSTA	32	9	41	3,6	20	6	26	3,3	27	12	39	2,3	61	22	83	2,8
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
PROV. AUTON. BOLZANO	284	91	375	3,1	98	16	114	6,1	442	136	578	3,3	855	266	1.121	3,2
PROV. AUTON. TRENTO	195	67	262	2,9	-	-	-	-	527	92	619	5,7	488	88	576	5,5
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
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
LIGURIA	-	-	-	-	30	13	43	2,3	-	-	-	-	179	71	250	2,5
EMILIA ROMAGNA	513	152	665	3,4	559	176	735	3,2	621	201	822	3,1	654	193	847	3,4
TOSCANA	518	181	699	2,9	457	147	604	3,1	653	245	898	2,7	676	244	920	2,8
UMBRIA	218	44	262	5,0	226	41	267	5,5	196	26	222	7,5	210	32	242	6,6
MARCHE	128	35	163	3,7	340	89	429	3,8	264	47	311	5,6	190	30	220	6,3
LAZIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ABRUZZO	211	81	292	2,6	129	41	170	3,1	119	22	141	5,4	296	66	362	4,5
MOLISE	63	13	76	4,8	74	19	93	3,9	71	16	87	4,4	98	12	110	8,2
CAMPANIA	72	15	87	4,8	4	2	6	2,0	187	23	210	8,1	80	13	93	6,2
PUGLIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	465	99	564	4,7
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	72	15	87	4,8	-	-	-	-
CALABRIA	101	17	118	5,9	225	37	262	6,1	82	19	101	4,3	-	-	-	-
SICILIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SARDEGNA	383	71	454	5,4	66	11	77	6,0	277	56	333	4,9	316	80	396	4,0
ITALIA	6.632	2.202	8.834	3,0	7.726	2.444	10.170	3,2	8.960	2.543	11.503	3,5	11.119	3.183	14.302	3,5

REGIONE	2000				2001				2002				2003			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	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	46	22	68	2,1	46	20	66	2,3	55	9	64	6,1	38	13	51	2,9
LOMBARDIA	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	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	596	116	712	5,1	-	-	-	-	-	-	-	-	965	258	1.223	3,7
VENETO	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	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	185	50	235	3,7	180	53	233	3,4	806	135	941	6,0	885	137	1.022	6,5
EMILIA ROMAGNA	684	232	916	2,9	743	251	994	3,0	834	281	1.115	3,0	867	323	1.190	2,7
TOSCANA	731	263	994	2,8	779	312	1.091	2,5	723	305	1.028	2,4	679	268	947	2,5
UMBRIA	192	58	250	3,3	-	-	-	-	301	65	366	4,6	370	87	457	4,3
MARCHE	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	276	75	351	3,7	-	-	-	-	274	79	353	3,5	-	-	-	-
MOLISE	71	24	95	3,0	103	24	127	4,3	93	18	111	5,2	-	-	-	-
CAMPANIA	182	33	215	5,5	292	51	343	5,7	337	57	394	5,9	394	89	483	4,4
PUGLIA	-	-	-	-	-	-	-	-	346	60	406	5,8	350	56	406	6,3
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	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	266	68	334	3,9	292	62	354	4,7	401	72	473	5,6	330	70	400	4,7
ITALIA	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

Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue Tab.6

UTENTI NUOVI

REGIONE	2004				2005				2006				2007				2008			
	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	1.134	357	1.491	3,2	1.096	355	1.451	3,1	1.202	376	1.578	3,2	1.278	470	1.748	2,7	1.382	411	1.793	3,4
VALL' D'AOSTA	49	15	64	3,3	55	5	60	11,0	60	10	70	6,0	64	6	70	10,7	85	18	103	4,7
LOMBARDIA	2.662	703	3.365	3,8	3.111	696	3.807	4,5	2.701	716	3.417	3,8	2.271	573	2.844	4,0	2.958	798	3.756	3,7
PROV. AUTON. BOLZANO	495	169	664	2,9	480	159	639	3,0	520	174	694	3,0	564	163	727	3,5	683	193	876	3,5
PROV. AUTON. TRENTO	811	196	1.007	4,1	784	183	967	4,3	710	175	885	4,1	728	200	928	3,6	639	176	815	3,6
VENETO	2.968	760	3.728	3,9	2.582	821	3.403	3,1	2.452	632	3.084	3,9	2.578	647	3.225	4,0	3.083	664	3.747	4,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.433	302	1.735	4,7	1.870	298	2.168	6,3	1.679	325	2.004	5,2	895	157	1.052	5,7	1.245	263	1.508	4,7
LIGURIA	1.055	176	1.231	6,0	1.074	182	1.256	5,9	513	121	634	4,2	163	80	243	2,0	295	118	413	2,5
EMILIA ROMAGNA	1.011	330	1.341	3,1	920	335	1.255	2,7	829	289	1.118	2,9	814	292	1.106	2,8	829	355	1.184	2,3
TOSCANA	808	287	1.095	2,8	335	99	434	3,4	562	205	767	2,7	768	283	1.051	2,7	924	318	1.242	2,9
UMBRIA	301	47	348	6,4	515	114	629	4,5	509	113	622	4,5	624	134	758	4,7	591	147	738	4,0
MARCHE	325	138	463	2,4	778	254	1.032	3,1	340	119	459	2,9	348	104	452	3,3	277	118	395	2,3
LAZIO	358	118	476	3,0	277	96	373	2,9	645	197	842	3,3	573	174	747	3,3	681	242	923	2,8
ABRUZZO	351	110	461	3,2	484	190	674	2,5	500	163	663	3,1	360	147	507	2,4	353	137	490	2,6
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-	76	28	104	2,7	-	-	-	-	27	5	32	5,4
CAMPANIA	355	77	432	4,6	395	102	497	3,9	309	98	407	3,2	509	130	639	3,9	481	111	592	4,3
PUGLIA	433	73	506	5,9	528	106	634	5,0	500	87	587	5,7	481	124	605	3,9	469	116	585	4,0
BASILICATA	125	26	151	4,8	102	24	126	4,3	93	38	131	2,4	126	30	156	4,2	91	21	112	4,3
CALABRIA	-	-	-	-	292	61	353	4,8	-	-	-	-	303	50	353	6,1	-	-	-	-
SICILIA	594	131	725	4,5	595	87	682	6,8	749	154	903	4,9	793	138	931	5,7	863	141	1.004	6,1
SARDEGNA	443	74	517	6,0	-	-	-	-	502	90	592	5,6	128	24	152	5,3	-	-	-	-
ITALIA	15.711	4.089	19.800	3,8	16.273	4.167	20.440	3,9	15.451	4.110	19.561	3,8	14.368	3.926	18.294	3,7	15.956	4.352	20.308	3,7

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

XVI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab.8 - DISTRIBUZIONE PER ETÀ (%) DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

Totale utenti

CLASSI DI ETÀ	Maschi										Femmine										Totale																		
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<20	0,5	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,8	0,7	0,7	0,6	0,5	0,7	0,4	0,6	0,7	0,7	0,7	0,4	0,5	0,6	0,6	0,8	0,8	0,5	0,5	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,7	0,7	0,6	0,6
20-29	8,6	9,4	9,0	9,6	9,5	9,2	10,1	10,3	10,7	12,0	10,6	10,1	10,5	6,0	6,7	6,1	7,1	6,0	6,1	6,0	6,0	6,5	7,5	6,7	6,4	6,5	7,9	8,8	8,3	9,1	8,7	8,5	9,1	9,3	9,8	11,0	9,8	9,3	9,6
30-39	22,1	24,6	22,6	23,6	24,4	24,1	25,2	24,8	24,8	25,0	24,5	24,1	24,1	23,8	24,0	22,8	23,0	22,7	22,4	23,2	20,4	21,2	21,9	20,8	20,3	19,2	22,5	24,4	22,6	23,4	24,0	23,7	24,8	23,7	24,0	24,3	23,7	23,2	23,0
40-49	29,6	28,5	27,9	26,9	26,4	27,3	27,4	28,5	28,1	28,1	28,6	29,6	29,7	31,3	31,9	29,8	29,0	30,9	31,0	31,3	29,4	32,6	31,7	31,9	31,7	31,9	30,0	29,3	28,4	27,4	27,5	28,2	28,3	28,8	29,1	28,9	29,3	30,1	30,2
50-59	25,2	23,2	24,3	24,7	24,3	23,1	23,2	22,9	21,8	21,2	21,8	21,8	21,2	25,6	24,2	25,5	25,6	24,3	25,6	26,9	23,8	23,3	24,0	24,1	25,0	25,3	23,4	24,6	24,9	24,6	23,4	23,7	23,9	22,3	21,6	22,3	22,3	22,1	
>=60	14,1	13,7	15,5	14,5	14,8	15,6	13,6	12,9	13,9	13,1	13,7	13,7	13,9	12,9	12,5	15,4	14,7	14,1	15,5	13,5	16,8	15,2	14,9	15,8	16,8	16,9	13,8	13,4	15,5	14,6	14,6	15,6	13,6	13,9	14,2	13,5	14,2	14,4	14,6
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	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 DI ETÀ	Maschi										Femmine										Totale																		
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<20	0,8	0,9	1,2	1,1	1,1	0,8	1,1	1,0	1,3	1,4	1,3	1,2	0,8	0,9	0,7	0,8	1,2	0,8	0,7	1,1	1,1	1,3	1,5	1,5	1,0	0,8	0,9	1,1	1,1	1,1	1,0	0,7	1,1	1,0	1,3	1,4	1,3	1,1	
20-29	11,0	11,7	11,6	12,8	12,7	12,7	13,5	14,5	15,4	16,9	14,6	15,1	15,6	7,1	8,4	7,8	8,2	8,6	8,5	7,5	8,5	8,7	11,1	9,4	9,6	9,1	10,0	10,9	10,7	11,8	11,8	11,8	12,2	13,2	14,0	15,7	13,5	13,9	14,2
30-39	23,1	25,5	24,2	25,5	26,2	26,0	26,5	26,3	26,4	26,9	26,1	26,9	26,7	24,8	25,0	23,5	23,9	22,8	24,4	23,9	22,1	22,3	23,4	22,0	20,7	22,4	23,5	25,4	24,0	25,1	25,5	25,6	25,9	25,4	25,6	26,1	25,2	25,5	25,8
40-49	28,9	26,6	26,2	24,7	24,4	25,6	26,6	26,6	26,1	25,9	26,6	27,5	27,5	31,1	31,2	28,8	28,9	28,6	29,2	32,1	29,5	32,2	30,2	31,1	30,7	30,5	29,5	27,7	26,7	25,7	25,4	26,3	27,8	27,2	27,4	26,8	27,6	28,2	28,1
50-59	22,8	22,1	22,0	23,1	23,4	20,4	21,1	19,4	18,9	17,9	19,4	17,9	17,8	24,0	22,7	24,0	23,7	25,5	21,8	23,8	21,6	21,2	20,3	21,3	21,1	22,2	23,1	22,3	22,4	23,3	23,9	20,7	21,7	19,9	19,4	18,4	19,8	18,6	18,8
>=60	13,4	13,1	14,9	12,7	12,1	14,4	11,5	12,1	12,1	11,1	11,9	11,4	11,3	12,2	11,7	15,3	14,5	13,4	15,4	12,2	17,3	14,6	13,7	14,6	16,4	16,4	14,9	13,1	12,8	15,0	13,1	12,4	14,6	11,6	13,2	12,6	11,6	12,5	12,0
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	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 DI ETÀ	Maschi										Femmine										Totale																		
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<20	0,2	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,3	0,6	0,3	0,4	0,4	0,7	0,2	0,2	0,4	0,3	0,4	0,5	0,4	0,3	0,5	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	
20-29	6,9	7,6	7,0	7,2	7,3	6,8	7,6	7,7	7,9	9,1	8,8	7,7	8,2	5,1	5,4	4,8	6,4	4,4	4,7	4,9	4,6	5,5	5,6	5,5	4,9	5,5	6,5	7,0	6,5	7,0	6,6	6,3	7,0	6,9	7,3	8,3	8,0	7,1	
30-39	21,5	23,8	21,3	22,1	23,1	22,8	24,3	23,8	23,9	23,7	22,8	22,9	23,1	23,1	23,1	22,3	22,3	22,7	21,1	22,8	19,5	20,6	21,2	20,3	20,1	17,9	21,8	23,7	21,6	22,2	23,0	22,4	24,0	22,7	23,1	23,2	23,0	22,2	21,7
40-49	30,0	30,0	29,3	28,7	27,8	28,6	28,0	29,8	29,4	29,3	29,6	30,6	30,7	31,4	32,4	30,6	29,0	32,3	32,1	30,8	29,4	32,8	32,5	32,2	32,2	32,4	30,3	30,6	29,6	28,7	28,9	29,4	28,7	29,7	30,2	30,1	30,2	31,0	31,1
50-59	26,9	24,0	26,2	25,9	25,0	25,1	24,7	25,1	23,6	23,1	23,0	23,5	22,7	26,7	25,4	26,5	27,0	25,7	25,9	26,7	29,7	25,2	24,9	25,2	25,4	26,2	26,9	24,3	26,3	26,1	25,1	25,3	25,2	26,3	23,9	23,5	23,5	24,0	23,5
>=60	14,5	14,1	15,9	15,9	16,7	16,5	15,0	13,4	15,0	14,2	14,5	14,8	15,1	13,4	13,1	15,5	14,9	14,6	15,6	14,5	16,6	15,5	15,5	16,4	16,9	17,7	14,2	13,8	15,9	15,7	16,1	16,3	14,9	14,2	15,1	14,5	14,9	15,3	15,7
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	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

Tab.9 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2008

REGIONE	Nuovi utenti			Utenti già in carico o rientrati			Totale utenti		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	44,3	45,7	45,1	47,7	49,1	48,4	46,7	48,1	47,6
VALLE D'AOSTA	50,9	53,9	51,7	51,0	50,6	50,9	50,9	51,5	51,1
LOMBARDIA	41,9	46,1	43,5	45,2	48,3	46,1	44,0	47,6	45,2
PROV.AUTON.BOLZANO	41,7	46,4	43,2	48,8	49,5	49,0	46,2	48,5	46,9
PROV.AUTON.TRENTO	44,2	47,6	46,4	43,2	44,6	43,5	43,5	45,5	44,4
VENETO	42,9	47,2	44,4	46,5	47,9	47,0	45,5	47,7	46,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	42,0	46,9	43,2	47,0	50,5	47,7	44,6	48,8	45,6
LIGURIA	45,7	46,2	45,7	45,9	48,9	46,7	45,8	48,2	46,5
EMILIA ROMAGNA	45,9	45,9	46,2	48,0	48,9	48,5	47,5	48,3	48,0
TOSCANA	43,5	46,1	44,6	46,8	48,3	47,5	45,9	47,7	46,7
UMBRIA	38,6	39,2	38,6	41,7	44,4	42,5	40,6	42,5	41,1
MARCHE	42,5	44,6	43,5	43,2	45,2	43,2	43,0	45,0	43,3
LAZIO	40,8	43,1	41,3	42,6	43,9	42,8	42,1	43,6	42,3
ABRUZZO	41,3	41,9	41,6	45,4	47,3	46,6	43,7	44,5	44,5
MOLISE	43,4	38,5	36,6	42,4	41,2	41,9	42,7	40,5	41,0
CAMPANIA	43,6	42,5	43,7	46,0	44,2	45,6	45,3	43,6	45,1
PUGLIA	41,9	40,9	40,3	42,8	44,0	42,7	42,5	42,9	42,1
BASILICATA	44,8	45,9	44,5	45,9	44,8	45,9	45,6	45,0	45,6
CALABRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA	37,0	39,7	37,4	40,7	43,1	41,3	39,1	41,8	39,8
SARDEGNA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ITALIA	42,4	45,4	43,6	45,8	47,7	46,4	44,7	47,0	45,6

Tab. 10 - 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
2004	42,8	45,3	45,8	46,9
2005	42,1	44,3	45,3	46,8
2006	42,9	45,1	45,5	47,1
2007	42,5	45,5	45,9	47,3
2008	42,4	45,4	45,8	47,7

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

Tab.11 - USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE E DI FARMACI - ANNO 2008

REGIONE	Uso concomitante di sostanze stupefacenti e psicotrope		Abuso o uso improprio di farmaci	
	Numero di utenti	Percentuale sul totale utenti	Numero di utenti	Percentuale sul totale utenti
PIEMONTE	483	7,7	425	6,8
VALLE D'AOSTA	17	5,1	25	7,5
LOMBARDIA	1221	10,9	178	1,6
PROV. AUTON. BOLZANO	34	1,4	36	1,5
PROV. AUTON. TRENTO	79	2,9	118	4,3
VENETO	1047	7,5	598	4,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	103	3,2	102	3,2
LIGURIA	90	5,0	35	1,9
EMILIA ROMAGNA	389	7,0	521	9,4
TOSCANA	568	12,1	148	3,2
UMBRIA	105	5,0	20	1,0
MARCHE	313	20,2	53	3,4
LAZIO	1163	38,9	913	30,5
ABRUZZO	73	6,4	36	3,2
MOLISE	0	0,0	0	0,0
CAMPANIA	299	15,7	174	9,2
PUGLIA	237	13,3	68	3,8
BASILICATA	32	7,2	17	3,8
CALABRIA	-	-	-	-
SICILIA	414	17,7	165	7,1
SARDEGNA	-	-	-	-
ITALIA	6667	10,0	3632	5,5

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

**Tab. 12 - 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
2003	9,1	5,8
2004	9,0	5,4
2005	8,4	5,0
2006	8,6	5,9
2007	10,4	6,5
2008	10,0	5,5

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

XVI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab.13 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2008

REGIONE	Medico farmacologico ambulatoriale	Psicoterapeutico		Counseling all'utente o alla famiglia	Inserimento nei gruppi di auto/muto aiuto	Trattamento socio- riabilitativo	Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.	Ricovero ospedaliero o day hospital per:			Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:			Altro
		individuale	di gruppo o familiare					sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcool/correlate	altro	sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcool/correlate	altro	
PIEMONTE	28,9	8,6	3,4	22,2	7,9	18,1	2,9	2,2	1,8	0,2	2,7	0,4	0,1	0,6
VALLE D'AOSTA	41,5	9,2	1,8	12,8	4,9	11,8	6,2	11,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	33,0	6,6	3,8	19,5	5,3	25,6	2,2	2,1	0,4	0,1	0,2	0,0	0,1	1,2
PROV.AUTON.BOLZANO	31,0	4,3	1,6	38,9	2,9	5,2	4,4	1,2	0,1	0,9	3,0	0,0	0,0	6,5
PROV.AUTON.TRENTO	22,0	0,1	0,1	53,5	11,5	5,3	2,1	2,6	0,8	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0
VENETO	27,6	4,9	4,1	27,3	12,9	9,3	2,6	3,1	1,3	0,0	0,3	0,1	0,1	6,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	16,9	1,9	2,7	39,7	11,0	4,6	0,6	1,5	0,3	4,6	0,0	0,0	0,0	10,3
LIGURIA	27,5	11,4	4,7	20,3	2,4	13,8	2,4	0,8	0,0	0,0	1,5	0,2	0,0	15,1
EMILIA ROMAGNA	46,6	2,7	2,0	16,0	3,6	19,1	3,5	0,2	0,1	1,4	0,3	0,1	0,4	4,0
TOSCANA	33,3	3,1	6,4	29,1	9,5	11,7	2,5	1,9	1,0	0,2	0,4	0,2	0,0	0,7
UMBRIA	12,6	8,2	1,2	38,9	10,6	17,4	3,6	1,2	1,3	0,0	2,3	0,0	0,0	2,8
MARCHE	24,6	12,8	3,6	33,7	1,1	12,7	4,2	5,5	0,5	0,1	1,1	0,1	0,0	0,0
LAZIO	32,1	13,1	3,8	21,5	6,9	11,8	2,8	3,7	1,6	0,3	1,7	0,5	0,0	0,3
ABRUZZO	27,3	9,5	1,8	34,3	9,6	4,7	1,5	1,1	1,1	0,1	0,9	0,2	0,0	8,0
MOLISE	40,1	21,2	7,4	0,0	3,2	26,3	1,6	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
CAMPANIA	31,8	11,7	4,7	27,9	4,5	8,7	2,2	3,4	1,8	0,0	1,0	0,2	0,0	2,3
PUGLIA	21,2	9,8	5,2	25,3	9,0	18,3	4,3	3,6	1,6	0,0	0,9	0,1	0,0	0,6
BASILICATA	30,0	13,6	2,4	16,3	5,1	16,3	7,6	3,7	3,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0
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.	n.r.	n.r.
SICILIA	31,0	11,2	4,4	27,8	3,0	15,0	2,6	1,4	1,5	0,0	1,0	0,3	0,0	0,9
SARDEGNA	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
ITALIA	30,0	6,7	3,6	26,5	7,8	14,0	2,7	2,3	1,0	0,4	1,0	0,1	0,3	3,5

Tab.14 - FUNZIONI PREVISTE DAL MODELLO ORGANIZZATIVO-FUNZIONALE DEL SERVIZIO O GRUPPO DI LAVORO - ANNO 2008

Percentuali di servizi o gruppi di lavoro (sul totale dei rilevati) che hanno svolto le specifiche funzioni													
REGIONE	Prevenzione	Accoglienza, osservazione e diagnosi	Programmi terapeutico-riabilitativi		Funzioni di coordinamento						Formazione del personale e sensibilizzazione	Altro	
			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			
REGIONE	93,1	100,0	98,3	98,3	51,7	89,7	77,6	91,4	96,6	58,6	75,9	12,1	
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	
	89,7	94,8	94,8	94,8	51,7	91,4	67,2	89,7	86,2	50,0	56,9	6,9	
	100,0	100,0	83,3	83,3	83,3	83,3	66,7	100,0	83,3	66,7	100,0	16,7	
	100,0	90,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	80,0	100,0	50,0	
	92,3	100,0	97,4	100,0	74,4	100,0	94,9	94,9	92,3	66,7	94,9	30,8	
	100,0	100,0	100,0	100,0	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0	80,0	100,0	60,0	
	100,0	100,0	100,0	100,0	80,0	80,0	80,0	100,0	100,0	100,0	80,0	40,0	
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	100,0	100,0	100,0	95,0	95,0	100,0	95,0	97,5	97,5	97,5	90,0	87,5	
	62,5	62,5	62,5	62,5	62,5	62,5	62,5	62,5	62,5	50,0	62,5	0,0	
	100,0	100,0	100,0	100,0	80,0	80,0	86,7	100,0	100,0	60,0	66,7	13,3	
	81,8	97,0	93,9	97,0	57,6	69,7	78,8	75,8	93,9	57,6	60,6	3,0	
	100,0	100,0	100,0	75,0	75,0	100,0	75,0	100,0	100,0	75,0	100,0	50,0	
	100,0	100,0	50,0	100,0	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	0,0	
	93,8	96,9	96,9	87,5	62,5	71,9	78,1	75,0	84,4	65,6	84,4	12,5	
87,5	95,8	95,8	97,9	70,8	79,2	72,9	83,3	85,4	58,3	54,2	16,7		
100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	83,3	100,0	66,7	83,3	16,7		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
100,0	97,7	95,5	97,7	52,3	75,0	68,2	81,8	79,5	56,8	63,6	11,4		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ITALIA	83,7	87,6	86,5	86,3	59,3	77,3	71,2	79,3	81,3	57,5	66,0	20,0	

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

Tab.15 - FUNZIONI PREVISTE DAL MODELLO ORGANIZZATIVO-FUNZIONALE DEL SERVIZIO O GRUPPO DI LAVORO

Percentuali di servizi o gruppi di lavoro (sul totale dei rilevati) che hanno svolto le specifiche funzioni													
ANNI	Prevenzione	Accoglienza, osservazione e diagnosi	Programmi terapeutico-riabilitativi		Funzioni di coordinamento							Formazione del personale e sensibilizzazione	Altro
			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			
1996	86,3	95,6	82,7	93,0	59,8	80,8	76,4	82,3	86,0	48,3	70,1	14,4	
1997	75,1	83,7	78,2	81,0	50,2	72,7	59,5	73,4	73,7	43,9	62,3	14,9	
1998	84,0	96,3	89,9	91,8	62,7	83,2	74,3	83,2	82,8	55,2	71,3	21,3	
1999	88,0	98,8	93,7	94,6	62,0	85,6	74,9	85,3	83,8	56,0	68,3	18,9	
2000	87,6	94,3	92,4	93,3	61,9	87,9	77,8	86,0	89,8	57,5	74,0	15,2	
2001	81,2	87,3	84,9	85,2	57,4	75,0	67,9	77,2	78,7	48,8	65,4	10,5	
2002	88,7	95,7	92,7	94,1	58,4	84,9	72,1	83,2	85,6	53,2	68,3	13,2	
2003	90,0	95,7	92,9	93,8	61,6	85,4	71,2	86,1	89,3	54,1	71,2	12,6	
2004	88,7	95,9	93,2	95,5	62,1	83,9	70,1	85,5	88,7	56,2	72,6	18,6	
2005	90,3	97,1	95,4	96,4	63,8	86,7	72,1	88,6	86,7	59,2	70,1	17,2	
2006	82,9	90,5	89,7	89,7	60,0	79,8	68,8	82,4	83,3	56,9	67,0	15,4	
2007	82,2	87,7	86,0	85,2	58,3	78,0	69,3	79,0	81,8	55,5	65,0	20,1	
2008	83,7	87,6	86,5	86,3	59,3	77,3	71,2	79,3	81,3	57,5	66,0	20,0	

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

**Tab.16 - PERCENTUALI* DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO CHE HANNO SVOLTO ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE
CON IL VOLONTARIATO, PRIVATO SOCIALE O PRIVATO - ANNO 2008**

REGIONE	Gruppi auto \ mutuo aiuto			Comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali	Cooperative sociali per la gestione di servizi socio- sanitari ed educativi	Cooperative sociali per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	Altro
	CAT	AA	Altro				
PIEMONTE	75,9	41,4	12,1	55,2	31,0	62,1	3,4
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	63,8	62,1	13,8	51,7	24,1	53,4	3,4
PROV.AUTON.BOLZANO	16,7	50,0	66,7	33,3	33,3	50,0	16,7
PROV.AUTON.TRENTO	100,0	50,0	0,0	40,0	60,0	90,0	0,0
VENETO	84,6	76,9	30,8	46,2	23,1	76,9	7,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	80,0	20,0	20,0	20,0	60,0	0,0
LIGURIA	60,0	60,0	0,0	60,0	0,0	60,0	0,0
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	-	-	-	-
TOSCANA	77,5	47,5	20,0	42,5	30,0	45,0	7,5
UMBRIA	37,5	37,5	12,5	37,5	25,0	25,0	12,5
MARCHE	33,3	53,3	6,7	60,0	26,7	53,3	6,7
LAZIO	39,4	51,5	24,2	63,6	24,2	51,5	15,2
ABRUZZO	100,0	50,0	25,0	100,0	50,0	25,0	0,0
MOLISE	100,0	50,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
CAMPANIA	37,5	28,1	18,8	43,8	21,9	18,8	0,0
PUGLIA	45,8	27,1	10,4	50,0	20,8	18,8	0,0
BASILICATA	100,0	66,7	16,7	100,0	16,7	50,0	0,0
CALABRIA	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA	29,5	13,6	4,5	50,0	22,7	38,6	4,5
SARDEGNA	-	-	-	-	-	-	-
ITALIA	53,4	41,0	14,4	46,2	23,1	42,7	4,4

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

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

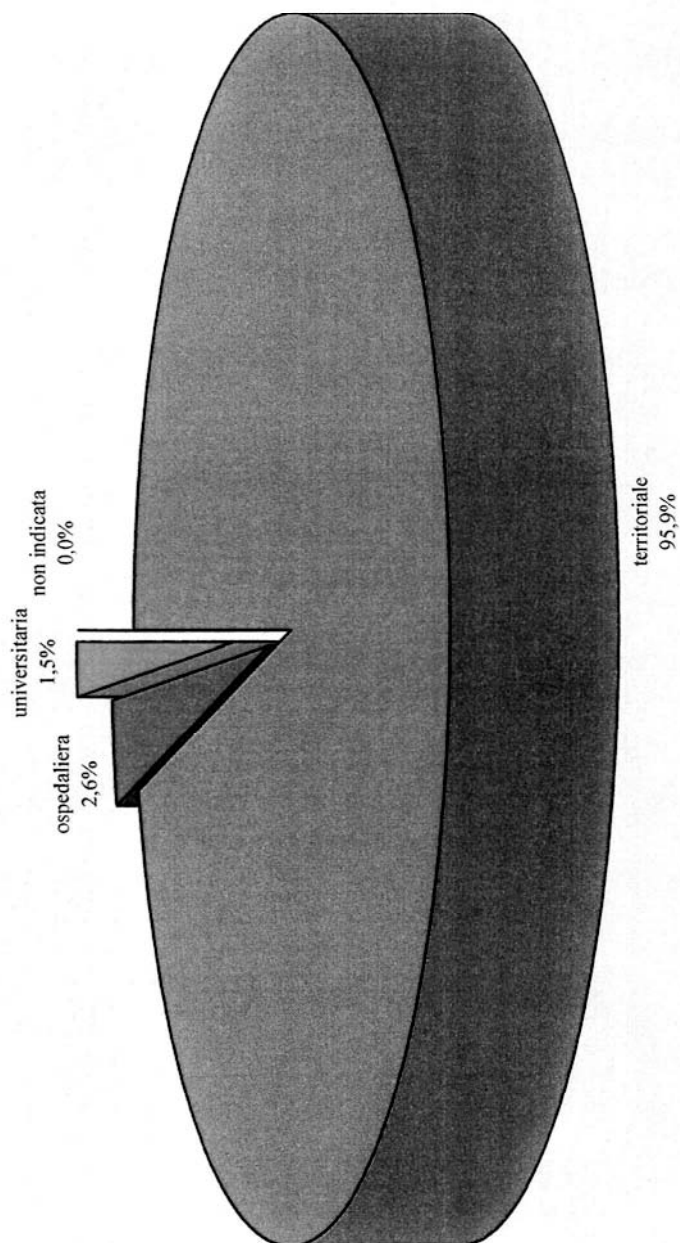
**Tab.17 - NUMERO MEDIO* DI ENTI O ASSOCIAZIONI DEL VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE
CHE HANNO COLLABORATO CON I SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO - ANNO 2008**

REGIONE	Gruppi auto \ mutuo aiuto			Comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali	Cooperative sociali per la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi	Cooperative sociali per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	Altro
	CAT	AA	Altro				
PIEMONTE	3,7	1,3	1,4	2,9	2,5	3,3	1,0
VALLE D'AOSTA	6,0	7,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	5,4	2,5	1,6	3,6	3,2	3,2	5,5
PROV. AUTON. BOLZANO	12,0	4,0	6,3	2,5	4,0	3,3	28,0
PROV. AUTON. TRENTO	16,8	1,6	0	1,25	2	2	0
VENETO	20,8	4,3	4,0	2,9	1,9	2,8	2,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	37,8	2,3	27,0	2,0	1,0	3,3	0,0
LIGURIA	2,0	1,3	0,0	2,0	0,0	2,0	0,0
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	-	-	-	-
TOSCANA	6,5	2,4	2,6	2,3	2,0	2,9	1,0
UMBRIA	6,7	1,0	1,0	4,3	3,5	2,0	1,0
MARCHE	1,2	1,4	2,0	2,2	1,5	2,1	5,0
LAZIO	7,5	1,5	2,6	3,1	2,0	1,7	2,8
ABRUZZO	3,3	2,0	1,0	3,0	3,0	1,0	0,0
MOLISE	1,0	1,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0
CAMPANIA	2,2	2,3	4,0	3,9	1,9	1,2	0,0
PUGLIA	3,2	1,2	1,8	2,3	1,2	1,6	0,0
BASILICATA	3,3	2,0	1,0	1,3	3,0	1,3	0,0
CALABRIA	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA	2,5	1,2	1,0	1,6	1,5	1,5	2,5
SARDEGNA	-	-	-	-	-	-	-
ITALIA	7,8	2,3	3,1	2,7	2,2	2,6	3,8

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

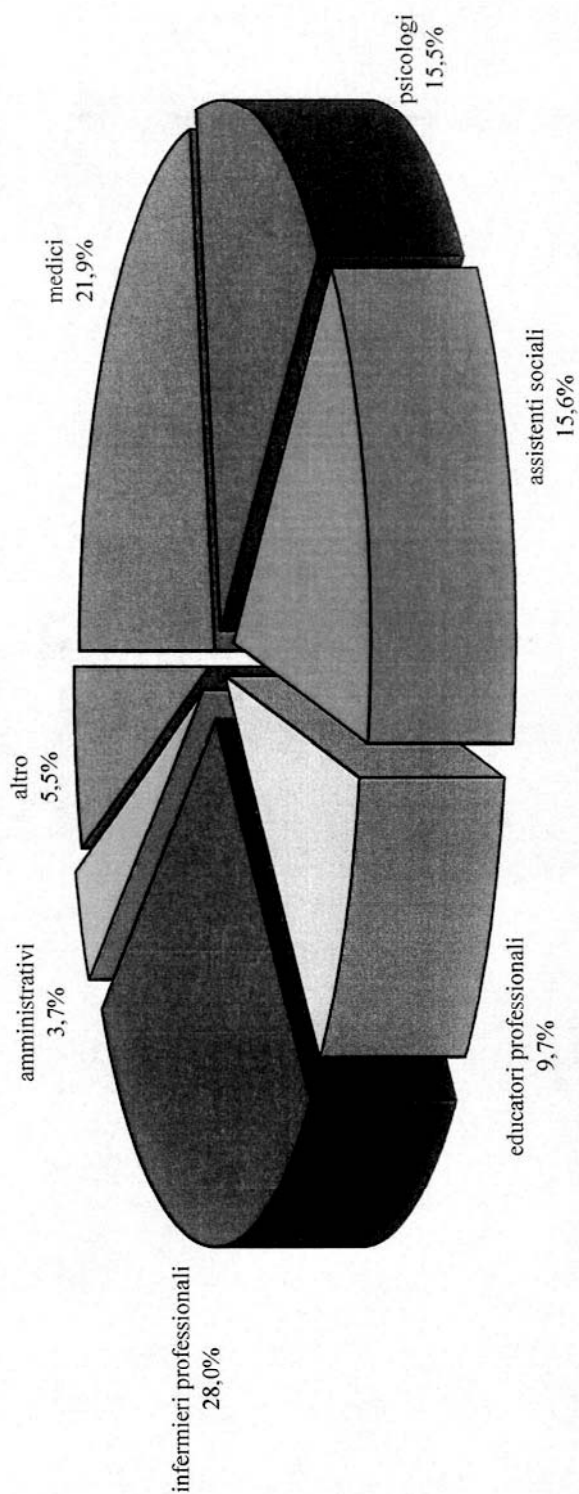
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

**Graf.1 - TIPOLOGIA DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI
ANNO 2008**



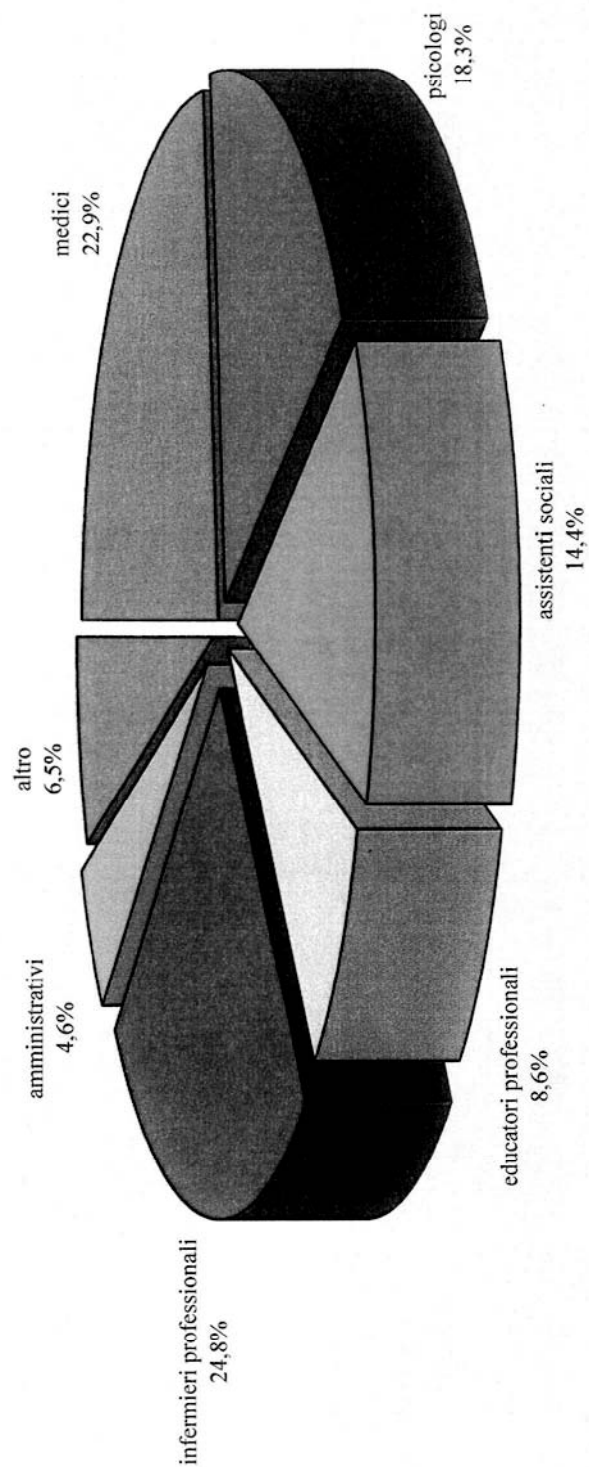
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

**Graf.2 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO
ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2008**



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

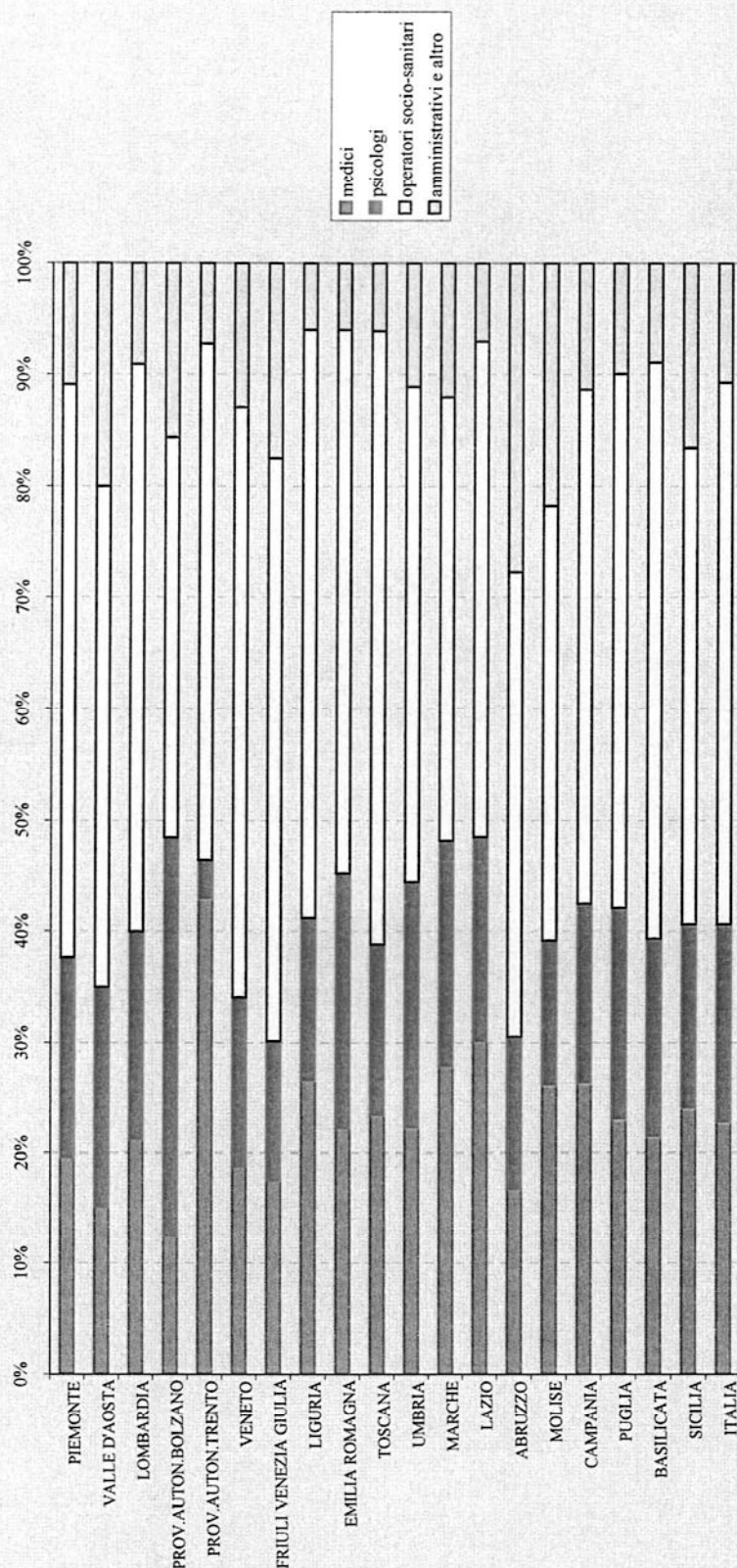
**Graf.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO
PARZIALMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2008**

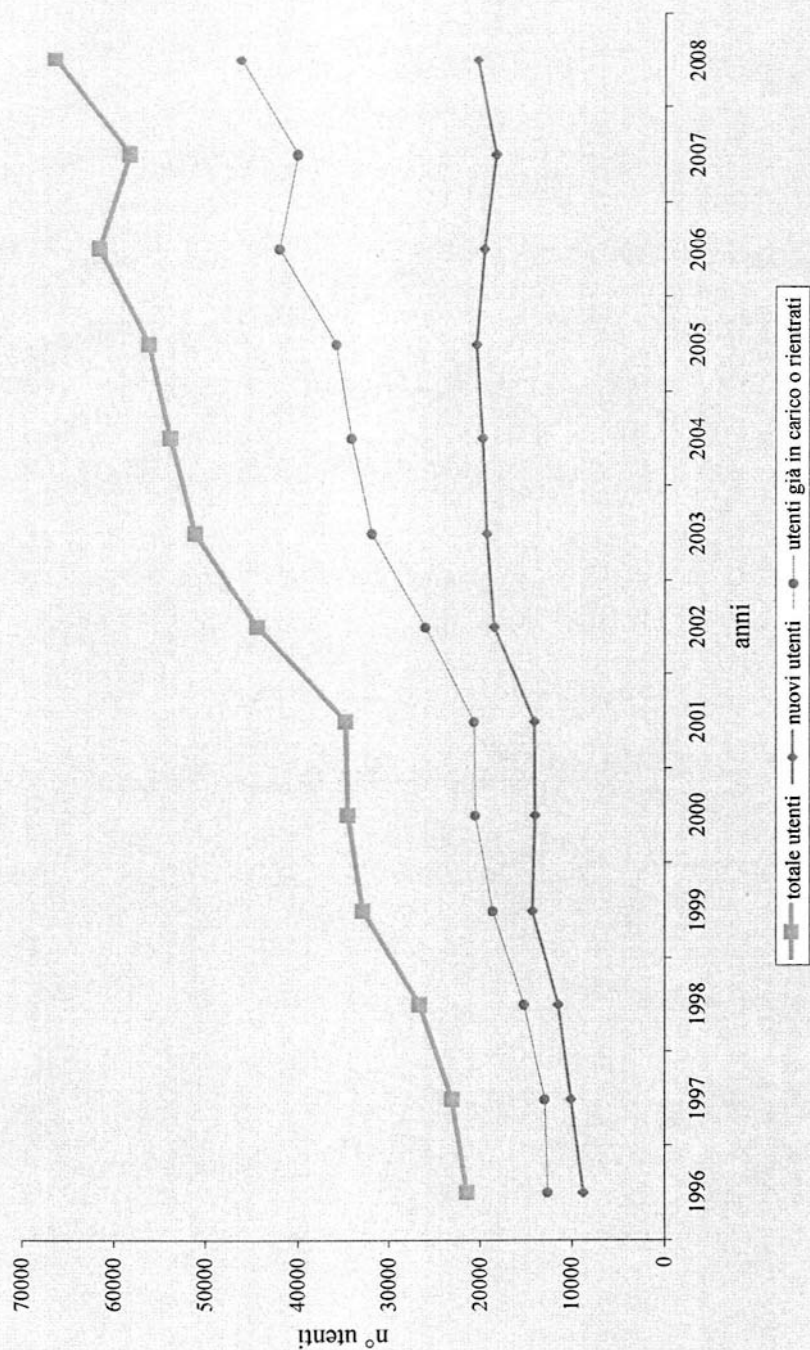


Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

Graf.4 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL PERSONALE TOTALE PER QUALIFICA (%)

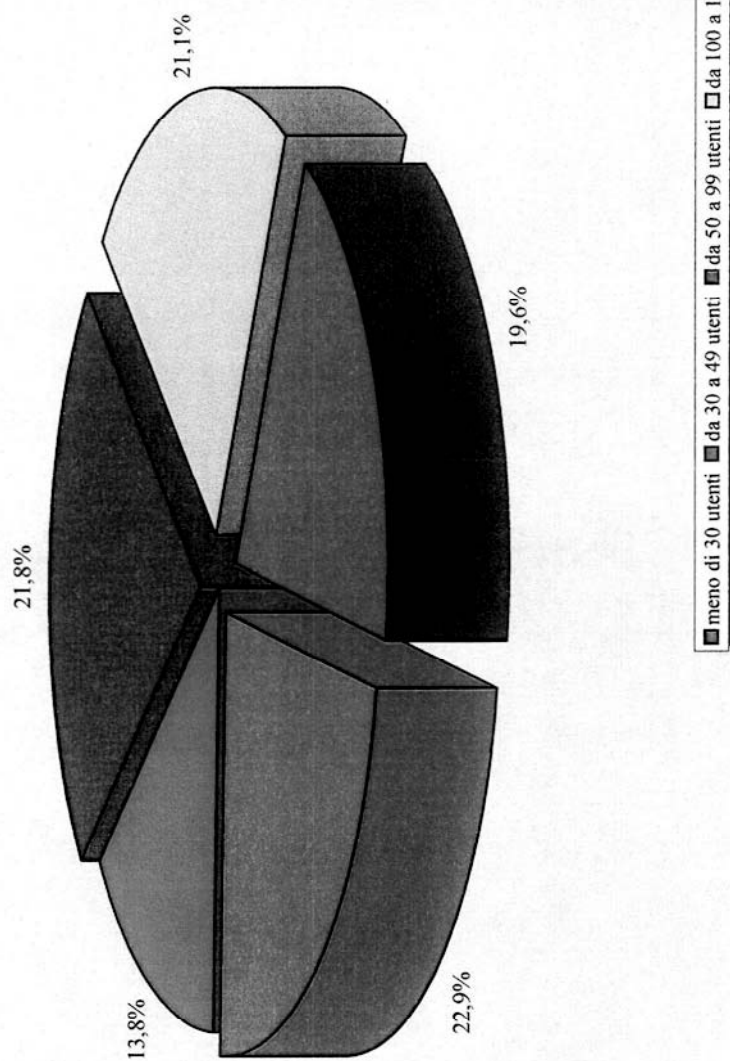
ANNO 2008



Graf.5 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

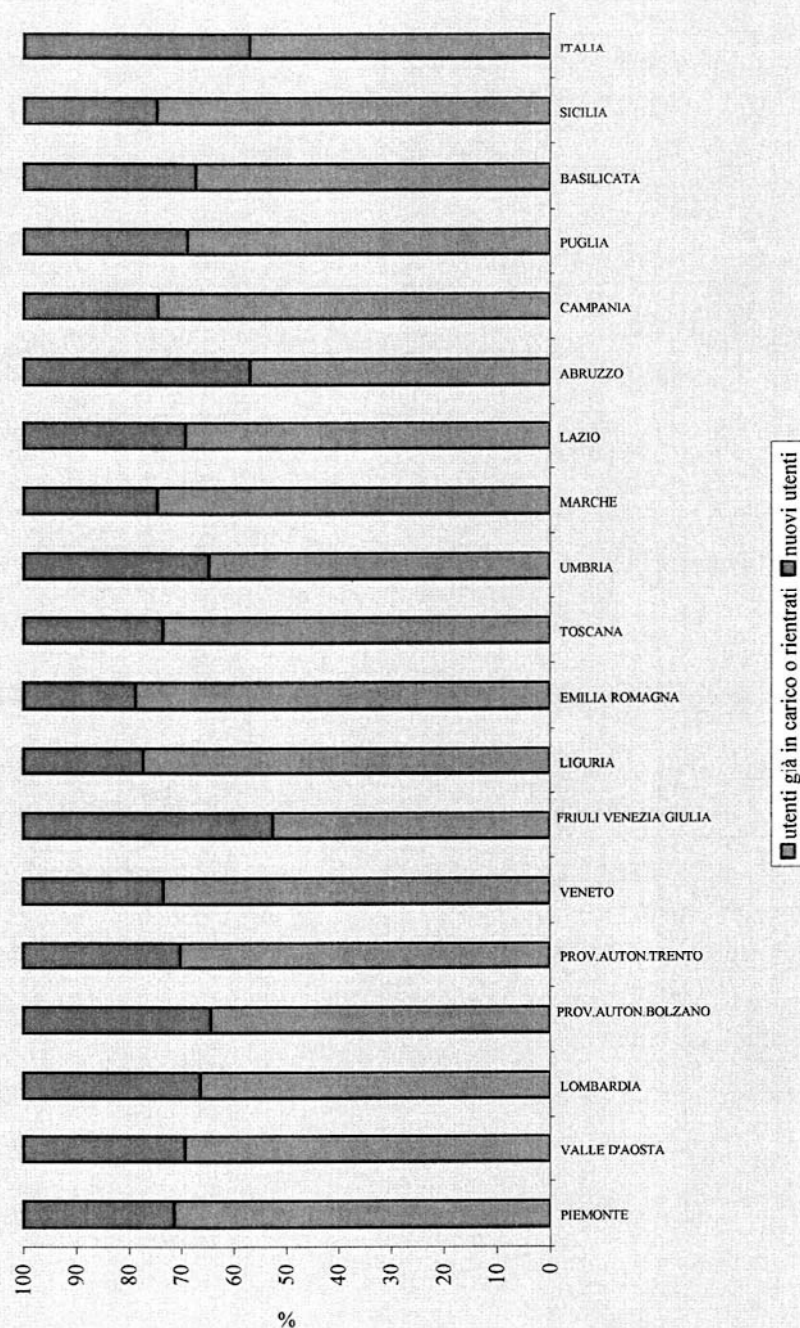
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

**Graf.6 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO
RILEVATI PER NUMERO DI UTENTI
ANNO 2008**



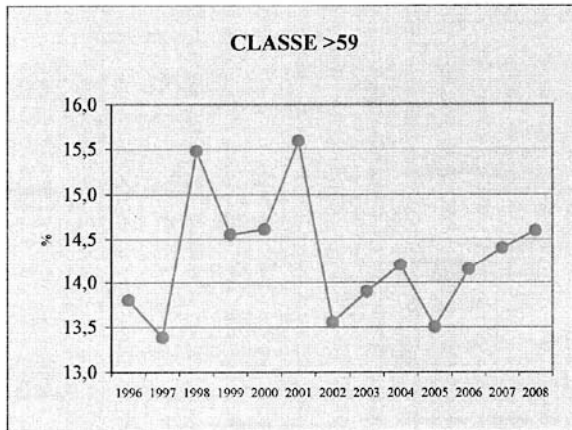
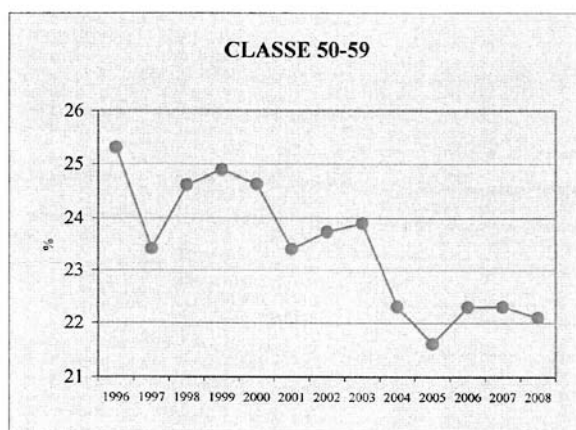
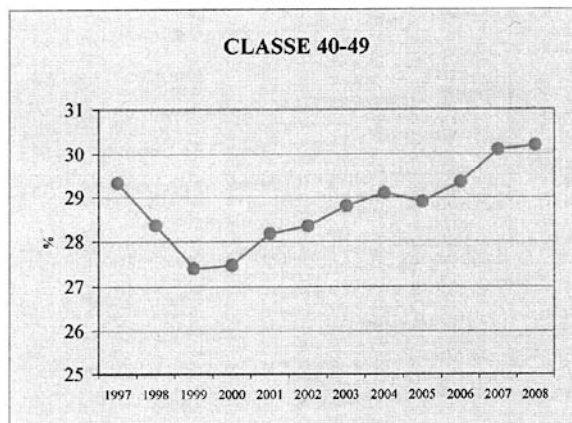
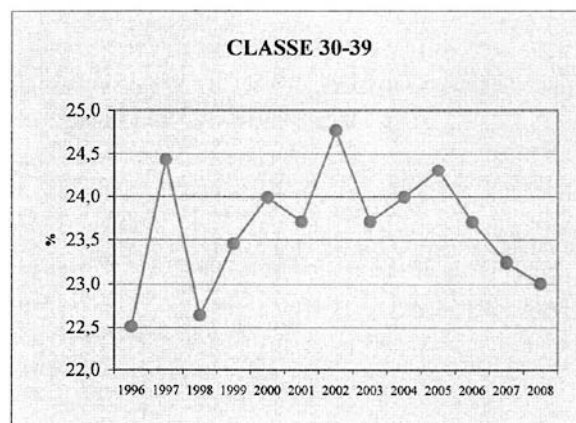
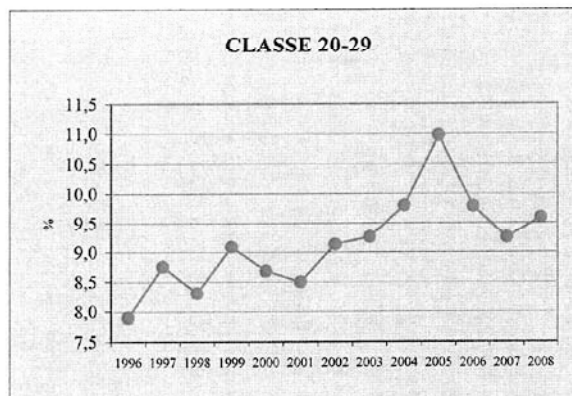
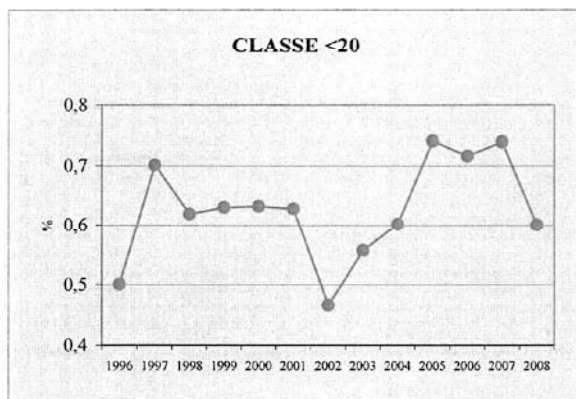
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

**Graf.7 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEGLI UTENTI
PER TIPOLOGIA (%) - ANNO 2008**

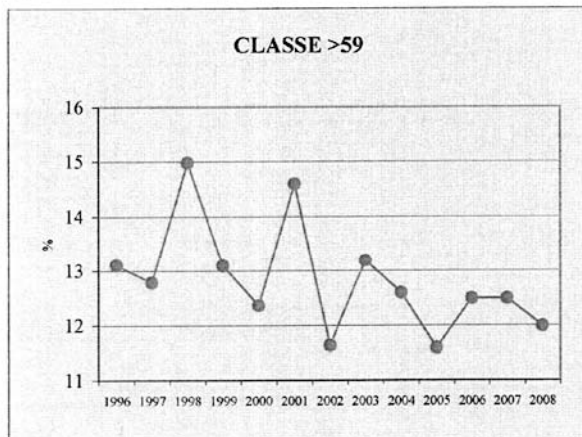
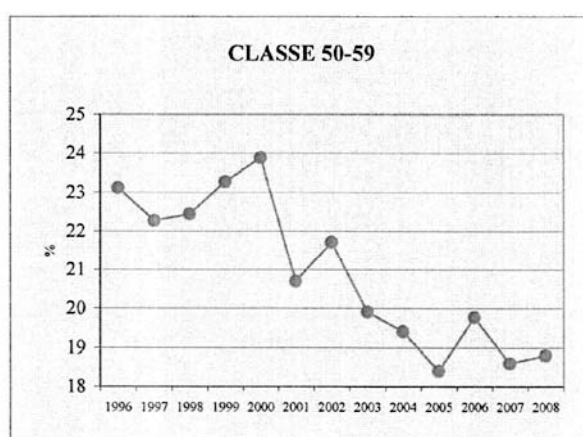
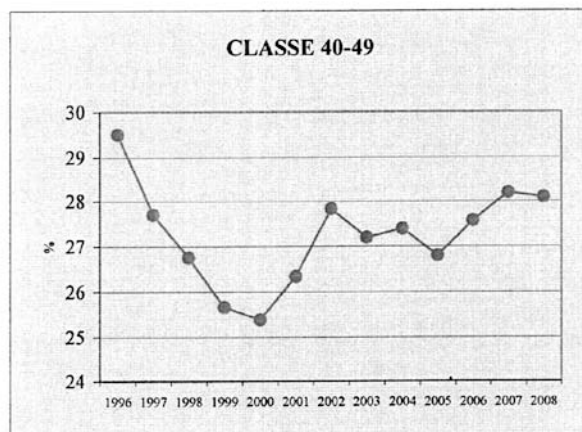
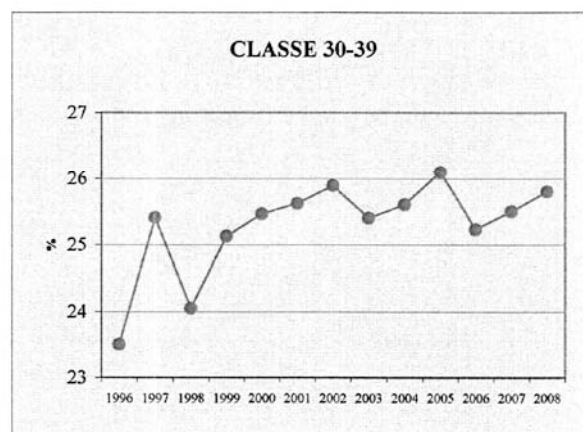
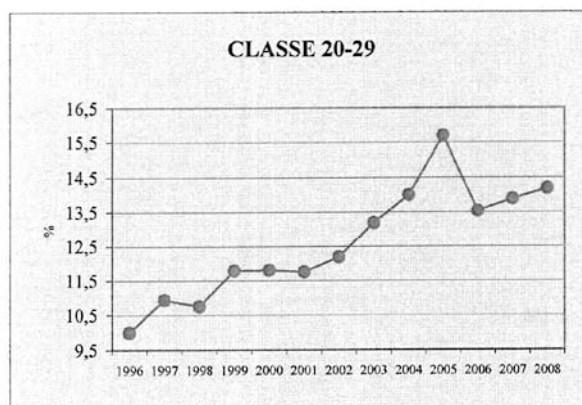
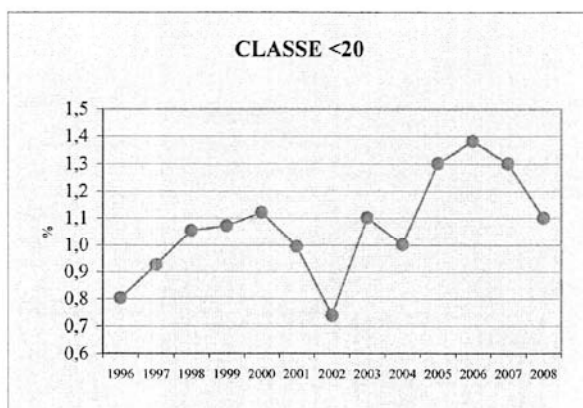


Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

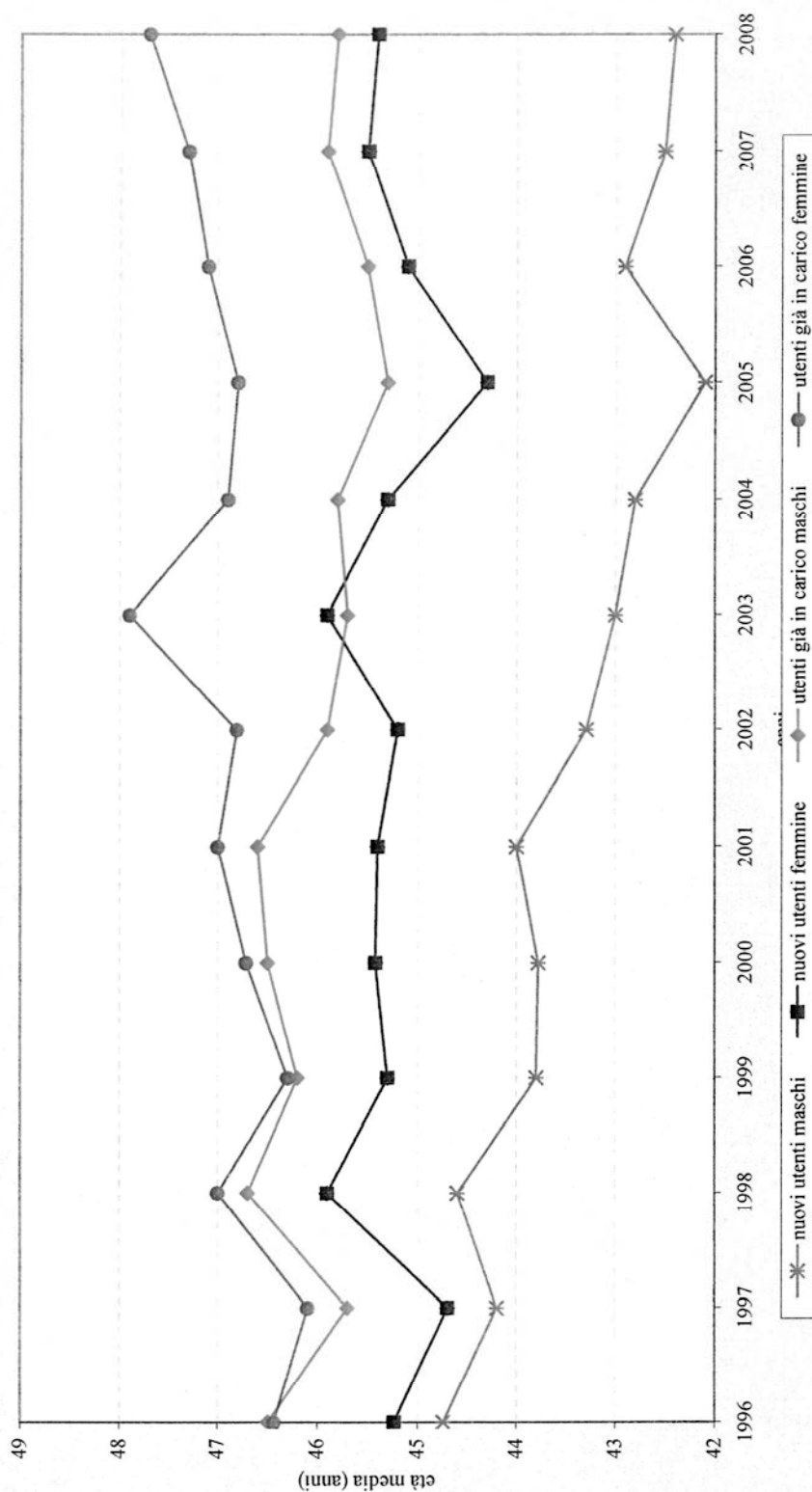
**Graf. 8 - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI (TOTALE)
DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI**



**Graf. 9 - DISTRIBUZIONE PER ETÀ' (%) DEI NUOVI UTENTI
DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI**

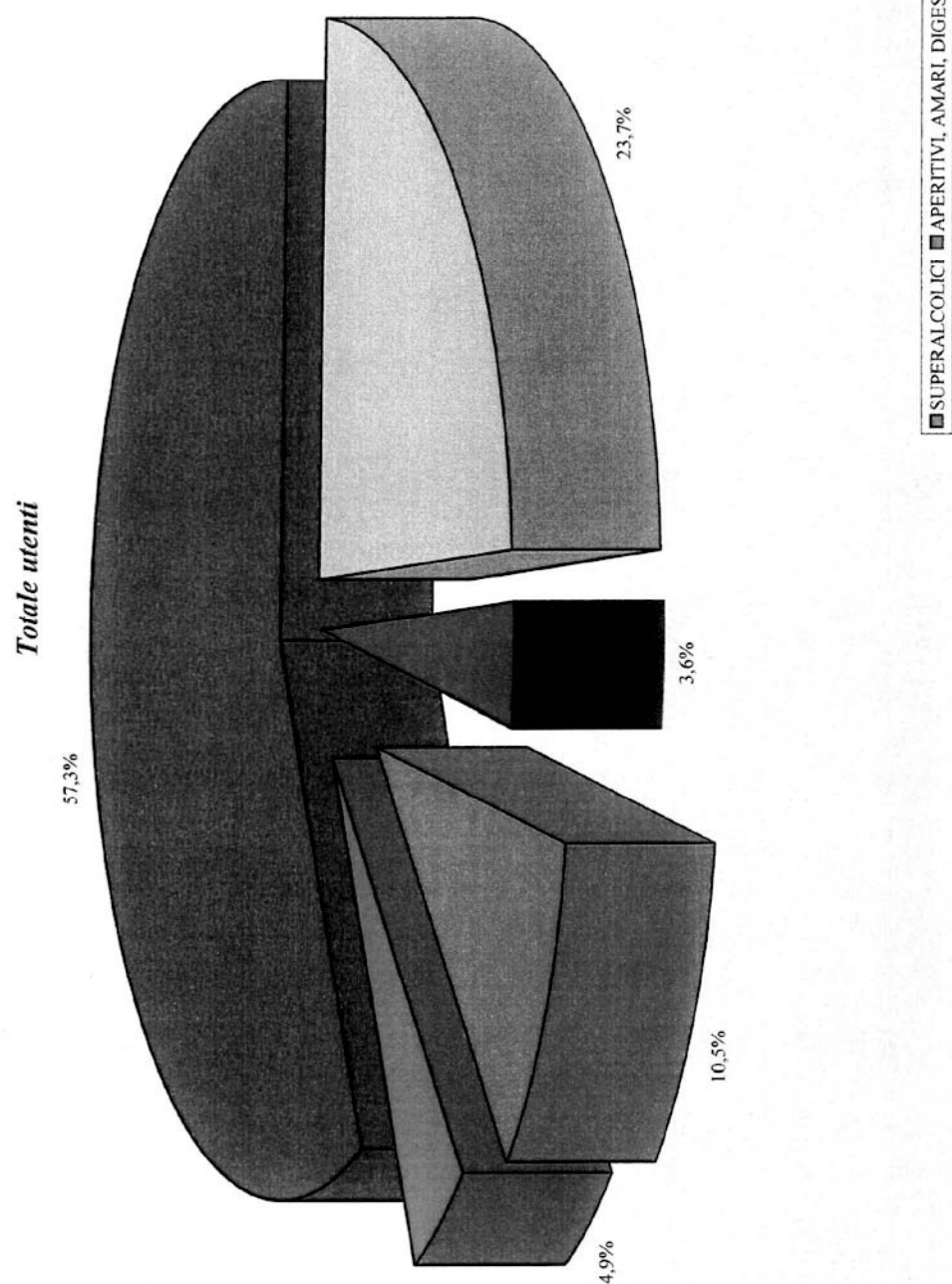


Graf. 10 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI

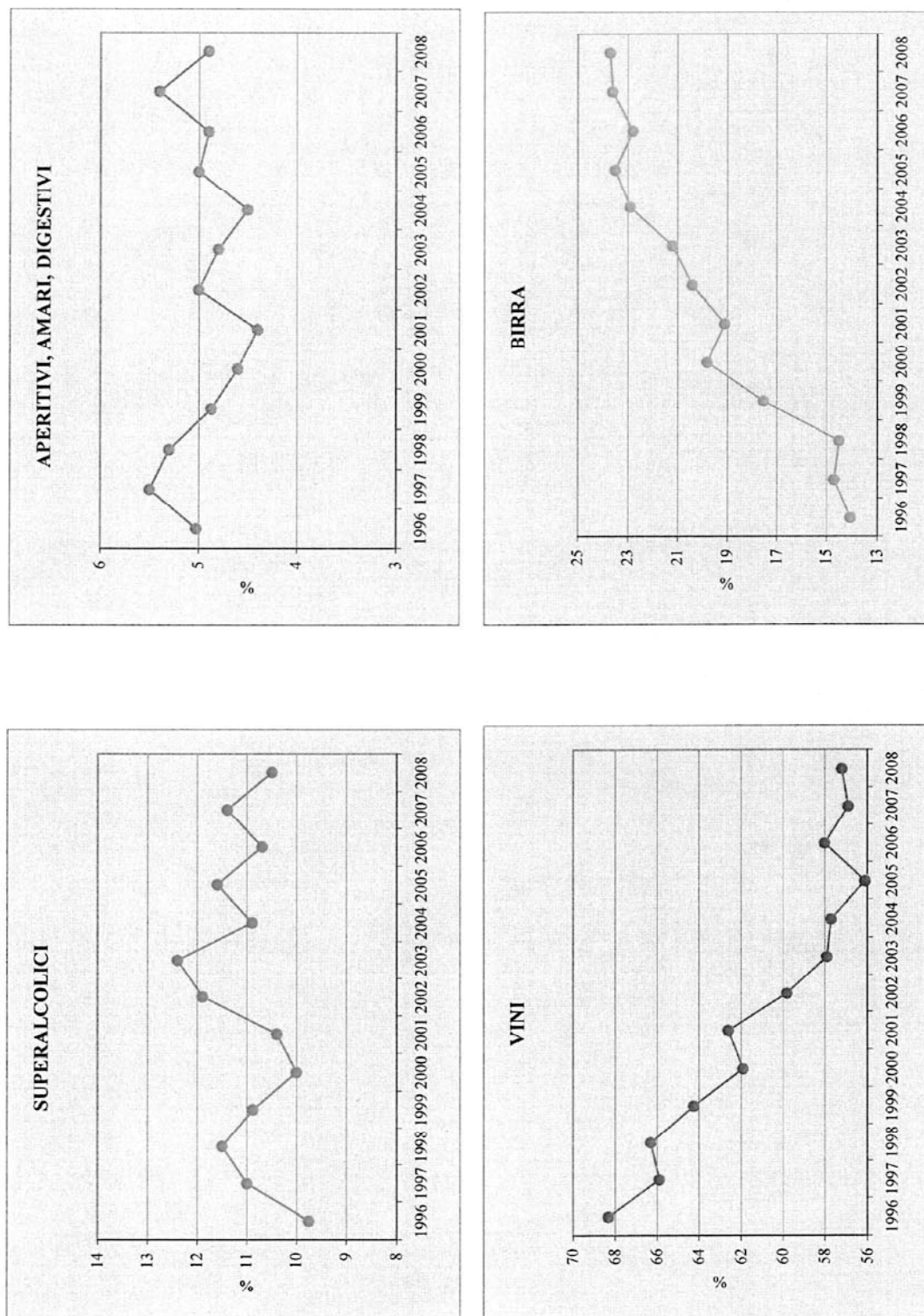


Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII

**Graf.11 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA
DI USO PREVALENTE - ANNO 2008**

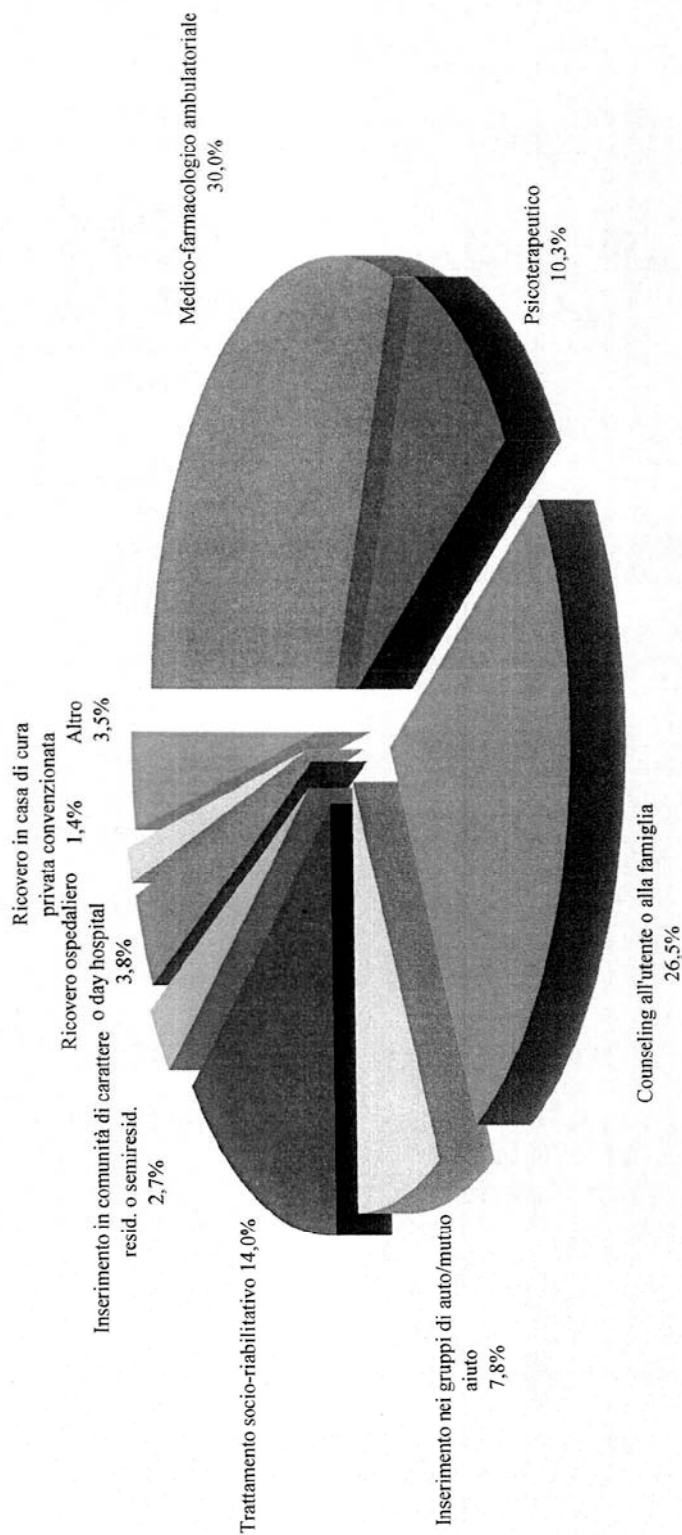


**Graf. 12 - DISTRIBUZIONE PER BEVANDA (%) DEGLI UTENTI
DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI**



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

**Graf.13 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO
PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (*)
ANNO 2008**



(*)=percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati

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

PARTE TERZA**6. L'ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 NELLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME****6.1. GLI INTERVENTI E LE ATTIVITÀ 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 125/2001, lo schema sottoindicato, relativo ai principali settori di intervento previsti nella legge stessa.

Griglia di argomenti per la Relazione delle Regioni ai fini della Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati negli anni 2008-09 ai sensi della legge 125/2001

- 1) Iniziative adottate per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali nonché per migliorarne la qualità
- 2) Iniziative adottate per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcolcorrelati
- 3) Iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto
- 4) Iniziative adottate per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario
- 5) Iniziative adottate per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del Privato Sociale *no profit*
- 6) Strutture di accoglienza eventualmente realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'art. 11
- 7) Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge
- 8) Attività di collaborazione con le competenti istituzioni dell'Amministrazione dell'Interno, municipali o altre per il rispetto delle disposizioni in materia di:
 - pubblicità
 - vendita di bevande superalcoliche nelle autostrade
 - tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli
- 9) Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro
- 10) Provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo
- 11) Dettagliata illustrazione, possibilmente con documento separato, di un eventuale progetto o iniziativa di particolare rilevanza realizzata nella Regione in adesione agli orientamenti e ai principi della legge 125/2001.

Hanno dato riscontro alle richieste informative del Ministero, inviando la relazione richiesta, 18 Regioni e le 2 Province Autonome.

E' possibile pertanto per gli anni 2008-09 presentare un quadro sufficientemente articolato dell'impatto della legge 125/2001 nei vari settori di interesse.

6.2. INIZIATIVE ADOTTATE PER FAVORIRE L'ACCESSO AI TRATTAMENTI SANITARI E ASSISTENZIALI NONCHÉ PER MIGLIORARNE LA QUALITÀ

REGIONE VALLE D'AOSTA

- E' stato composto un tavolo di orientamento, progettazione e valutazione in cui siedono i coordinatori delle équipes accoglienza, tossicodipendenza e alcoldipendenza del Ser.T. e i rappresentanti tecnici delle comunità terapeutiche presenti in Valle. In questo tavolo si sono definiti i percorsi terapeutici sulla base delle rilevazioni diagnostiche, si sono determinati i trattamenti più appropriati, un notevole risparmio economico e un fortissimo abbassamento dei livelli di conflittualità che in questo settore sono tradizionalmente presenti tra la componente pubblica e quella privata.

Tra i vari interventi programmati, è stato potenziato l'intervento alcologico associando alle prestazioni specificamente mediche anche quelli di tipo psicosociale e ricercando un più stretto rapporto con i gruppi di auto-mutuo aiuto.

- E' stato implementato il Protocollo di collaborazione con la Commissione medico legale locale per regolamentare le procedure di valutazione dei soggetti alcoldipendenti relativamente al rilascio/rinnovo delle patenti di guida.

- Modifica delle fasce orarie di apertura, diversificandole rispetto alle tossicodipendenze propriamente dette, onde garantire una maggiore accessibilità e fruibilità del Ser.T. da parte dell'utenza alcoldipendente.

REGIONE PIEMONTE

AZIENDE SANITARIE LOCALI

- Attivazione presso l'Asl di Alessandria del Coordinamento Clinico Tecnico Operativo a livello dipartimentale. Obiettivo: integrare stabilmente gli interventi sanitari e socio-assistenziali garantendo percorsi terapeutici coerenti tra la presa in carico e il reinserimento con la prevenzione delle ricadute.

- Attivazione e collaborazione coi Medici di Medicina Generale presso l'Asl di Alessandria. Previsione di riunioni mensili dei MMG al fine di favorire le modalità di invio, creare canali privilegiati di ascolto e gestione integrata dei casi. Distribuzione di brochures e locandine, da collocare nelle sale di attesa degli studi medici con indicazione di linea telefonica ed *e-mail* dedicate.

- Attivazione modalità di collaborazione con gli specialisti in Epatologia dell'Ospedale ASO di Alessandria al fine di promuovere una attenta lettura degli indicatori di evoluzione cirrotica in tutti i soggetti afferenti al servizio che assumono alcolici.
- Progettazione e collaborazione con il Pronto Soccorso dell'Ospedale ASO di Alessandria per l'individuazione precoce di stili di consumo alcolico.
- Attivazione presso l'Asl Verbania-Cusio-Ossola del "Progetto sperimentale 2008-2009 di accoglienza ed orientamento di persone e famiglie con problematiche alcol-correlate", in sede esterna al SerT, in collaborazione con l'Associazione Gruppo Abele di Verbania, prevista nel Piano Locale delle Dipendenze 2010-2011.

PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO

- Attivazione da parte dell'ACAT di molte iniziative locali di prevenzione e informazione, suddivise in tre moduli: il primo rivolto alle nuove famiglie entrate in trattamento, il secondo e il terzo rivolti alla popolazione e alla comunità in generale.

REGIONE LOMBARDIA

- La delibera d.g.r. n.5509/07 riconosce, in coerenza con la normativa nazionale e regionale vigente relative a tutte le unità d'offerta sanitarie e sociosanitarie, il diritto al libero accesso delle persone interessate alle unità d'offerta accreditate ai sensi della d.g.r. n.12621/03 - SerT e SMI (privati);
- la d.g.r. n.8720/08 approva gli strumenti e i protocolli utili alla riqualificazione dei servizi ambulatoriali per le dipendenze - SerT/SMI (privati), mediante azioni migliorative dell'organizzazione, comprendenti: i sistemi informativi, processi di presa in carico, la valutazione degli esiti degli interventi, le modalità di analisi e lettura delle informazioni;
- la d.g.r. n.8243/08 approva una serie di iniziative per rispondere in modo adeguato ai bisogni delle famiglie e delle persone in situazione di difficoltà attraverso: interventi multiprofessionali specifici e di mediazione familiare e sociale, risposte integrate dei Consultori Familiari con le diverse Unità d'offerta socio sanitarie e/o sociali della rete, raccordi e protocolli con Tribunali, Prefetture, Questure;
- la d.g.r. n.10158/2009 approva il documento dal titolo "Prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione generale" - Linee Guida Regionali, (abbr. L.G.R.), da considerare come il punto di riferimento di programmazione tecnica-operativa per tutti gli operatori che si occupano delle dipendenze nel territorio lombardo.

P.A. BOLZANO

- Ambulatorio di Alcologia presso l'Ospedale di Bolzano:

Prosecuzione dell'attività di consulenza psicologica ad utenti degenti per patologie riconducibili ad abuso/dipendenza da alcol, su richiesta dei medici dei singoli reparti di degenza. Le richieste di consulenza hanno evidenziato una netta prevalenza di segnalazioni dai Reparti di Psichiatria, Gastroenterologia, Medicina Interna e Astanteria.

Attivazione di un progetto di screening finalizzato all'identificazione precoce di pazienti con consumo alcolico a rischio, degenti nel Reparto di Gastroenterologia dell'Ospedale di Bolzano. Ai positivi allo screening è stato proposto un intervento breve, con finalità di informazione, sensibilizzazione, motivazione, ed eventualmente avvio al trattamento specifico.

Prosecuzione della collaborazione con l'Ambulatorio HANDS, con la Direzione Sanitaria e con i Medici Ospedalieri per il miglioramento del lavoro di rete.

- Ambulatorio della Associazione HANDS convenzionata con la Provincia e con l'Azienda sanitaria di Bolzano:

Prosegue la collaborazione operativa tra l'ambulatorio di alcologia HANDS ed il Comprensorio Sanitario di Bolzano. Il Servizio si avvale di un nuovo strumento telematico, programma "Zimbra Collaboration Suite", per una migliore gestione dei contatti e delle informazioni che pervengono al servizio stesso.

- SER.T Merano:

Tenendo presente l'aumento della complessità della domanda/richiesta di trattamenti portata dall'utenza, complessivamente le iniziative adottate negli anni al fine di favorire l'accesso ai trattamenti si basano sostanzialmente sulla reale creazione e concretizzazione di un Sistema dei Servizi per le Dipendenze (SSD) di cui il Ser.T è parte. Si ritiene, infatti, che solo con un Sistema funzionante ovvero ben integrato si riesca a rispondere alla complessità, facilitare l'accesso e offrire risposte quantitativamente e qualitativamente adeguate.

Questa è la motivazione sostanziale che ha portato alla redazione di un Piano per le Dipendenze a Merano denominato "CAPIRE PER ACCOMPAGNARE" la cui presentazione ufficiale è avvenuta nell'ottobre 2009. In esso, attraverso una decisa condivisione di responsabilità tra servizi privati, pubblici e di volontariato presenti sul territorio, vengono delineate le azioni operative e di sistema da attivare nei prossimi cinque anni (2014).

Come già delineato negli anni precedenti permane prioritario per il Servizio per le Dipendenze di Merano il processo di integrazione adeguatamente monitorato. Il Servizio è significativamente integrato con il territorio attraverso una stretta collaborazione con i Servizi Sociali Pubblici, Privati *No-Profit*, di Volontariato afferenti quindi al Privato Sociale.

- Consultorio Psico-Sociale della Associazione Caritas-Silandro (BZ):

Il numero dei/le clienti assistiti/e è aumentato costantemente negli ultimi tre anni. Si è riusciti a mantenere ed a stabilizzare l'offerta di gruppo, soprattutto nell'ambito della post-assistenza. In tale ambito, una linea-guida importante è costituita dalla post-assistenza di più anni nel *setting* di gruppo.

- SER.T di Bressanone:

La maggior parte degli utenti del Comprensorio sanitario di Bressanone è costituita da persone con problemi di alcol e loro familiari. La presa di contatto con il Servizio, nella maggioranza dei casi, avviene spesso tramite la segnalazione da parte dei reparti di medicina degli ospedali di Bressanone e Vipiteno e del reparto psichiatrico dell'Ospedale di Bressanone. Molte persone si presentano al Servizio in seguito all'insistenza dei familiari, oppure vengono indirizzate dal medico specialista o dal datore di lavoro. Altri prendono autonomamente l'iniziativa di rivolgersi al Servizio. In seguito alla disponibilità a trattare persone con problemi riguardanti il ritiro della patente di guida si è registrato un aumento delle terapie a lungo termine.

- SER.T di Brunico:

Gli accessi ai trattamenti avvengono mediante contatti diretti da parte del paziente o dei familiari, oppure grazie ad un proficuo lavoro di rete (p.e. servizi sociali, centro di salute mentale, ecc.) e/o consulenze ospedaliere.

I trattamenti sono indirizzati non solo all'individuo ma coinvolgono tutta la famiglia, valutando la problematica in funzione delle relazioni familiari. Per la clientela che rappresenta uno stile di consumo di "binge-drinking" viene adottata la terapia motivazionale (individuale o di gruppo). Per il periodo dopo un ricovero in una comunità terapeutica viene offerta una terapia di sostegno o psicoterapia (secondo il problema) sia all'individuo che ai familiari (partner, figli, ecc.).

Disintossicazioni ambulatoriali: vengono realizzate in pazienti in condizioni biopsicofisiche stabili, ben motivati, che dispongono di un ambiente positivo, con l'utilizzo di farmaci tranquillanti, *anticraving*, vitaminici, sotto stretta sorveglianza del medico.

Ospedalizzazioni: in caso di necessità il Servizio può inviare i pazienti per cure disintossicanti nel reparto ospedaliero di medicina per problemi internistici e di disintossicazione semplice e nel reparto di psichiatria nel caso di crisi suicidarie, di psicosi gravi e di intossicazioni complicate.

Post-ospedalizzazione: c'è l'offerta di un periodo all'interno della comunità terapeutica sia per i problemi inerenti l'alcol (abuso e dipendenza) che per i disturbi psicosomatici associati. Dopo il periodo "residenziale" il Servizio propone nella maggioranza dei casi una "terapia continua" per almeno 12 mesi, in media per 2-3 anni, dove i contatti si allungano nel caso di stabilizzazione e risoluzione dell'atteggiamento problematico.

La maggioranza dei clienti in contatto con il Servizio viene inviata dalla Commissione medica multizonale per l'accertamento dell'idoneità alla guida; da questa fascia di clienti spesso il Servizio individua persone che necessitano di terapie per abuso o dipendenza; ad altri viene data una risposta con una "offerta di gruppo" per la sensibilizzazione al problema alcol-guida (p.e. ai "binge-drinkers").

Il Servizio ha inoltre effettuato consulenze alcolologiche all'ospedale di Brunico e San Candido su richiesta dei diversi reparti.

P.A. TRENTO

- Presenza capillare, nell'ambito dell'unica Azienda sanitaria del territorio provinciale, dei servizi di Alcologia (11 servizi con organizzazione di tipo funzionale, indipendenti dal Ser.T, diffusi in ogni sede di distretto), con visite senza tempi di attesa, un responsabile medico a tempo parziale e almeno un operatore di rete.
- Prosecuzione del progetto "R.A.R." (Referente Alcológico di Reparto), nel quale si prevede che in tutti i reparti ospedalieri sia collocato almeno un operatore formato, di solito infermiere professionale, il quale, sulla base di una apposita cartella anamnestica per l'individuazione dei bevitori problematici o alcolisti, somministrata a tutti i pazienti al momento del ricovero, esegue i colloqui motivazionali con i soggetti interessati al fine di inviarli ai servizi di Alcologia e ai gruppi di auto-mutuo aiuto.
- Realizzazione di incontri di sensibilizzazione-informazione destinati a gruppi omogenei di persone attive nel sociale (assistenti sociali, educatori professionali, sacerdoti, Forze dell'ordine etc.) con la finalità di sensibilizzare all'invio delle persone con problemi alcolcorrelati ai servizi di Alcologia.
- Incontri mirati con i medici di Medicina Generale al fine di sensibilizzarli ad una maggiore attenzione riguardo al consumo di alcol da parte dei loro assistiti e, nel caso, 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 dépliant informativi sui servizi di Alcologia, dal titolo "*Alcol che fare se...*".
- Prosecuzione dell'attività di coordinamento dei servizi di Alcologia tramite il "Servizio di Riferimento per le attività alcolologiche", al fine di assicurare alle famiglie l'accesso ai servizi in maniera omogenea su tutto il territorio provinciale e controllare lo sviluppo dei progetti di prevenzione in tutta la Provincia.

REGIONE VENETO

- L'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali viene garantito in tutto il territorio regionale, favorito anche dall'intraprendenza dei Servizi alcolologici, che adottano numerose strategie al fine di assicurarne la qualità. Tutti i Dipartimenti per le Dipendenze prevedono un accesso libero ai Servizi di alcologia negli orari di apertura;

nel 82% dei casi è attivo anche un sistema di accesso programmato. Le prestazioni erogate dai Servizi sono generalmente gratuite.

- Rilevante è la costante e dinamica collaborazione nella prevenzione e cura dei problemi alcolcorrelati tra Servizio pubblico e una distribuzione capillare sul territorio dell'associazionismo e volontariato: ACAT, AA, AL-ANON, Comunità terapeutiche accreditate, Associazioni imprenditoriali di categoria ed Associazioni sindacali.

- Sono attive collaborazioni con le Divisioni specialistiche ospedaliere, SPISAL (Servizio di prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro), SIL (Servizi integrazione lavorativa), Consultori familiari, Servizi tutela minori, Neuropsichiatrie infantili, Unità operative per la disabilità, Dipartimenti per la Salute mentale, Medici di medicina generale (MMG). Questa costante integrazione operativa permette la realizzazione di una Rete Alcolologica Territoriale tra servizi, favorendo una efficace continuità assistenziale nel percorso terapeutico degli utenti.

- L'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali è favorito innanzitutto da un'ampia informazione. Le modalità più diffuse di presentazione e informazione sulle attività dei servizi alla persona con problemi alcolcorrelati (PAC) riguardano la predisposizione della Carta dei Servizi Aziendale e successiva distribuzione in diversi ambiti istituzionali e sociali del territorio.

- L'accesso ai servizi alcolologici è favorito dalle seguenti caratteristiche organizzative e/o diagnostico-terapeutiche: assenza di liste di attesa, presenza di servizi di prima accoglienza, garanzia della riservatezza, offerta di programmi personalizzati alle differenti tipologie di utenza, con particolare attenzione ai giovani, presenza di un'*équipe* multiprofessionale impegnata nella presa in carico del paziente con PAC, attività di diagnosi precoce con valutazioni psicopatologiche, possibilità di ricovero sia in regime di *day hospital* che in forma ordinaria.

REGIONE FRIULI - VENEZIA GIULIA

- Prosecuzione dei lavori del Gruppo di Coordinamento Regionale Alcol in seno alla Direzione Centrale della Salute e delle Politiche Sociali, formato dai rappresentanti dei Servizi pubblici, delle Associazioni di volontariato e delle Università della Regione autonoma FVG.

- Piano regionale della riabilitazione 2006–2008 ed atti applicativi (linee di gestione della Regione e delle ASS).

- Realizzazione del "Rapporto sull'Alcoldipendenza nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Periodo: 2005".

REGIONE LIGURIA

- A seguito della L.125 sono stati aperti presso tutte le Aziende Sanitarie Locali della Liguria, ed in particolare presso i Dipartimenti di Salute Mentale, i Nuclei Operativi Alcolologia (NOA), punti di offerta trattamentale specifici riguardo all'alcoldipendenza ed ai problemi alcolcorrelati. Tali punti di offerta sono per lo più dislocati in luoghi diversi dall'ubicazione del locale SerT di riferimento, al fine di facilitare l'accesso a soggetti di età, genere e condizione socio-economica diversi da quelli degli utenti tossicodipendenti.

- Nel corso dell'anno le AASSLL hanno adeguato le ore di apertura al pubblico al fine di assicurare una fruibilità del servizio maggiore per l'utenza. L'esistenza del servizio e la conoscenza delle modalità di accesso ai NOA sono ormai acquisiti dagli operatori socio-sanitari del territorio (servizi sanitari territoriali, i reparti ospedalieri, i medici di medicina generale, i servizi sociali dei comuni della provincia, le strutture del privato sociale e le divisioni ospedaliere della zona) che favoriscono gli invii al servizio.

- All'interno dei NOA vengono offerti anche trattamenti di tipo psicoterapico prevalentemente per soggetti non ancora del tutto pronti per la dimissione; questo consente di rispondere a una domanda di cura permettendo però agli operatori di mantenere spazi per i nuovi accessi.

- Il percorso di certificazione di qualità finalizzato all'accreditamento è *in itinere* in tutte le AA.SS.LL. Liguri.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Il Progetto Regionale Alcol ha come cornice di riferimento normativo il "Programma regionale Dipendenze Patologiche", approvato con Delibera n° 698 del 19.05.2008, che fissa obiettivi per il triennio 2008/2010 da realizzarsi da parte delle Aziende Sanitarie.

I punti sottoposti al monitoraggio regionale riguardano:

- l'attivazione di percorsi di accesso differenziati per i cittadini con problemi alcolcorrelati o alcoldipendenti, non necessariamente erogati in sedi dedicate
- evidenza di collaborazione con i MMG per la cura dei pazienti con patologie alcolcorrelate
- evidenza di progetti di sensibilizzazione in ambienti di lavoro e di collaborazione con i medici competenti
- evidenza di applicazione della delibera regionale 1423/2004 che riguarda la valutazione dell'idoneità alla guida per i soggetti con violazione dell'art. 186 del Codice della strada.

Il programma regionale alcol si avvale di un coordinatore e di un gruppo di professionisti sanitari con ruolo di consulenti tecnici. Questi ultimi conducono, a loro volta, gruppi di approfondimento legati alle quattro aree tematiche denominate:

- prevenzione scolastica, promozione di sani stili di vita presso i giovani
- trattamenti rivolti a persone alcol dipendenti o con danni alcol correlati
- alcol e guida sicura
- alcol e ambienti di lavoro.

L'articolazione regionale in aree di approfondimento corrisponde ad analoga organizzazione a livello di Aziende USL, dove è stato nominato un gruppo aziendale alcol costituito da operatori referenti per le quattro aree citate. Tale organizzazione permette di dare organicità e coerenza al progetto regionale nonché di promuovere la partecipazione dei Servizi accogliendone i contributi attraverso i gruppi di approfondimento.

REGIONE TOSCANA

- Riduzione fino ad annullamento dei tempi di attesa per l'accoglienza e la presa in carico degli utenti

- Revisione delle procedure assistenziali allo scopo di assicurare risposte immediate ai bisogni

- Individuazione di percorsi assistenziali diversificati

- Ampliamento delle fasce orarie di apertura e acquisizione di una maggiore autonomia, da un punto di vista organizzativo-funzionale e in termini logistici, al fine di migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei servizi

- Collaborazione con presidi ospedalieri per ricoveri programmati, *day hospital*, visite ambulatoriali specialistiche di controllo

- Sensibilizzazione dei medici di medicina generale, ospedalieri, specialistici, i farmacisti, i pediatri, i servizi sociali, i mediatori culturali, le forze dell'ordine, la prefettura, le commissioni mediche provinciali.

REGIONE UMBRIA

- I Servizi alcologici territoriali afferiscono ai Dipartimenti per le Dipendenze, presenti in ciascuna Azienda Sanitaria Locale. I punti di erogazione delle prestazioni proprie dell'area alcologica sono distribuiti in maniera omogenea su tutto il territorio regionale

e sono collocati in genere presso i Servizi di alcologia, in ambito distrettuale, o, in alcuni casi, presso i Centri di Salute Mentale.

Alla disponibilità dei servizi si associa un buon livello di accessibilità, garantito dalla semplificazione delle procedure di contatto e di accoglienza. Gli utenti accedono con contatto diretto e/o telefonico, non necessita alcuna richiesta medica né pagamento di ticket; dal momento del contatto all'accoglienza vera e propria passa un periodo medio di 2-5 giorni, senza lista di attesa.

- Nel campo della sanità penitenziaria, da parte degli operatori vengono regolarmente effettuati accessi settimanali nelle varie sezioni degli istituti. Le attività prevedono tra l'altro: colloqui di sostegno, la realizzazione di una attività informativa rivolta ai detenuti, incontri settimanali realizzati dai gruppi di auto-mutuo aiuto, in particolare Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT), con il coinvolgimento delle famiglie.

- I Servizi territoriali di Alcologia lavorano in rete con le Aziende Ospedaliere di Perugia e di Terni, presso le quali vengono effettuate, su richiesta, consulenze nei diversi reparti di degenza.

I percorsi di trattamento, laddove siano ravvisate situazioni di particolare complessità, includono l'inserimento in regime di ricovero in strutture residenziali per trattamento intensivo riabilitativo. L'utente è seguito per tutto il percorso, dalla fase di ammissione fino alla dimissione, con successivo inserimento nel percorso riabilitativo territoriale, senza soluzione di continuità.

- Per problematiche di doppia diagnosi o di polidipendenza da sostanze psicoattive, il piano di trattamento è condotto in stretta collaborazione con i Servizi di Salute Mentale e con i Ser.T., sulla base di protocolli operativi.

-Adeguamento dei servizi di Alcologia alle crescenti richieste di domanda di assistenza e di procedure di rinnovo della patente per i soggetti segnalati ai sensi dell'art. 186 del Codice della strada.

REGIONE MARCHE

- All'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze (DGR 747/04) le attività assistenziali vengono garantite da apposite *équipes*, in alcuni casi in presenza di apposita U.O. di alcologia, in altri casi tramite personale con monte ore dedicato. Al fine di favorire l'accesso degli utenti, come previsto nella citata DGR 747/04, i Dipartimenti delle Dipendenze, attraverso le loro articolazioni (Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche - STDP), hanno strutturato accessi e percorsi diversificati realizzando ambulatori dedicati aperti in giorni ed orari specifici.

- La rete territoriale conta anche di punti di primo contatto e *counseling* per i pazienti segnalati dai vari reparti ospedalieri, dai medici di medicina generale o presentatisi

spontaneamente in ambulatorio o, ancora, accessi riservati e chiaramente identificabili con apposita cartellonistica, all'interno del Distretto Sanitario.

- E' assicurata l'integrazione dei diversi servizi territoriali, ospedalieri e dei medici di Medicina Generale, che garantisce percorsi assistenziali completi anche con un significativo apporto dei gruppi di auto-mutuo aiuto (CAT e AA). Sempre più proficua è la collaborazione con i Pronto Soccorso e i Dipartimenti di Salute Mentale sia per richieste di consulenze sia per gli invii al servizio di Alcologia.

- L'accesso dell'utenza è diretto, senza liste di attesa e senza bisogno di impegnativa da parte del medico di base. I Servizi, oltre al trattamento di disassuefazione ambulatoriale, effettuano la disintossicazione in ambito ospedaliero o attraverso il ricovero presso le Case di Cura *Villa Silvia* di Senigallia e *Villa S. Giuseppe* di Ascoli Piceno.

REGIONE LAZIO

- Nel corso del 2008 e 2009 all'interno delle Aziende Asl, tramite i Ser.T. e le U.O. di Alcologia attivi, si è provveduto a riorganizzare, coordinare ed ampliare gli interventi in ambito alcolologico per cercare di fronteggiare da un lato la crescente domanda di assistenza e dall'altro di superare alcune criticità esistenti. Lo scopo di tali azioni è quello di migliorare l'accesso ai trattamenti per agevolare gli utenti con problematiche legate all'alcol, che si è esplicitato in:

- riduzione dei tempi di attesa per l'accoglienza e la presa in carico;
- analisi dei percorsi assistenziali individualizzati;
- modifica delle procedure di "presa in carico" e gestione del paziente alcolista.

- I suddetti Servizi hanno, inoltre, promosso l'accesso e offerto trattamenti di carattere psicosociale e medico, anche avvalendosi di strutture ospedaliere per ricoveri brevi o in *day-hospital*.

REGIONE ABRUZZO

- Nella Regione Abruzzo, negli anni 2008/2009 hanno operato quattro servizi di Alcologia (cinque sedi operative) appartenenti al Servizio Sanitario Regionale e, nello specifico, tre delle sei Aziende USL abruzzesi: Avezzano – Sulmona, Chieti e Pescara. Le strutture sono tutte di natura territoriale: nella Azienda Sanitaria di Avezzano–Sulmona il Servizio di Alcologia è incardinato nel Servizio per le Tossicodipendenze; nella ASL di Pescara sono presenti due Ser.A. : uno operante nell'area urbana e l'altro, con due sedi operative, nell'area Vestina e Maiella/Morrone.

Tutte le strutture preposte assicurano l'accesso ai trattamenti sanitari per la dipendenza da bevande alcoliche e le attività di sensibilizzazione/informazione rivolte alla popolazione generale e a *target* specifici, in particolare ai giovani.

- I Ser.A. regionali hanno proseguito la loro collaborazione con i gruppi di auto-mutuo aiuto soprattutto per l'invio di soggetti e familiari per l'inserimento in percorsi di recupero, incontri per pianificazione di interventi di prevenzione integrati, partecipazione a riunioni aperte ed informazioni pubbliche con A.A.-Alcolisti Anonimi, Al-Anon-Familiari degli alcolisti, C.A.T.-Club Alcolisti in trattamento.

- E' continuata la collaborazione con i Reparti Ospedalieri, soprattutto di Medicina, Psichiatria e Malattie Infettive, finalizzata a ricoveri in acuto e non, a consulenze volte a garantire la continuità terapeutica agli alcolisti ricoverati con invio e successiva presa in carico presso il Servizio di Alcologia, iniziative di informazione/sensibilizzazione su problematiche alcolcorrelate e modalità di comunicazione nella relazione d'aiuto rivolte ad allievi dei corsi di Scienze Infermieristiche. Iniziative di informazione/sensibilizzazione circa le problematiche alcolcorrelate rivolte ai parenti dei degenti (punti informativi c/o Ospedale Pescara e DSB).

- E' inoltre proseguito il raccordo con le strutture interne ed esterne alla AUSL: Medicina di Comunità (Consultori e Medicina Scolastica), Centri di Salute Mentale, SERT, Neuropsichiatria Infantile, Servizi Sociali dei Comuni, Case Circondariali.

- Sono proseguiti i rapporti di collaborazione tra i MMG ed i servizi del territorio, che rappresentano i principali invianti.

REGIONE MOLISE

- L'accesso ai trattamenti dei Servizi territoriali è favorito dall'attuazione di programmi terapeutici multi-modali che tengono conto della specificità del soggetto. Tali programmi terapeutici di recupero hanno visto la partecipazione dei familiari dell'utente, indispensabili per un intervento più efficace. È bene sottolineare come la crescente politica di sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati attivata dai Servizi ha spesso permesso una maggiore affluenza al trattamento.

- Continuano le iniziative volte a migliorare l'accesso "a bassa soglia" attraverso l'informazione delle attività dei Servizi territoriali.

REGIONE CAMPANIA

- L'Osservatorio per le Dipendenze dell'Assessorato alla Sanità della Regione Campania, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni dei servizi per l'alcoldipendenza presenti sul territorio regionale in termini di accessibilità e *compliance*, si avvale di un lavoro organico di monitoraggio specifico nel settore,

all'interno del programma denominato "SID2"- estensione del sistema informativo delle Dipendenze in Campania.

Il programma prevede l'attività di un gruppo operativo che, tra i vari compiti, ha anche quello di monitorare appunto il fenomeno dell'alcoldipendenza.

- I Sert.T. in Campania offrono, oltre al sostegno per la cura delle tossicodipendenze propriamente dette, anche il supporto agli alcolisti.

Le prestazioni erogate dai Ser.T in campo alcologico comprendono: l'accoglienza, l'osservazione e la diagnosi, l'assistenza sanitaria dell'utente con la presa in carico sia dell'utente che della famiglia. Inoltre si registra un incremento di altri tipi di trattamento non medico, in particolare del "counseling".

- Sul territorio regionale si è registrato nel biennio 2008-2009 un processo di stabilizzazione e di sviluppo delle attività alcologiche realizzate presso i SERT, spesso in collaborazione col mondo del Terzo Settore. Tale processo si è manifestato attraverso varie iniziative messe in atto dai servizi territoriali; in particolare, si evidenziano due strategie finalizzate a migliorare l'accesso degli utenti con problemi alcolcorrelati ai servizi:

1) la differenziazione dei programmi di accoglienza e di trattamento dell'utenza con problemi alcolcorrelati da quella di presa in carico per problemi legati all'uso di droghe illegali messa in atto da alcune unità operative. Tale scelta si motiva con l'obiettivo di migliorare l'accessibilità ai servizi attraverso l'offerta di *settings* dedicati, grazie ai quali favorire il superamento di resistenze e remore da parte degli utenti verso servizi vissuti come destinati solo per l'assistenza dei tossicodipendenti da sostanze stupefacenti illegali;

2) l'attivazione di percorsi di continuità terapeutica ed assistenziale con altri servizi sanitari territoriali o ospedalieri (collaborazione con MMG; protocollo per ricoveri programmati in ospedale o in case di cura; consulenze con specialisti di area internistica o neuropsichiatrica, ecc.).

REGIONE PUGLIA

In ciascun Dipartimento delle Dipendenze Patologiche è proseguita l'azione di consolidamento, formale ed operativo, di specifiche UU.OO. di alcologia. Due sono i modelli adottati nell'organizzazione delle suddette UU.OO.:

- Un modello di tipo "specialistico-funzionale", dove l'U.O. è intesa come gruppo di lavoro (comunque strutturato) che coordina tutte le funzioni in materia di prevenzione, cura e lotta all'alcolismo adottate all'interno dei Ser.T, definendo linee guida omogenee per gli operatori che si specializzano nella cura di questa forma di dipendenza. Tale modello è adottato nella maggioranza dei dipartimenti della Regione.
- Un modello di tipo "strutturale", dove l'U.O. centralizza tutti gli interventi relativi al trattamento della dipendenza alcolica e delle patologie alcolcorrelate in un ambito

territoriale definito (corrispondente, in genere, ad una sezione dipartimentale), e nel quale opera del personale esclusivamente dedicato alla cura della dipendenza alcolica. In questo modo si definisce un *setting* d'intervento separato da quello previsto per altre forme di dipendenza. Tale modello è adottato specificamente in una sezione dipartimentale della ASL di Foggia (Foggia città con Lucera, Troia e Candela) e in una sez. dipartimentale della ASL di Bari (ambulatorio di Gravina).

In ambedue i contesti operativi si seguono, in ogni caso, delle linee d'azione comuni:

- La presa in carico dei soggetti alcolodipendenti avviene in maniera diretta, senza particolari formalità (esenzione ticket), con abbattimento delle liste di attesa e rafforzamento delle attività di *counseling* informativo, di inquadramento diagnostico e orientamento/sostegno per le famiglie.
- Si rafforzano le collaborazioni tra UU.OO. di alcologia e divisioni o reparti di medicina dell'Ospedale, con l'adozione di protocolli d'intesa più o meno formalizzati, che disciplinano il ricorso alle consulenze e permettono di individuare dei percorsi di dimissione "protetta", con l'offerta al paziente della possibilità di presa in carico successiva da parte del Servizio di alcologia.
- Altra strategia frequentemente adottata dai dipartimenti delle ASL per favorire l'accesso degli utenti alcolisti o portatori di PAC ai trattamenti è la sensibilizzazione dei medici di famiglia che prosegue in molte realtà, i quali sono stati coinvolti soprattutto in occasione delle attività informative messe in atto dai servizi (distribuzione di opuscoli informativi da trasmettere ai pazienti, ecc).
- Prosegue l'attività dell'Unità di Alcologia clinica medica "A. Murri" presso il Policlinico di Bari, che prevede la possibilità di ricoverare pazienti in degenza ordinaria e in Day Hospital, e fornisce altresì un trattamento ambulatoriale. La struttura è in costante collegamento con la rete regionale dei gruppi di auto-mutuo aiuto CAT (Club alcolisti in trattamento), alla quale sono inviati mediamente più del 60% degli utenti giunti ad osservazione.
- In alcune realtà aziendali (Foggia, Galatina, Altamura) è stato attivato il "Numero Verde" che fornisce informazione, prevenzione, indirizzo, *counseling* per soggetti con problemi alcolcorrelati.

REGIONE BASILICATA

- Adeguamento agli standard ed alle proposte formulati dalla Commissione mista ASL-Tribunale per i Diritti del malato.

- Attuazione del “Progetto Qualità” dei servizi con somministrazione, all’utenza, di questionari riguardanti la qualità percepita dei servizi.
- Collaborazione tra i Servizi e in particolare tra questi e le attività del Centro di Riabilitazione Alcolologica di Chiaromonte per la riabilitazione dei pazienti alcolisti.
- Riduzione delle liste di attesa fino a un massimo di 7 giorni.

REGIONE CALABRIA

- La Regione Calabria ha recepito con Delibera di Giunta n.299 del 25 Maggio 2009 l’Accordo Stato Regioni sul “Piano Nazionale Alcol e Salute” ai sensi dell’art.4. Per la stesura del programma regionale Alcol è stato istituito un Gruppo Tecnico di Coordinamento, la cui composizione riconosce la partecipazione, oltre che dei Direttori dei Dipartimenti delle Dipendenze delle ASP, dei Responsabili delle Unità Alcolologiche, dei Rappresentanti del Privato sociale e dei Referenti degli Enti Ausiliari.
- Le azioni realizzate negli anni 2008 e 2009 dai servizi alcolologici delle ASP calabresi riguardano la collaborazione con i Medici di Medicina Generale ed i reparti dei Presidi Ospedalieri ricadenti sul territorio regionale che si occupano dei pazienti con patologie alcolcorrelate.
- Sono stati predisposti dei percorsi assistenziali individualizzati e diversificati, nonché la sensibilizzazione delle Forze dell’ordine, della Prefettura, delle Commissioni Mediche provinciali.
- Sono stati effettuati numerosi interventi di informazione e consulenza, attraverso L’Unità di Strada, sulle risorse esistenti e sulla loro tipologia, sulla modalità di accesso e loro referenti.

REGIONE SARDEGNA

- La Regione, con D.G.R. n. 39/5 del 27/8/2009 ha istituito presso la ASL 8 di Cagliari una struttura denominata “Centro per il trattamento dei disturbi Psichiatrici Alcolcorrelati”, unico in Sardegna, che accoglie una popolazione di alcolisti e delle loro famiglie provenienti da tutta la Regione.
- La Regione Sardegna, dando seguito al “Programma Regionale di interventi nel settore delle dipendenze”, DGR n.12/3 del 27/3/2007, nel Giugno 2008 ha pubblicato il “Rapporto Regionale sullo stato delle Dipendenze in Sardegna” dedicando ampio spazio alla organizzazione dei servizi rivolti alle persone con problemi di alcol e all’attuazione degli obiettivi previsti nella Legge 125:

- Un aumento della disponibilità e dell'accessibilità ai trattamenti efficaci sia per i soggetti con un consumo di alcol dannoso che per i soggetti alcol dipendenti
- Attuazione di sistemi atti a sorvegliare l'efficacia e l'efficienza degli interventi
- Adozione di politiche e di azioni che intervengano sulla percezione culturale del bere.

6.3. INIZIATIVE ADOTTATE PER FAVORIRE L'INFORMAZIONE, LA PREVENZIONE E L'EDUCAZIONE SUI DANNI ALCOLCORRELATI

REGIONE VALLE D'AOSTA

- Sono state promosse gare sportive sul territorio regionale in collaborazione con gli Enti Istituzionali e con la partecipazione di rappresentanti dei Gruppi di auto-mutuo aiuto, con l'obiettivo di prevenire il fenomeno dell'uso di alcol nei contesti sportivi, in particolare quelli tradizionali e tipici quali *fiolet*, *palet*, *rebatte*, e per implementare azioni che favoriscano la prevenzione e il trattamento delle problematiche alcolcorrelate.

- Prosecuzione degli interventi di prevenzione all'uso e abuso di sostanze psicoattive e alcol nelle istituzioni scolastiche, privilegiando il ruolo educativo degli insegnanti e fornendo loro strumenti specifici per affrontare nell'ambito della relazione educativa i comportamenti a rischio.

- Avvio e sostegno a progetti di *peer education* in collaborazione con la S.C. di Psicologia ed il Consultorio Adolescenti dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

- Prosecuzione degli interventi di informazione e sensibilizzazione durante feste, sagre e nei luoghi di divertimento e manifestazioni di vario tipo che richiamano pubblico, promuovendo il messaggio mediante l'immagine del Bob, ossia che chi guida non beve.

REGIONE PIEMONTE

REGIONE:

- "Progetto Multicentrico regionale 2008-2009: Promozione di comportamenti liberi dall'alcol per la prevenzione degli incidenti stradali".

Il Progetto Multicentrico regionale è composto da quattro ambiti di intervento diversi, ma correlati tra loro rispetto al ciclo di vita dei destinatari (15-50 anni). Il Progetto ha una visione comune, con uno sviluppo modulare e con un atteggiamento di sperimentazione.

Il progetto si articola sul territorio regionale in 4 moduli di quadrante:

- *Una guida al limite*: attivazione di percorsi interventi formativi-informativi rivolti a medici certificatori delle Medicine legali per condivisione messaggi sui temi dell'alcol, sostanze psicoattive, farmaci ed effetti alla guida. I destinatari finali sono coloro che stanno per conseguire la patente e i patentati al rinnovo patente.
- *Metti in moto la salute*: attivazione di percorsi rivolti ai decisori impegnati nella promozione di politiche per la salute.

- *Sicurezza in festa*: interventi informativi in particolare sui temi dell'alcol ed effetti alla guida nei contesti del divertimento. I destinatari finali del progetto sono soggetti di 25-49 anni partecipanti a feste e sagre paesane.
- *Metti in moto la prudenza*: interventi formativi-informativi rivolti a insegnanti di scuola secondaria di primo e secondo grado sui temi dell'alcol, sostanze psicoattive, farmaci ed effetti alla guida.

- “Scegliere la strada della Sicurezza: interventi di prevenzione degli incidenti stradali”
La Regione Piemonte, su mandato del CCM-Ministero della Salute, dal 2007 ha coordinato, in collaborazione con l'Asl di Alba-Bra (CN), il progetto *Scegliere la strada della sicurezza: interventi di prevenzione degli incidenti stradali*, realizzato per supportare e offrire assistenza tecnico-scientifica alle Regioni nell'attuazione dei Piani locali di Prevenzione Incidenti stradali nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-07. In tale contesto sono stati formati referenti regionali e altri operatori affinché costituissero un primo nucleo di esperti e avviassero localmente un progetto di prevenzione degli incidenti stradali dovuti al consumo di alcol e/o sostanze psicoattive con il coinvolgimento di “moltiplicatori dell'azione preventiva” ovvero insegnanti e istruttori di autoscuole, forze dell'ordine, volontari, gestori di locali, ecc.

- Progetto “Alcol e guida nel tempo libero”

La Regione Piemonte ha avviato una serie di interventi di tipo informativo rivolti ai gestori dei locali pubblici e finanziati dall'Istituto Superiore di Sanità.

- “Progetto Bob”

La Regione Piemonte, con il supporto della Direzione Comunicazione Istituzionale e della Direzione Trasporti, ha avviato un progetto denominato “Piemonte strade sicure”, nell'ambito del quale sono state realizzate due campagne di comunicazione: “*il mio scudo sono io*” e “*questa sera chiamatemi Bob*”. La prima si basa su messaggi atti a promuovere l'uso delle cinture, il rispetto dei limiti di velocità e informazioni su alcol e guida; la seconda è volta a sensibilizzare i giovani tra i 18 e i 30 anni sui rischi connessi alla guida sotto l'effetto di alcol, droghe o farmaci e a promuovere la figura del *guidatore designato*, cioè la persona che si assume l'impegno di limitare al minimo il consumo di alcolici nel corso della serata e di accompagnare a casa gli altri.

AZIENDE SANITARIE LOCALI:

- Attivazione presso l'Asl di Alessandria dei seguenti progetti formativi:

Progetto “Bere in terra da vino” (2009): incontri nelle scuole medie superiori per l'educazione all'uso corretto e alla prevenzione dell'abuso di sostanze alcoliche.

Progetto “Thank you for..” e “Made for you” (2008-10): educazione tra pari con studenti delle scuole medie superiori su rischio in adolescenza rispetto alle sostanze, alcol compreso.

Progetto “Adolescenti e adulti a colloquio con le Dipendenze” (2009): 3 incontri con la popolazione.

Progetto “Dalla percezione degli amministratori locali come costruttori di salute alla costruzione di programmi integrati” – Premio Federsanità ANCI Piemonte (2009). Indagine sulla percezione degli stili di vita, alcol compreso, in un gruppo di sindaci dell’alessandrino.

- Attivazione presso l’Asl di Cuneo dei seguenti progetti formativi:

“Pronti a ripartire!” Interventi di tipo informativo-formativo, educativo, di promozione della salute e prevenzione delle situazioni di rischio di “incidenti sulla strada”, causati in particolare dagli effetti dell’alcol nei conducenti di veicoli a motore. I destinatari finali sono le persone segnalate per guida in stato di ebbrezza alcolica e inviate alle Commissioni Mediche Locali della Provincia di Cuneo per l’accertamento dell’idoneità alla guida.

“Progetto SP.INT.A info” (spazio informativo azione interattiva). Attività di prevenzione rivolta agli studenti delle terze classi della scuola media superiore del territorio svolta in collaborazione tra Asl, Comune di Mondovì e Cooperativa Valdocco.

- Attivazione presso l’Asl di Verbania-Cusio-Ossola dei seguenti progetti formativi:

“Sicura la notte”, progetto di prevenzione degli incidenti stradali da guida in stato di ebbrezza alcolica realizzato in collaborazione con associazioni del privato sociale e del volontariato. Edizioni 2006, 2007, 2009; è prevista la prosecuzione nel 2010 e 2011. Il progetto, che prevede di contattare gli adolescenti e i giovani nei loro luoghi di aggregazione e convivialità, è inserito nel Piano Locale delle Dipendenze.

PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO:

- L’ARCAT Piemonte e le ACAT realizzano molti dibattiti chiamati Interclub sia per la popolazione sia per la Comunità locale, su temi proposti o individuati collegialmente; tutte le iniziative di informazione sono eseguite da specialisti del “Metodo Hudolin”.

- “Progetto stazioni solidali”, proposto dal Servizio di Alcologia Asl di Chivasso (TO) e realizzato in collaborazione con l’associazione Aliseo e il Gruppo Abele. Il progetto ha come oggetto principale la costituzione di un *Help Center* presso la Stazione Ferroviaria di Chivasso, con il quale si intende rispondere al bisogno di accoglienza, ascolto e primo intervento sulle persone senza fissa dimora presenti nel territorio con particolare attenzione alle situazioni di dipendenza alcolica.

- Incontri di informazione-prevenzione presso le scuole guida appartenenti ad alcuni Comuni della prima cintura torinese (16 scuole guida) all’interno del Progetto della Provincia di Torino “Consapevoli di una vita spericolata”, al fine di sensibilizzare i giovani che si accingono a prendere la patente sulle tematiche alcolcorrelate e sui rischi connessi alla guida sotto l’effetto di alcol.

- Tra le iniziative attivate dal Centro CUFRAD si evidenziano:

“Progetto Radio”, progetto di prevenzione dei problemi e delle patologie alcolcorrelate che consiste in trasmissioni radiofoniche sui problemi delle patologie alcolcorrelate con

la partecipazione di psicologi e dibattito con gli ascoltatori per complessive 4-5 ore mensili per 12 mesi all'anno.

Progetto "Alcol accoglienza e orientamento ambulatoriale di soggetti con problematiche correlate al consumo di alcol".

Progetto via internet: "News su alcolismo e problemi alcolcorrelati", *news* quotidiane su alcolologia e problemi e patologie alcolcorrelate redatte da psicologi.

Progetto Centri commerciali, mercati e piazze, progetto di prevenzione dei problemi e delle patologie alcolcorrelate. Incontri diretti con la popolazione generale.

Progetto Farmacie, progetto di prevenzione dei problemi e delle patologie alcolcorrelate.

REGIONE LOMBARDIA

- Con la D.G.R.10158 sono state approvate le Linee Guida Regionali dal titolo "Prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione generale", un importante documento di riferimento con il quale si è voluto fornire un quadro definito e d'indirizzo per la progettazione e la gestione delle iniziative da parte di tutti gli operatori impegnati nella complessità del fenomeno delle dipendenze.

- Le Linee Guida Regionali forniscono le indicazioni sul percorso e tipo di messaggio da utilizzare per la diffusione delle informazioni necessarie al programma di sensibilizzazione della popolazione. Nel territorio lombardo sono state organizzate molteplici iniziative a carattere informativo che hanno visto coinvolti migliaia di cittadini. I principali interventi si sono attuati attraverso i media (TV e radio), altri sono stati organizzati con volantinaggi, interviste con distribuzione di gadget/informativi, in centri commerciali o manifestazioni pubbliche e comunque in luoghi di grande affluenza di persone.

- Dal 2008 al 2009 è stata condotta, in collaborazione con le A.S.L. e gli Uffici Scolastici regionali e Provinciali, una ricerca-studio HBSC "Health Behaviour in School-aged Children", promossa dall'O.M.S. presso gli istituti scolastici lombardi di primo e secondo grado. L'iniziativa prevedeva la somministrazione ai ragazzi di età compresa tra 11-15 anni di questionari anonimi. Tale strumento di rilevazione aveva lo scopo di fornire un'analisi dei bisogni e una radiografia del mondo visto dai giovani, con particolare riferimento all'uso e abuso di sostanze. Il fine ultimo è stato di poter sviluppare e promuovere iniziative a carattere educativo di prevenzione sulle dipendenze.

P.A. BOLZANO

- Assessorato alla Famiglia, Sanità e Politiche Sociali: Campagna 2009 di prevenzione all'alcolismo "Bere responsabile. Prevenzione alcol in Alto Adige".

Nell'ambito della campagna, il 2009 è stato un anno pregnante, poiché per la prima volta l'Alto Adige ha sviluppato un proprio logo sulla prevenzione all'alcol – un tappo corona rosso con un punto esclamativo in bianco – rendendo così visibile il quadro concettuale ad esso legato. Il marchio “tappo corona rosso” nei prossimi anni dovrà accompagnare ed essere abbinato a tutte le iniziative per la prevenzione all'alcol in Alto Adige. Nell'anno 2009 il rafforzamento della comunità è stato uno dei punti cardini della campagna. Lo slogan “Sta crescendo qualcosa di nuovo” vuole sensibilizzare ad una nuova consapevolezza e ad un nuovo stile di comportamento in relazione al consumo di alcol in tutta la provincia.

L'Assessorato alla Famiglia, Sanità e Politiche Sociali ha elaborato il concetto in collaborazione con i Servizi specialistici territoriali (HANDS, SER.D, Forum Prevenzione, Centro Bad Bachgart, Intendenze scolastiche) i quali sostengono la campagna.

- Ambulatorio Alcolologia

E' stata attivata un'iniziativa di rilevazione degli accessi al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Bolzano per intossicazione acuta da alcol ed è stato proposto un intervento di prevenzione selettiva ai giovani fino ai 29 anni d'età. Si tratta di una consulenza della durata di circa 60 minuti con il ragazzo e con i genitori (se minore), secondo un approccio di tipo motivazionale.

- HANDS

1) Materiale Informativo

L'Associazione HANDS ha deciso di realizzare delle *T-shirt* con lo scopo di far riflettere sia le persone che le indossano, sia le persone che le osservano sul tema dell'utilizzo adeguato delle sostanze alcoliche. Le magliette richiamano l'attenzione su tre valori alcolemici: lo 0,0 per mille, che indica la sobrietà e l'assenza di rischio; lo 0,3 per mille, che indica un livello di attenzione; lo 0,5 per mille, il livello di rischio certo, superato il quale si mette in pericolo la propria salute psicofisica.

2) Gruppo di lavoro sulla visibilità Hands

Questo gruppo promuove le iniziative di seguito elencate:

- Informazione tramite opuscoli e volantini. E' stato realizzato e distribuito un volantino sui gruppi di auto-aiuto Hands nel territorio provinciale con indirizzi, località e recapiti telefonici.
- Diffusione di articoli nei giornali. Nel 2009 sono stati mensilmente inviati e pubblicati sui maggiori quotidiani e riviste locali articoli inerenti le tematiche alcolcorrelate.

3) Prevenzione

L'Associazione Hands è stata coinvolta direttamente ed indirettamente in molteplici iniziative in questo campo. Il Responsabile clinico dell'Ambulatorio HANDS ha collaborato nel corso dell'anno con l'Assessorato competente e con altre agenzie coinvolte nella realizzazione ed attuazione della “Campagna di Prevenzione Alcol”.

Come negli anni precedenti, diverse scuole medie e superiori hanno richiesto all'Associazione interventi informativi nelle classi, nonché iniziative di informazione serali rivolte alla cittadinanza in alcuni Comuni della Provincia.

L'Associazione ha anche partecipato alla "Giornata mondiale di prevenzione contro l'abuso e il traffico illecito di droga" e alla Fiera della Salute a Bolzano presso lo stand allestito dalla P.A. di Bolzano contribuendo attivamente, sia nel reperimento del materiale informativo messo a disposizione dei visitatori, sia rendendo disponibile in loco la presenza di uno psicologo per informazioni e consulenze specifiche.

Realizzazione di Serate informative promozionali dei Gruppi di auto-aiuto in località decentrate.

4) Sito Internet HANDS

Il sito www.hands-bz.it descrive l'Associazione e le caratteristiche delle strutture Hands.

5) Telefono verde Infoalcol

Questo servizio si prefigge di fornire informazioni relative a problemi di alcol e facilitare in tal modo l'accesso di utenti e/o familiari ai servizi ed alle attività offerte dall'Associazione Hands. Tale servizio risulta particolarmente utile per gli utenti che non sono in grado di utilizzare altri mezzi telematici (p.es. Internet) o che desiderino essere tutelati da un completo anonimato in questa prima fase di contatto con il servizio.

- "Forum Prevenzione" - Bolzano

Il Forum Prevenzione, convenzionato con la P.A. di Bolzano, è un centro di competenze che lavora su tutto il territorio provinciale e offre l'opportunità - a chi vuole attivare o partecipare ad azioni di prevenzione e di promozione della salute - di creare una sinergia di intenti insieme con i suoi collaboratori. Temi prioritari sono: la prevenzione all'alcol e al tabagismo, la prevenzione selettiva, il gioco d'azzardo, i mondi e giochi virtuali, la violenza e gli estremismi, nonché gli ambiti di promozione della salute come lo sport e il movimento per i giovani, le tecniche alternative di rilassamento e ascolto di sé, l'educazione, la comunicazione e l'intercultura.

Gruppi *target* principali sono: famiglia/genitori e adulti in genere, giovani, moltiplicatori nelle scuole, nel lavoro giovanile e negli ambiti del sociale e della salute, comuni, responsabili politici e media.

Fra i metodi prioritari adottati si trovano la formazione, i progetti, il lavoro di rete, l'elaborazione di concetti, la valutazione, la ricerca ed il lavoro con i media.

- SER.T Merano

- Prosegue all'interno del Servizio l'investimento di risorse umane, strutturali ed economiche dedicato alla Prevenzione Secondaria/Selettiva denominata "Servizio di Prevenzione Selettiva" che mira sostanzialmente ad offrire consulenza a soggetti a rischio di dipendenza da alcol, ai loro familiari e ad operatori che si occupano di giovani
- permane la presenza di un Consultorio per le alcoldipendenze presso l'Ospedale "F.Tappeiner" Merano e presso la Clinica convenzionata "Villa S. Anna" Merano

- presenza di ambulatori distaccati presso le Valli del territorio di competenza del Comprensorio Sanitario Merano (Passiria, Ultimo, Venosta)
- attività di prevenzione universale con interventi e progetti nelle scuole e nei centri giovanili
- presenza di due ore alla settimana di una infermiera presso il Centro Diurno gestito dalla Comunità comprensoriale burgraviato. Tale presenza è finalizzata alla valutazione, alle informazioni in merito alle patologie alcolcorrelate
- viene fornita la formazione a diversi ambiti sanitari e relative professionalità.

- Consultorio psico-sociale Caritas-Silandro (BZ)

Negli anni 2008/09 il Servizio ha realizzato iniziative, progetti, corsi e seminari rivolti agli studenti di diverse scuole, a parrocchie, a centri giovanili, ad associazioni, a centri anziani, a gruppi di auto-mutuo aiuto ed ha curato anche un lavoro di comunicazione attraverso i quotidiani e le trasmissioni radiofoniche locali.

- SER.T Bressanone

L'attività di prevenzione si concretizza tramite contatti con scuole, Istituzioni del pubblico impiego, associazioni interessate e/o singole persone.

Il Ser.T di Bressanone partecipa ad un gruppo di lavoro che si confronta sulla prevenzione secondaria nel territorio provinciale, coordinato dall'Associazione "La Strada-DerWeg".

- SER.T Brunico

I collaboratori del Ser.T sono coinvolti in vari gruppi di attività preventive nel Comprensorio sanitario di Brunico (lavoro di rete):

- attività didattica su inviti da parte di varie associazioni comunali o anche da parte della scuola; lavoro in rete per sviluppare dei moduli da proporre per specifici *target* e gruppi interessati (ditte, genitori, adolescenti, scuole)
- conduzione di un Gruppo per genitori di giovani adolescenti con uso problematico di sostanze stupefacenti o comportamenti trasgressivi
- conduzione di un Gruppo post periodo comunità terapeutica ogni 2 settimane
- colloqui psicologici informativo-preventivi all'interno dell'attività medico-legale per patenti di guida
- conduzione di un Gruppo per parenti di persone con dipendenza o abuso di sostanze, con frequenza settimanale, all'interno del Servizio.

P.A. TRENTO

- Progetti di *peer education* sia nelle scuole che nella comunità, al fine di coinvolgere maggiormente la popolazione giovanile sugli stili di vita sani.

- Interventi su alcol e guida in collaborazione con le autoscuole della Provincia. Sono stati fatti dei corsi di formazione-sensibilizzazione a tutti gli istruttori e insegnanti delle

Scuole guida della Provincia ed è stato fornito adeguato materiale didattico. Inoltre, nel monte ore di teoria per tutte le persone che stanno per ottenere la patente di guida, viene inserita una lezione su alcol e guida.

- Progetto "Pub-disco". Interventi a favore di quella parte di popolazione che frequenta discoteche, pub e feste campestri. Il progetto Pub-disco prevede che davanti ai locali di ritrovo notturno o nelle feste campestri di vario tipo o feste rock sia presente un mezzo attrezzato dell'APSS, dotato di etilometro, con a bordo degli operatori giovani preventivamente preparati, al fine di instaurare relazioni per la dissuasione dalla guida in stato di ebbrezza. Gli interventi vengono effettuati in accordo con i gestori dei locali, gli organizzatori delle feste, gli amministratori pubblici e le Forze dell'ordine.

- Progetto "Coordinamenti alcol, guida e promozione della salute": i vari Servizi di Alcologia si sono fatti promotori dell'istituzione in tutto il territorio provinciale di coordinamenti stabili con le autoscuole, le forze dell'ordine, le scuole, i comuni e le associazioni private per iniziative comuni di prevenzione delle problematiche alcolcorrelate a partire da quelle inerenti i rischi che l'alcol presenta in relazione alla guida. Interventi di sensibilizzazione rivolti all'interno della Comunità quali, ad esempio, conferenze serali, trasmissioni radio e televisive locali, conferenze stampa, ecc.

REGIONE VENETO

- La Regione Veneto ha finanziato, in tutte le Aziende locali socio sanitarie, i Piani di intervento in area dipendenze (L. 309/90) di durata triennale, caratterizzati da azioni preventivo/informative, che hanno interessato anche l'ambito alcologico.

Gli interventi, in genere, sono diretti alla diffusione di informazioni puntuali e qualificate sulle problematiche alcolcorrelate e all'esercizio di quelle abilità cognitive, emotive e relazionali di base che consentono alle persone di operare con competenza sul piano individuale, familiare e sociale (Life Skills). Il modello preventivo più diffuso è quello selettivo, con un *target* ben preciso di condizioni individuali, ambientali e/o sociali che incrementano la probabilità di coinvolgimento sia nell'abuso alcolico che nelle situazioni a rischio che possono portare a rilevanti problemi (salute, psichici, relazionali, giudiziari).

- Gli interventi di prevenzione prediligono l'ambito scolastico; questi si attuano attraverso corsi di formazione e sensibilizzazione rivolti a docenti, studenti, personale non docente e genitori. E' evidente l'importanza della collaborazione dipartimentale tra servizio pubblico, terzo settore, Comuni, scuole secondarie di 1° e 2° grado, aziende, associazionismo, università.

- Prosegue l'attività di sensibilizzazione alle problematiche alcolcorrelate e all'uso di sostanze psicotrope nella popolazione. Continua la disponibilità dei Dipartimenti delle

dipendenze nel rispondere a richieste estemporanee, sempre in un'ottica di corresponsabilità sociale e di partecipazione attiva dei cittadini, considerati elementi basilari sui quali attuare qualsiasi intervento. Si interviene capillarmente con percorsi di formazione e informazione relativamente agli effetti dell'uso e abuso di alcol, collaborando con molteplici agenzie del territorio: parrocchie, circoli, autoscuole, gruppi auto-mutuo aiuto, ACAT, AA, associazioni di volontariato, AIDO, FIDAS, CRI, associazioni sportive e aziende private. Altre tematiche affrontate riguardano gli effetti dell'uso di sostanze psicotrope sulla condotta di guida, gli stili educativi in adolescenza, la sicurezza negli ambienti di lavoro, il divertimento notturno e nei luoghi di aggregazione giovanile.

- I Medici di medicina generale, in quanto attori di azioni di prevenzione secondaria, vengono interessati da momenti di approfondimento/aggiornamento sulla tematica delle intossicazioni acute e croniche causate dall'uso/abuso etilico e dalle principali sostanze psicotrope e sui relativi trattamenti d'urgenza.

- Sono promossi corsi formativi/informativi per soggetti inviati dalla Commissione medica locale per le patenti di guida, in seguito a violazione dagli artt. 186 e 187 del Codice della strada.

- Nell'ambito della cura, molte sono le attività di educazione sanitaria rivolte agli utenti e ai loro familiari.

- Rilevante continua ad essere l'investimento di risorse in tutto il territorio veneto dedicate all'iniziativa "*Aprile mese di prevenzione alcolologica*", in cui si propone il positivo accostamento dei termini "*divertimento*" e "*analcolico*".

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE

- Distribuzione di dépliant, alcolimetri e regoli in occasione di manifestazioni pubbliche: sagre, feste paesane, eventi sportivi.

- Interventi di formazione/informazione rivolti agli operatori delle Scuole guida.

- Corsi di formazione/informazione/sensibilizzazione per insegnanti delle scuole di diverso ordine e grado.

- Serate di sensibilizzazione rivolte alla popolazione.

- Organizzazione e realizzazione di manifestazioni in tutte le Province della Regione (a cura dei servizi di Alcologia e in collaborazione con enti e associazioni del territorio: ad es. con Comuni, Province, ACAT, AA), rivolte alla popolazione ai fini della sensibilizzazione sul problema in occasione dell'*Alcol Prevention Day*.

- Corso per i dirigenti e preposti, gli RLS ed i medici competenti operanti in area portuale, presso il Porto di Trieste, in collaborazione con l'Autorità Portuale e la S.C. di Alcologia dell'A.S.S.1.

PREVENZIONE DIFFUSA A TUTTA LA POPOLAZIONE

- Progetto di prevenzione del consumo di sostanze e in particolare di alcol, realizzato nelle scuole, intitolato “Liberamente” (Tarvisio, Gemona del Friuli, Udine, Cervignano e Palmanova).
- Realizzazione, nelle scuole di Udine, di una ricerca intervento su stili di consumo e significati, produzione di materiale video e rapporto di ricerca.
- Realizzazione di incontri di prevenzione, nelle scuole di Trieste, che hanno coinvolto ragazzi/e delle scuole medie inferiori e superiori ed insegnanti.
- Gara sociale di *cocktails* analcolici tra studenti della scuola professionale alberghiera.
- Realizzazione di una manifestazione di promozione dello sport sano senza alcol denominata “Sport Sì - Alcol No”.
- Promozione di comportamenti sani in occasione della manifestazione “Vivincittà”.

PREVENZIONE SELETTIVA PER I SOGGETTI A RISCHIO

- Educazione alla salute all'interno dei trattamenti di gruppo per famiglie di alcolisti.
- Realizzazione del progetto regionale *Overnight* (prevenzione droghe legali e illegali presso i luoghi di divertimento giovanile a rischio).

PREVENZIONE DEDICATA A SOGGETTI CON CONSUMO DANNOSO

- Su tutto il territorio regionale attivazione dei corsi per soggetti inviati dalle CMP (art. 186).
- Scuola alcologica di 1° livello (8 incontri), di 2° livello (più incontri) e di 3° livello (5 incontri).
- Corsi per familiari di alcolisti.

REGIONE LIGURIA

- I Dipartimenti delle Dipendenze ed in particolare i Nuclei Operativi Alcologia e le strutture del privato sociale accreditato hanno realizzato progetti di prevenzione nelle scuole, in luoghi aggregativi formali ed informali, nonché nelle discoteche, nei concerti e nelle sagre cittadine per la promozione di un “consumo consapevole” e per l'informazione sui rischi connessi con l'uso di sostanze psicoattive (droghe ed alcol).
- Le attività di informazione, prevenzione ed educazione sono svolte da personale specificatamente designato all'interno delle *équipes* multi-disciplinari che hanno organizzato incontri in alcune scuole medie inferiori e superiori in collaborazione con gli insegnanti referenti dei Progetti di Educazione alla Salute.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Nel secondo semestre del 2009 ha preso avvio un progetto regionale sperimentale volto a responsabilizzare il mondo della somministrazione di alcolici. Il progetto prevede di organizzare un corso di formazione rivolto ad una ventina di baristi appartenenti a quattro territori provinciali (Piacenza, Modena, Bologna, Ravenna) con un analogo gruppo di controllo.

La sperimentazione è stata condivisa con le Associazioni di categoria ed ha l'obiettivo di proporre l'inserimento della tematica "bevande alcoliche, rischi per la salute, alternative di qualità e di tendenza" nei corsi abilitanti per esercenti di bar.

REGIONE TOSCANA

- La Regione Toscana ha definito un "Protocollo di intesa" con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi, Azienda USL 7 Siena, Azienda USL 8 Arezzo, Azienda USL 10 Firenze e Provincia di Lucca per lo sviluppo e il consolidamento di RETECEDRO – "Rete dei Centri di Documentazione sulle Dipendenze" con il quale si prevede lo stanziamento di un contributo per la realizzazione degli obiettivi previsti da tale Rete. In particolare: ottimizzare le risorse presenti sul territorio relativamente alle dipendenze, al fine di favorire la comunicazione e l'incontro tra esperienze; valorizzare una maggiore qualità nella lettura e nella decodificazione del fenomeno delle dipendenze da sostanze (tossicodipendenza, alcol, fumo) e comportamentali (gioco d'azzardo, disturbi del comportamento alimentare, internet) e delle tematiche ad esso correlate; sviluppo della documentazione nelle aree di pertinenza, attraverso la costruzione e lo sviluppo di un sistema stabile ed omogeneo di documentazione, catalogazione, informazione e collegamento in rete; favorire la raccolta e la diffusione di materiale bibliografico, aiutare per la progettazione di interventi, studi di valutazione, ricerche ed iniziative di formazione nel settore delle dipendenze.

- Anche negli anni 2008 e 2009 la Regione Toscana ha promosso e sostenuto il mese di prevenzione alcolologica (Alcol Prevention Day) che si è concretizzato con azioni diffuse sull'intero territorio regionale e che ha visto la partecipazione attiva delle istituzioni e servizi pubblici, del privato sociale e dell'associazionismo e del mondo dell'auto-aiuto maggiormente attivo e sensibile alle problematiche alcolcorrelate. Di seguito si elencano le azioni principali:

- Interventi di educazione sanitaria e prevenzione nelle scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado; consolidamento dell'azione di educazione alla salute offerta agli utenti, ai familiari e accompagnatori.
- Incontri sia all'interno delle Scuole che all'esterno con l'ausilio di un Camper. Gli interventi sono stati condotti da operatori di strada, adeguatamente formati, secondo la metodologia della *peer education* e sono consistiti in incontri con classi di gruppi e con singoli, in cui l'informazione dei danni dell'abuso di alcol

e di droghe era corredata da materiale informativo e dall'effettuazione volontaria dell'alcol test.

- Utilizzo di operatori di strada per avvicinare gruppi informali di giovani, nei luoghi di loro spontanea aggregazione, per informarli sui rischi legati al consumo di alcol e droghe e al contempo promuovere iniziative di socializzazione.
- Organizzazione e realizzazione di feste analcoliche in discoteche, pub, eventi musicali.
- Partecipazione alle campagne di prevenzione degli incidenti stradali da abuso di alcol e altre sostanze psicoattive come la Campagna Nazionale di prevenzione alcolica "ALCOL: SAI COSA BEVI? PIU' SAI, MENO RISCHI!" organizzata dalla SIA e dall'ISS in collaborazione con Regione Toscana, AICAT e Movimenti 12 passi e l'iniziativa di prevenzione versiliese "NON LA BEVO... A Carnevale mi diverto con la fantasia" con l'utilizzo del materiale informativo (manifesti su alcol e guida, regoli su alcol e sicurezza, etilotest...).
- Continuazione delle attività del progetto "Divertimento Sicuro: Il Pilota" con iniziative di sensibilizzazione specifica per l'uso di alcol nelle discoteche.
- Iniziative di "Alcol e guida", destinate agli avventori dei bar e finalizzate a illustrare le conseguenze provocate anche da piccole dosi di alcol sulla guida degli auto e motoveicoli.
- Corsi per il conseguimento del patentino, progetto "Caschiamoci".
- Attività di prevenzione primaria nelle scuole guida riguardanti guida sicura e uso di alcol.
- Incontri di sensibilizzazione aperti alla popolazione su "Uso e Abuso di bevande alcoliche" in collaborazione con le Associazioni dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi, Alanon, Alatene.
- Corsi di formazione su "Alcol e Lavoro" rivolti a medici competenti, tecnici e personale sanitario della U.O. Medicina del Lavoro, delle U.F. PISSL, dei Dipartimenti di Prevenzione, medici e operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze.
- Incontri formativi e informativi con pazienti in carico alle *équipes* alcolologiche relativi alle problematiche alcolcorrelate.
- Diffusione materiale informativo presso presidi aziendali quali Pronto Soccorso, reparti ospedalieri, ambulatori Aziende USL, distretti etc.
- Corsi sulle tematiche alcolcorrelate in ambito penitenziario rivolti ai detenuti/e e agli operatori penitenziari.

REGIONE UMBRIA

Nell'ambito di ogni Azienda sanitaria è stato istituito, a partire dal 2008, un Gruppo Tecnico per la Promozione ed Educazione alla salute, all'interno del quale sono presenti anche gli operatori dei Servizi di Alcolologia; essi collaborano alla definizione del Piano

complessivo di intervento, che è stato attivato in tutte le ASL a partire dal II° semestre 2009, e alla realizzazione delle attività ivi stabilite.

Tra le diverse attività realizzate nel 2008-09, si citano gli incontri sui temi “Alcol e guida” e “Stili di vita per la salute”, realizzati con continuità presso le scuole secondarie di I° e II° grado, con un’ampia copertura del territorio.

Sul tema della guida sicura sono state sviluppate molteplici iniziative in tutti i territori della Regione, che hanno visto in genere la collaborazione degli Uffici Scolastici e della Polizia Municipale. In particolare sono state realizzate le seguenti iniziative: incontri informativi con i genitori e gli insegnanti della Scuola dell’infanzia su incidenti stradali, domestici e rischi in generale; interventi educativo/informativi sul tema della sicurezza stradale rivolti alle Scuole Secondarie; incontri informativi sulla sicurezza stradale rivolti al *target* anziani.

E’ proseguita inoltre nelle scuole l’attività di formazione diretta ai ragazzi per il conseguimento dell’idoneità alla guida del ciclomotore, ad esempio con il progetto “Sicurezza Stradale su Ciclomotore”, realizzato dal Distretto n. 2 (Spoleto) della Azienda USL n. 3; questo progetto ha visto la collaborazione dei servizi di Sanità Pubblica, di Alcologia e di Educazione alla Salute, del Comune di Spoleto, della Polizia Municipale e delle Autoscuole.

Sul tema “Alcol e guida” occorre segnalare, inoltre, come, in attuazione della DGR n. 1423/2007, siano stati effettuati un gran numero di colloqui informativi per i soggetti con violazione dell’art. 186 C.S.: nei due anni trascorsi sono stati contattati ed informati, nella sola Asl n.2 di Perugia, circa 500 cittadini.

Nel 2008 sono state realizzate diverse attività di promozione della salute sul tema Alcol con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, alle quali hanno partecipato anche le associazioni di auto-aiuto e gli istruttori di scuola guida. L’elaborazione di un protocollo con i Pediatri di libera scelta è servito a stimolare un’attenzione precoce agli stili di vita sani, in particolare rispetto al consumo di alcol, rendendo i genitori consapevoli dell’importanza educativa degli stili di vita familiari trasmessi ai figli.

Nei contesti scolastici sono state sviluppate attività di ampia portata, promosse dall’Ufficio Scolastico Regionale e dai Comuni, che hanno riguardato anche l’informazione e la prevenzione sul tema dei problemi alcolcorrelati. Tra queste attività citiamo solo alcuni esempi: programmi di educazione socio affettiva; il progetto “Educare alla Resilienza”; interventi diffusi di *peer education*; programmi rivolti agli insegnanti; un progetto della ASL n. 4 che, nell’ambito di un progetto interregionale, ha coinvolto docenti e studenti delle scuole medie superiori e giornalisti, in collaborazione con gli organi di stampa locali; un progetto formativo congiunto operatori della Asl/docenti sull’autobiografia, come ulteriore approfondimento del filone dell’educazione socio affettiva.

REGIONE MARCHE

- Nel biennio 2008–09 prosegue in tutto il territorio regionale la realizzazione di numerose iniziative volte a favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione alla salute finalizzata alla modificazione dei comportamenti "a rischio". Sempre più si assiste ad iniziative che, pur privilegiando l'alcol come tematica, si indirizzano verso l'acquisizione di stili di vita salutari e l'adozione di *life skills*, sia attraverso metodologie di *peer education* sia tramite giochi di ruoli, utilizzo di siti web o giochi interattivi, distribuzione di materiale informativo, etilotest, reflex-test.

- La continuità delle progettualità di prevenzione sul tema del consumo e dell'abuso di sostanze legali e illegali è garantita tramite risorse aggiuntive specifiche per l'integrazione socio sanitaria, la cui ripartizione viene prevista secondo appositi atti di indirizzo. Nell'annualità 2008 sono stati finanziati n. 27 progetti di prevenzione, mentre nell'anno 2009 n. 28 progetti, quasi nella totalità dei casi in continuità temporale.

In generale le azioni sono finalizzate alla prevenzione del disagio in contesti scolastici ed extra scolastici, dei consumi e dell'abuso di sostanze, finalizzata al sostegno degli interventi educativi attraverso attività di tipo psico-educazionale con le famiglie. Si realizzano inoltre progetti che mirano a definire percorsi integrati e multifattoriali attraverso la costituzione di *teams* territoriali di prevenzione in grado di elaborare strategie e percorsi di salute in senso globale.

- Con DGR 1045/09 sono state recepite le indicazioni del programma interministeriale "Guadagnare Salute" (DPCM 07) che nell'area relativa all'alcol prevede le seguenti azioni progettuali:

- Sviluppo di azioni di progettazione partecipata interistituzionale con il mondo della scuola, di iniziative che abbiano come obiettivo la prevenzione del consumo di alcol negli studenti, tramite la collaborazione di Enti e Associazioni per la prevenzione nel mondo giovanile in generale.
- Sviluppo di azioni progettuali in collaborazione con le auto scuole per contrastare il consumo di alcol alla guida.
- Sviluppo di iniziative di informazione e sensibilizzazione sul consumo di alcol nei luoghi di lavoro anche in relazione a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale in tema di mansioni a rischio.
- Sviluppo di iniziative che favoriscano il monitoraggio dei problemi e delle patologie alcolcorrelate e l'individuazione precoce dei soggetti a rischio delle stesse in collaborazione con i MMG e i Medici competenti, le OOSS e Associazioni di categoria, il volontariato e i gruppi di auto-mutuo aiuto.

REGIONE LAZIO

AZIENDE SANITARIE LOCALI:

- Formulazione di *dépliants* informativi per i Medici di Base riguardanti l'educazione e la prevenzione dei danni alcolcorrelati, al fine di favorire l'invio dei pazienti al Ser.T., usufruendo anche della carta dei servizi di alcune ASL
- *Dépliants* affissi presso studi MMG dei Distretti di competenza
- Incontri informativi presso le più importanti farmacie di vari Distretti
- Manifesti affissi presso ospedali aziendali
- Incontri e progetti con le Scuole secondarie di I e II grado, rivolti a studenti, insegnanti e genitori, per interventi di prevenzione, basati anche sulla *peer education*.
- Giornate di informazione dedicate, in collaborazione con l'A.C.I., nell'ambito di eventi sportivi di automobilismo.

CENTRO DI RIFERIMENTO ALCOLOGICO:

- Iniziativa dal titolo: "Vai al Massimo, Bevi il Minimo" promossa dall'Assessorato alle Politiche Sociali e Promozione della Salute del Comune di Roma. Il *target* dell'intervento è costituito dai giovani che frequentano i locali notturni nel territorio della città di Roma, con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza dei rischi connessi all'abuso di alcol
- Interventi informativo-preventivi nelle scuole secondarie di I e II grado
- Incontri formativo-informativi per gli utenti presi in carico inerenti alle problematiche alcolcorrelate
- Manifestazione Concerto "MUSICANDO: un motivo in più per...", con il patrocinio della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Regione Lazio, della Provincia di Roma, del Comune di Roma, dell'Azienda Policlinico Umberto I e dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". La manifestazione ha lo scopo di sensibilizzare l'opinione pubblica, ed in particolar modo i giovani, al problema dell'abuso e della dipendenza dalle bevande alcoliche attraverso una comunicazione non convenzionale
- Distribuzione di materiale informativo e alcoltest nei maggiori punti d'incontro della popolazione giovanile
- Creazione di un Portale, frutto del progetto "Alcol e Pubblicità", che ha l'obiettivo di studiare e comunicare come sono pubblicizzati gli alcolici nelle trasmissioni televisive: la quantità, gli orari, le modalità di comunicazione di ogni pubblicità e quanto siano aderenti alle leggi attuali.

REGIONE ABRUZZO

- In occasione dell'iniziativa regionale "*Aprile, mese della prevenzione alcolologica*", la Regione Abruzzo ha promosso tramite gli operatori dei Servizi pubblici e privati una

campagna di informazione sui rischi e sui problemi alcolcorrelati rivolta sia alla popolazione generale che a specifici *targets* giovanili.

Si è provveduto alla stampa di manifesti per l'affissione in punti chiave nei Comuni di Pescara e Chieti, di un libretto dal titolo: “*Alcol: più sai, meno rischi*” ed altri vari materiali tematici su alcol e sport, alcol e guida. Sono state organizzate numerose giornate informative in collaborazione con le amministrazioni comunali e provinciali, con gli operatori del Privato sociale, delle Associazioni di volontariato e di auto-mutuo aiuto.

- I servizi alcologici operanti nella Regione hanno svolto una intensa attività di sensibilizzazione all'interno degli istituti scolastici.

Nell'ambito del Progetto di formazione per *peer educator* “Prevenzione dell'abuso di alcol e cultura dell'eccesso”, presso le scuole I.T.C. “Alessandrini”, I.T.I.S. di Montesilvano, Liceo Classico D'Annunzio e Istituto Manthonè di Pescara, si sono tenuti incontri di formazione con gli insegnanti.

E' stato inoltre organizzato dalla ASL Pescara il Corso di formazione per l'avvio di “OKKIO ALLA SALUTE”, sistema di sorveglianza sui rischi comportamentali in età 6-17 anni e, nel novembre 2008, si è svolta la manifestazione di sensibilizzazione/informazione: “Divertirsi di più. Senza alcol si può”, rivolta agli studenti delle scuole superiori di Pescara.

- Nel mese di maggio 2008, il Servizio alcologico di Chieti ha concluso il progetto/intervento di formazione sull'alcol e le problematiche alcolcorrelate rivolto agli operatori dei Centri di Aggregazione, quali destinatari diretti in grado di programmare e realizzare interventi volti a promuovere nei giovani l'acquisizione di conoscenze sulle tematiche alcologiche. Gli operatori dei centri di aggregazione “Arca di Noè” di Francavilla al Mare e “Fiordaliso” di Miglianico sono stati - nell'anno 2009 - artefici di interventi diretti alla prevenzione dell'alcolismo che hanno coinvolto oltre 100 giovani tra i 6 ed i 17 anni.

- Nell'area geografica del Vastese è stato attuato il progetto “Notti a tasso zero”, progetto *on the road* attuato con tre campagne d'informazione, in collaborazione con l'associazione AMA Frentania, Distretto Sanitario di Base di Lanciano, con la Polizia Stradale, la Croce Rossa Italiana e la Prefettura di Chieti. Attraverso l'allestimento di *stands* nelle vie cittadine ad alta frequentazione (Lanciano, Paglieta, Treglio) sono stati condotti colloqui *face-to-face* e si sono distribuiti opuscoli informativi sui rischi della guida in stato di ebbrezza. Inoltre, un questionario di verifica veniva somministrato dalla Polizia Municipale alle persone sottoposte ad alcol-test.

- Negli anni 2008-2009 sono state condotte, in particolare dal Ser.A di Pescara, una serie di attività di informazione e sensibilizzazione specificatamente destinate al mondo dello sport attraverso l'attivazione di due progetti di prevenzione alcologica: “Più sport meno alcol” e “Sport libero da alcol”. Le iniziative inerenti questi progetti sono state

attuare in diverse manifestazioni sportive, culminate nei Giochi del Mediterraneo 2009 svoltisi a Pescara.

REGIONE MOLISE

- Attività di informazione, prevenzione e sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati attraverso incontri negli Istituti scolastici territoriali, supportate dalla distribuzione di materiale divulgativo specifico. In particolare, sono stati distribuiti agli Istituti scolastici un DVD sulla prevenzione dell'alcolismo "I giorni perduti", opuscoli informativi e poster per la Campagna di sensibilizzazione "L'unico stupefacente sei tu" sui pericoli della cultura dell'eccesso e dell'uso delle droghe.

- E' stata realizzata la pubblicazione "Indagine condotta su un campione di studenti molisani" sul fenomeno dell'alcolismo tra i giovani molisani, distribuita agli Operatori in occasione di un apposito incontro, tenutosi in data 24.7.2009 presso l'Ufficio Scolastico Regionale, in cui sono state illustrate, da esperti nazionali e regionali, le risultanze dell'indagine.

REGIONE CAMPANIA

- ASL CE - ex ASL CE/2: Sono state avviate diverse campagne di sensibilizzazione/informazione relative all'uso/abuso dell'alcol anche con l'Unità Mobile aziendale "Brain Free" presso le scuole del territorio, presso i centri di aggregazione locali e si sono effettuati interventi in collaborazione con gli Enti Locali e la Polizia Stradale.

- ASL Napoli 3 Sud – Ex ASL NA/5: Partecipazione al Progetto CCM del Ministero della Salute "Scegliere la strada con sicurezza" in collaborazione con autoscuole, polizia Municipale del Comune dell'Ex ASL Napoli 5.

Partecipazione ad attività sportive a carattere socio-riabilitativo con la Lega Navale di Castellamare di Stabia.

- ASL Napoli 3 Sud – Ex ASL NA/4: l'U.O.S.P. di Alcologia collabora alla realizzazione di un progetto Aziendale finanziato dalla Regione Campania per la prevenzione degli incidenti stradali "Scegliere la strada della sicurezza". Il progetto si muove attraverso tre filoni: scuola, autoscuole e momenti di prevenzione con l'Unità Mobile dell'Azienda. Inoltre, si è creata una valida collaborazione anche con la Polizia di Stato, con le discoteche e i bar del territorio.

- ASL Avellino – Ex ASL AV/2: Incontri con la popolazione dei comuni afferenti alla ASL su tematiche inerenti la promozione della salute.

- Ex ASL SA/1 : Programma di educazione sanitaria per la prevenzione degli incidenti stradali “Tieni stretta la vita” a cura dello Spazio Adolescenti e dell’Area Coordinamento dei SERT di Nocera Inferiore e Cava dei Tirreni.

- Ex ASL SA/2: Programmi di informazione e sensibilizzazione organizzati dall’*équipe* di alcolologia del SERT negli anni 2008-2009 in collaborazione con gli Istituti di istruzione secondaria di Salerno.

- Ex ASL SA/3: Prevenzione scolastica negli Istituti superiori di Vallo, Roccadaspide, Agropoli, Capaccio, Sapri, Sala Consilina.

REGIONE PUGLIA

Anche nel 2008-9 le 6 Aziende Sanitarie Locali e le 2 Aziende Ospedaliere, nello spirito della legge e di quanto sancito dal vigente PSR, per il tramite dei predetti servizi, hanno sviluppato molte iniziative in tema di prevenzione, informazione ed educazione sui danni alcolcorrelati, presso le proprie strutture, le Scuole secondarie di I e II grado e le Associazioni culturali. Gli interventi di prevenzione e informazione sull’alcol si sviluppano, spesso, anche all’interno di progetti che riguardano le sostanze d’abuso legali e illegali.

Gli interventi sono raggruppati in modelli definiti e riconosciuti:

- MODELLO DELLA PREVENZIONE UNIVERSALE rivolta generalmente a studenti delle scuole secondarie. Gli operatori che intervengono nel contesto scolastico adottano metodologie orientate all’*empowerment* e al coinvolgimento attivo degli studenti, applicando, in contesti più o meno strutturati, l’approccio della *peer education* e dello sviluppo delle *life skills*.

Tra gli interventi più significativi si segnalano:

- Nel territorio della ex ASL BA/3: “Dialoghi in classe” nelle Scuole Secondarie di II grado - Unità didattica dal titolo “Chiamami Dionisio sarà la tua birra”. Inoltre, è stata realizzata una ricerca presso 2185 studenti di 13 scuole secondarie della zona per indagare sulla vicinanza dei ragazzi al mondo delle sostanze psicoattive, tra le quali particolare rilevanza riveste l’alcol, e suggerire strategie di prevenzione mirate.
- Nella ASL BR/1: progetti di prevenzione con interventi formativi e informativi presso varie scuole secondarie nel territorio dei 6 Ser.T afferenti alla Struttura Sovradistrettuale Dipendenze Patologiche, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione della ASL BR. In particolare, il Ser.T di Ostuni si è fatto promotore del progetto “Conoscere per scegliere: interventi di prevenzione dell’uso di alcol tra i giovani” realizzato nell’ambito delle attività del Piano di Zona, mediante la formazione di *peer educators* provenienti dalle scuole secondarie; il Ser.T di Brindisi ha preso parte al progetto “Tieni a bada il tuo lato oscuro”, promosso dall’Assessorato alle politiche Giovanili della Provincia di Brindisi.

- Nella ASL di Foggia, Ser.T di Cerignola: è stata effettuata un'indagine conoscitiva su 2500 alunni delle scuole secondarie del territorio (età 15-19 anni) sulla percezione e l'atteggiamento nei confronti delle sostanze psicoattive, tra le quali particolare importanza riveste l'alcol. Si sono comparati i dati con l'indagine ESPAD 2007; si sono fornite utili indicazioni per strategie di prevenzione mirate.
- Nella ASL BAT è in fase di attuazione il progetto triennale di prevenzione nelle scuole "Libera-mente".

- MODELLO DI PREVENZIONE SELETTIVA: si adotta in contesti caratterizzati da una maggiore diffusione di situazioni di uso e abuso di sostanze, alcoliche e non. Tali progetti sono attuati soprattutto da organizzazioni del privato sociale, che hanno una maggiore flessibilità e capacità di movimento sul territorio.

Tra le iniziative più significative si segnalano:

- Con finanziamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri (Dipartimento Politiche Antidroga) sono stati attivati, in regione, due progetti: Wireless e Rachida, affidati al consorzio Apis. Il primo, "Progetto di prevenzione selettiva in materia di nuove droghe", denominato per brevità "Wireless", agisce nel campo della prevenzione selettiva di tutte le nuove sostanze psicoattive ed è rivolto a tutti gli operatori dei servizi socio-sanitari del pubblico e del privato sociale, del mondo della scuola, delle forze dell'ordine e delle imprese del divertimento giovanile che, a vario titolo nella Regione Puglia, intercettano o percepiscono il consumo di sostanze da parte dei giovani e, sia direttamente che indirettamente, sono coinvolti in attività di prevenzione. Il secondo, invece, "Progetto per le persone migranti che hanno sviluppato dipendenze da alcol e sostanze stupefacenti", denominato per brevità "Rachida", agisce nel campo delle dipendenze patologiche nella popolazione immigrata presente sul territorio della Regione Puglia ed è rivolto prevalentemente a operatori degli enti pubblici e del privato sociale che operano a diverso livello nei settori dell'immigrazione e/o delle dipendenze patologiche. Molte attività previste nell'ambito di questi due progetti sono orientate alla trattazione di tematiche relative all'abuso / dipendenza da alcol.
- Nel territorio della ex ASL BA/2: si è concluso il progetto "Esprit", inserito nel Piano sociale di zona, a cura della Comunità Terapeutica Lorusso Cipparoli di Giovinazzo, nell'ambito del quale si sono sviluppate attività di informazione e prevenzione nei luoghi di ritrovo dei giovani (pub, bar, discoteche, concerti).
- Nella ASL di Foggia: Il Comune di Foggia, in collaborazione con la Sez. dipartimentale di Foggia del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, ha attivato un progetto denominato "Strada facendo", realizzato con l'appoggio di cooperative del privato sociale della zona. Il Progetto ha sviluppato le seguenti azioni: informazione e prevenzione nei luoghi di aggregazione giovanile utilizzando una unità mobile – camper, sensibilizzazione degli alunni nelle scuole, attivandoli nella produzione di spot e messaggi, formazione di operatori del Servizio civile Caritas che si sono attivati contattando i giovani in manifestazioni cittadine, effettuazione di test alcolimetrici all'uscita dalle discoteche a scopo dimostrativo. Il Ser.t di Cerignola, nell'estate 2008, con la collaborazione con alcuni esponenti del Servizio

Civile, ha allestito dei gazebo presso luoghi di aggregazione giovanile. Numerosi giovani sono stati sottoposti ad alcoltest allo scopo di renderli consapevoli che i valori alcolemici riscontrati erano incompatibili non solo con la guida ma anche con la loro salute.

REGIONE BASILICATA

- Piano di comunicazione rivolto ai giovani “Bevi la vita”
- Organizzazione di “serate della controtendenza”
- Organizzazione di concorsi a premi rivolti agli studenti delle scuole secondarie superiori per la creazione di uno spot pubblicitario contro l'alcolismo
- Convegno rivolto agli studenti delle scuole secondarie superiori “I giovani e l'alcol”, a cura del Servizio di Chiaromonte
- Corsi di informazione “Alcol e droga nella sicurezza stradale” rivolti agli insegnanti e agli studenti del Liceo Scientifico “Pasolini” e del Liceo Classico di Potenza
- Progetto di intervento di prevenzione specifica rivolto ai ragazzi del Gruppo scout Clan Potenza 1 Agesci, concluso nel giugno 2008 con la realizzazione di un videoclip ed una festa analcolica, a cura del Servizio di Potenza
- Progetto “Alcol e lavoro” in collaborazione con l'U.O. Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di lavoro di Potenza (formazione per i datori di lavoro ed i RSL) concluso con la realizzazione di un opuscolo informativo distribuito nelle aziende aderenti al progetto, a cura del Servizio di Potenza
- Campagne informative rivolte agli studenti universitari attraverso la partecipazione ad “Ateneo 2008”, a cura del Servizio di Potenza
- Allestimento nelle discoteche, in collaborazione con il CESTRIM e la cooperazione ISKRA, di uno spazio fisico di dialogo su alcol, droga e guida dove sono stati distribuiti degli alcolimetri tascabili. Tale attività di prevenzione è stata replicata nelle sere successive nel centro della città di Potenza durante l'esibizione di gruppi musicali
- Realizzazione del Progetto “Dentro i mondi virtuali, ma fuori dalle dipendenze” presso il Liceo Pedagogico di Potenza. La formazione è rivolta a 80 studenti, con produzione di materiale audiovisivo e sperimentazione del consultorio *on line*, a cura del Servizio di Potenza

- Campagna informativa di prevenzione “alcol e giovani”, nel mese della prevenzione alcolica, in collaborazione con altre Istituzioni ed Associazioni territoriali (CSV-AGESCI-CAT-AA ass. studenti universitari ecc.). Le iniziative organizzate sono state dirette ai cittadini e ai giovani, in un’ottica di *peer education*, per sviluppare una cultura più critica nei confronti dell’uso di alcol. A tutte le iniziative hanno partecipato con un ruolo attivo i giovani del Servizio Civile Volontariato e dell’ASP assegnati ai Ser.T di Potenza
- Organizzazione di stand informativo in Piazza Prefettura a Potenza in collaborazione con il Comune (distribuzione bottiglie con fiori, materiale informativo e somministrazione di test di autovalutazione alcol correlato c.a.g.e.), a cura del Servizio di Potenza
- Organizzazione di stand informativo all’interno del campus universitario sulle problematiche dell’alcol con proiezione di spot pubblicitari e interviste ai consumatori di alcol, distribuzione di cocktail analcolici (in collaborazione con le associazioni universitarie FULL e SUI GENERIS) a cura del Servizio di Potenza
- Collaborazioni con i medici dell’U.O. Medicina del Lavoro per consulenze sulle problematiche alcolcorrelate da parte dei medici competenti e dei datori di lavoro con distribuzione di opuscoli informativi su alcol e lavoro, a cura del Servizio di Potenza
- Organizzazione di seminari formativi su alcol e guida rivolti agli istruttori ed insegnanti di scuola guida realizzati in collaborazione con la Motorizzazione e la Polizia stradale, a cura del Servizio di Potenza
- Incontri formativi presso la Casa Circondariale di Potenza, a cura del Servizio di Potenza
- Laboratori educativi relativi all’esperienza del rischio tra adolescenti con particolare riferimento al consumo di alcol, presso l’ITIS di Matera
- Partecipazione al comitato tecnico scientifico del progetto “Tessere”, promosso nell’ambito del Piano Sociale di zona Basento-Bradano L.R. n. 10/2005, relativo alla promozione di stili di vita e comportamenti contrari all’uso di sostanze psicoattive legali e non, con particolare attenzione al tema del consumo di alcol
- Laboratori educativi relativi all’esperienza del rischio tra adolescenti con particolare riferimento al consumo di alcol presso l’IPSS Isabella Morra di Matera , l’IPSIA di Matera, ITCG. A. Olivetti di Matera, il Liceo Classico Duni di Matera, ITC. Loperfido di Matera.

REGIONE CALABRIA

- Utilizzo di operatori di strada per avvicinare i giovani nei luoghi di aggregazione, per informarli sui rischi legati al consumo di alcol e droghe
- Interventi di educazione sanitaria e prevenzione nelle scuole secondarie di II grado
- Progetti CIC nelle scuole secondarie, con proiezione del film “I Giorni Perduti”
- Progetto “Prevenzione primaria di consumo di bevande alcoliche rivolto agli studenti della scuola secondaria di I grado”
- Progetto “Modelli innovativi di intervento in ambito penale: dalla prevenzione del crimine correlato alla droga al miglioramento della salute del tossico-alcol-dipendente detenuto”
- Campagna di prevenzione e sensibilizzazione contro la guida in stato di ebbrezza
- Progetto “Drug on street”
- Continuazione delle attività del Progetto S.I.S.T.E.M.A.

REGIONE SICILIA

Nell’ambito delle iniziative adottate dalla regione per favorire l’informazione, la prevenzione e l’educazione sui danni alcolcorrelati, in collaborazione con l’ARCAT (Associazione Regionale Club Alcolisti in Trattamento) è stato progettato e realizzato l’ “Alcol Prevention Day Sicilia”.

Il progetto si è articolato in due fasi :

- 1) organizzazione di un Concorso destinato agli allievi di tutte le classi delle scuole secondarie superiori attraverso la produzione di uno slogan sul tema, con l’obiettivo di coinvolgere i discenti in attività di ricerca e studio sul consumo di alcolici e raccogliere i suggerimenti utili alla prevenzione dei danni collegati alla guida in stato di ebbrezza;
- 2) organizzazione di una manifestazione conclusiva con l’assegnazione di un Premio alle scuole per la predisposizione del miglior slogan contro l’abuso di alcol alla guida. E’ stata registrata una trasmissione televisiva, successivamente diffusa da diverse emittenti di livello provinciale, regionale e satellitare, cui hanno preso parte il Dirigente Regionale del Servizio Promozione alla Salute, un Dirigente Medico di un S.E.R.T di Palermo ed il presidente dell’ARCAT Sicilia Onlus, che hanno dibattuto sul tema alcol e guida e sui rischi ad esso correlati. La manifestazione finale è stata realizzata presso un teatro di Palermo in data 29/5/09. Durante la stessa sono stati previsti momenti

informativi sui rischi connessi alla guida dopo aver assunto bevande alcoliche e sono stati realizzati momenti di spettacolo con artisti di nota fama locale. Inoltre sono stati realizzati dei pieghevoli contenenti informazioni sui rischi connessi alla guida in stato di ebbrezza. All'evento, durante il quale sono stati premiati gli istituti vincitori, hanno partecipato sia gli studenti appartenenti alle scuole coinvolte, sia molti operatori delle aziende sanitarie della Sicilia, nonché diversi giornalisti della carta stampata e radiotelevisivi.

Complessivamente hanno partecipato al progetto 750 alunni di 26 istituti scolastici. La qualità dei lavori prodotti dagli studenti e il contributo da loro apportato alla realizzazione degli slogan proposti dai vari istituti insieme all'attività di coordinamento svolta dai docenti fanno ritenere di aver adeguatamente sensibilizzato i ragazzi partecipanti a tutte le varie fasi ed attività del progetto ai rischi legati alla guida sotto l'effetto di bevande alcoliche.

REGIONE SARDEGNA

- Negli anni 2008-2009 è stato concluso il programma di educazione sanitaria, realizzato dall'Università di Cagliari, rivolto ai medici di medicina generale.

- Nell'ambito del finanziamento della progettazione integrata nei "Piani locali Unitari dei Servizi alla persona"(PLUS) sono stati realizzati diversi programmi di interventi nelle scuole. In particolare si segnala un progetto monitorato della Regione realizzato nella ASL di Nuoro, che ha effettuato un'indagine sulla popolazione giovanile. L'indagine portata avanti nelle Scuole, su un campione di 1000 studenti circa, si è conclusa nel maggio 2009. E' attualmente in corso l'elaborazione dei dati a cui seguirà la stesura di un testo che sarà pubblicato.

- Negli anni 2008-2009 la Regione ha implementato il Progetto "Incidenti Stradali" in collaborazione con L'Università di Cagliari, rivolto soprattutto ai giovani con lo scopo di ridurre gli eventi nella provincia di Cagliari.

6.4. INIZIATIVE ADOTTATE PER GARANTIRE ADEGUATI LIVELLI DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE ADDETTO

REGIONE VALLE D'AOSTA

- Corso di formazione “Percorso di riflessione sui comportamenti dei giovani in rapporto con i nuovi stili di divertimento e di trasgressione. Dal bisogno di sperimentare nuove emozioni all'influenza dell'alcol, dei giochi e delle sostanze”, rivolto a docenti e genitori.
- Corso di formazione “Età evolutiva e alcol”, rivolto ad assistenti sanitari, logopedisti e terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, educatori professionali, infermieri e infermieri pediatrici, ostetriche, psicologi e tecnici della riabilitazione psichiatrica, medici e pediatri, assistenti sociali.

REGIONE PIEMONTE

REGIONE

- Corso “Cura, riabilitazione e prevenzione della ricaduta in alcologia” (2008), percorso formativo di tre giornate destinato agli operatori dei Servizi pubblici e del Privato sociale della Regione Piemonte che si occupano di problemi alcolcorrelati, orientato all'acquisizione di conoscenze rispetto alle dinamiche di cura, riabilitazione e prevenzione della ricaduta in alcologia e al quadro normativo e linee di indirizzo legislativo di riferimento.
- Corso “Sostegno al ruolo per i coordinatori dei Servizi di Alcologia in Piemonte” (2008), percorso formativo di sette giornate rivolto alle figure di coordinamento dei servizi alcologici della Regione Piemonte e orientato a sviluppare alcuni percorsi tematici relativi ai costituenti fondamentali dell'organizzazione sanitaria e ai contenuti specifici degli obiettivi e della collocazione dei Servizi alcologici pubblici e privati all'interno dei dipartimenti per le dipendenze o presso i Servizi ospedalieri, o comunque all'interno della rete dei Servizi presenti e integrati sul territorio piemontese.

AZIENDE SANITARIE LOCALI

- Collaborazione tra Asl e ACAT della provincia di Verbania-Cusio-Ossola per la realizzazione della “Settimana di Sensibilizzazione ai Problemi Alcolcorrelati e Complessi secondo il metodo ecologico sociale di Hudolin” (2009), rivolta a medici, infermieri, psicologi, educatori, assistenti sociali del pubblico, del privato sociale accreditato e del volontariato.

- Seminario: “Mondo della notte, giovani e consumi” (11/12/2009) rivolto a operatori dei servizi pubblici e del privato sociale dell’Asl Verbania-Cusio-Ossola.
- Continuazione progetto di collaborazione tra Asl di Alessandria e Arma dei Carabinieri. Incontro formativo congiunto su tematiche inerenti sostanze, alcol, percorsi di invio. Costruzione di *brochures* di presentazione dei Servizi, delle loro attività e relativi riferimenti per uso dei Marescialli di Stazione di zona.

REGIONE LOMBARDIA

Nel 2008 la Regione, con la collaborazione dell’ASL MI 2 e del Centro Nazionale delle Ricerche, ha organizzato un “Corso di perfezionamento in alcologia”, che ha visto la partecipazione di un elevato numero di operatori del territorio occupati nel settore delle dipendenze patologiche.

P.A. BOLZANO

- SER.T Bolzano – Ambulatorio HANDS

Il personale dipendente e gli operatori volontari hanno usufruito di diverse opportunità formative e di aggiornamento volte principalmente allo sviluppo di nuove metodologie e strategie operative riguardanti interventi in situazioni complesse. L’ambulatorio ha inoltre organizzato mensilmente una supervisione per gli operatori volontari che si occupano della conduzione di gruppi o di *counseling* all’utenza. Il personale medico ambulatoriale è coinvolto nell’aggiornamento continuo degli operatori volontari conduttori di gruppo. Mensilmente vengono organizzati incontri di supervisione e/o di approfondimento di argomenti inerenti le dinamiche della conduzione dei gruppi e le tecniche motivazionali utili per l’‘aggancio’ di nuovi utenti. A questi incontri partecipano i volontari di tutte le sedi Hands e di tutti i gruppi distribuiti sul territorio.

- SER.T Merano

L’attività formativa svolta sia individualmente che di *équipe* ha favorito l’aumento della conoscenza di tipo clinico e di gestione del sistema dei servizi per le dipendenze. Per tutta l’*équipe* è proseguita la supervisione clinica.

- Consultorio Psico-Sociale Caritas-Silandro (BZ)

La formazione professionale del *team* di collaboratori è risultata essere un importante pilastro nello sviluppo del Servizio e nel suo adattamento alle nuove sfide.

La formazione si è basata su nozioni relative alla Terapia comportamentale cognitiva. Sono stati organizzati seminari interni, diversi convegni e congressi sul territorio provinciale ed extraprovinciale.

- SER.T Bressanone

Il personale ha partecipato a diversi corsi di aggiornamento e seminari organizzati a livello locale, nazionale ed internazionale. Tutti gli operatori del Servizio partecipano alla supervisione interna. Alcuni, inoltre, alla supervisione per figura professionale.

- SER.T Brunico

I collaboratori si aggiornano regolarmente sulle terapie adatte a risolvere i problemi che il servizio deve affrontare e seguono aggiornamenti regolari in materia di alcol, droghe, gioco d'azzardo, *management* delle crisi, consulenze, ecc.

- Forum Prevenzione - Bolzano

Il personale ha partecipato a diversi congressi, corsi di aggiornamento e supervisione, organizzati a livello locale, nazionale ed internazionale.

P.A. TRENTO

- Progetto "Salute, alcol e fumo" per la realizzazione di un corso di formazione per insegnanti delle scuole elementari e medie, che viene effettuato ogni anno. Agli insegnanti viene fornito un pacchetto didattico completo su salute, alcol e fumo, basato sull'educazione razionale-emotiva, da sviluppare nel corso dell'anno scolastico.

- Progetto "Girandola", rivolto agli insegnanti e ad altre figure professionali attive nelle scuole dell'infanzia. Il progetto si basa sull'educazione razionale-emotiva e viene supportato da una guida contenente tutto il materiale didattico comprensivo di giochi, fiabe e altri strumenti didattici da sviluppare con i bambini.

- Progetto rivolto alle scuole superiori consistente in interventi realizzati da operatori dei Servizi di Alcologia in collaborazione con gli insegnanti, i quali si impegnano a realizzare un insieme minimo di attività preventive.

- Interventi su alcol e guida in collaborazione con le autoscuole della Provincia. Sono stati organizzati dei corsi di formazione-sensibilizzazione a tutti gli istruttori e insegnanti delle Scuole guida della Provincia ed è stato fornito adeguato materiale didattico.

- Realizzazione di tre "Settimane di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi" rivolte anche agli operatori sanitari pubblici.

- Realizzazione di sei giornate di aggiornamento per operatori dei Servizi di Alcologia e dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento da parte dell'APSS.

REGIONE VENETO

- Tutti i Servizi che si occupano dei problemi alcolcorrelati hanno partecipato a giornate di formazione e aggiornamento con il proprio personale, sia come docenti sia come discenti.
- Le iniziative di formazione e aggiornamento sono state promosse e organizzate da vari enti quali Ministero, Regione, Aziende socio sanitarie, Privato sociale.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

- Interventi e corsi di aggiornamento del personale di Pubblica Sicurezza (Polizia, Carabinieri, guardie forestali, vigili urbani e metronotte) finalizzati al trattamento di soggetti a rischio
- Formazione dei soldati presenti in alcune caserme della Regione
- Formazione interna degli operatori dei servizi di Alcologia e formazione esterna rivolta agli operatori delle ASS (con accreditamento ECM)
- Organizzazione del corso ECM “*Ospedali liberi dall'alcol*”
- Corso di Sensibilizzazione all'Approccio Ecologico Sociale di Hudolin effettuato nel periodo giugno 2008-2009
- Svolgimento di vari eventi formativi finalizzati ad accrescere la conoscenza dei problemi alcolcorrelati.

REGIONE LIGURIA

Le problematiche alcolcorrelate sono state materia di aggiornamento del personale dei Dipartimenti, sia nel settore pubblico sia in quello del privato sociale accreditato. Il personale dei Servizi accede regolarmente a corsi ECM così come disciplinato dall'apposita normativa.

REGIONE EMILIA- ROMAGNA

- Progetto con i MMG. Dopo il corso regionale attivato alla fine del 2007, gli Animatori di Formazione che vi avevano partecipato hanno curato, nell'anno 2008, l'organizzazione di corsi di formazione di base rivolti ai loro colleghi dei Nuclei di Cure Primarie. Tutte le iniziative locali hanno previsto la compilazione di questionari in

ingresso volti a misurare le percezioni e le conoscenze del MMG in campo alcologico. Gli esiti e le riflessioni elaborati sono stati presentati ad un seminario regionale svoltosi a Reggio Emilia in data 31 ottobre 2008.

- Nell'area tematica Alcol e Guida è attivo un gruppo regionale che sta monitorando l'applicazione nel territorio regionale della Delibera 1423/2004 che ha dato indicazioni alle Aziende Sanitarie per la valutazione dell'idoneità alla guida per i conducenti fermati con violazione dell'art. 186 CdS. Il gruppo regionale, costituito da Medici dei Centri Alcologici e da Medici Legali, ha elaborato il contenuto di una circolare integrativa che tiene conto dell'esperienza effettuata dal 2004 introducendo alcune modifiche tese a rinforzare gli aspetti di tipo psicoeducativo associati al momento sanzionatorio.

REGIONE TOSCANA

- Stabilizzazione e potenziamento della rete regionale di documentazione denominata "Rete Cedro", finalizzata a favorire lo sviluppo della documentazione nell'area delle dipendenze, a favorire l'accesso all'informazione e alla documentazione da parte degli operatori, a creare un sistema stabile di rete e collegamento tra i centri di documentazione toscani, migliorando la qualità dei servizi tramite l'integrazione con le attività di formazione e aggiornamento permanente. A tale rete aderisce il Centro di documentazione Informalcol sui temi e le patologie alcolcorrelate.

- Attività del centro di documentazione Informalcol come interfaccia di mediazione tra l'informazione e gli operatori dei servizi alcologici in Toscana, grazie alla collezione di documenti specializzata sui temi connessi all'alcolismo e alle patologie alcolcorrelate.

- Razionalizzazione e ottimizzazione dei vari livelli formativi presenti nella Regione Toscana con la collaborazione del C.A.R., con l'intento di definire un Progetto formativo regionale in campo alcologico.

REGIONE UMBRIA

- Corso "Innovazione ed integrazione nell'approccio alle dipendenze e ai disagi correlati", rivolto agli operatori dei servizi sociosanitari e di altre istituzioni impegnate nel campo delle dipendenze, organizzato dalla Regione Umbria

- Convegno sulla Spiritualità Antropologica organizzato dall' AICAT ad Assisi

- Partecipazione al Congresso Nazionale dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento, organizzato dall'AICAT a Monopoli

- Partecipazione al gruppo di coordinamento dei Servizi di Alcologia italiani che lavorano secondo l'approccio ecologico sociale (CONSAES), a Firenze, presso l'Ospedale Careggi
- Partecipazione al Gruppo di lavoro interregionale relativo alla elaborazione di linee guida riguardo le modalità di conduzione degli interventi di educazione alla salute secondo la metodologia della *peer education* e *life skills*, con riunioni a cadenza periodica ed incontri di formazione svoltisi a Grosseto e a Pisa
- Partecipazione ai percorsi formativi realizzati dal Ministero della Salute, in collaborazione con il Formez, all'interno del programma Guadagnare Salute: "Progettazione di interventi di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili" e "Progettare in Sanità"
- Partecipazione al Congresso Nazionale dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento promosso dall'AICAT a Lignano Sabbiadoro
- Partecipazione al convegno "Guadagnare Salute" di Napoli
- Corso di formazione organizzato dalla Regione Umbria sulla metodologia della *peer education*
- Partecipazione al progetto nazionale "Progetto Sperimentale per l'Alcolodipendenza: autogestione tele-assistita, tecniche cognitivo-comportamentali e trattamento individualizzato per ottimizzare, a livello quantitativo e qualitativo, gli interventi integrati di prevenzione secondaria dell'abuso dell'alcol", Regione capofila il Lazio.

REGIONE MARCHE

Le iniziative formative e di aggiornamento nel campo alcologico vengono regolarmente programmate all'interno dei piani formativi aziendali, per rispondere alle esigenze di formazione obbligatoria del personale socio sanitario. Più specificatamente si segnalano:

- Corso di formazione e aggiornamento realizzato dalla ASUR ZT n. 8 - Dipartimento delle Dipendenze di Civitanova Marche, inserito nel progetto nazionale "Impatto dei problemi e delle patologie alcolcorrelate nella popolazione afferente alle aziende sanitarie ospedaliere"(Maggio 2009)
- Corso di formazione rivolto agli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze e dei Dipartimenti di Prevenzione realizzato dalla Zona Territoriale n. 1 di Pesaro inserito nel progetto nazionale "Formazione sull'identificazione precoce e l'intervento breve per la

prevenzione dei problemi e danni alcolcorrelati nei contesti lavorativi e nell'assistenza sanitaria" - 18 e 19 novembre 2009

- Corso di formazione rivolto agli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze e dei Dipartimenti di Prevenzione, all'interno del progetto "Scegliere la strada della sicurezza" realizzato in quattro edizioni regionali nel corso dell'anno 2008 e finalizzato alla prevenzione degli incidenti stradali e al consumo di alcol alla guida.

REGIONE LAZIO

- Aggiornamento e formazione di personale del Sistema Sanitario (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali)

- Giornate di formazione per gli operatori delle Regioni partners del progetto di Teleassistenza e costruzione di una Piattaforma *E-Learning* per la formazione a distanza

- Giornate di studio sulle dipendenze "un approccio comune, differenti strumenti"

- Seminario "Alcol: una nuova dipendenza per i giovani"- Aula Magna Università degli Studi di Roma "La Sapienza"- finalizzato alla sensibilizzazione e alla promozione dell'insegnamento delle dipendenze nelle varie Università

- Realizzazione di un corso formativo rivolto agli operatori articolato in tre giornate. Titolo del corso "I problemi alcolcorrelati. Scenari e sfide per i servizi e comunità"

- La maggior parte delle Aziende ASL del Lazio svolge programmi di formazione ed aggiornamento continuo, gestito all'interno dei Progetti Formativi Aziendali (PFA) con accreditamento ECM. In questo ambito sono stati realizzati corsi di formazione con docenti esterni ed esperti del Centro di Riferimento Alcolologico Regionale. In alcuni casi, i corsi hanno previsto *stages* pratici degli operatori addetti ai Servizi di Alcolologia presso il Centro Alcolologico – CRARL.

REGIONE ABRUZZO

Per una migliore attuazione dei programmi terapeutici e di prevenzione, i Servizi di Alcolologia, negli anni in esame, hanno assicurato una costante attività di formazione degli operatori, anche attraverso riunioni cliniche di tipo organizzativo all'interno dei Servizi. Di seguito vengono riportate alcune delle occasioni formative che hanno visto la partecipazione degli operatori dei Ser.A abruzzesi:

- "Alcol Prevention Day" presso Istituto Superiore Sanità 2008-2009

- “Il trattamento dell’alcoldipendenza - Buone prassi cliniche - integrazione dei trattamenti”, Bologna 24-25.06.2008
- Convegno in tema di “Disidentità nelle professioni di aiuto”, Chieti 2008
- Conferenza Nazionale Alcol, Roma 20-21.10.’08
- Corso di formazione “Alcol, alcolismo e strategie di intervento”, ASL di Chieti
- Progetto Nazionale: impatto dei problemi e delle patologie alcolcorrelate nella popolazione afferente alle Aziende Sanitarie Ospedaliere - epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi – Corso di formazione regionale – Pescara 2008
- Convegni su rete anti-violenza sulle donne – Pescara, 2008-2009
- Corso di formazione sulle PPAC per operatori del privato-sociale, C.L.E.D. - 2008
- Convegno di Epatologia, Pescara 2009
- OKKIO ALLA SALUTE, Pescara 2009
- Formazione operatori sanitari dell’HBSC e del GYTS – modulo primo, ASL Pescara 2009
- Convegno PASSI 2007, Pescara 2009
- Convegno in tema di cardiologia e stili di vita, Pescara 2009
- Congresso nazionale S.I.A., Padova 2009.

REGIONE MOLISE

- Sono state realizzate attività formative innovative, d’intesa con l’Ufficio Scolastico Regionale, rivolte ad educatori/docenti, in particolare incontri di scrittura creativa e *focus group*, teatro forum, *playback theatre*.

- Sono state organizzate giornate di formazione di tipo informativo e preventivo rivolte specificatamente ai Medici di Medicina Generale e di tipo informativo e di sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati rivolte a volontari e genitori.

REGIONE CAMPANIA

- Progetto “Task Force Alcol”- Il progetto con valenza formativa è stato organizzato nell’anno 2008 dal Servizio regionale allo scopo di promuovere *task force* territoriali di operatori sia pubblici che del privato sociale abilitati ad individuare e ad approcciare situazioni a rischio rispetto allo sviluppo di problemi alcolcorrelati.

- Progetto sperimentale di Autogestione teleassistita per l’alcoldipendenza. Tale progetto, di cui è capofila la regione Lazio e a cui la Campania ha aderito come partner, è finalizzato ad una formazione orientata all’approccio dei bevitori problematici e *no-responders* ai *settings* terapeutici tradizionali. Il progetto è coordinato dal Centro di Riferimento Alcolologico Regione Lazio e vede la partecipazione attiva di operatori dei

SERT dell'ASL Napoli 1 e dell'ASL CE allo studio clinico randomizzato controllato "P.AU.SE" (progetto di autogestione del Sé).

- ASL Avellino - ex ASL AV/2 : Corsi di formazione ECM Anni 2008 e 2009 per medici, psicologi ed infermieri professionali – "Diagnosi e Terapia dell'Alcolismo e dei problemi alcolcorrelati" – "Il Servizio Alcolologico e l'integrazione della CML ai sensi della L. 125/01".

REGIONE PUGLIA

- La ex ASL FG/1, attraverso uno specifico programma di sensibilizzazione e formazione sulle PAC, ha organizzato una serie di incontri tra operatori SERT e facilitatori di gruppi di auto-aiuto già presenti sul territorio. Sono stati effettuati incontri di formazione e discussione centrati sul problema alcol, definiti nella metodologia ecologica-sociale "Scuola Alcolologica Territoriale", tramite l'attivazione di forum.

- Nel territorio della ex ASL FG2 (Manfredonia) è stato organizzato un Seminario di formazione sull'utilizzo, nei servizi di Alcologia, del Questionario di valutazione della motivazione al cambiamento denominato MAC 2 A, alla cui validazione il Sert di Manfredonia ha partecipato negli anni scorsi. La formazione ha avuto quali destinatari gli operatori dei SerT del DDP della ASL FG.

- L'ARCAT Puglia ha organizzato, in collaborazione anche con l'Università di Foggia, due Corsi di Sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati a Bari e a Taranto. I corsi hanno avuto la durata di una settimana per un totale di 50 ore ciascuno e sono stati condotti da docenti provenienti da varie realtà italiane e straniere. Inoltre, sono organizzate periodicamente le Scuole alcolologiche territoriali nelle province di Brindisi, Foggia e Bari, articolate su due giornate di 6 ore ciascuna, utilizzando una metodologia didattica interattiva basata su lavori di gruppo.

- L'ARCAT Puglia ha organizzato, nel biennio 2008-2009, due Corsi di Sensibilizzazione dal titolo "Alcol e Lavoro" richiesti dall'INAIL in collaborazione con l'ASL Bari, la S.I.A (Società Scientifica di alcolologia sezione Apulo Lucana), la SNOP, l'Università, il Policlinico di Bari - della durata di 3 giorni ciascuno - che hanno visto la complessiva partecipazione di 80 medici competenti.

REGIONE BASILICATA

- Il Servizio di Chiaromonte ha curato l'organizzazione di diversi eventi formativi sul trattamento dell'alcolismo: evento formativo nell'ambito del volontariato, evento formativo accreditato E.C.M. dal titolo: "Il trattamento delle dipendenze" nell'ASL 3, I

e Il Convegno Internazionale sull'alcolismo dal titolo "Giornate alcolologiche di Maratea".

- Il Servizio di Villa D'Agri ha curato l'organizzazione di Seminari rivolti ad operatori dei Servizi per le tossicodipendenze, a MMG, a medici della Continuità assistenziale, personale infermieristico, terzo settore, sul trattamento delle patologie alcolcorrelate. Inoltre ha curato la partecipazione ai lavori e alle attività della Consulta Nazionale da parte del Responsabile del Servizio di Villa D'Agri in quanto membro della Consulta presso la Presidenza del Consiglio a cui ha fatto seguito la partecipazione e la condivisione di quanto appreso e discusso nel corso di successive riunioni con i responsabili degli altri Servizi dell'Azienda.

- Il Servizio di Melfi ha curato l'organizzazione di un corso di Formazione sulla Doppia Diagnosi in collaborazione con il Dipartimento di Salute mentale.

- Corso di formazione di base rivolto ai docenti, personale ATA e genitori dell'ITIS di Ferrandina relativo alla prevenzione primaria delle dipendenze con particolare attenzione a quella da alcol.

- Corso di formazione di base rivolto ai docenti, personale ATA e genitori dell'IPSS I. Morra di Matera, Istituto Magistrale di Matera, ITC Loperfido di Matera, Liceo Artistico Statale C. Levi di Matera relativo alla prevenzione primaria delle dipendenze da sostanze psicoattive legali e non.

REGIONE CALABRIA

- In linea con le aspettative del Progetto Nazionale Alcol, si è organizzato un percorso di formazione regionale: "Patologie Alcolcorrelate nella popolazione afferente alle A.S.P. e Aziende Ospedaliere, l'epidemiologia, la valutazione dei programmi, i trattamenti e i costi", coinvolgendo tutti gli operatori sanitari (medici, infermieri psicologi), personale dedicato alla prevenzione, cure e riabilitazione.

- Nella ASP di Cosenza, si sono realizzati capillarmente su tutto il territorio della provincia corsi di formazione agli istruttori di scuola guida, forze dell'ordine, aziende di trasporto pubblico e privato, volontariato.

REGIONE SARDEGNA

I finanziamenti della Regione tramite i Piani Locali Unitari dei Servizi alla persona hanno permesso, anche negli anni 2008-2009, la formazione degli operatori dei Servizi per le dipendenze nelle Asl delle province di Cagliari, Sassari e Carbonia.

Nelle ASL di Sassari, Carbonia e Sanluri funzionano i Centri Alcologici di riferimento, che si occupano della formazione dei Centri di Auto-mutuo aiuto della Sardegna.

6.5. INIZIATIVE ADOTTATE PER PROMUOVERE LA RICERCA E LA DISPONIBILITÀ DI FORMAZIONE SPECIALISTICA A LIVELLO UNIVERSITARIO

REGIONE PIEMONTE

Facoltà di Medicina e Chirurgia "San Luigi Gonzaga" di Orbassano – Asl TO 3, sono state realizzati i seguenti interventi:

- Corso di Alcolologia, II anno del Corso di laurea in Tecnica di riabilitazione psichiatrica.
- Attività didattica elettiva (ADE) sulle problematiche alcolcorrelate nel Corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

P.A. TRENTO

Prosecuzione della collaborazione con l'Università per i tirocini e seminari sui problemi alcolcorrelati nelle lauree brevi in Scienze Infermieristiche e per Assistenti Sociali.

REGIONE VENETO

- Il 20% delle Aziende locali socio sanitarie ha attivato iniziative volte a promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario. Tali iniziative di collaborazione sono di diversa natura:

- seminari sui problemi alcolcorrelati tenuti all'interno di corsi di laurea in scienze infermieristiche;
- corsi tenuti presso scuole di perfezionamento della facoltà di psicologia e lezioni tenute in ambito alcologico (problematiche dei figli di alcolisti) presso scuole di specializzazione in pediatria;
- convenzione con istituti universitari per dottorato di ricerca in "Medicina materno-infantile, pediatria dello sviluppo e dell'educazione e perinatologia in ambito alcologico";
- insegnamento presso facoltà di Psicologia ("Tossicodipendenze: tecniche di intervento psicologico");
- master su alcol e fumo presso istituti Universitari.

- Nella Regione Veneto, il 90% delle Aziende locali Socio Sanitarie ha in atto con diverse Università e Scuole di specializzazione convenzioni per il tutoraggio e la formazione in tirocini pre/post-laurea e/o di specialità per studenti e specializzandi (medici, psicologi, pedagogisti, infermieri, assistenti sociali, educatori, operatori socio-sanitari, assistenti sanitari).

- All'interno dei servizi si realizzano, inoltre, *stages* per tesi di laurea inerenti i problemi alcolcorrelati e/o argomenti relativi alla prevenzione/cura/sostegno in ambito alcologico.

REGIONE LIGURIA

Presso la ASL5 "Spezzino" è in corso il progetto "*Local Monitoring*", di cui il SerT ha il coordinamento scientifico; questo progetto ha previsto la creazione di un sistema di monitoraggio epidemiologico-statistico della diffusione e del consumo delle sostanze stupefacenti nella provincia di La Spezia, al fine di progettare sempre più adeguati progetti di prevenzione, cura e riduzione del danno. Il progetto vede coinvolti operatori sanitari, sociali e forze dell'ordine.

REGIONE TOSCANA

- Promozione e finanziamento della partecipazione di operatori del Servizio Sanitario Regionale a Master universitari sulle dipendenze organizzati dalle Università degli Studi di Pisa e Firenze.

- Progetto Nazionale del Ministero della Salute "*Impatto dei problemi alcolcorrelati nella popolazione afferente alle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere: epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi*" approvato con delibera regionale n. 1249 del 19 dicembre 2005 realizzato in collaborazione con la ASL 5 di PISA e CAR

- Master di primo livello in "*Alcol e tabacco: stili di vita e patologie correlate*" presso l'Università degli Studi di Firenze, proposta formativa rivolta agli operatori dei servizi in grado di offrire alti livelli di professionalizzazione. Le discipline afferenti al master sono di area medica, psicologica e sociale

- Master di secondo livello in "*Dipendenze Patologiche*" presso l'Università degli Studi di Pisa, a cui hanno partecipato operatori attivi nel settore delle tossicodipendenze

- Ricerca di base, svolta dal C.A.R. in collaborazione con l'Università degli studi di Firenze e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi – Firenze, sulle conseguenze metaboliche ed immunologiche dell'eccessivo consumo di etanolo che condizionano la patogenesi dell'epatopatia alcolica, e i cui meccanismi di interazione tra metaboliti ossidativi dell'etanolo e controllo trascrizionale rimangono ancora poco chiari (in particolare, recentemente è stato dimostrato che un'ampia classe di recettori nucleari della superfamiglia dei recettori steroidei è largamente coinvolta nel danno da alcol)

- Studio di valutazione osservazionale sul metodo TRIAD in collaborazione con il Comitato Bioetico (ASL 1 di Massa)
- Conclusione dello studio clinico, promosso dalla Regione Toscana e non sponsorizzato da ditte farmaceutiche: *“Aripiprazole vs Ropinirole: a prospective, multi-centric, randomized, open-label pilot, controlled trial of aripiprazole or ropinirole in cocaine dependence”*
- Conclusione di uno studio preliminare, condotto in collaborazione con il Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa, su circa 30 pazienti affetti da dipendenza da alcol, finalizzato a verificare la fattibilità dell'analisi delle frazioni della gamma-glutamyltransferasi plasmatica (GGT) che potrebbero rappresentare un biomcatore di abuso di alcol più sensibile e specifico di quelli attualmente in uso (la validazione della tecnica analitica che consente di rilevare le diverse isoforme della GGT era già stata effettuata e pubblicata a cura del CNR)
- Definizione della ricerca applicata, multicentrica e non sponsorizzata da ditte farmaceutiche, *“Validation of the assessment of the fractions of gamma-glutamyltransferase as biomarker of alcohol abuse”*, condotta dal Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda USL 5 di Pisa in collaborazione con la Fondazione Gabriele Monasterio (Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa), il Dipartimento di Patologia Sperimentale BMIE dell'Università di Pisa e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

REGIONE UMBRIA

Sono stati realizzati incontri di formazione per studenti del corso di laurea in Scienze Infermieristiche in collaborazione con l'Università degli Studi di Perugia.

REGIONE MARCHE

L'*équipe* dell'U.O. di Alcologia clinica del Dipartimento Dipendenze della ZT n.7 di Ancona porta avanti una proficua collaborazione con l'Università di Urbino, Facoltà di Psicologia delle Dipendenze, per la pubblicazione di studi, articoli, aggiornamenti specialistici, testi, tesi di laurea nell'ambito dell'attività di ricerca e di studio in materia.

REGIONE LAZIO

- Master di I Livello in “Alcol, Tabacco ed altre Dipendenze” attivato nel 2009, presso l'Università “La Sapienza” di Roma

- Tirocini in Scuole di Specializzazione in Psicoterapia presso il Centro di Riferimento Alcológico e presso i Ser.T che svolgono attività anche in favore di alcolisti.

REGIONE ABRUZZO

- Collaborazione tra il Ser.T di Vasto e l'Università degli Studi D'Annunzio – Chieti.
- Presso il Servizio di Avezzano sono stati effettuati tirocini destinati a studenti universitari dei corsi pre/post laurea in ambito socio-sanitario.

REGIONE PUGLIA

Master di 1° livello “Comorbilità psichiatrica nelle dipendenze patologiche” dell'Università degli Studi di Foggia – Facoltà di Medicina e Chirurgia – Scuola di Specializzazione in Psichiatria, in collaborazione con il Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL FG. Una parte delle lezioni verte sulla comorbilità psichiatrica nell'abuso e dipendenza da alcol.

REGIONE BASILICATA

- Sono state promosse diverse convenzioni con le Università italiane, sia con finalità di collaborazione per tirocini formativi che di ricerca, come la Fondazione Stella Maris di Calambrone di Pisa, a cura del Servizio di Chiaromonte
- Collaborazione tra il Servizio di Potenza e l'Università degli Studi di Potenza per la organizzazione del Convegno “Alcol, droghe e guida” (partecipazione della CML, dell'ASL, della Motorizzazione, della Polizia stradale, dell'Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Potenza, del Cestrim, della cooperativa ISKRA, dei CAT e dell'Associazione Alcolisti Anonimi), a cura del Servizio di Potenza
- Partecipazione alle attività di ricerca del CNR - Istituto di Fisiologia Clinica dell'Università di Pisa, sezione di Epidemiologia e Ricerca - sui Servizi sociali, Area Ricerca e scuola di alta specializzazione, a cura del Servizio di Villa D'Agri.

REGIONE CALABRIA

- Esperienze di collaborazione sono state realizzate presso l'Università Mediterranea di Reggio Calabria, Dipartimento di Ingegneria delle telecomunicazioni per la prevenzione dell'alcol dipendenza. E' stata promossa una Ricerca studio: “Prevenzione

dell'evoluzione dei fenomeni di abuso di droghe ed alcol" in collaborazione con la Prevo-Lab Milano.

- Convenzione e protocollo d'intesa tra l'Azienda Sanitaria provinciale di Cosenza e l'Università della Calabria -Dipartimento di Scienze Farmaceutiche- per la realizzazione di Master di alta formazione universitaria di II livello in *"Farmacotossicologia delle sostanze d' abuso, dell'alcolismo e delle patologie correlate"*.

REGIONE SARDEGNA

La ASL 8 di Cagliari e l'Università sono state impegnate nel campo della formazione soprattutto attraverso la prosecuzione di Master di secondo livello basato sulla "Medicina delle tossicodipendenze e dell'alcolismo", rivolto a operatori sanitari e operatori dei gruppi di auto-mutuo aiuto e del volontariato.

6.6. INIZIATIVE ADOTTATE PER FAVORIRE LE ASSOCIAZIONI DI AUTO-MUTUO AIUTO E LE ORGANIZZAZIONI DEL PRIVATO SOCIALE NO PROFIT

REGIONE VALLE D'AOSTA

- Prosecuzione dei rapporti di collaborazione del Ser.T. con i Gruppi di auto-aiuto (C.A.T, A.A.).
- Incentivazione della collaborazione con le cooperative del privato sociale che gestiscono strutture residenziali del settore.

REGIONE PIEMONTE

- Nella provincia di Cuneo è costante la convenzione annuale delle ACAT territoriali con le Asl per la realizzazione di interventi di prevenzione e di presa in carico, integrando così pubblico e privato sociale.
- Nell'area della provincia di Alessandria, le ACAT aderiscono a iniziative di sensibilizzazione e pubblica informazione locali e sono coinvolte all'interno di progetti.

REGIONE LOMBARDIA

In considerazione dell'incremento dell'impegno clinico e assistenziale per il trattamento delle persone affette da patologie correlate all'abuso di alcol e di altre sostanze spesso in associazione con la patologia psichiatrica, la Regione, con provvedimento d.g.r. n.5509/07, ha riconosciuto un aggiornamento del sistema remunerativo tariffario delle unità d'offerta residenziali e semiresidenziali già accreditate, in coerenza con la normativa nazionale e regionale.

P.A. BOLZANO

- ASSOCIAZIONE HANDS:

- Gruppi di sostegno e auto-aiuto.

Questi gruppi, condotti con frequenza settimanale da operatori volontari, costituiscono un momento di confronto per pazienti in astinenza e che si stanno impegnando su obiettivi comuni.

- Gruppo informativo e di sostegno per familiari.

La funzione principale del gruppo è di fornire informazioni e consulenza a quei

familiari che sono coinvolti nella situazione di dipendenza alcolica di un proprio parente.

- Gruppi specifici a conduzione professionale.

Questi gruppi affrontano tematiche specifiche e vengono attivati qualora si riscontrino problematiche comuni nell'utenza seguita (gruppo di post trattamento, gruppo per donne ad approccio sistemico ecc.)

- Colloqui singoli di sostegno.

Questi colloqui hanno la funzione di sostenere l'utente nei momenti di difficoltà.

L'esperienza di una persona disposta ad instaurare una relazione d'aiuto e che ha già vissuto tali situazioni critiche in maniera positiva può favorire processi legati al cambiamento.

- SER.T. di MERANO:

Conduzione di gruppi post-dimissioni dal Centro Terapeutico "Bad Bachgart" da parte del personale del Servizio.

- CONSULTORIO PSICO-SOCIALE CARITAS-SILANDRO (BZ):

Intensa cooperazione con il "Kreuzbund", gruppo di auto-aiuto nell'ambito delle dipendenze.

Il consultorio ha assistito insieme alla Caritas parrocchiale di Merano i gruppi di auto-aiuto della Val Venosta.

- SER.T. di BRESSANONE:

Sono continuati proficuamente i rapporti collaborativi con le realtà associative riconosciute: Caritas, La Strada, San Vincenzo, Hands, ecc.

- SER.T. di BRUNICO:

E' proseguita una collaborazione del Servizio per le dipendenze con le associazioni private (Hudolin-C.A.T.) e un ottimo lavoro in rete per la prevenzione universale e selettiva.

Inoltre è attiva la collaborazione con l'associazione "Club alcolisti in trattamento Alto Adige" nella guida dei gruppi di auto-mutuo aiuto con incontri regolari di supervisione dei gruppi prevalentemente rivolti al gruppo linguistico tedesco e ladino.

Il Servizio collabora con la Comunità Comprensoriale Valle Pusteria, con le strutture deputate all'inserimento lavorativo e abitativo, e prevede la verifica e valutazione degli inserimenti di alcolodipendenti e tossicodipendenti presso le specifiche strutture.

- FORUM PREVENZIONE – BOLZANO:

Sono continuati i rapporti con le realtà associative riconosciute che si occupano di problematiche complesse di dipendenza. Ottimo lavoro in rete sia riguardo la prevenzione universale che selettiva.

P.A. TRENTO

Prosegue da numerosi anni una proficua collaborazione da parte dei Servizi di Alcologia con le Associazioni dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento e i gruppi di Alcolisti Anonimi. Esiste una convenzione con finanziamento per entrambe le Associazioni.

REGIONE VENETO

- Le Aziende socio sanitarie della Regione hanno stipulato convenzioni e accordi con le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del Privato sociale *no profit*, finalizzati a favorirne la diffusione, il funzionamento e le attività.

Quasi tutte le Aziende coinvolgono direttamente le Associazioni nelle attività del Dipartimento delle dipendenze.

L'86% offre attività formative, il 67% le sostiene mettendo a disposizione spazi e sedi per le varie attività che esse realizzano e il 48% attraverso l'erogazione di contributi economici.

- Nell'ambito del territorio della Regione Veneto tutti i Dipartimenti per le dipendenze collaborano attivamente e fattivamente con le Associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del privato sociale *no profit* e realizzano iniziative volte al sostegno e alla promozione delle stesse. Il lavoro è svolto in stretta collaborazione con le Associazioni e con le Comunità terapeutiche per l'attuazione di programmi sia ambulatoriali sia residenziali. Questa sinergia si pone nell'ottica del lavoro di rete tra le varie agenzie pubbliche e private che si occupano di Problemi alcolcorrelati (PAC), con l'obiettivo di fornire risposte adeguate alla complessità dei bisogni sempre in evoluzione delle persone e delle famiglie.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

- Collaborazione e realizzazione di protocolli progettuali con ACAT, AA, AsTra, Hyperion, La Ricerca -cooperativa Hudolin - e cooperativa Co.S.M.O.

- Stanziamento di contributi economici alle ACAT (Associazione locale Clubs Alcolisti in trattamento) e ARCAT (Associazione Regionale Clubs Alcolisti in trattamento).

- Sostegno del Centro Alcologico territoriale di Gorizia. Struttura di incontro e progettazione, che vede la condivisione di azioni di contrasto dell'abuso di alcol tra servizi di Alcologia, ACAT e Associazioni del territorio.

- Formazione degli operatori delle associazioni Acat, AsTra, Hyperion, La Ricerca e realizzazione di attività di coordinamento.

- Realizzazione del “Corso di sensibilizzazione internazionale all’approccio ecologico-sociale” in collaborazione con la ‘European School of Alcoholology and Ecological Psychiatry’.
- Realizzazione di un incontro di informazione sulla problematica alcol e lavoro, presso l’Università di Trieste per i dipendenti dell’A.S.S. 1 e dell’Università di Trieste.

REGIONE LIGURIA

- Le relazioni tra i N.O.A. e le Associazioni di auto-mutuo aiuto sono consolidate in tutto l’ambito regionale. I NOA hanno attivato una buona rete di collaborazione e coordinamento degli interventi sia con i gruppi di auto-mutuo aiuto, sia con le organizzazioni del terzo settore, sia con le strutture del privato sociale.
- In alcuni casi i gruppi CAT sono coordinati da un operatore del NOA, in altri sono stati stipulati accordi con le strutture del privato sociale per la cogestione di progetti e attività del NOA da parte del personale del servizio pubblico e privato accreditato.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Nella Regione Emilia-Romagna è attiva una buona rete di gruppi di auto-mutuo aiuto che collaborano con i Servizi alcolologici, entrando a far parte della rete di cura. In alcuni territori sono attive forme di coordinamento alcolologico territoriale a cui partecipano le associazioni di auto-mutuo aiuto e gli enti locali (sui temi della sensibilizzazione, prevenzione ecc.).

REGIONE TOSCANA

- Collaborazione con le associazioni di auto-aiuto e gli operatori ACAT, per favorire lo sviluppo di programmi territoriali e organizzare incontri e iniziative di sensibilizzazione rivolti alla comunità.
- “Tavolo regionale Alcol e Terzo Settore” istituito presso l’Assessorato del Diritto alla Salute della Regione Toscana al quale partecipano il Centro Alcolologico Regionale, rappresentanti delle associazioni di auto-mutuo aiuto (ARCAT, AA, AlAnon, Alateen), Anpas Toscana e Ceart, Ceis, Associazione Nautilus, SIA, con l’obiettivo di affermare a livello regionale il lavoro del volontariato e del terzo settore in ambito alcolologico, creando una rete formale di collaborazione tra i servizi territoriali e queste realtà, fondamentali nella prevenzione, nel trattamento e nella formazione in merito alle problematiche alcolcorrelate.

- Partecipazione dei servizi alcologici a incontri di aggiornamento aperti alla popolazione organizzati dalle associazioni di auto-mutuo aiuto e dell'ACAT.
- Gruppi di lavoro regionali e territoriali con lo scopo di favorire e implementare il legame sul territorio tra i servizi deputati del sistema sanitario e la realtà del volontariato che si occupa di patologie e problemi alcolcorrelati.

REGIONE UMBRIA

- Docenza nella scuola alcologica territoriale dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento (ACAT Perugia).
- Partecipazione attiva alla realizzazione di due corsi di sensibilizzazione per l'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati (Metodo Hudolin), svoltisi nella regione.
- In collaborazione con Orviet'A.M.A., è stato organizzato ad Orvieto un corso su "Affettività ed auto-mutuo aiuto", che è stato poi replicato a Terni, ed un corso per la formazione dei facilitatori.
- In collaborazione con Orviet'A.M.A., nelle scuole medie inferiori è stato realizzato un progetto su "famiglie, scuola ed auto-mutuo aiuto".
- In collaborazione con l'ACAT dell'Orvietano è stato realizzato un progetto dal titolo "Alcol e droga: piacere di conoscerVi", avente come target un gruppo A.M.A. di genitori con figli tossicodipendenti e la popolazione generale.
- Incontri con l'Associazione Caritas su: alcol e problematiche complesse, rivolti ai volontari dell'associazione.
- All'interno del progetto "Colleluna Sorride" sono stati organizzati 6 incontri di formazione rivolti agli allenatori e ai dirigenti sportivi delle varie associazioni sportive del quartiere presso la circoscrizione di Colleluna.
- Rimane costante l'attività di partecipazione degli operatori nei gruppi Ama del territorio orvietano (gruppo genitori di ragazzi tossicodipendenti e club degli alcolisti in trattamento).
- Con il Comune di Terni è iniziata una collaborazione per l'attivazione di gruppi Ama rispondenti ai bisogni della popolazione.
- I servizi di alcologia, in particolare di Perugia e di Terni, collaborano con l'Associazione ACAT in modo sistematico, sia per le attività terapeutico-riabilitative

che per quelle di promozione della salute. I Servizi ne sostengono le attività formative e di aggiornamento attraverso il supporto tecnico dei propri operatori.

REGIONE MARCHE

La presenza delle Associazioni di auto-mutuo aiuto (A.A., CAT) costituisce un elemento di ricchezza nella rete del trattamento e delle iniziative di sensibilizzazione e formazione in campo alcolologico. Nella quasi totalità delle realtà territoriali si è in presenza di collaborazioni formalizzate e continuative per trattamenti integrati e di rete.

REGIONE LAZIO

- La collaborazione e il lavoro di rete con le associazioni di auto-mutuo aiuto è stata portata avanti anche negli anni 2008-2009, sia da parte del Centro di Riferimento Alcolologico Regionale sia da parte delle Aziende ASL-Ser.T. In particolare le collaborazioni sono state con: Alcolisti Anonimi Area Lazio e Associazione Gruppi Familiari Alanon; Gruppi CAT (Club Alcolisti in trattamento); Caritas Diocesana di Roma; alcune Comunità semiresidenziali e residenziali.

- Molte Aziende ASL, tramite i Ser.T. e le U.O. di Alcologia, ospitano presso le proprie sedi operative le Associazioni di Alcolisti Anonimi (AA) e dei familiari (AlAnon/AlAteen). Promozione e supporto ai gruppi CAT.

REGIONE ABRUZZO

Si sono tenute riunioni con operatori del servizio pubblico e del privato sociale e si è provveduto, attraverso i Servizi di alcologia, alla pubblicizzazione dei gruppi di auto-aiuto presso gli Enti pubblici territoriali.

REGIONE CAMPANIA

- ASL NA/1: Organizzazione di un Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi secondo il Metodo Hudolin nel marzo 2009 da parte del Dipartimento delle Farmacodipendenze in collaborazione con l'ARCAT Campania.

- ASL Napoli 2: Collaborazione attiva tra Servizio di Alcologia di Pozzuoli e CAT (Club degli Alcolisti in Trattamento).

- ASL Napoli 3 sud – ex ASL NA/4: Potenziamento negli anni 2008 e 2009 dei rapporti con alcune Comunità terapeutiche ed altre associazioni o gruppi di auto-mutuo aiuto insistenti sul territorio con lo scopo di offrire un supporto terapeutico-riabilitativo.
- ASL CASERTA - Ex ASL CE/2: Collaborazione con rappresentanti dei gruppi A.A. (Alcolisti Anonimi) e Al-Anon (gruppo di familiari di alcolisti) con cui stato avviato il gruppo a cadenza periodica, coinvolgendo non solo gli utenti nuovi iscritti ma anche quelli già in carico c/o il Ser.T. di Aversa.
- ASL Napoli 3 Sud –ex ASL NA/5: Programmi di informazione e sensibilizzazione della comunità locale con la collaborazione dei CAT (Club degli Alcolisti in Trattamento) locali.
- ASL Avellino – Ex ASL AV /2: Stipula di un protocollo d'intesa tra Centro di Alcologia del SERT di Avellino e l'APCAT di Avellino nell'anno 2008.
- Ex ASL SA/2: Organizzazione di un Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi secondo il Metodo Hudolin da parte del SERT di Battipaglia e dell'UOSM di Oliveto Citra (SA) nel marzo 2008, in collaborazione con l'APCAT (Associazione Prov.le dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento) di Salerno.
- Ex - ASL SA/3: Stabilizzazione della cooperazione tra i centri alcologici delle UU.-OO. SER.T dell'ex Dipartimento e i CAT locali, per l'attuazione di programmi di riabilitazione psico-sociale.

REGIONE PUGLIA

Si è rafforzata e consolidata, in alcune realtà, l'esperienza dell'organizzazione, da parte del Ser.T o dell'U.O. di Alcologia, di Gruppi di Auto-mutuo aiuto, per il trattamento integrato medico-psico-sociale della dipendenza alcolica. Al riguardo, si segnala quanto segue:

- Nella Sez. Dipartimentale n.1 – ASL FG/1 – San Severo, tale gruppo favorisce l'accesso dei soggetti alcolisti ai trattamenti sanitari e assistenziali senza richiesta alcuna di "ticket" da parte del servizio e con un adeguamento flessibile dell'orario rispondente ai bisogni dell'utenza (incontri settimanali in orario serale).
- Consolidamento del Gruppo di auto-aiuto G.I.M.A.T.(Gruppo di Informazione e Motivazione di Alcolisti in Trattamento presso il Ser.T di Altamura.), avente finalità di prevenzione primaria e secondaria rivolta a pazienti alcolodipendenti e ai loro familiari.

- Si segnala, inoltre, la proficua attività condotta dall'ARCAT Puglia che con una rete di 60 clubs ha, anche nel 2008-9, accolto e servito una media di 700 famiglie prevedendo l'accesso ai clubs libero, volontario e gratuito, con l'unico impegno per le famiglie della frequenza settimanale e della formazione e sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati attraverso le S.A.T. (scuole alcolologiche territoriali) di 1° e 2° modulo. Nell'ottobre 2008 si è svolto in Puglia il Congresso Nazionale dei CAT, patrocinato dalla Presidenza della Regione Puglia e dall'Assessorato alla Salute della Puglia. Presenti tutte le delegazioni regionali oltre a rappresentanze straniere. Dai lavori del Congresso si è evidenziata la necessità di superare il distacco o le contrapposizioni tra Clubs e Associazioni locali. Inoltre è stato proposto e si è accettato di promuovere la grande campagna nazionale "Un Club una Scuola" per superare il ritardo nello sviluppo delle Scuole Alcolologiche territoriali di tutti e tre i moduli, secondo un criterio di giustizia e di equità. E' apparso evidente in questo Congresso il lavoro che in Puglia i Clubs hanno fatto nel sensibilizzare e motivare i decisori politici nei confronti dell'Approccio Ecologico Sociale e nei programmi di promozione e protezione della salute. La collaborazione con i Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche è attiva in alcune sezioni territoriali.

- Attivi in regione sono anche i gruppi di Alcolisti Anonimi. A tale riguardo si segnala che una stretta collaborazione tra Ser.T e gruppi di Alcolisti Anonimi è attiva in molte realtà territoriali.

REGIONE BASILICATA

- Convenzione con l'Associazione regionale dei Clubs degli alcolisti in trattamento della Regione Basilicata e con l'Associazione dei Clubs degli alcolisti in trattamento di Potenza, a cura del Servizio di Chiaromonte

- Corso di formazione sui problemi alcolcorrelati ed il loro trattamento, rivolto al volontariato accreditato, e organizzazione di incontri ludici come "La partita del sorriso", a scopo benefico a favore delle Associazioni di volontariato che operano nell'ambito della prevenzione e del trattamento dei problemi alcolcorrelati, organizzati dal Servizio di Chiaromonte

- Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi per facilitatori di gruppi di auto-mutuo aiuto, promosso dall'ACAT Magna Gracia in collaborazione con il Ser.T della ASL 4 di Matera

- Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi, a cura del Servizio di Chiaromonte.

REGIONE CALABRIA

Prosegue su tutto il territorio regionale la collaborazione con le Associazioni di auto-mutuo aiuto, sia nella realizzazione dei progetti di prevenzione e sensibilizzazione della popolazione sia con gli utenti in carico presso i Servizi.

In alcune realtà aziendali il rapporto con i CAT è stato formalizzato con apposito atto deliberativo che prevede uno specifico protocollo attuativo di collaborazione.

REGIONE SARDEGNA

Nella Regione Sardegna si sono consolidate negli anni due tipologie di associazioni che operano nel settore dell'alcolologia: l'ARCAT, che riunisce 74 Clubs degli alcolisti in trattamento, e il gruppo degli Alcolisti Anonimi, a cui fanno capo 7 associazioni territoriali. Tali associazioni svolgono un'importante funzione di supporto per i soggetti affetti da dipendenza da alcol e per i loro familiari. Il "Programma regionale di interventi nel settore delle Dipendenze" raccomanda che le *équipes* alcolologiche favoriscano una stretta collaborazione con le varie associazioni attive nel settore. A tal fine, la Regione ha finanziato i Centri di Ascolto, gestiti dalle Associazioni, di cui si menziona in particolare il Centro d'Ascolto "Le sorgenti" di Villacidro, ottimo strumento di filtro per l'inserimento nelle Comunità Terapeutiche. I finanziamenti specifici del Fondo 309/90 hanno negli anni favorito il consolidarsi dei Centri d'ascolto anche in piccoli Comuni spesso privi di spazi aperti ai giovani e quindi sono diventati luoghi di ascolto e di incontro.

6.7. STRUTTURE DI ACCOGLIENZA EVENTUALMENTE REALIZZATE O PRESENTI SUL TERRITORIO PER I FINI DI CUI ALL'ART. 11

REGIONE VALLE D'AOSTA

- Accreditamento di un servizio di Tutoraggio Territoriale, non esclusivamente dedicato agli alcol dipendenti, che prevede: interventi a domicilio; *counseling* psicologico ed educativo; sostegno telefonico; accompagnamento in mansioni pratiche quotidiane, sul territorio e nella gestione economica; bilancio competenze; accompagnamento e/o allerta con altri servizi: medico di base, Ser.T, gruppi di auto-mutuo aiuto; sostegno alla famiglia.

- Accreditamento di un Gruppo Appartamento al fine di fornire un servizio di supporto abitativo semi protetto per pazienti del Ser.T. che hanno completato un programma terapeutico ed hanno raggiunto un buon livello d'autonomia personale e relazionale, ma necessitano ancora di un supporto in ambito socio-educativo.

REGIONE PIEMONTE

Le Comunità degli enti ausiliari della Regione Piemonte si sono sempre dimostrate sensibili alle problematiche alcolcorrelate, inserendo all'interno dei propri percorsi di cura e riabilitazione anche persone con questo tipo di dipendenza. Alcune di esse inoltre hanno specificamente scelto la cura degli alcolisti come indirizzo e “*mission*”.

Esse sono:

- Comunità Alcolstop (Centro Torinese di Solidarietà)
- Comunità Alcocare (Associazione Il Punto)
- Cufrad
- Comunità Cascina Nuova (Associazione Aliseo).

REGIONE LOMBARDIA

L'organizzazione degli interventi di cura e reinserimento garantiti nel territorio regionale vede una regolare e consolidata collaborazione tra i Servizi Pubblici, del Privato sociale, delle Associazioni di volontariato e di Auto-mutuo aiuto, i medici di Medicina Generale e le Aziende ospedaliere. Sul territorio lombardo le strutture di accoglienza sono 56 Unità Alcolologiche afferenti alle Aziende Sanitarie Locali, 6 Strutture Residenziali del Privato Accreditato, 18 moduli di accoglienza e/o di trattamento specialistico.

P.A. BOLZANO

Nell' ambito dell' Associazione HANDS è proseguita l'attività delle seguenti strutture:

Sede Centrale HANDS ed Ambulatorio - Bolzano;
Sede Periferica HANDS- Merano;
Sede Periferica HAND - Bressanone;
Comunità terapeutica HANDS- Bolzano;
Laboratorio della Comunità terapeutica - Bolzano;
Laboratorio protetto HANDSWORK - Bolzano;
Laboratorio protetto HANDSWORK - Cermes (Merano);
Alloggio protetto HANDSHOME - Bolzano;
Alloggio protetto HANDSHOME - Caldaro (Bz).

P.A. TRENTO

E' attivo un reparto di Alcologia presso l'ospedale S. Pancrazio di Arco nel quale si svolgono cicli di riabilitazione alcolologica della durata di tre settimane.

REGIONE VENETO

Le esigenze terapeutiche di inserimento in strutture di accoglienza residenziale sono soddisfatte nell'81% dei casi dal privato sociale e nel restante 19% dalle strutture pubbliche, particolarmente presenti nella provincia di Treviso.

Le Comunità terapeutiche e le Strutture di pronta accoglienza, riconosciute dalla Regione Veneto, offrono programmi mirati al consolidamento dell'astinenza e alla definizione di un percorso di trattamento.

A questa offerta di base si aggiungono nei diversi territori specifiche risposte di varia natura, tra cui:

- Centri di prima accoglienza
- Appartamenti per l'accoglienza di alcolodipendenti
- Centri diurni per trattamento socio-riabilitativo occupazionale
- Centri per le dipendenze giovanili
- Comunità alloggio e case famiglia per trattamento socio-riabilitativo
- Programma di ricovero con degenza ospedaliera
- Accoglienza di soggetti con doppia diagnosi
- Strutture residenziali messe a disposizione dall'ente locale e gestite dall'Acat con l'obiettivo di promuovere il reinserimento sociale di soggetti alcolodipendenti.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

- Utilizzo di 4 posti letto (modulo alcologico) presso la R.S.A. di Cormons per la partecipazione “protetta” dei ricoverati al “trattamento integrato” che si svolge giornalmente presso il Ser.T di Gorizia.
- Mantenimento della struttura residenziale per il trattamento 24 ore su 24 con 20 posti letto presso l’Ospedale di Trieste.
- Mantenimento di un gruppo appartamento per alcolisti già trattati con problemi alloggiativi, con 6 posti letto a Trieste.
- Mantenimento delle strutture di ricovero presso l’ospedale di San Daniele del Friuli (UD) con 17 posti letto.

REGIONE LIGURIA

- CARITAS- Struttura di accoglienza per persone senza fissa dimora con problemi alcolcorrelati, che offre possibilità di pernottamento e pasti giornalieri, ubicata nel territorio della Provincia di La Spezia.
- COOPERATIVA COMETA e SERT Spezzino- Casa Nuova, struttura a bassa soglia di accesso cui possono accedere anche persone con problemi alcolcorrelati per affrontare situazioni di difficile gestione o casi in cui, successivamente alla fase acuta, c’è la necessità di osservazione e cura prima di effettuare un reinserimento territoriale con trattamento ambulatoriale, o un inserimento in struttura comunitaria. La struttura è gestita in modo coordinato dai due Servizi.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- Nell’anno 2008 è stato completato il percorso di accreditamento regionale della struttura “L’Airone” di Parma gestita dal Ce.I.S.
- E’ stata realizzata un’attività di monitoraggio specifico sull’utilizzo, da parte dei Centri alcologici delle Aziende sanitarie, di strutture riabilitative per alcolisti. L’obiettivo regionale è quello di analizzare il fabbisogno ulteriore di strutture specialistiche.

REGIONE TOSCANA

- Le strutture private che si occupano di alcoldipendenza, presenti sul territorio regionale toscano, sono di diversa natura: Enti Ausiliari autorizzati e convenzionati con il SST quali la casa famiglia "Crisalide" gestita dal Ce.I.S. di Lucca, il Ce.I.S. di Pistoia, la Cooperativa "Incontro" di Pistoia e, infine, la Casa di cura "Villa dei Pini" a Firenze, che attiva programmi di trattamento psico-medico-sociale che non superano i 30 giorni, secondo l'art. 11 comma 2 della Legge 125/2001.
- Tra le strutture pubbliche, a Pisa ha sede il Centro Osservazione e Diagnosi "Passo di Barca" di natura semiresidenziale gestito dal Dipartimento delle Dipendenze dell'USL 5 di Pisa e, infine, a Firenze si trova il Centro Diurno "La Fortezza" con attività anche di Day Hospital costituito da un percorso terapeutico semiresidenziale di 4 settimane gestito dal Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda USL 10 di Firenze.

REGIONE UMBRIA

- Nell'ambito della provincia di Perugia sono proseguite le attività del gruppo famiglia "Pindaro". Nel corso del 2009 si è ridefinito l'assetto organizzativo interno della struttura, anche nella prospettiva di un trasferimento di sede, con aumento della recettività.
- Nell'ambito della provincia di Terni prosegue la propria attività la Comunità terapeutica VERITA di Montecampiano di Amelia.

REGIONE MARCHE

- La rete delle strutture residenziali è presente in maniera capillare in tutto il territorio regionale. Sono presenti realtà caratterizzate da specifici programmi riabilitativi per alcoldipendenti in due sedi operative di uno stesso Ente (IRS AURORA).
- Sono presenti programmi specifici di riabilitazione per alcoldipendenti presso le due case di cura private Villa Silvia di Senigallia e San Giuseppe di Ascoli Piceno.

REGIONE LAZIO

Centro diurno provinciale contro l'alcolismo, finanziato dalla Regione Lazio, nell'ambito dei Progetti Fondo Lotta alla Droga. Il Centro garantisce lo svolgimento di alcune funzioni basilari e gratuite come l'accoglienza a bassa soglia, trattamento medico-farmacologico in fase post acuta, psicoterapia di gruppo o individuale a breve termine, sostegno e *counseling* all'utente e alla famiglia, preparazione al reinserimento

psicosociale nel territorio di appartenenza rivolto all'utente e alla famiglia, avvio alla formazione professionale e al reinserimento lavorativo per coloro che ne avessero necessità.

REGIONE CAMPANIA

ASL Napoli 3 Sud - Ex ASL NA/4: negli anni 2008 e 2009 sono stati potenziati i rapporti con alcune realtà del privato sociale, quali Comunità Terapeutiche insistenti sul territorio, con lo scopo di offrire un supporto terapeutico-riabilitativo per i problemi alcolcorrelati; infatti sono cresciuti gli ingressi di utenti con problemi di alcol presso la Comunità Terapeutica il Pioppo.

REGIONE PUGLIA

- Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ha previsto l'attivazione dell'Unità Operativa di Riabilitazione Alcolologica da 10 posti letto. Conseguentemente il Piano Attuativo Locale, predisposto nel 2009 dalla ASL BARI e in corso di definitiva approvazione da parte della Giunta Regionale pugliese, ha deciso di collocare questa specifica unità operativa presso una struttura ospedaliera incardinata nel Dipartimento delle Dipendenze Patologiche della ASL BARI.

- In Puglia sono attive 30 Organizzazioni del privato sociale ed Associazioni di volontariato con 52 sedi operative di cui circa 30 di tipo residenziale. Ognuna di queste riserva un numero di posti letto per utenti alcolodipendenti a cui sono assicurati programmi di recupero concordati con i Ser.T del territorio.

REGIONE BASILICATA

- Comunità "Emmanuel" di Salandra (MT).

- Comunità Terapeutica "Exodus" di Tursi (MT).

- Centro Residenziale Alcolologico presso il P.O. di Chiaromonte (PZ) – ASL n. 3.

REGIONE CALABRIA

Nella Regione esiste un'unica Struttura residenziale privata accreditata per alcolisti: "Comunità Terapeutica Arcobaleno - Centro Calabrese di Solidarietà Catanzaro".

REGIONE SARDEGNA

Da diversi anni è operante a Carbonia la Comunità denominata “Centro Alcológico di Carbonia”. La struttura, accreditata dalla Regione, è gestita da una Associazione *no-profit* e ha rapporti di convenzione con tutte le ASL. Questa struttura accoglie soggetti di sesso maschile alcolodipendenti che, nella fase successiva a quella acuta, prima dell’invio ad un trattamento domiciliare o in day hospital, necessitano di un temporaneo inserimento in un ambiente protetto nel quale riuscire a conseguire e mantenere la condizione di sobrietà. L’Associazione, con cadenza trimestrale, anche nel 2008-2009 ha pubblicato la Rivista “Appunti Sparsi” con un comitato di redazione composto da medici del Ser.D di Carbonia, utile strumento di divulgazione delle esperienze regionali, e studi scientifici rivolti a tutti gli operatori sanitari e sociali che si occupano di alcolologia.

6.8. PROTOCOLLI DI COLLABORAZIONE O CONVENZIONI STIPULATE CON ENTI E ASSOCIAZIONI PUBBLICHE O PRIVATE OPERANTI PER LE FINALITÀ DELLA LEGGE

REGIONE PIEMONTE

AZIENDE SANITARIE LOCALI

- Attivazione presso l'Asl di Alessandria di una collaborazione continuativa con strutture private per ricoveri riabilitativi anche se non con protocollo istituzionale.
- Collaborazione dipartimentale con Commissioni Medico Patenti di Alessandria per attivazione percorsi di consulenza su soggetti recidivi per ritiro patente.

PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO

- L'ACAT ha attivato protocolli di collaborazione attualmente con la maggioranza dei Ser.T della Regione Piemonte, Associazioni locali e Comunali, Comunità Montane e Distretti Asl locali.
- Attivazione progetto dell'Associazione Aliseo finanziato dai Piani Locali dell'Asl TO1 Ovest, denominato "Casa della Luna", il cui obiettivo è favorire processi di reintegrazione e ri-socializzazione per donne alcoliste che vivono un particolare disagio legato a solitudine e isolamento. Il progetto si avvale di uno spazio-alloggio in cui, secondo un progetto terapeutico, le donne possono incontrarsi e condividere attività e momenti di riflessione.

REGIONE LOMBARDIA

- Nel 2009 è stato costituito l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze (ORED), che prevede il coinvolgimento di: Direttori di altre D.G. regionali, Direttori Dipartimenti Dipendenze delle ASL, rappresentanti delle Associazioni del Privato Sociale, rappresentanti degli operatori dei Servizi Territoriali, Associazione dei Comuni, Unione delle Province Lombarde, Direttore dell'Ufficio Scolastico Regionale, Prefettura, Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Provveditore Regionale per l'Amministrazione Penitenziaria, rappresentante del Tavolo permanente del Terzo Settore.
- E' stata affidata alla Fondazione "Esclusione Sociale Analisi ed Esperienze (E.S.A.E.)" la gestione operativa dell'ORED.
La Fondazione ha i seguenti compiti: analizzare il fenomeno attraverso la raccolta e l'elaborazione dei flussi informativi provenienti dal territorio; promuovere e organizzare corsi di formazione e specializzazione professionale per futuri operatori dell'area socio-

assistenziale, educativa e sanitaria; promuovere e organizzare convegni, seminari, dibattiti, incontri, pubblicazione e diffusione dei risultati.

P.A. BOLZANO

Vengono applicate le convenzioni in vigore stipulate fra Istituzioni pubbliche (Provincia, Azienda sanitaria dell'Alto Adige, Comunità Comprensoriali) e Servizi specialistici, nonché i protocolli operativi fra gli stessi servizi sanitari e sociali.

- Nell'ambito dell'Associazione HANDS:

Rapporti con altre realtà associative che si occupano di prevenzione e dipendenza.

Sono continuati i rapporti di collaborazione con le realtà associative riconosciute che si occupano della stessa tipologia di utenza o di problematiche complesse legate alla dipendenza o di prevenzione primaria e secondaria (A.A., Clubs di alcolisti in trattamento, Caritas, La Strada-Der Weg, San Vincenzo, Volontarius e Forum-prevenzione).

Rapporti con il Centro Terapeutico "Bad Bachgart".

Sono continuati anche nel 2009 i contatti regolari con la struttura di "Bad Bachgart" tramite periodiche visite ai pazienti aziendali effettuate sia dal Medico, sia dalle Psicologhe, nell'ottica di una continuità terapeutica.

Protocollo Mambo.

Il Ser. T. del Comprensorio Sanitario Bolzano ha promosso negli anni 2002 – 2006 una collaborazione con tutti i servizi di rete che hanno compiti di intervento a tutela dei minori e della genitorialità di utenti tossicodipendenti. Per motivi di opportunità operativa si è ritenuto di dividere il protocollo in due parti, una prima parte relativa a gravidanza, parto e prima infanzia, e una seconda parte relativa a infanzia e adolescenza. Dal 2006 anche l'ambulatorio Hands è stato coinvolto nella realizzazione di questo protocollo al fine di garantire la messa in atto della prassi operativa condivisa tra i servizi sanitari specialistici e sociali territoriali. Il lavoro svolto è stato quello di individuare le misure di protezione immediate e provvisorie a favore del bambino e di attivare le risorse territoriali nella gestione delle famiglie con genitori con problemi di dipendenza. Attualmente si lavora sul coordinamento negli interventi dei servizi coinvolti, nella supervisione dei casi, nella formazione degli operatori e nel coinvolgimento di altri servizi.

Rapporti con i Reparti ospedalieri.

La collaborazione con il Servizio di Alcolologia ospedaliero è proseguita ed ha contribuito a migliorare l'aggancio ambulatoriale di pazienti con problematiche alcol correlate.

- SER.T di MERANO:

"Piano per le Dipendenze Merano" riguardante il Sistema dei Servizi per le Dipendenze a Merano.

- CONSULTORIO PSICO_SOCIALE CARITAS di SILANDRO (BZ):

Cooperazione con SER.T Merano, Centro per la salute psichica Silandro, Servizi sociali, Ospedale di Silandro, Centro per l'impiego, Servizio psicologico, coordinatori medici distrettuali, Consultorio familiare, Servizio Psicologico di Merano, Distretto sociale Silandro, Malles, Naturno, Centro per l'impiego.

- SER.T di BRESSANONE:

Nell'ottica del lavoro di rete è continuata la collaborazione con i servizi presenti e le strutture sul territorio: gli ospedali di Bressanone e Vipiteno, con il Centro Terapeutico "Bad Bachgart" di Rodengo, con la Comunità Terapeutica "Hands" di Bolzano, con i gruppi di auto-aiuto di "Hands" a Bressanone, con i medici di base, con i Servizi Sociali delle Comunità comprensoriali "Valle Inarco" e "Wipptal", con il Servizio psicologico, con il Servizio psichiatrico dell'Ospedale di Bressanone e Vipiteno, con la Casa Circondariale di Bolzano, con la Cooperativa Sociale "Wiedes" di Vipiteno, con l'Ufficio del lavoro e altre risorse territoriali necessarie per il reinserimento sociale.

- SER.T di BRUNICO:

È continuata una buona collaborazione del Servizio con altri Servizi territoriali come il "Centro Salute Mentale" ed il "Servizio Psicologico" di Brunico. Inoltre esiste una collaborazione con l'Ospedale di Brunico e di San Candido, con il Centro Terapeutico "Bad Bachgart" a Rodengo, con la Comunità Terapeutica "Hands", con la Casa Circondariale di Bolzano, con la "casa delle donne" a Brunico, con la consulenza debitori a Brunico, con i medici di base, con i Servizi Sociali e con l'ufficio del lavoro e altre risorse territoriali necessarie per il reinserimento sociale.

Esiste inoltre un protocollo d'intesa con i vigili del comune di Brunico per una prevenzione secondaria per i giovani abusatori di alcol e i loro familiari.

P.A. TRENTO

- Convenzione con APCAT (Associazione Provinciale dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento).

- Convenzione con Associazione Alcolisti Trentini (Alcolisti Anonimi).

REGIONE VENETO

Proseguono le collaborazioni attive interne ai Dipartimenti per le dipendenze della Regione Veneto, concretizzate tramite la stipula di numerosi protocolli e/o convenzioni con il Terzo Settore e l'Associazionismo, finalizzate alla prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati. Il 28% è stipulato con soggetti pubblici e il 72% con soggetti del terzo settore.

- Tra gli accordi sottoscritti con il Privato Sociale e il Volontariato si evidenziano le seguenti finalità:

- consolidamento delle sinergie con le Comunità terapeutiche accreditate dalla Regione Veneto che accolgono anche alcolisti;
- conferma dell'integrazione operativa tra Servizi di Alcologia e Associazioni clubs degli alcolisti in trattamento (ACAT), favorendo le iniziative di carattere ecologico-sociale dei Clubs attivi nel territorio (Scuole alcologico-territoriali S.A.T. di 1°, 2° e 3° modulo, banca dati, settimana di sensibilizzazione);
- compartecipazione in progetti territoriali di prevenzione negli ambienti di lavoro e di inserimenti socio-lavorativi.

- Tra gli accordi sottoscritti con Servizi pubblici, si favoriscono e consolidano le attività riguardanti:

- il trattamento di soggetti con doppia diagnosi in collaborazione con i Dipartimenti di salute mentale;
- la continuità assistenziale, rafforzando i rapporti con i pronto soccorsi e i Dipartimenti di medicina;
- le collaborazioni con Dipartimenti di prevenzione, i Consultori familiari ed i Servizi tutela minori;
- le collaborazioni con le forze dell'ordine;
- gli inserimenti socio-lavorativi protetti tramite i Servizi d'integrazione lavorativa (SIL); in tale ambito si rinnovano le convenzioni tra Consorzi di Cooperative sociali e Centri per l'Impiego provinciali.

- Per quanto riguarda il tema della guida di veicoli (normati dagli artt. 186 e 187 Codice della strada) si consolidano le convenzioni e i protocolli con le Commissioni mediche locali per le patenti di guida.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

- Inaugurazione della nuova struttura della CARITAS "Casa Betania" a Tolmezzo (UD).

- Protocollo di intesa con la Struttura Residenziale "Casa Betania" di Udine per l'accoglienza di soggetti maschi e femmine.

- Protocollo con la "Casa dell'Immacolata" di Udine per l'accoglienza di soggetti alcolisti maschi.

- Protocollo con la Commissione Medica Patenti provinciale per il trattamento dei soggetti fermati per guida in stato d'ebbrezza (Trieste).
- Valutazione soggetti inviati dai medici del lavoro e collaborazione con gli stessi (ASS3).

REGIONE LIGURIA

I Nuclei Operativi di Alcologia della ASL5-Spezzino hanno attivato due protocolli:

- Protocollo con A.A. nel quale si stabilisce la possibilità ed opportunità di collaborare nel percorso di cura e riabilitazione delle persone alcolodipendenti, concordando modalità di invio reciproche ed incontri periodici per un maggiore coordinamento.
- Protocollo con la Commissione Medica Locale Patenti: attraverso la strutturazione di un apposito gruppo di lavoro interno al servizio, sono state concordate alcune nuove modalità di collaborazione. Tale protocollo è in attesa di essere ufficialmente approvato dagli uffici competenti.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- La Regione Emilia-Romagna ha regolamentato con apposito accordo la presenza ed il ruolo degli Enti del Privato Sociale all'interno dei Comitati locali, sia nella fase di progettazione che in quella di realizzazione degli interventi. I progetti di prevenzione alcologica sono inoltre presenti nei percorsi dei Piani per la salute e nei Piani sociali di zona.
- L'accordo Regione Emilia-Romagna/Coordinamento Enti Ausiliari è stato siglato dalle parti nel luglio 2007 ed approvato con D.G.R. 1005/2007. Tale accordo ha durata triennale e prevede tappe di verifica e valutazione degli obiettivi concordati che attengono al livello normativo e al livello economico.

REGIONE TOSCANA

- E' stato approvato con deliberazione della Giunta regionale toscana il protocollo operativo per la valutazione dell'idoneità alla guida nei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica art. 186. Con tale delibera è stato altresì istituito a livello di ogni singola Azienda USL il CCA (Centro di Consulenza Alcolologico) che supporta l'attività delle competenti Commissioni Medico-Legali (Commissioni Patenti).

- Protocolli di collaborazione tra i servizi pubblici competenti in materia di alcol e varie istituzioni (U.E.P.E., Case circondariali, Prefetture, Enti Ausiliari, ferrovie dello Stato, Comunità Montana, Caritas, etc).

REGIONE UMBRIA

- Protocollo con la Casa Circondariale di Terni, che prevede la gestione, insieme all'ACAT, di un gruppo di auto-aiuto per i detenuti alcolisti e la formazione ed aggiornamento del personale della Casa Circondariale sui temi alcolcorrelati.

- Protocollo d'intesa con la Circoscrizione est di Terni per la programmazione di iniziative di sensibilizzazione intorno ai problemi alcolcorrelati ed eventuale apertura di un Centro di ascolto.

- Protocollo di collaborazione con la Rete “Il Filo di Arianna: una rete per stare meglio”, per attività di promozione dell'educazione socio affettiva e di promozione della salute. Alla Rete aderiscono, oltre all'U.O. di Alcologia, tutte le scuole di ogni ordine e grado poste nel territorio narnese-amerino, a Sangemini e ad Acquasparta (TR).

- Protocollo di collaborazione con l'associazione CESVOL per progetti di intervento a livello scolastico, nell'ambito delle associazioni sportive e per la promozione dell'auto-mutuo aiuto.

REGIONE LAZIO

- Protocolli di collaborazione tra i servizi pubblici competenti in materia di alcol e varie istituzioni: CARITAS Diocesana di Roma, Associazione Alcolisti Anonimi Area Lazio, Associazione Gruppi Familiari Alanon, Ce.I.S. (Centro Italiano di Solidarietà), la Comunità “In Dialogo” e la Comunità di Sant'Egidio.

- Protocollo di Intesa con: Provincia di Roma, Assessorato alle Politiche Sociali di Roma, Assessorato alle Politiche Giovanili della Provincia di Roma, Assessorato alla Formazione della Provincia di Roma, Azienda Policlinico Umberto I, Dipartimento di Medicina Clinica dell'Università di Roma “La Sapienza”.

- Convenzioni per tirocini di Scuole di Specializzazione in Psicoterapia sia tra Aziende ASL – SerT (queste con quasi tutte le Scuole di Psicoterapia riconosciute del MURST e insistenti nel territorio regionale) sia con il Centro di Riferimento Alcolologico Regionale (quest'ultimo specificamente con Scuola Superiore di Specializzazione in Psicologia Clinica SSPC IFREP, Scuola di Formazione in Psicologia Clinica e di Comunità, Psicoterapia Umanistica Integrata ASPIC; Scuola di Specializzazione in Psicologia Cognitiva APC).

- Non sono state realizzate strutture di accoglienza, ma vengono utilizzate quelle già presenti sul territorio di riferimento, attraverso una consolidata collaborazione con Strutture del privato sociale presenti sul territorio dei vari distretti.
- Alcuni Ser.T sono capofila o partners di Progetti finanziati dal FLD per la prevenzione delle dipendenze patologiche, la formazione ed il reinserimento socio-lavorativo di persone con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti ed alcoldipendenti. Referenti di alcuni Ser.T partecipano ai tavoli per l'Integrazione Socio-Sanitaria e a quelli per la realizzazione dei Piani di Zona dei singoli Distretti Socio-Sanitari.
- Protocolli operativi tra Ser.T, Laboratori Analisi e Dipartimenti di Prevenzione per l'attuazione dell'Intesa stipulata tra il Governo, le Regioni, gli Enti Locali nella Conferenza Unificata del 30 ottobre 2007 relativa agli "Accertamenti di non tossicodipendenza" pubblicata sulla G.U. n°266 del 15/11/2007.
- Sono operative Collaborazioni, non formalizzate con protocolli specifici, con Ospedali territoriali, Cliniche convenzionate, Privato sociale, Servizi Aziendali, Municipi, MMG (attività di consulenza, ricoveri, programmi riabilitativi, approfondimenti diagnostici, gestione congiunta di casi di doppia diagnosi, interventi in collaborazione con i servizi sociali municipali, saltuarie collaborazioni con medici di medicina generale).

REGIONE ABRUZZO

- Convenzione con l'Università per il tirocinio di psicologi presso il Servizio
- Convenzioni con Comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali
- Protocollo di intesa relativo ai rapporti tra l'AUSL di Pescara e la Casa Circondariale di Pescara per il trattamento dei detenuti con problemi alcolcorrelati
- Protocollo d'intesa tra il Servizio tossicodipendenze di Vasto e l'Istituto "Mario Negri Sud"
- Formazione di una rete di collaborazione tra il Ser.T di Vasto ed Enti e Associazioni che si occupano di alcolismo. Alla rete hanno aderito: C.R.I. sez. Pionieri Vasto; Comune di Vasto; Comando Carabinieri Vasto; Provincia di Chieti; CAT Lanciano; Istituti scolastici del vastese.

REGIONE MOLISE

Collaborazioni con l'Ufficio Scolastico Regionale, Istituti scolastici, Ser.T territoriali, Volontariato. Inoltre, con l'Istituto Superiore di sanità si è realizzata l'indagine condotta

su un campione di studenti molisani attraverso il “Progetto di sensibilizzazione e prevenzione sulla problematica dell'alcolismo in età evolutiva”, con relativa pubblicazione a cura della Regione Molise.

REGIONE CAMPANIA

- ASL Napoli 3 Sud – Ex ASL NA/4: Protocollo d'Intesa con la Gastroenterologia dell'Ospedale S.Maria della Pietà di Nola, per le patologie alcolcorrelate, al fine di garantire prestazioni specialistiche per le patologie epatiche e gastriche di una certa gravità. Protocollo d'intesa con il DSM, con attività di consulenza presso il SPDC di Pollena Trocchia per i pazienti alcolisti. Consulenze su strutture private convenzionate del territorio, come la Casa di Cura S.Maria del Pozzo di Somma Vesuviana e la Casa di Cura Nostra Signora di *Lourdes* di Massa di Somma.

- ASL Napoli 3 Sud – Ex ASL NA/ 5: Protocollo tra Servizio Aziendale di Alcologia dell'Area SER.T e Divisione di Medicina dell'Ospedale di Gragnano per posti letto dedicati al trattamento delle complicanze internistiche alcolcorrelate.

- ASL Avellino - ex ASL AV/2: Protocollo di collaborazione tra UO di Alcologia e Commissione Locale Patenti della Provincia di Avellino per i programmi di riabilitazione dei conducenti di veicoli a motore sottoposti alle sanzioni previste dall'art.186 CdS svolti in collaborazione con APCAT Avellino e Associazione Familiari Vittime della Strada.

REGIONE BASILICATA

- Convenzione con l'Associazione regionale dei Clubs degli alcolisti in trattamento della Regione Basilicata, a cura del Servizio di Chiaromonte

- Stesura di protocolli di collaborazione con le Divisioni di Medicina e con il Dipartimento di Salute Mentale di Melfi-Venosa da parte del relativo Servizio territoriale, a cura del Servizio di Melfi

- Protocollo d'intesa “Sicurezza stradale” promosso dalla Prefettura–Ufficio Territoriale del Governo di Matera.

REGIONE CALABRIA

Sono stati stipulati protocolli di collaborazione con diversi Comuni, Carcere ed Enti di volontariato. In alcune ASP nel 2009 si è sancita la presenza dell'alcolologo nelle Commissioni Medico Locali.

REGIONE SARDEGNA

Sono pienamente operativi gli appositi protocolli d'intesa, già stipulati con il Ministero della Giustizia, per garantire l'erogazione dell'assistenza nei confronti dei tossicodipendenti e alcolodipendenti, sottoposti a misure giudiziarie. Le Asl hanno attivato convenzioni o protocolli operativi con le strutture carcerarie ubicate nel territorio di competenza.

6.9. ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE CON LE COMPETENTI ISTITUZIONI DELL'AMMINISTRAZIONE DELL'INTERNO, MUNICIPALI O ALTRE PER IL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PUBBLICITÀ, VENDITA DI BEVANDE SUPERALCOLICHE NELLE AUTOSTRADE, TASSO ALCOLEMICO DURANTE LA GUIDA DI AUTOVEICOLI

REGIONE VALLE D'AOSTA

- Prosecuzione della collaborazione con le Forze dell'Ordine, nel corso di sagre e feste, ai fini della sensibilizzazione ed informazione della popolazione sulla normativa relativa al tasso alcolemico, sugli effetti delle bevande alcoliche durante la guida e sull'uso dell'etilometro, anche con distribuzione di etilometri tascabili.

- Prosecuzione della collaborazione con le Forze dell'Ordine ed i gestori di Scuole Guida ai fini della sensibilizzazione ed informazione dei futuri patentati sulla normativa relativa al tasso alcolemico, sugli effetti delle bevande alcoliche durante la guida e sull'uso dell'etilometro accompagnata dalla distribuzione di etilometri tascabili.

REGIONE PIEMONTE

REGIONE-ASSESSORATO TUTELA SALUTE

Linee di indirizzo in tema di accertamenti ai sensi degli articoli 186 (guida sotto l'influenza dell'alcol) e 187 (guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti) del Codice della Strada (D. Lgs. 285/1992 e successive modificazioni). Tale documento tecnico, di portata trasversale, è stato strutturato con il coinvolgimento interistituzionale, a livello regionale, di tutte le Procure della Repubblica, delle Prefetture, dell'Assessorato Trasporti, dell'Assessorato al Commercio e Polizia Locale e delle Aziende Sanitarie Regionali. Il documento è in fase di approvazione.

AZIENDE SANITARIE LOCALI

- In provincia di Cuneo è attivo presso la Prefettura il "Gruppo Provinciale Interistituzionale per la prevenzione dei comportamenti a rischio" con la partecipazione delle Forze dell'Ordine, dei Consorzi Socio-Assistenziali, dei Ser.T e della Provincia. All'interno di tale Gruppo ci si confronta sui temi dell'abuso di sostanze, ivi compreso l'alcol, e si tracciano strategie di sviluppo di interventi di prevenzione sul territorio anche in materia, per esempio, di Guida&Alcol.

- Attivazione presso l'Asl Verbania-Cusio-Ossola del Progetto "Sicura la notte" per la prevenzione degli incidenti stradali da guida in stato di ebbrezza alcolica realizzato con

il patrocinio della Prefettura, in collaborazione con associazioni del privato sociale accreditato e del volontariato.

PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO

Collaborazione tra ACAT, Polizia e Autostrade del Piemonte per l'organizzazione di una giornata denominata "Guida Sicura" con distribuzione di volantini e altro materiale agli automobilisti che sostano negli autogrill.

REGIONE LOMBARDIA

- ASL di Bergamo: le misure di prevenzione attuate riguardano in particolare iniziative formative e di sensibilizzazione. Molte delle iniziative vengono realizzate attraverso un tavolo di lavoro sulla sicurezza stradale attivo nel comune di Bergamo che vede la partecipazione di Polizia Locale, ACI, 118, Associazioni vittime della strada, Ufficio Scolastico Provinciale, Provincia, Polizia Stradale, Associazioni di volontariato attive sulla sicurezza stradale e trattamento di persone segnalate per infrazione all'art. 186 del Codice della strada.

- ASL di Brescia: il Servizio di Medicina Legale, i Servizi specialistici del Dipartimento Dipendenze, i N.O.A. e le *Equipes* di Alcologia accolgono persone inviate dalla Commissione locale patenti che hanno avuto la sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza e che necessitano di un inquadramento diagnostico teso a verificare l'eventuale alcoldipendenza.

- ASL di Lecco: interventi di promozione della salute nelle scuole dal titolo "Rischi connessi con l'uso di alcol e guida dei veicoli". Gruppi informativi "Alcol e sicurezza alla guida".

- ASL di Milano: sono stati avviati percorsi di accompagnamento degli insegnanti all'interno di alcune autoscuole milanesi con la realizzazione di momenti di formazione per i partecipanti ai cicli di lezioni per chi vuole conseguire la patente di guida sul tema della guida in relazione al consumo di alcol e droghe.

- ASL di Monza e Brianza: "Testa l'alcool test – testalo col test" progetto di sensibilizzazione, informazione, prevenzione e riduzione del rischio relativo al consumo di alcol e guida in stato di ebbrezza tramite l'allestimento di una postazione con etilometro professionale gratuito, materiale informativo, simulatore di guida, "passatempi" (calciobalilla, giocoleria), eventuale area *chillout*, da realizzarsi presso i principali locali del territorio o all'interno di eventi specifici.

- ASL di Sondrio: Progetto "Campagna preventiva sul tema ALCOL e GUIDA". Il progetto coinvolge la popolazione con particolare riguardo agli adolescenti e ai giovani, le Forze di Polizia, la Prefettura, l'ex Motorizzazione civile, le Autoscuole, le ASL, i

Gruppi di auto-aiuto, le Scuole secondarie di secondo grado, la Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione, la Croce Rossa, l'ACI, gli Uffici di Piano dei 5 Distretti della provincia.

- ASL di Varese: "Alcol prevention day".

P.A. BOLZANO

La legge provinciale "Interventi in materia di dipendenze" prevede che i Comuni possano adottare, con proprio regolamento, misure restrittive per il rilascio delle autorizzazioni relative alla pubblicità ed alle iniziative promozionali di bevande alcoliche, quale strumento di prevenzione e di lotta al consumo eccessivo di bevande alcoliche.

P.A. TRENTO

- I Servizi di Alcologia e i Coordinamenti "Alcol e promozione alla salute" nel 2007 hanno proposto alla Giunta Provinciale l'introduzione del divieto di vendita di alcolici ai minori di 18 anni in qualsiasi punto vendita della provincia, e tale proposta è stata recepita e convertita in legge provinciale prevedendo il divieto di vendita di alcolici solo sotto i 16 anni.

- E' stato stipulato un Protocollo di intesa con la Commissione Medica locale secondo il quale tutte le persone fermate per guida in stato di ebbrezza sono tenute a presentarsi presso i servizi di Alcologia per una consulenza alcologica. In tale momento il servizio di Alcologia propone a tutti, tra l'altro, la frequenza di un ciclo di 3 incontri in cui si spiegano i pericoli della guida sotto l'effetto dell'alcol. Il livello di adesione è di circa il 50%. E' da notare che alcuni giudici hanno stabilito con sentenza l'obbligatorietà alla frequenza di tale ciclo di incontri per i soggetti sanzionati per guida in stato di ebbrezza.

REGIONE VENETO

- Il 40% delle Aziende locali socio-sanitarie realizza iniziative in materia di utilizzo della pubblicità, tra le quali si evidenziano:

- Attività di sensibilizzazione e di informazione rivolte alla popolazione, grazie alla collaborazione con le Amministrazioni Comunali, le Conferenze dei Sindaci, le Prefetture, le Forze dell'ordine e i pubblici esercenti, relativamente alla vendita e somministrazione di alcolici ai minori
- Realizzazione di spot su alcol e guida in collaborazione con l'Ufficio territoriale del governo e l'Amministrazione provinciale

- Proposte di serate rivolte alla popolazione con la partecipazione di personale competente (Società italiana alcologia S.I.A., Polizia di stato, Guardia di finanza, Carabinieri, Polizia locale) in merito all'applicazione della legge quadro 125/2001
 - Progettazione di interventi rivolti ai soggetti che devono riottenere la patente, ritirata per problemi di guida in stato di ebbrezza, mediante la collaborazione tra la Commissione medica locale per le patenti di guida e il Servizio di alcologia
 - Rinnovo dell'utilizzo del documento *"Linee di indirizzo per le Amministrazioni locali sul consumo di alcool"* riferite in particolare al consumo di bevande alcoliche in occasione di sagre, feste paesane o di quartiere, anche con il patrocinio delle Amministrazioni locali.
- Collaborazione proficua tra le Aziende locali socio-sanitarie e le competenti Istituzioni (Amministrazione dell'interno ed istituzioni municipali) avente l'obiettivo di sostenere e favorire il rispetto delle norme in materia di guida di autoveicoli (riguarda il 70% delle Aziende locali socio-sanitarie).
- Nel territorio della Regione Veneto sono inoltre assai diffuse le azioni rivolte a rafforzare la misurazione dell'alcolemia all'uscita dai luoghi di aggregazione notturni e sono numerosi anche altri interventi strutturati per contenere il fenomeno della guida in stato psicofisico alterato, causato dall'assunzione di sostanze stupefacenti e alcol.

REGIONE LIGURIA

- Le azioni relative alla prevenzione degli incidenti stradali sono state attivate dalle AA.SS.LL., utilizzando le Unità Mobili, con progetti di prevenzione sia universale sia specifica, rivolti principalmente ad adolescenti in luoghi aggregativi formali e informali.
- Presso la ASL 5 Spezzino, è stato costituito un tavolo tecnico cui siedono l'Assessore Provinciale alla Sicurezza Urbana, alcuni rappresentanti delle diverse forze dell'ordine e della Prefettura, un rappresentante della Polizia Municipale dei comuni della Spezia e Sarzana, i rappresentanti dei distretti socio-sanitari, alcuni operatori del Ser.T e del NOA. In tale sede sono state progettate alcune proposte al fine di migliorare la sicurezza urbana.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Il progetto regionale "Guida sicura senza alcol" ha come obiettivo generale di ridurre l'incidentalità stradale correlata al consumo di alcol. A questo fine vengono descritti interventi preventivi e interventi di controllo articolati nelle aree tematiche sotto elencate:

- prevenzione scolastica

- luoghi del divertimento
- neopatentati
- guidatori stranieri
- diffusione di codici di autoregolamentazione per l'organizzazione di eventi, incrementando la collaborazione tra servizi sociosanitari e Forze dell'ordine
- formazione della Polizia locale
- sottoscrizione di accordi con le Forze dell'Ordine
- incremento del numero di controlli attraverso il sostegno alla dotazione di etilometri per le Polizie Municipali
- collaborazione tra Commissioni Mediche locali per le patenti e Servizi Alcolologici per il potenziamento delle attività info-educative e la raccolta dei dati.

REGIONE TOSCANA

- Collaborazione della Regione Toscana tramite il CAR con l'Istituto Superiore di Sanità per la realizzazione del materiale informativo rivolto sia alla popolazione generale sia ad un *target* specifico operante nel sistema sanitario o comunque nei contesti di promozione della salute (medici, infermieri, psicologi, ecc.) e per le attività del Mese di Prevenzione.
- Collaborazione con CCM (Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie).
- Collaborazione con le Forze dell'ordine e la Polizia municipale per la prevenzione e l'informazione sui rischi derivanti dall'uso e abuso di alcol nei contesti di grandi eventi musicali e aggregativi svoltisi negli anni 2008 e 2009 sul territorio regionale.
- Collaborazione con Prefetture, Associazioni di categoria, Amministrazioni provinciali e comunali per progetti e azioni a livello territoriale.

REGIONE UMBRIA

- Piena applicazione del Protocollo di collaborazione con la Commissione Provinciale Patenti per la valutazione degli automobilisti sorpresi alla guida in stato di ebbrezza
- Valutazione alcolologica per circa 100 utenti/anno presso la Asl n.2 di Perugia
- Colloqui informativi a cadenza mensile
- Partecipazione del Responsabile del Servizio alle attività della Commissione Medica Patenti.

REGIONE MARCHE

Proseguono le collaborazioni con le Forze dell'ordine ai fini della sensibilizzazione e informazione della popolazione giovanile sulla normativa relativa al tasso alcolemico e ai suoi effetti. Numerosi progetti di prevenzione, in particolare rivolti ai giovani, vedono la realizzazione congiunta delle azioni da parte di operatori sanitari e operatori delle Forze dell'ordine, anche sulla base di appositi protocolli d'intesa.

REGIONE LAZIO

- Collaborazione con il Comune di Roma per la realizzazione di punti informativi e di distribuzione di materiale rivolto ad un *target* specifico rappresentato da giovani che frequentano le discoteche
- Collaborazione con le Forze dell'ordine e la Polizia Stradale per la prevenzione e l'informazione sui rischi legati all'uso e all'abuso di alcol
- Consolidamento, nella maggior parte delle Aziende ASL, delle attività di collaborazione con la Commissione Medica Patenti per l'accertamento clinico laboratoristico relativo al giudizio di idoneità ai sensi degli artt. 186 e 187 del C.d.S. (guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze psicotrope e stupefacenti), con riferimento al contenuto dell'art. 6 della L. 125/01
- In alcune ASL sono stati definiti "Protocolli aziendali per la determinazione del tasso ematico di alcol e droghe in soggetti coinvolti in incidenti stradali e/o fermati per controlli stradali", ai sensi di quanto previsto dal nuovo Codice stradale.

REGIONE ABRUZZO

Nel corso degli anni 2008/2009 sono stati avviati, dal Ser.A di Pescara, rapporti di collaborazione con alcuni Comuni e con la Provincia di Pescara, al fine di ottenere sponsorizzazioni di eventi sportivi "*alcol free*" e sostegno ad iniziative di sensibilizzazione/informazione in particolare su "*alcol e guida*" e "*divertimento sicuro*".

Tutti i Servizi Alcolologici della regione hanno attivato valide collaborazioni con i comandi della Polizia Municipale e dei Carabinieri.

REGIONE CAMPANIA

ASL Napoli 3 Sud - Ex ASL NA/5 :

Programma di interventi di prevenzione degli incidenti stradali (Progetto “Notti serene”) nei pressi dei locali notturni della Costiera Sorrentina con misurazione dell'alcolemia.

REGIONE PUGLIA

Particolare attenzione è stata riservata, negli anni 2008-9, alle Campagne di Prevenzione contro l'alcolismo riguardanti la tematica della sicurezza stradale e degli incidenti, con il coinvolgimento degli Enti Ausiliari, delle Forze dell'ordine-Polizia Stradale, nonché degli esercenti le scuole guida.

In particolare:

- Tali interventi si sono sviluppati in più territori regionali, (ASL di Bari, ASL di Brindisi, ASL di Foggia) sia nella forma della Campagna di informazione e di sensibilizzazione, sia come ricaduta operativa del Progetto nazionale “Scegliere la Strada della Sicurezza”, promosso dal CCM a sostegno dei Piani regionali di prevenzione, cui la Regione Puglia ha aderito.

- Nella struttura sovra-distrettuale per le Dipendenze Patologiche della ASL di Brindisi è proseguito il progetto “Guida sicura”, di durata triennale, finanziato con il Fondo Regionale Lotta alla Droga, che prevede lezioni agli allievi delle autoscuole di Brindisi.

- Il Ser.T di Cerignola ha promosso degli incontri con alunni di alcune Scuole superiori, caratterizzati dallo slogan “Non mettere l'alcol alla guida della tua vita” e incentrati sulle stragi del sabato sera.

REGIONE BASILICATA

- Tavola rotonda con la partecipazione di Forze dell'Ordine, Prefetto, Questore, ACI, MCTC e ASL nel contesto della sessione alcol e guida del primo convegno internazionale sull'alcolismo dal titolo “Giornate alcolologiche di Maratea”, a cura del Servizio di Chiaromonte

- Attività di collaborazione con EE.LL.(Comuni afferenti all'area di competenza del Servizio di Villa D'Agri) mediante distribuzione sul territorio di volantini esplicativi sul tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli e sui danni e rischi legati all'uso/abuso di alcol durante la guida, a cura del Servizio di Villa D'Agri.

REGIONE CALABRIA

- Il progetto “Alcol e Guida” nasce con l'obiettivo di ridurre gli incidenti stradali correlati al consumo di alcol. Realizzato con il contributo del Ministero della Salute, per la promozione delle iniziative di informazione e prevenzione sul consumo e l'abuso di

alcol, si è avvalso di numerose collaborazioni interistituzionali, soprattutto tra servizi sociali e sanitari, tra pubblico e privato ed associazioni scientifiche e di volontariato. Inoltre, la realizzazione del progetto Alcol e Guida ha avuto una adesione e collaborazione istituzionale importante e significativa da parte dei servizi dell'Azienda Sanitaria della Provincia e dei Comuni che hanno patrocinato gli eventi.

- Progetto Regionale "Non ci casco più" con interventi di prevenzione nelle autoscuole.

REGIONE SICILIA

Nell'ambito del piano regionale per la prevenzione attiva degli incidenti stradali la Regione ha identificato un Comitato di Coordinamento Integrato comprendente il livello centrale regionale e il livello periferico delle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP), nominando un referente per ciascuna di queste. Tutte le ASP hanno predisposto il materiale informativo, acquisito i dati locali sugli incidenti stradali e organizzato i corsi per il personale delle autoscuole e per i patentandi, illustrando, tra l'altro, gli effetti dell'alcol sulla guida e i rischi legati alla conduzione dei veicoli in stato di ebbrezza.

REGIONE SARDEGNA

Sono state registrate collaborazioni con le Prefetture e le Forze dell'ordine, per le verifiche tossicologiche previste dal codice della strada.

6.10. ATTIVITÀ O PROGETTI MESSI IN ATTO PER ASSICURARE LA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

REGIONE VALLE D'AOSTA

Attuazione di un Piano permanente per l'attività di prevenzione dell'abuso di alcol negli ambienti di lavoro, che prevede l'attuazione di azioni coordinate ed integrate in materia di tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di lavoro, con particolare riferimento all'abuso di alcol. Le attività vedono impegnati il Dipartimento di Prevenzione (U.B. Igiene e Sanità Pubblica, Medicina Legale, SPRESAL), il Dipartimento di Salute Mentale ed il Ser.T. dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

REGIONE PIEMONTE

REGIONE-Assessorato Tutela della Salute e Sanità:

- Linee di indirizzo per la definizione di procedure operative in riferimento all'uso di alcol e alla diagnosi di alcoldipendenza nelle mansioni a rischio ai sensi della Legge n. 125/2001 (Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati), del Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 16/3/2006 (Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'art. 15 della Legge 125/2001) e del D.Lgs. 81/2008 (Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) e successive modificazioni (D. Lgs. 106/2009). Il documento è in fase di elaborazione, come seguito della preliminare analisi giuridica/applicativa con evidenza delle principali criticità operative.

- Progetto in collaborazione con ERFEA (CGIL, CISL, UIL, API) Piemonte avente per oggetto le diverse problematiche connesse all'uso di sostanze psicoattive (alcol, sostanze stupefacenti/psicotrope) negli ambienti di lavoro con l'obiettivo di promuovere la salute e il benessere, stili di vita sani e favorire condizioni di lavoro salutarie per il lavoratore stesso e i terzi. Il progetto, indirizzato a tutte le figure del sistema sicurezza nei posti di lavoro (datore di lavoro, RLS, RSPP, Medico competente, Dirigenti e Preposti, lavoratori), è in corso di valutazione presso l'istituzione (INAIL) a cui è stato presentato per la relativa richiesta di finanziamento.

AZIENDE SANITARIE LOCALI:

- Organizzazione Evento Formativo Residenziale *"I problemi alcol-correlati in ambito lavorativo: normativa, diagnosi e counseling"*, presentazione del lavoro *"Quadri clinici legati all'abuso alcolico, valutazione diagnostica, test e programmi terapeutici"*-

Alessandria 23 maggio e 6 giugno 2009, in collaborazione tra Asl Alessandria, SPRESAL e SerT.

REGIONE LOMBARDIA

- ASL di Bergamo: è attivo un gruppo di lavoro provinciale denominato “Alcol e lavoro” in cui collaborano il SerT-Dipartimento delle Dipendenze ed il Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro (SPSAL) dell’ASL di Bergamo, e varie Rappresentanze di categorie lavorative

- ASL di Brescia: corso di formazione per i lavoratori della cooperativa Andropolis

- ASL di Mantova: procedura accertamento di assenza e di assunzione di sostanze legali/illegali in lavoratori a rischio, attivata nel luglio 2008 e proseguita nel 2009; incontri organizzativi Direzione Sanitaria Asl, Dipartimento Prevenzione Medica, Servizio Dipendenze, Medici Competenti, Laboratorio Analisi Asl. Da allora sono attivi gli *screenings* di 1° livello

- ASL di Milano, attività realizzate nell’ambito delle aziende:

- percorsi formativi e informativi rivolti ai delegati sindacali, RLS e lavoratori, medici competenti
- collaborazioni con RSPP di alcune aziende della città con avvio percorsi formativi
- collaborazione con alcune organizzazioni che si occupano di corsi di formazione professionale
- avvio di collaborazioni con agenzie che si occupano di formazione per la piccola e media impresa
- consolidamento con enti che si occupano di infortuni sul lavoro

- ASL di Varese: intervento di formazione provinciale rivolto all’associazione ASEA (associazione degli autotrasportatori) sul tema alcol e lavoro/guida.

P.A. BOLZANO

Le Associazioni HANDS e Forum Prevenzione hanno collaborato nel mantenere operativa l’iniziativa “*Top on Job*”. L’obiettivo del progetto consiste nell’incrementare le competenze comunicative dei responsabili per il personale delle realtà produttive altoatesine che si trova ad affrontare situazioni problematiche legate all’alcol in ambito lavorativo.

P.A. TRENTO

- Prosegue da 7 anni l'intervento di sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati nel corso base per i RLS (Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza) e i RSPP (Responsabili del Servizio Prevenzione e Protezione).
- E' stato attivato un gruppo di lavoro per l'applicazione della legge 125 del 2001 (Legge quadro sull'alcol) che ha prodotto delle linee guida diffuse a tutti i medici competenti e ai medici del lavoro.

REGIONE VENETO

- Nel territorio regionale si consolidano le attività finalizzate ad accrescere la sicurezza nei luoghi di lavoro con la collaborazione tra Servizi alcolologici, SPISAL (Servizio di prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro) e SIL (Servizio di integrazione lavorativa), mediante:
 - *counseling* e sensibilizzazione di lavoratori, datori di lavoro, medici del lavoro, referenti di alcune associazioni di categoria e responsabili del personale per la prevenzione dei rischi infortunistici alcolcorrelati e delle malattie professionali
 - monitoraggio dei lavoratori impegnati nei lavori ritenuti a rischio
 - valutazione alcolologica e accertamenti dell'assenza di alcoldipendenza
 - realizzazione di interventi di prevenzione secondaria e attivazione di trattamenti terapeutici di persone con problemi alcolcorrelati inseriti in attività lavorative.
- Da segnalare la sottoscrizione di una "Carta Etica" volta a rendere i luoghi di lavoro "alcohol-free" e la realizzazione di un protocollo operativo, vidimato da una specifica delibera dell'Azienda USL, volto a definire le procedure che i vari servizi coinvolti devono seguire nell'ambito dei controlli sui lavoratori addetti a mansioni a rischio.

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

- Realizzazione di un Protocollo Provinciale "Alcol e Lavoro" che ha coinvolto: Unindustria, CGIL-CISL-UIL e Confartigianato della provincia di Pordenone.
- Realizzazione di un progetto di prevenzione sui problemi dell'alcol e della sicurezza sul lavoro nelle acciaierie ABS di Udine finalizzato ad un intervento su tutti i dipendenti.
- Attivazione di due corsi per tutto il personale con mansioni a rischio dell'ACEGAS-APS, i medici competenti ed i RLS (settore trasporti, autisti di mezzi di movimentazione merci e rifiuti), in collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze e la S.C. di Alcologia.

- Attivata una campagna di informazione sul rischio alcol e guida con un concorso tra le aziende A.S.S. 1 e Trieste Straspporti S.p.A. e la predisposizione di 50 autobus che riportano uno specifico manifesto di informazione.
- Programma di intervento presso le sedi di Udine e Monfalcone ENEL “L'Energia che Ti Ascolta” rivolto a tutto il personale operativo dal mese di gennaio 2009 al mese di dicembre 2009.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Progetto regionale “*Alcol e lavoro*”, il cui punto di forza è rappresentato dalla collaborazione tra i Centri Alcolologici (Servizi Dipendenze Patologiche) e i Servizi per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL); ha proseguito nel 2008 le azioni del progetto di prevenzione avviato nell'anno precedente coinvolgendo le restanti Aziende USL che hanno organizzato interventi in 13 grandi Aziende nei settori: sanità, trasporti, servizi, edilizia, ceramica, metalmeccanica, scuola e agroalimentare.

REGIONE TOSCANA

- Proseguimento del progetto “*Promozione e sostegno di interventi di sensibilizzazione e prevenzione dei rischi derivanti dall'uso di sostanze alcoliche. Intervento sperimentale per la prevenzione dell'uso e abuso di alcol in ambienti sanitari (ospedali liberi da alcol)*”
- Proseguimento del progetto nazionale “*Formazione sull'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati nei contesti lavorativi e nell'assistenza sanitaria di base*”
- Organizzazione di eventi formativi in varie realtà lavorative (Poste Italiane, Enel, insegnanti, ecc.) in collaborazione con Enti locali e/o territoriali
- Partecipazione e/o realizzazione di progetti locali per l'informazione e la sensibilizzazione dei lavoratori (Progetto Euridice)
- Collaborazione con la Medicina del Lavoro, con la Medicina Legale, con i Servizi di Sicurezza sui luoghi di lavoro
- Distribuzione di materiale informativo ai lavoratori e in talune occasioni, accompagnata dalla distribuzione anche di test di *screening*

- Studio regionale su “*Rilevamento dei determinanti oncogeni su luogo di lavoro (fumo, alcol, alimentazione)*”

- Progetto di prevenzione sui rischi per la salute derivanti da uso e abuso di alcol in collaborazione con la Medicina del Lavoro rivolto a coloro che entrano nel mondo del lavoro.

REGIONE UMBRIA

Nel 2009, anche in considerazione degli aggiornamenti normativi, si è tenuto un Corso di aggiornamento per Medici Competenti delle Aziende edili.

Ogni anno si è svolto un intervento specifico presso un'azienda di medie dimensioni (200-300 dipendenti) in ogni ambito territoriale distrettuale.

REGIONE MARCHE

Sono proseguite le iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte ai lavoratori del settore del trasporto. L'investimento fatto dalla Regione Marche nel progetto “*Il lavoro alla guida e l'alcol*” e l'energia impiegata dagli operatori coinvolti hanno consentito di creare le basi su cui innescare il futuro lavoro di rete, anche grazie alla fattiva collaborazione delle OO.SS. e delle Associazioni di Categoria.

REGIONE LAZIO

- La Regione ha promosso in via diretta incontri di informazione sulla normativa vigente e sulle procedure attuative, rivolti al personale sanitario interessato (Ser.T, Laboratori Analisi, Dipartimenti di prevenzione). Ha inoltre istituito un Gruppo di Lavoro della Regione deputato alla emanazione di indicazioni specifiche successive alla Deliberazione di Giunta Regionale nel settore in argomento. Tale Gruppo di Lavoro cura anche il monitoraggio dell'applicazione delle normative.

- Ogni singola ASL ha emanato le proprie procedure interne di esecuzione degli accertamenti previsti dalla normativa, in accordo con le direttive regionali e nazionali di settore.

- Ogni singola ASL ha promosso incontri specifici, coordinati tra Dipartimenti di prevenzione e Ser.T, con gli organismi di rappresentanza datoriale, con gli organismi di rappresentanza dei lavoratori e con i Medici Competenti.

- Sono state realizzate alcune giornate formativo-informative in varie realtà lavorative, a volte anche in collaborazione con gli enti locali.

- Distribuzione di materiale informativo ai lavoratori.

REGIONE ABRUZZO

Nell'arco degli anni 2008/2009 si sono svolti incontri con enti preposti, operatori SPSAL, medici competenti, sindacati ai fini dell'organizzazione di un corso di formazione regionale sul "Brief Intervention" nell'ambito del Progetto Nazionale "Formazione sull'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi e dei danni alcol-correlati nei contesti lavorativi e nell'assistenza sanitaria di base", affidato dal Ministero della Salute alla Regione Toscana.

REGIONE PUGLIA

Nel corso del 2009 è stato predisposto specifico documento dal titolo "Atti di indirizzo per la verifica di assenza di rischi alcolcorrelati ad opera dei medici competenti ex art. 41 co.4 d.lgs. 81/08 e Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006" che, validato dal Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.L.vo n.81/08, è stato approvato dalla Giunta Regionale con provvedimento n. 1102 del 26/4/2010.

REGIONE BASILICATA

- Diversi interventi congiunti con l'U.O.C. di Medicina del Lavoro in ambito lavorativo sul tema "Alcol e Lavoro", a cura del Servizio di Chiaromonte
- Attuazione del progetto "Alcol e Lavoro" a cura delle UU.OO. Ser.T. di Potenza e di Villa d'Agri e della U.O.C. Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro dell' ASL 2 Potenza
- Presa in carico dei lavoratori risultati positivi agli esami effettuati in adesione alla legge sulle "Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità o la salute di terzi", applicativo del provvedimento n. 99/cu 30 ottobre 2008 (G.U. n.266 del 2007)", a cura del Servizio di Melfi.

REGIONE CALABRIA

Realizzazione di campagne di informazione e sensibilizzazione con il coinvolgimento dei datori di lavoro attraverso i Dipartimenti delle Dipendenze e della Prevenzione.

Workshop “Accertamenti per l’assenza di tossicodipendenza nelle mansioni a rischio. Ipotesi di integrazione pubblico- privato”.

REGIONE SARDEGNA

La Regione, con DGR n. 10/42 dell’11.2.2009, ha previsto il recepimento degli Atti d’intesa Stato/Regioni in materia di accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza e in modo particolare di alcoldipendenza, rivolto ai lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l’incolumità e la salute di terzi.

6.11. PROVVEDIMENTI ADOTTATI PER ASSICURARE L'EROGAZIONE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DEI FARMACI PER TERAPIE ANTIABUSO O *ANTICRAVING* DELL'ALCOLISMO

REGIONE VALLE D'AOSTA

Somministrazione e prescrizione di farmaci per le terapie antiabuso ed *anticraving* dell'alcolismo, a livello prevalentemente ambulatoriale, da parte del Ser.T., a carico del Servizio Sanitario Regionale.

REGIONE PIEMONTE

Negli ambulatori dei Ser.T che svolgono attività per la presa in carico di persone alcol dipendenti vengono erogati gratuitamente sia farmaci *anticraving* come l'Alcover sia avversivanti come il Disulfiram.

REGIONE LOMBARDIA

Nelle strutture residenziali e semiresidenziali presenti sul territorio regionale, i farmaci per terapie antiabuso sono gratuiti; per il resto valgono le norme nazionali sulla compartecipazione alla spesa.

P.A. BOLZANO

- Nell'ambito dell'Ambulatorio HANDS, le terapie farmacologiche utilizzate nelle disintossicazioni ambulatoriali e le terapie *anticraving* e antiabuso vengono somministrate direttamente dal personale medico e/o infermieristico e vengono fornite dalla Farmacia dell'Ospedale di Bolzano-Comprensorio Sanitario di Bolzano.

Gli interventi infermieristici consistono in: collaborazione con i Medici del nostro Servizio per quello che concerne la disintossicazione a livello ambulatoriale, l'approvvigionamento e la somministrazione di farmaci all'utenza, l'effettuazione di alcoltest (BAC tramite espirato) per pazienti in trattamento con avversivanti o alcolmimetici, l'assistenza al medico nelle applicazioni di agopuntura del padiglione auricolare (Acudetox).

- Nell'ambito del Ser.T. di Bressanone, il Servizio, tramite il personale sanitario, eroga direttamente all'utente i farmaci previsti per tali terapie, usando, in alcuni casi, anche il protocollo della somministrazione giornaliera.

- Nell'ambito del Ser.T. di Brunico, il personale sanitario eroga direttamente all'utente i farmaci previsti per tali terapie.

P.A. TRENTO

Prescrivibilità del farmaco Etiltox a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Non è mai stato usato, per scelta terapeutica dei Servizi di Alcologia, l'Alcover.

REGIONE VENETO

- La totalità dei Dipartimenti per le dipendenze, nella gestione dei trattamenti terapeutici dei pazienti con PAC, eroga direttamente presso le proprie sedi le terapie farmacologiche antiabuso o *anticraving*; nel 68% dei casi opera con prescrizione medica rilasciata dal personale medico operante all'interno della struttura e/o da altri medici prescrittori.

I farmaci sono acquisiti e forniti direttamente dai servizi farmaceutici delle Aziende locali socio-sanitarie del Veneto.

L'organizzazione dei Servizi di Alcologia prevede la distribuzione/somministrazione dei farmaci da parte di personale infermieristico presso gli ambulatori dei servizi stessi.

La consegna della terapia farmacologica è effettuata direttamente in ambulatorio ai pazienti, ai familiari e/o al personale delle Comunità Terapeutiche che collaborano nella gestione dei percorsi terapeutici individualizzati.

L'erogazione dei farmaci, con i relativi controlli e monitoraggio, non comporta alcun onere economico per i pazienti.

- Ulteriori modalità di erogazione dei farmaci riguardano:

- la possibilità di effettuare le terapie a domicilio e/o in affido, anche con il coinvolgimento di familiari o altre persone di riferimento
- la possibilità di effettuare specifiche terapie disintossicanti e di prevenzione della sindrome da astinenza in regime ambulatoriale di tipo protetto anche con terapie farmacologiche infusionali e sorveglianza clinica.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

Distribuzione di Alcover da parte dei Dipartimenti delle Dipendenze- Alcologia.

REGIONE LIGURIA

- La somministrazione dei farmaci antagonisti per l'alcol e dei farmaci sostitutivi dell'alcol è a carico del Servizio Sanitario Regionale.

- I medici dei Servizi utilizzano, quando opportuno, farmaci avversativi (Disulfiram) e farmaci contro il *craving* dell'alcol (Naltrexone) come dalle recenti evidenze scientifiche. Viene utilizzato anche in fase di disintossicazione il farmaco agonista (GHB) per brevi e monitorati periodi di trattamento.

- La somministrazione dei farmaci avviene nella sede dei NOA o su prescrizione medica. La somministrazione e l'andamento della terapia farmacologica vengono comunque sempre monitorati dai medici del Servizio nei modi e nei tempi concordati.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Prosecuzione della erogazione diretta dei farmaci per il trattamento dell'alcolismo nell'ambito dei Servizi per le Dipendenze Patologiche e dei Presidi Ospedalieri.

REGIONE TOSCANA

Somministrazione e prescrizione di farmaci per le terapie antiabuso ed *anticraving* dell'alcolismo, a livello prevalentemente ambulatoriale, da parte di tutte le *équipes* alcolologiche territoriali e dei Servizi Alcolologici Ospedalieri, a carico del Servizio Sanitario Regionale.

REGIONE UMBRIA

La Regione Umbria ha inserito i farmaci per la terapia antiabuso nell'elenco terapeutico ospedaliero regionale, come farmaci destinati ai servizi territoriali ed ospedalieri (Fascia C). Inoltre è garantita, da parte dei Servizi di Alcolologia, l'erogazione delle terapie farmacologiche in modalità gratuita.

REGIONE MARCHE

Le terapie antiabuso e *anticraving* vengono distribuite a carico del S.S.N. dai Ser.T che trattano gli alcolisti. Il GHB viene somministrato nell'ospedalizzazione, dietro consulenza del medico del Ser.T.

REGIONE LAZIO

La Regione Lazio eroga presso tutte le strutture dedicate, a carico del S.S.N., i farmaci utili per il trattamento dell'abuso e del *craving* alcolologico.

REGIONE ABRUZZO

Nella Regione Abruzzo i Servizi di Alcologia, assimilati alla normativa per i Ser.T, dispensano farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* gratuitamente, nonché farmaci utili per la disassuefazione ed il mantenimento della sobrietà.

REGIONE MOLISE

Le terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

REGIONE CAMPANIA

- Tutti i Servizi Territoriali per le Dipendenze operanti nella Regione garantiscono stabilmente, nel quadro dei protocolli adottati per l'attuazione di piani terapeutici, l'erogazione dei farmaci *anticraving* e antiabuso in uso nella farmacoterapia dell'alcolismo.

- In alcune Unità Operative si segnala la sperimentazione di trattamenti anti-astinenziali e *anticraving* incentrati sulla pratica dell'agopuntura e della medicina ayurvedica.

REGIONE PUGLIA

Tutte le AA.SS.LL. pugliesi assicurano, in forma coordinata con altri servizi specialistici, l'erogazione di terapie *anticraving* dell'alcolismo, a totale carico del SSR.

REGIONE BASILICATA

Erogazione, sotto controllo medico ed in forma gratuita, dei farmaci per terapie antiabuso ed *anticraving* presso i Servizi Alcologici.

REGIONE CALABRIA

Erogazione dei farmaci per terapie antiabuso ed *anticraving* da parte di tutti i servizi che trattano alcolodipendenti, a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

REGIONE SARDEGNA

Esiste un accordo tra i Servizi alcologici, i Ser.D e le ASL, per l'erogazione dei farmaci antiabuso e quelli di tipo avversivante come l'Alcover.

6.12. PROGETTI O INIZIATIVE DI PARTICOLARE RILEVANZA REALIZZATI DALLE REGIONI IN ADESIONE AGLI ORIENTAMENTI E AI PRINCIPI DELLA LEGGE 125/2001

REGIONE VALLE D'AOSTA

Progetto “Vivo di notte”.

Il progetto della regione Valle D'Aosta, sul modello proposto dall'Associazione La Maieutica a livello nazionale, ha come obiettivo non solo la prevenzione degli incidenti stradali conseguenti all'abuso di bevande alcoliche ma soprattutto un intervento di tipo educativo sui giovani rispetto alla dipendenza da alcol e ai danni alcolcorrelati.

Il progetto è impostato sul modello della *peer education*. L'originalità del progetto, la cui azione vuole completare gli interventi di tipo normativo già previsti dalle Forze dell'Ordine e dalla Polizia Stradale con un format di tipo preventivo, sta nell'affidarne la realizzazione agli stessi giovani la cui conoscenza dei linguaggi, codici e culture condivise, costituisce l'elemento facilitatore dell'intervento.

REGIONE PIEMONTE

Progetto Multicentrico regionale 2008-2009: “Promozione di comportamenti liberi dall'alcol per la prevenzione degli incidenti stradali”.

Il Coordinamento Regionale del Piano Regionale di Prevenzione Attiva ha previsto un Progetto Multicentrico Regionale di prevenzione e promozione della salute con la partecipazione di decisori di tutte le Aziende Sanitarie Locali ed operatori afferenti a diversi Servizi/Dipartimenti e con il supporto di alcune Istituzioni regionali. Il progetto si interfaccia e ricerca sinergie, sia nelle strategie regionali che nelle azioni locali, in particolare con il Piano Regionale della Sicurezza Stradale dell'Assessorato ai Trasporti, con il Coordinamento Regionale Educazione alla Sicurezza Stradale promosso dalla Direzione Scolastica Regionale del Ministero della Pubblica Istruzione e con i Profili ed i Piani per la Salute previsti dal Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010.

Il Progetto Multicentrico Regionale si compone di quattro progetti modulari che intendono agire sui determinanti dei comportamenti a rischio e protettivi relativi alla guida sotto l'effetto dell'alcol nel ciclo di vita degli adolescenti-giovani-adulti. I quattro progetti hanno tenuto conto, da un lato, delle differenti opportunità/criticità, risorse/vincoli ed esperienze di ciascun territorio provinciale/locale e, dall'altro, dei dati delle diagnosi, delle prove di efficacia e delle buone pratiche disponibili. I progetti sono perciò caratterizzati ognuno da precise "scelte", in termini di determinanti, obiettivi, azioni, condizionate dalla sostenibilità locale e dalle indicazioni di efficacia pratica.

La progettazione partecipata è maturata in un clima di laboratorio, che ha visto un costante scambio e confronto tra i gruppi di lavoro e i facilitatori per non perdere di

vista la visione comune e consentire di incrementare la condivisione di linguaggi, il rafforzamento di competenze e la promozione di alleanze. Gli autori hanno infine presentato, in una giornata di lavoro (Torino, 28 novembre 2007), il Progetto Multicentrico Regionale ai responsabili ASL dei Servizi/Dipartimenti coinvolti e interessati e ai componenti del Coordinamento Regionale del Piano di Prevenzione Attiva Incidenti Stradali per un confronto, una validazione e un sostegno.

Ciascun progetto modulare è da considerarsi come progetto in sperimentazione e di formazione per gli stessi autori che nel perseguire i propri obiettivi rimane aperto alle opportunità locali di collegamento ed integrazione con altri progetti, piani o politiche locali. Al termine del progetto, attraverso la valutazione di processo e dei risultati ottenuti, si ragionerà su ciò che avrà funzionato e sugli apprendimenti appresi per rendere sostenibili azioni di continuità per modulare/sostenere i comportamenti a rischio/protettivi relativi alla guida sotto l'effetto dell'alcol.

REGIONE LOMBARDIA

Progetto “Unità Mobile Giovani”.

L'Unità Mobile è un progetto/servizio dotato di un Camper e di etilometro, con i quali effettua le uscite nei locali dei territori dei distretti di Corsico, Rho e Garbagnate Milanese. Il progetto si muove nello scenario dei nuovi stili di consumo che, nella loro complessità e velocità di cambiamento, non consentono di attuare modalità di approcci e di intervento standardizzati. L'Unità Mobile agisce direttamente nei contesti di aggregazione e di consumo giovanile, con modalità flessibili che facilitano adattamenti veloci ai cambiamenti repentini del fenomeno del consumo di sostanze che oggi si caratterizza per: policonsumo, gruppo, divertimento e aggregazione con consumo di sostanze. La strategia globale d'intervento rientra nella riduzione dei rischi, una filosofia di lavoro che interviene su alcuni aspetti del fenomeno, assolvendo a precisi obiettivi legati al qui ed ora, ma anche ricollocandosi all'interno di strategie di intervento più complessive che prevedono un lavoro di rete costante con altri servizi o realtà territoriali di prevenzione e di presa in carico.

P.A. BOLZANO

- Progetto Leonardo.

Nell'ambito del Programma di apprendimento permanente “programma settoriale Leonardo da Vinci 2009 – 2013”, l'Associazione Hands è stata selezionata dall'Istituto per la formazione ISFOL per realizzare un progetto in partnership transfrontaliero. Il progetto specifico mira a formare gli operatori dei Servizi relativamente alle conseguenze sul lavoro terapeutico e riabilitativo di una eventuale situazione economica debitoria dell'utente. Oltre ad una fase di studio introduttiva generale sul fenomeno dell'esposizione debitoria, vengono focalizzate le diversità e le peculiarità nelle situazioni debitorie rurali rispetto a quelle dei centri urbani medi e grandi.

- Il progetto “Yin”.

Nel 2009 è continuato il Progetto “Yin”, iniziato nel 2008 e che fa parte di un approccio integrato che rispetta i bisogni specifici delle donne di ogni età. La diversità femminile richiede “l'accogliere, diagnosticare e curare nella differenza”. La complessità dei casi va ben oltre le mansioni individuali del medico, sfiorando anche le sfere sociali o/e questioni di educazione o/e di relazioni. L'operatore deve occuparsi di tematiche importanti quali: comunicazione *gender*-specific, sindrome posttraumatica e psicosomatica generale. Il Progetto Yin adotta un approccio integrato rispetto alla prevenzione secondaria e terziaria, ovvero rispetto alle cure delle dipendenze da sostanze legali, alla promozione della salute e al sostegno delle competenze personali, al fine di abbassare lo stress “maligno” nel quotidiano. Altre tematiche di rilievo riferite all'utilizzo inappropriato di alcol come la menopausa, i tumori alla mammella, la maternità ecc. vengono affrontate ed approfondite in questi specifici gruppi.

P.A. TRENTO**- Deliberazione n. 1775 del 17/07/09:**

Accordo di collaborazione Ministero della Salute – Istituto Superiore di Sanità per la realizzazione di iniziative di comunicazione e prevenzione sul consumo/abuso di alcol – Adesione della Provincia autonoma di Trento che provvede a presentare il Progetto: “Sito web dedicato con web tv, blog e bacheca interattiva”, realizzato dai giovani trentini nell'ambito della Campagna per contrastare il consumo giovanile di alcol, promossa dalla Provincia autonoma di Trento.

- Deliberazione n. 2116 del 28/08/09:

Approvazione Piano provinciale “Guadagnare Salute 2009-2010”.

REGIONE VENETO

Nell'ambito del Programma operativo transfrontaliero “Interreg IV Italia – Austria per il periodo 2007-2013”, rientra il progetto “**Disagio giovanile e problemi alcolcorrelati: conoscenza, innovazione e sperimentazioni**” che vede il coinvolgimento, in qualità di soggetto partner per il Veneto, della Direzione Regionale per i Servizi Sociali della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (Direzione Centrale salute e protezione sociale - Servizio Programmazione interventi sociali) in qualità di *Lead Partner* e della Regione Carinzia, Ufficio del Governo Federale Ripartizione 13-Politiche sociali, giovanili, delle famiglie e della donna, in qualità di partner per l'Austria.

Il progetto nasce dal desiderio di fronteggiare, in maniera congiunta, il dilagare del consumo di alcol tra i giovani, fenomeno che ha assunto dimensioni allarmanti in tutta Europa, dove rappresenta la prima causa di morte tra i ragazzi tra i 18 e i 25 anni.

Il progetto si pone come strumento per favorire lo scambio di conoscenze, di dati, di progettualità tra le regioni nella logica di accreditamento tra pari, ma anche come opportunità per mettere a punto azioni comuni di promozione e di protezione della salute.

Il progetto, suddiviso in pacchetti di attività, ha **quattro direttrici principali**:

- la **prima** di ricerca (WP1), finalizzata a raccogliere e sistematizzare dati, informazioni, conoscenze sul fenomeno e condividere tale conoscenza tra le 3 regioni partner;
- la **seconda** (WP2) ha come scopo la messa a punto di un comune sistema di qualità delle pratiche di prevenzione, cura e assistenza dei giovani con problemi legati al consumo di alcol secondo la metodologia dell'accreditamento tra pari;
- la **terza** (WP3) riguarda la realizzazione, in ogni regione partner e attraverso la metodologia sperimentale della *Peer Education*, di percorsi pilota di sensibilizzazione e accompagnamento di gruppi di giovani tra i 14 e 20-30 anni che sono particolarmente esposti ai rischi connessi al consumo di alcol;
- la **quarta** (WP5) riguarda la comunicazione del progetto, intesa sia come disseminazione della conoscenza del progetto, sia come diffusione dei risultati conseguiti dallo stesso.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

La costituzione del Gruppo di Coordinamento Regionale Alcol rappresenta un momento molto importante per i Servizi di alcolologia del FVG e per le relative azioni di contrasto dei problemi alcolcorrelati. Il Gruppo infatti, oltre a svolgere le attività di coordinamento tra i Servizi e tra i Servizi ed il territorio, ricopre un importante ruolo di indirizzo sull'applicazione della Legge 125/2001 e sulla concreta attuazione del PNAS. Per questa ragione il Gruppo di Coordinamento Regionale Alcol nel 2008 si è dato i seguenti obiettivi prioritari per il triennio 2007-2009: produzione di linee di indirizzo su alcol e guida e su alcol e lavoro; sensibilizzazione e prevenzione dei PAC; individuazione di forme di contrasto delle PAC e sull'attività di monitoraggio. Lavoro che si prevede porterà nei prossimi anni alla redazione del Piano Regionale Alcol e Salute della Regione FVG. Il GCRA ha inoltre iniziato un'importante azione di coordinamento delle Regioni italiane sul tema del Piano di Monitoraggio Nazionale della Legge 125/2001 e applicazione del PNAS.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Progetto **“Orientamenti regionali per Medici Competenti in tema di prevenzione, diagnosi e cura dell'alcoldipendenza”**. Il documento è stato elaborato da un gruppo di professionisti dei Servizi Dipendenze Patologiche e dei Servizi di Prevenzione Salute Ambienti di Lavoro attivo a livello regionale. Sul tema alcol si delineano per il medico competente due livelli di intervento: quello che riguarda la **promozione della salute**

collettiva e quello di **promozione e tutela della salute individuale**, che si colloca all'interno delle attività di sorveglianza sanitaria. Uno degli obiettivi è quello di far sì che il medico competente attui un sistema di sorveglianza volto a far emergere quei casi selezionati che meritino di essere avviati alle strutture specialistiche (Servizi Alcolologici/Servizi Dipendenze Patologiche) per la eventuale formulazione della diagnosi di alcoldipendenza.

REGIONE TOSCANA

Progetto *“Impatto dei problemi e delle patologie alcol-correlate nella popolazione afferente alle aziende sanitarie locali e alle aziende ospedaliere: epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi”* – Regioni capofila: Toscana e Lombardia.

Gli **obiettivi** del progetto sono:

1. stimare l'impatto socio-sanitario della patologia alcolica e alcol-attribuibile nei servizi/reparti delle Aziende Sanitarie territoriali e ospedaliere delle aree regionali coinvolte;
2. individuare e diffondere, attraverso il confronto attivo tra i vari programmi di prevenzione secondaria messi in pratica dai servizi, modelli di buona pratica per la riduzione del danno alcolcorrelato;
3. valutare, in termini di rapporto costo/efficacia, i programmi di trattamento integrato (farmacologico-psico-sociale) degli alcoldipendenti;
4. migliorare le competenze e le abilità tecniche del personale dei servizi pubblici per la presa in carico dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelate;
5. realizzare una scheda di rilevazione di tipo individuale, centrata sul singolo soggetto, anche ai fini di adeguamento agli standard richiesti a livello europeo per i soggetti dipendenti ed al fine di consentire l'accrescimento di una base conoscitiva per orientare, nel tempo, una valida attività istituzionale di prevenzione, trattamento e riabilitazione dei soggetti con problemi alcolcorrelati;
6. diffusione e pubblicazione dei risultati del progetto.

REGIONE UMBRIA

Il progetto formativo proposto ha l'obiettivo di migliorare la sicurezza e promuovere la salute dei lavoratori delle Aziende del comparto edile attraverso la sensibilizzazione sulle tematiche dell'uso di alcol, stupefacenti e fumo di tabacco da parte degli attori della prevenzione in azienda (Datori di Lavoro, Preposti, Responsabili del Servizio Prevenzione e Protezione, Medici Competenti, Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza).

Il progetto si articola in tre direzioni:

- Progetto formativo per i Medici Competenti

I Medici Competenti, in quanto figure sanitarie già presenti in azienda con compiti di prevenzione e promozione della salute definiti dalla legge, possono rappresentare il punto di riferimento per il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori.

- Progetto formativo per Datori di Lavoro, Preposti, Responsabili del Servizio Prevenzione e Protezione

Queste figure hanno, con attribuzioni diverse, il ruolo principale nel sistema di prevenzione delle Aziende. E' opportuno pertanto che sia migliorata la loro capacità sia di conoscere e identificare le problematiche relative all'assunzione di alcolici, sostanze stupefacenti e fumo di tabacco e ambiente di lavoro, sia di evitare che vengano, anche informalmente, incoraggiati o facilitati il consumo di alcol, il fumo e la circolazione di sostanze psicoattive.

- Progetto formativo per i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza

I Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza rappresentano una risorsa non ancora pienamente sviluppata. Il D.Lgs 81/2008 ha confermato il ruolo fondamentale di queste figure e iniziative della regione Umbria intendono aumentare la capacità di queste figure di incidere sulla prevenzione e sicurezza delle Aziende. In questo contesto risulta evidente il ruolo strategico dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza nell'incentivare attività che portino ad interventi preventivi efficaci e nel sensibilizzare i lavoratori sui temi di prevenzione e di promozione della salute. Altrettanto rilevante è la necessità che i RLS conoscano perfettamente la normativa in tema di assunzione di alcol, stupefacenti e tabacco e gli obblighi ai quali devono ottemperare i lavoratori.

REGIONE MARCHE

La Regione Marche, sul tema alcol, partecipa ai seguenti progetti nazionali e interregionali :

- Impatto dei problemi e delle patologie alcol-correlate nella popolazione afferente alle aziende sanitarie ospedaliere*
- Formazione sull'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcolcorrelati nei contesti lavorativi e nell'assistenza sanitaria di base*
- Scegliere la strada della sicurezza: interventi di prevenzione degli incidenti stradali*
- Costruzioni di reti locali per la promozione della salute nei luoghi di lavoro.*

REGIONE LAZIO

- Progetto “**Centro di Consulenza per Alcolisti**” Asl Rieti UOS Attività Clinica delle Dipendenze e Alcolismo. Istituzione di un Centro di Consulenza in ognuno dei 4 distretti socio-sanitari periferici della ASL di Rieti che operi in linea con i riferimenti teorici e le buone pratiche indicati dal Centro Alcológico per la definizione di programmi mirati a rispondere alle esigenze peculiari di ciascun distretto. Il progetto prevede il raggiungimento di alcuni obiettivi specifici:

- Aumentare l’attenzione e la conoscenza del problema alcol
- Migliorare il raccordo e le sinergie tra le varie agenzie territoriali
- Favorire la diffusione di buone pratiche
- Integrare l’offerta terapeutica del Centro Alcológico esistente nel distretto n.1 Montepiano Reatino con le altre realtà distrettuali periferiche.

L’attivazione di questo servizio ha efficacemente facilitato l’accesso di nuovi pazienti alla struttura, consentendo quindi a persone che vivono in zone decentrate, distanti dal Centro di Coordinamento che ha sede a Rieti (Distretto n. 1), di potersi curare.

- Progetto Alcolweb e Progetto Teleassistenza

Questo progetto è stato un esempio di sperimentazione di collaborazione tra le istituzioni e il volontariato (CRARL, CeIS). Questo progetto ha avviato un Centro di Ascolto Telefonico, integrato con un sito web, con attività unificata, nei Comuni della Provincia di Roma, con finalità di contrasto al fenomeno dell’Alcolismo. Grazie all’ausilio di operatori volontari, il sito è tuttora attivo: “www.alcolweb.it”.

Il progetto è nato dalla esigenza di creare un luogo virtuale capace di convogliare gli interessi dei giovani, dal bisogno di uno strumento facile da utilizzare come il numero verde per la popolazione generale e in specifico per gli anziani e per le casalinghe, ma anche perchè si è posto l’obiettivo di mettere in rete le esperienze che ogni Ser.T., ogni Servizio di Alcologia, ogni Associazione di Volontariato ha costruito.

Gli **obiettivi** del progetto sono riassunti di seguito:

OBIETTIVI DEL CENTRO DI ASCOLTO

- fornire una consulenza specifica e mirata per le problematiche psico-sociali dei pazienti alcolisti e delle loro famiglie
- fornire un punto di riferimento agile e di facile accesso per le comunità che devono affrontare situazioni di contrasto e di intervento contro l’alcoldipendenza
- fornire un appoggio alle strutture sanitarie e sociali per la divulgazione delle iniziative terapeutiche, di studio, di confronto per i servizi sociali che si occupano dei pazienti con PPAC
- stimolare il gruppo pazienti con PPAC a riconoscersi come pazienti che hanno una storia in comune
- stimolare nei pazienti e nei loro familiari la pubblicità delle cure e dei trattamenti nell’ambiente di vita per combattere lo stigma sociale

- stimolare l'uso del forum annesso al sito del centro di ascolto da parte degli operatori per costruire un senso di appartenenza e combattere il *burn-out* professionale.

OBIETTIVI DEL SITO INTERNET

- per gli operatori, costruire un luogo virtuale in cui possano trovare bibliografia aggiornata, conoscenze terapeutiche e di trattamento sperimentate in Italia e all'estero, informazioni sulle leggi regionali, nazionali ed europee sull'alcol, bandi e avvisi per raggiungere finanziamenti, confronto sulle metodologie di riferimento anche per l'aspetto della prevenzione primaria, secondaria e terziaria e conoscenza reciproca nelle varie realtà di lavoro, sostegno e incentivazione nella professionalità, un forum per incontrare la comunità degli operatori
- per i pazienti, avere un luogo virtuale in cui sono chiariti i programmi terapeutici che ogni servizio attua, un indirizzario-database di riferimento ove trovare le informazioni aggiornate sui servizi presenti nella regione Lazio che trattano l'alcolismo, un forum per sostegno reciproco dei familiari e dei pazienti.

REGIONE ABRUZZO

Negli anni 2008-2009 sono state condotte, in particolare dal Ser.A di Pescara, una serie di attività di informazione e sensibilizzazione specificatamente destinate al mondo dello sport attraverso l'attivazione di due progetti di prevenzione alcolica: **"Più sport meno alcol"** e **"Sport libero da alcol"**. Le iniziative inerenti questi progetti sono state attuate in diverse manifestazioni sportive culminate nei Giochi del Mediterraneo 2009 svoltisi a Pescara.

Per la prima volta dopo sessanta anni, grazie al progetto "Sport libero da alcol", gli innumerevoli campi e le aree di gioco sono stati privi di qualunque forma di pubblicità delle bevande alcoliche.

REGIONE MOLISE

- Prosecuzione del progetto **"Andromede"**, finalizzato a conoscere gli stili di vita e di comportamento dei giovani di 14-18 anni e a diffondere la cultura del bere responsabile attraverso incontri mirati di sensibilizzazione per il *target* specifico e l'intera comunità locale.

- Prosecuzione del progetto **"Alcol e guida"**, destinato a studenti tra i 14 e i 19 anni, finalizzato ad aumentare la consapevolezza dei rischi legati all'abuso di alcol nella guida e quindi a promuovere atteggiamenti e comportamenti responsabili dopo aver assunto bevande alcoliche, a tutela della propria e altrui sicurezza.

- **“Progetto di Sensibilizzazione e Prevenzione sulla problematica dell’alcolismo in età evolutiva”** a cura dell’Istituto Superiore di Sanità e della Regione Molise. Il progetto si rivolge ad un *target* di giovani compresi tra i 14 e i 16 anni di età.

- **“Progetto sperimentale per l’alcoldipendenza:** autogestione teleassistita, tecniche cognitivo comportamentali e trattamento individualizzato per ottimizzare, a livello quantitativo e qualitativo, gli interventi integrati di prevenzione secondaria dell’abuso alcolico” in collaborazione con l’Azienda Sanitaria Regionale del Molise.

- Progetto per le persone migranti che hanno sviluppato dipendenza da alcol e sostanze stupefacenti: **“Molise: Giovani sicuri”** in collaborazione con l’Ambito territoriale di Campobasso, Provincia di Campobasso e la Coop. Ricerca e Progetto. Il progetto è finalizzato ad un maggior coinvolgimento dei ragazzi nelle attività di prevenzione, ad accrescere la consapevolezza dei rischi legati all’uso di bevande alcoliche e all’analisi e valutazione dell’impatto che tali azioni hanno sul *target*.

- Progetto di prevenzione selettiva in materia di nuove droghe **“Migrantes: Progetti di assistenza comunitaria alle persone migranti con problemi di dipendenza”**, in collaborazione con l’Associazione Fa.C.E.D. e la Comunità terapeutica “Il Noce” di Termoli (CB).

REGIONE CAMPANIA

- Progetto nazionale dal titolo **“Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione dell’abuso di alcol e dei rischi alcol-correlati, per la costruzione di nuovi modelli di intervento che coinvolgono i giovani come risorsa”**, di cui la Regione Emilia-Romagna è capofila e a cui partecipano 7 regioni. Nel 2008 è stata avviata la sperimentazione in tre regioni tra cui la Campania, che ha individuato e coinvolto l’Istituto di Istruzione secondaria “De Cillis” di Ponticelli (NA).

FINALITA’ DEL PROGETTO

- individuare i punti di forza o di criticità, a livello comunicativo, cognitivo, relazionale, delle strategie educative e dei programmi adottati;
- studiare in modo approfondito l’insieme di opinioni, credenze, atteggiamenti, condizionamenti e situazioni che favoriscono l’attrazione dimostrata dai giovani verso modelli di consumo alcolico poco consueti alle tradizioni del nostro Paese;
- costruire e sperimentare, sulla base delle conoscenze acquisite, un modello di intervento in grado di coinvolgere i giovani in modo attivo nella gestione degli interventi preventivi nella scuola.

OBIETTIVI E AZIONI:

operare una ricognizione degli strumenti e degli interventi di prevenzione prodotti finora a uso specifico delle scuole o comunque adatti alla fruizione giovanile in ambito scolastico, catalogando e categorizzando i punti di forza o di criticità ai vari livelli.

- Progetto **“Impatto delle patologie alcolcorrelate nella popolazione afferente alle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere: epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi”**.

La Regione Campania ha aderito come partner al suddetto progetto di cui sono capofila le Regioni Toscana e Lombardia. Tale progetto si prefigge i seguenti obiettivi generali e specifici:

OBIETTIVI GENERALI

- stimare l'impatto socio-sanitario della patologia alcolica e alcol-attribuibile nei servizi/reparti delle Aziende Sanitarie territoriali e ospedaliere delle aree regionali coinvolte;
- individuare e diffondere attraverso il confronto attivo tra i vari programmi di prevenzione secondaria messi in pratica dai servizi, modelli di buona pratica per la riduzione del danno alcolcorrelato;
- valutare, in termini di rapporto costo/efficacia, i programmi di trattamento integrato (farmacologico-psico-sociale) degli alcol dipendenti;
- migliorare le competenze e le abilità tecniche del personale dei servizi pubblici per la presa in carico dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelate;
- realizzare una scheda di rilevazione di tipo individuale, centrata sul singolo soggetto, anche ai fini di adeguamento agli standard richiesti a livello europeo per i soggetti dipendenti ed al fine di consentire l'accrescimento di una base conoscitiva per orientare, nel tempo, una valida attività istituzionale di prevenzione, trattamento e riabilitazione dei soggetti con problemi alcolcorrelati.

OBIETTIVI SPECIFICI

- attivare i referenti delle ASSLL nella realizzazione del progetto sul piano territoriale rispetto agli obiettivi generali sopraindicati al fine di migliorare la qualità della formazione e della gestione integrata delle patologie e dei problemi alcolcorrelati;
- sensibilizzare e coinvolgere nel progetto Enti ausiliari, Associazioni di auto-mutuo aiuto e Società scientifiche attive in campo alcologico rispetto agli obiettivi che possano essere di loro pertinenza.

REGIONE PUGLIA

La Regione, tramite i Dipartimenti delle dipendenze di alcune Aziende sanitarie locali, ha aderito ai seguenti progetti nazionali:

- Progetto Nazionale Triennale di Ricerca-Azione ***“Valutazione dell'abuso di alcol e dei rischi alcolcorrelati*** per la costruzione di nuovi modelli di intervento che utilizzano i giovani come risorsa”
- Progetto ***“Alcol e Guida per conoscere e non rischiare”***
- Progetto Nazionale ***“Alcol-Lavoro”***

- Progetto nazionale per lo sviluppo dell'educazione alle “*life skills*” e della “educazione tra pari” nell'ambito del programma CCM/Ministero della Salute.

REGIONE BASILICATA

Il progetto “*Altra notte*” si configura come innovativo dal momento che mira a supportare, accompagnare e consolidare i processi di riforma e rinnovamento delle politiche sociali rivolte ai minori, in un'ottica di stretto raccordo tra livello istituzionale pubblico, livello del privato sociale, forme informali di aggregazione giovanile e altri soggetti attivi nel mondo educativo e formativo. Il progetto, di carattere sperimentale, coinvolge numerose agenzie locali del territorio cittadino su una iniziativa inedita come l'intervento di strada nelle ore serali e notturne nei luoghi di aggregazione giovanile.

Il progetto promosso dal Comune di Potenza è attuato attraverso la sinergia con gli animatori della Cooperativa Sociale ISKRA di Sala Consilina (SA) e del Ce.St.Ri.M. di Potenza con il coinvolgimento dell'associazionismo culturale e giovanile. Importante è la collaborazione attiva del Ser.T. di Potenza con la partecipazione di Volontari del Servizio Civile in carico al Ser.T.

L'intervento di prevenzione avviene nei luoghi in cui si “vive” la notte (locali, piazze e strade del centro storico, concerti, manifestazioni, ecc.) ed è effettuato dagli operatori dell'unità di strada con l'ausilio di un furgone attrezzato di: un etilometro per la misurazione del tasso alcolico medio, una scheda di indagine rilevazione tasso alcolico, una scheda guidatore scelto, magliette a tema, materiale informativo, materiale di animazione. I ragazzi hanno inoltre la possibilità di parlare anche con una psicologa (travestita da maga) durante le serate di prevenzione. Questo tipo di intervento dà la possibilità ai ragazzi di confrontarsi con le proprie curiosità, problematiche e ansie, senza però avere la sensazione di essere “analizzati” in quanto il travestimento da maga non li intimorisce anche se sono a conoscenza del suo vero ruolo.

Nello specifico gli operatori attiveranno una serie di interventi volti a realizzare:

- animazione partecipata in strada/piazze e nei luoghi di aggregazione giovanile;
- misurazione e riscontro del tasso alcolico attraverso specifica attrezzatura (etilometro);
- promozione, all'interno di un gruppo, del guidatore scelto;
- diffusione delle informazioni sui rischi associati all'uso di nuove e vecchie sostanze (con particolare attenzione all'alcol) e alle poliassunzioni;
- promozione di punto di contatto a bassa soglia in “contesti leggeri” per nuove forme di disagio (poliassunzioni, *new addiction*, ecc.);
- forme di coinvolgimento attivo della popolazione *target* (*peer education*);
- azioni di educazione alla trasgressione funzionale;
- azione di prevenzione in merito alla trasmissione dell'HIV;
- consegna di magliette e *gadgets* di promozione dell'attività realizzata.

Giunta alla seconda annualità, l'iniziativa ha dato la possibilità di rinforzare il messaggio promosso precedentemente, di ritornare in locali resisi sensibili all'idea progettuale e comunque di ritornare con continuità tra i ragazzi *target* dell'intervento.

REGIONE CALABRIA

L'Unità Operativa di Alcologia di Cosenza ha attivato il Piano Azione Alcol Provinciale (PAAP), approvato dalla ASP e dall'Assessorato - Tutela della Salute e Politiche Sanitarie - della Regione Calabria e realizzato con il contributo del Ministero della Salute, per la promozione delle iniziative di informazione e prevenzione sul consumo e l'abuso di alcol previste dalla Legge 125/2001. A tal fine, l'Unità Operativa di Alcologia ha lavorato in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità e la *partnership* scientifica ed istituzionale ha lavorato con la Società Italiana di Alcologia, che ha patrocinato il Piano, con il Centro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca sull'Alcol e l'ISS, che hanno contribuito alla produzione dei materiali per la prevenzione e collaborato alla definizione della campagna di comunicazione e informazione.

Piano Azione Alcol Provinciale - 2009/2010

Obiettivo è la prevenzione dei problemi e patologie alcolcorrelate realizzata attraverso la costituzione di reti interistituzionali, di reti trasversali di collaborazione tra servizi sociali e sanitari tra pubblico e privato ed associazioni scientifiche e di volontariato.

L'individuazione precoce dei cosiddetti bevitori "problematici" e le relative strategie di prevenzione rappresentano gli obiettivi prioritari per prevenire le problematiche alcolcorrelate.

Il Piano è composto da:

- Campagna comunicazione sociale (scelta del *naming*, creazione di spot video trasmessi su Tv locali e siti web, pubblicazione di articoli sui quotidiani, produzione di materiale didattico e di informazione distribuito in maniera capillare su tutto il territorio provinciale)
- Progetto Alcol e Scuola
- Progetto Alcol e Guida
- Progetto Ospedali Liberi da Alcol.

Conclusioni:

Si è reso possibile intraprendere un percorso di interventi programmati biennali che coinvolgeranno i *settings* sanitari, come gli ospedali, quelli sociali e culturali, come la scuola, quelli di aggregazione giovanile e finalizzati all'*empowerment*, al riconoscimento della centralità della persona nel suo diritto ad essere protetta dai rischi e dai danni legati all'alcol. La campagna di comunicazione sociale mediante la scelta del *naming*, la creazione di spot video trasmessi su Tv locali e siti web, la pubblicazione di articoli sui quotidiani, la produzione di materiale didattico e di informazione distribuito in maniera capillare su tutto il territorio provinciale, nonché i corsi di formazione specifici e gli eventi pubblici nei 6 più grossi centri abitati della provincia di Cosenza, ha consentito che il PAAP diventasse lo strumento condiviso dai servizi sociali e sanitari pubblici/privati, dalle associazioni scientifiche e di volontariato, dalle istituzioni fino alla popolazione più in generale.