

ATTI PARLAMENTARI

XIV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

**Doc. CC
n. 1**

RELAZIONE

**SUGLI INTERVENTI REALIZZATI IN MATERIA
DI ALCOL E DI PROBLEMI ALCOLCORRELATI**

(SECONDO SEMESTRE 2001 E ANNO 2002)

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

Presentata dal Ministro della salute

(SIRCHIA)

Trasmessa alla Presidenza il 31 dicembre 2003

PAGINA BIANCA

I N D I C E

PRESENTAZIONE	<i>Pag.</i>	5
<i>Premessa</i>	»	7
 PARTE PRIMA		
1. <i>Lo stato dell'arte al momento dell'entrata in vigore della legge 30 marzo 2001 n. 125</i>	»	8
1.1 Il quadro normativo e organizzativo del sistema di contrasto alle alcol-dipendenze nell'ambito del S.S.N.	»	8
1.2 Le attività dei servizi per l'alcoldipendenza	»	10
1.3 I progetti avviati dal Ministero della salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga	»	11
1.4 Il quadro epidemiologico	»	14
 PARTE SECONDA		
2. <i>Gli interventi del Ministero della salute in attuazione della legge 30-3-2001 n. 125</i>	»	19
2.1 Gli interventi di sensibilizzazione alle istituzioni	»	19
2.2 Gli interventi normativi e di indirizzo	»	20
2.3 La partecipazione alle politiche internazionali	»	22
2.4 La destinazione dei finanziamenti per il monitoraggio dei dati	»	22
2.5 Gli interventi in materia di informazione	»	24
2.6 I progetti avviati con le risorse del fondo nazionale per la lotta alla droga	»	24
 PARTE TERZA		
3. <i>Gli interventi delle Regioni e Province Autonome in attuazione della legge 30-3-2001 n. 125</i>	»	27
3.1 Gli interventi per la prevenzione, il trattamento, la formazione del personale, la ricerca e la collaborazione con gli Enti del privato sociale e dell'auto-mutuo aiuto	»	28
3.2 Le strutture di accoglienza attivate per le finalità previste dall'articolo 11 della legge 30-3-2001 n. 125	»	43
3.3 La collaborazione con Enti e Associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge	»	45
3.4 La collaborazione con le istituzioni competenti per il rispetto delle disposizioni della legge in materia di pubblicità, vendita di bevande superalcoliche nelle autostrade tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli	»	47

XIV LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

3.5 Le attività e i progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro	Pag.	50
3.6 I provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o <i>anticraving</i> dell'alcolismo	»	52

PARTE QUARTA

4. <i>I servizi alcologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30-3-2001 n. 125. Il quadro al 31-12-2001</i>	»	54
4.1 Il personale dei servizi	»	54
4.2 I modelli organizzativi, gli approcci terapeutici e i programmi di trattamento	»	55
4.3 Le collaborazioni dei servizi con gli Enti e le Associazioni del volontariato sociale e privato	»	56
4.4 Le caratteristiche demografiche dell'utenza	»	57
4.5 I consumi alcolici dell'utenza	»	58
4.6 Tabelle e grafici	»	61

Sig. Presidente, Onorevoli colleghi,

l’emanazione della legge 30.3.2001 n. 125 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati” ha indubbiamente rappresentato un momento di rafforzamento delle politiche del nostro Paese nel settore alcologico, poiché ha posto le premesse per l’adozione di adeguati interventi e azioni da parte di un’ampia gamma di istituzioni e investe la sfera di competenze di altri Ministeri che con il Ministero della Salute debbono condividere le responsabilità della salute e della sicurezza dei cittadini. La legge riguarda infatti ambiti di valenza non solo specificamente sanitaria, quali la prevenzione, la cura e il reinserimento sociale degli alcoldipendenti, ma anche di interesse più prettamente sociale e culturale, quali la pubblicità, la regolamentazione della vendita, la formazione universitaria degli operatori, la sicurezza sui luoghi di lavoro, la sicurezza del traffico stradale, la disponibilità dei farmaci.

In tal senso la legge quadro appare in linea con quel modello di intervento politico di ampio respiro che l’Organizzazione mondiale della Sanità raccomanda agli Stati membri dell’Unione europea per il raggiungimento degli obiettivi di salute connessi con la prevenzione dei danni alcolcorrelati.

Con la presente Relazione, predisposta ai sensi dell’art. 8 della legge, il Ministro della Salute è chiamato, quale massima autorità sanitaria di livello centrale, a illustrare al Parlamento gli interventi realizzati a livello centrale e regionale per dare attuazione alla legge stessa.

Ai fini di favorire la migliore comprensione del ruolo esercitato dal Ministero e dalle Regioni ho ritenuto opportuno illustrare preliminarmente, in questa prima Relazione, il contesto normativo e organizzativo preesistente, anche perché la legge entra in vigore proprio quando, in risposta ai crescenti problemi e bisogni del settore, erano appena arrivati a compimento alcuni importanti atti di politica sociosanitaria nazionale e internazionale di interesse alcologico, che hanno poi a vari livelli influenzato gli indirizzi di attuazione della legge stessa.

D’altro canto ritengo che, almeno per quanto riguarda il settore sanitario, la legge 125/2001 abbia consolidato un circuito virtuoso di provvedimenti e interventi in campo alcologico inaugurato nel nostro Paese fin dal 1993, nell’ambito dei quali ha rappresentato certamente il momento culminante e di maggior forza, producendo a sua volta importanti ricadute a livello normativo e organizzativo. Queste ricadute, anche se non sempre riconducibili a un’attuazione formale della legge, ne hanno tuttavia interpretato e attuato lo spirito e le finalità generali enunciate nei primi articoli.

Allo stato attuale possiamo affermare che le politiche sanitarie in campo alcologico hanno avuto in questi ultimi anni nel nostro Paese certamente uno sviluppo molto positivo. L’approvazione della legge 125/2001 ha confermato e coronato questa tendenza di progresso, e oggi esiste ormai nel nostro Paese un quadro organico di riferimenti normativi abbastanza forte per supportare iniziative e azioni adeguate a risolvere i problemi che vanno emergendo contestualmente all’evoluzione di costumi e culture, e che oggi investono in modo particolarmente preoccupante il mondo giovanile e adolescenziale.

Ritengo quindi che il compito più importante per i prossimi anni sia di attuare adeguatamente e far funzionare al meglio i nuovi istituti introdotti dalla legge, compito che investirà in particolare la responsabilità delle Regioni, che sono allo stato attuale gli Enti istituzionalmente preposti alla gestione diretta del sistema di prevenzione, trattamento e riabilitazione dei problemi alcolcorrelati. Al Ministro della Salute, completato il proprio

compito istituzionale di delineare, d'intesa con le Regioni e Province autonome, gli indirizzi e i requisiti minimi previsti dalla legge, resta il compito, pur importante, di monitorare il funzionamento del sistema delineato dalla legge, valutarne l'impatto e vigilare sul rispetto dei principi da essa sanciti, informandone puntualmente questo Parlamento per gli interventi di competenza.

Sono lieto di constatare come dalle Relazioni inviate dalle Regioni al Ministero ai sensi dell'art. 9 comma 2 emerge in linea generale, sia pure con le inevitabili disomogeneità derivanti anche dai diversi contesti sociali e culturali, un ruolo attivo e un notevole impegno da parte regionale nella messa a punto di un sistema di servizi adeguato ai problemi posti dalla dipendenza da alcol, sia per quanto attiene al trattamento e alla riabilitazione, sia relativamente alle azioni di informazione e prevenzione destinate alla popolazione generale e in particolare ai giovani. Mi pare che tutto ciò sia stato reso possibile, nonostante la limitata disponibilità di risorse, dalla capacità di utilizzare in rete tutte le strutture e i presidi pubblici adeguati alle finalità della legge nonché di saper correttamente valorizzare il prezioso apporto degli Enti e delle associazioni del volontariato e dell'auto-mutuo aiuto, da sempre particolarmente attivi ed efficaci nel settore della riabilitazione dei soggetti con problemi alcolcorrelati.

Dalla presente Relazione, che illustra il quadro degli interventi realizzati nell'arco del secondo semestre 2001 fino a tutto l'anno 2002, sembra emergere inoltre, pur nella differenziazione organizzativa e operativa dei diversi contesti regionali, il delinearsi sul campo di una più matura cultura istituzionale in campo alcologico, che riflette sicuramente, oltre ad esserne uno strumento, la crescente integrazione del nostro Paese nel quadro delle culture e società dell'intera Regione Europea. D'altra parte, l'esplicita adesione della legge 125/2001 ai principi fondamentali enunciati negli atti ufficiali del Parlamento e del Consiglio dell'Unione Europea nonché dell'Organizzazione mondiale della Sanità in relazione ai problemi alcolcorrelati ne sancisce la piena appartenenza alla sfera culturale dell'Europa, rafforzando le ragioni di una sua puntuale attuazione.

Molto naturalmente rimane da fare, soprattutto in alcune Regioni, e in particolare per la attribuzione di una più specifica identità ai servizi alcologici, per una maggiore qualificazione scientifica degli interventi e degli operatori, per il miglioramento della collaborazione in rete tra strutture territoriali e strutture ospedaliere, per la realizzazione delle strutture intermedie di accoglienza.

In questo senso la Relazione al Parlamento potrà fungere nel tempo, oltre che da mezzo di verifica dell'attuazione della legge, anche da stimolo e occasione di confronto e dibattito per l'approfondimento dei problemi emergenti e la definizione di opportuni eventuali adeguamenti organizzativi e normativi.

Prof. Girolamo Sirchia

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 legge stessa, da predisporre sulla base delle relazioni che le Regioni e Province Autonome sono tenute a trasmettere al Ministero, ai sensi dell'art. 9 comma 2, entro il 30 giugno di ciascun anno, sugli interventi realizzati in attuazione della legge.

La presente Relazione al Parlamento si riferisce pertanto agli interventi attivati a livello centrale e regionale, a partire dall'entrata in vigore della legge stessa, nel corso del secondo semestre 2001 e fino a tutto il 2002.

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

La data del 30.6.2003 è stata posta quale termine ultimo e improrogabile per la chiusura da parte del Ministero della Salute della raccolta di informazioni regionali relative agli anni 2001-2002 ai fini della predisposizione della presente Relazione.

In considerazione dei tempi richiesti per l'elaborazione e l'analisi dei dati e delle informazioni, si ritiene di poter predisporre a regime le prossime Relazioni annuali nella seconda metà di ciascun anno, con riferimento agli interventi posti in essere nell'anno precedente.

PARTE PRIMA

1. Lo stato dell'arte al momento dell'entrata in vigore della legge 25.3.2001 n. 125

1.1. Il quadro normativo e organizzativo del sistema di contrasto alle alcoldipendenze nell'ambito del S.S.N.

Già dal 1993 con il D.M. “Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcoldipendenza” il Ministero della Sanità aveva inaugurato una politica attiva nel settore alcolologico, stabilendo che le Regioni, gradualmente e compatibilmente con le caratteristiche organizzative dei loro servizi sanitari, senza creare specifiche nuove strutture ma utilizzando tutte le risorse logistiche, strumentali e umane disponibili e adeguate, dovessero programmare gli opportuni interventi per provvedere alla prevenzione dell’alcoldipendenza e al trattamento e riabilitazione dei soggetti con problemi alcolcorrelati nell’ambito di ciascuna Unità sanitaria locale. Si prevedeva la costituzione di apposite équipes interdisciplinari in grado di affrontare i problemi sul piano medico, psicologico e sociale coordinandosi con tutti i servizi contigui disponibili sul territorio, ivi compresi gli ospedali.

Successivamente, col Decreto del Ministro della Sanità 4 settembre 1996 “Rilevamento delle attività nel settore dell’alcoldipendenza”, veniva istituita una rilevazione nazionale di periodicità annuale per la raccolta e la elaborazione, in collaborazione con le Regioni e le Province Autonome, di dati riguardanti le attività, il personale e l’utenza dei servizi o gruppi di lavoro comunque operanti nell’ambito del Servizio sanitario nazionale in materia di alcoldipendenza, compresi gli Enti del volontariato, del privato sociale e del privato in rapporto di collaborazione o convenzione con le strutture pubbliche.

Finalità di tale rilevazione, tuttora attiva, era quella di

- istituire un'anagrafe dei servizi pubblici o dei gruppi di lavoro che erogano prestazioni sociosanitarie in materia di alcoldipendenza, nonché degli Enti del volontariato, del privato sociale o privati che a vario titolo collaborano con i servizi socio-sanitari;
- raccogliere i dati relativi agli utenti, al personale e ai trattamenti praticati in tali servizi.

Il Decreto stabiliva che i dati e le informazioni rilevati tramite modelli ad hoc predisposti dovessero essere raccolti annualmente dalle Regioni e Province Autonome tramite le Aziende USL e le Aziende ospedaliere, ed inviati, dopo le opportune verifiche, al Ministero della Salute per l’elaborazione e la successiva divulgazione.

Col successivo Accordo Stato-Regioni-Province Autonome per la “Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti” (Provvedimento 21 gennaio 1999 pubblicato in G.U. n. 61 del 15.3.1999) veniva prevista l’organizzazione di specifiche attività per la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione dei problemi alcolcorrelati nell’ambito dei Dipartimenti per le dipendenze delle Aziende USL, con interventi integrati sul piano medico, psicologico e sociale. Secondo tale Accordo, i Dipartimenti devono provvedere al contrasto di tutte le sostanze d’abuso e pertanto anche dell’alcol. A tali fini essi si dotano almeno di una équipe alcologica di carattere multidisciplinare, collocata nell’ambito del servizio o dei servizi ritenuti più idonei, che costituirà il punto focale per gli interventi di diagnosi, trattamento e riabilitazione, nonché per il concreto raccordo con gli altri luoghi della rete funzionale definiti dalla programmazione dipartimentale, ivi comprese le strutture ospedaliere, le agenzie del volontariato, dell’associazionismo, del privato sociale e del privato disponibili sul territorio.

L'inserimento delle attività alcolologiche nell'ambito delle attività coordinate dal Dipartimento per tutte le dipendenze si propone come obiettivi specifici l'incremento delle attività e della diffusione dei servizi alcologici in relazione ai bisogni territoriali, il miglioramento qualitativo degli interventi, la razionalizzazione organizzativa e il risparmio sui costi.

L'aspetto più importante di questo Accordo è il riconoscimento di uno spazio istituzionale adeguato e specifico, tra le altre dipendenze, alla dipendenza da alcol, e l'individuazione di un servizio al quale i diversi problemi possono far capo per trovare risposte adeguate e organizzate nel territorio.

Con l'Atto di intesa Stato-Regioni recante "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso" (Provvedimento 5.8.1999 pubblicato in G.U. n. 231 del 1.10.1999), emanato ai sensi della Legge 18.2.1999 n. 45 "Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze", sono stati successivamente determinati i requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento degli Enti e Associazioni che operano, nell'ambito delle attività sanitarie o socio-assistenziali di rilievo sanitario, nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze d'abuso. Sono pertanto potenzialmente incluse in tale regolamentazione le attività dei servizi per le dipendenze da alcol.

L'approvazione della legge 18.2.1999 n. 45 "Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze" ha consentito l'accesso di Ministeri e Regioni al finanziamento del Fondo nazionale per la lotta alla droga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri per l'implementazione di progetti finalizzati alla prevenzione e recupero dall'alcoldipendenza correlata. Tramite i finanziamenti contemplati in tale legge lo stesso Ministero della Salute ha potuto avviare alcuni progetti nazionali, dei quali si riferisce al successivo punto 1.3., relativi alla formazione dei medici di Medicina Generale, degli insegnanti della scuola e delle famiglie, nonché alla prevenzione nei luoghi di lavoro e alla promozione di nuovi modelli di trattamento e riabilitazione.

Un altro importante strumento predisposto anteriormente alla legge 125/2001 per il contrasto dei danni alcolcorrelati è costituito dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, nel quale veniva proposto, tra l'altro, il raggiungimento di alcuni specifici obiettivi di prevenzione dei danni da alcol tramite un insieme di azioni da implementare in vari ambiti.

Venivano proposte in particolare la diminuzione del 20% nel triennio della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche oltre i 40-20 grammi die di alcol e la diminuzione del 30% dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto.

Per quanto attiene la partecipazione alle politiche alcolologiche di ambito internazionale, già dal 1992 l'Italia aveva aderito al I Piano di azione europeo per l'alcol predisposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ai fini di costruire le basi per lo sviluppo e la realizzazione di politiche e programmi alcolologici nei Paesi membri della Regione europea.

Successivamente, nella Conferenza di Firenze del Settembre 1999, l'Italia partecipava alla approvazione del II Piano di azione europeo per l'alcol predisposto dall'O.M.S per gli anni 2000-2004. Questo II Piano di azione fa in particolare specifico riferimento all'Obiettivo n. 12 del Programma O.M.S. "Health 21", secondo il quale con l'anno 2015 gli effetti negativi sulla salute causati dal consumo di alcol dovrebbero essersi ridotti in tutti gli Stati membri, i quali devono pertanto assicurare che i consumi alcolici pro capite non aumentino o non superino comunque i 6 litri annui negli adulti e lo zero nei minori di 15 anni.

Le proposte del II Piano d'azione orientano gli Stati ad assumere iniziative soprattutto nelle aree dell'informazione e dell'educazione, negli ambienti pubblici e privati e nei luoghi di

lavoro, nel campo della guida sicura e del controllo della disponibilità di bevande alcoliche, della pubblicità, del trattamento dell'abuso e della dipendenza, delle capacità sociali di risposta ai problemi, della promozione di politiche alcologiche nazionali ad ampio raggio, del supporto alle Organizzazioni non governative.

L'anno 2000 ha visto l'Italia contribuire attivamente anche ai lavori preparatori per la definizione di due importanti documenti di politica sanitaria dell'Unione Europea, che hanno visto la definitiva approvazione successivamente alla emanazione della legge 125/2001. Si tratta della "Raccomandazione del Consiglio sul Consumo di bevande alcoliche da parte di bambini e adolescenti" e delle "Conclusioni del Consiglio su una strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati", per i quali si rimanda alla parte II della presente Relazione.

1.2. Le attività dei servizi per l'alcoldipendenza

Nell'anno 2000, sono stati rilevati 315 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza distribuiti in 17 Regioni, dei quali il 94,9% sono di tipo territoriale, il 4,1% di tipo ospedaliero e l'1,0% di tipo universitario.

Per le attività relative all'alcoldipendenza sono state utilizzate nel 2000 2.450 unità di personale di varia qualifica, di cui 574 (23,4% del totale) addette a tempo pieno, e 1.876 (76,4%) occupate solo parzialmente in tali attività.

Per quanto attiene ai programmi di trattamento nel 2000 il 28,4% degli utenti è stato sottoposto a trattamento medico-farmacologico in regime ambulatoriale, il 25,6% a trattamento di "*counseling*" rivolto al singolo o alla famiglia, il 12,2% è stato inserito in Gruppi di auto-mutuo aiuto e il 9,6% in altri programmi socio-riabilitativi. I trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 10,5% degli utenti, con terapia individuale (per 57,1%) o terapia di gruppo o familiare (42,9%).

Il ricovero ospedaliero ha riguardato il 9,1% degli utenti (6,9% in istituti pubblici e 2,2% in case di cura private convenzionate). La causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (69,6% per il ricovero ospedaliero o in day hospital e 63,6% per il ricovero in casa di cura privata convenzionata).

Nella tipologia dei trattamenti è presente una forte variabilità regionale. Si nota, ad esempio, il ricorso al trattamento medico farmacologico per più del 40% dei casi in Liguria e in Emilia Romagna e solo per il 12,9% dei casi in Umbria; per il *counseling* si oscilla dal valore del 47,0% dell'Umbria al 15,1% delle Marche. In quest'ultima Regione, viceversa, sono presenti valori elevati per la psicoterapia (11,2% per la psicoterapia individuale e 6,9% per quella di gruppo) e per il trattamento in regime di ricovero in casa di cura privata (19,0%).

Nel 2000 si registra, rispetto al 1996, un aumento della percentuale di trattamenti medico-farmacologici (dal 20,6% al 28,4%) e di trattamenti di *counseling* (dal 22,9% al 25,6%); si registra inoltre una diminuzione del ricorso alla psicoterapia e al ricovero ospedaliero o day hospital a partire dal 1997 (dal 10,9% al 6,9%).

Oltre il 90% dei servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi (94,3%), ha definito (92,4%) e/o attuato (93,3%) programmi terapeutico-riabilitativi, ha effettuato interventi di prevenzione (87,6%).

Appare elevata l'attività di coordinamento dei servizi con il medico di famiglia (87,9%), con i servizi ospedalieri (86,0%) e con il servizio sociale pubblico (89,8%).

Il 74,0% dei servizi rilevati sono stati interessati da piani operativi di formazione e sensibilizzazione del personale.

Per quanto attiene alle attività di collaborazione con gli Enti e le Associazioni del volontariato e privato sociale, nel 2000 il 72,4% dei servizi pubblici ha collaborato con i Clubs degli alcolisti in trattamento (C.A.T.), il 46,7% con i Gruppi di alcolisti anonimi (A.A.) e il 14 % con altri gruppi. A livello nazionale, ogni servizio ha mediamente collaborato, nel corso del 2000, con 8,8 C.A.T., con 3,0 Gruppi di A.A..

1.3. I progetti avviati dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga

Con la Legge 26.6.1990 n. 162 in materia di tossicodipendenza, successivamente recepita nel D.P.R. 9.10.1990 n. 309, veniva costituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga per l'implementazione di progetti finalizzati alla prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze, da presentarsi da parte di alcuni Ministri tra cui quello della Salute. Poiché tale legge, pur finalizzata in maniera specifica a dettare nuove norme in materia di sostanze stupefacenti, fa precisi riferimenti anche alle problematiche dell'alcoldipendenza e attribuisce al Ministro della Salute competenze di determinazione degli indirizzi per le politiche alcologiche, il Ministero della Salute ha presentato fin dal 1996 richiesta di finanziamento al predetto Fondo per la realizzazione di progetti relativi alle problematiche alcolcorrelate, ottenendo i finanziamenti richiesti.

L'approvazione della legge 18.2.1999 n. 45 "Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze" ha consolidato formalmente, come si è già detto, la possibilità di accesso di Ministeri e Regioni al finanziamento del Fondo anche per l'implementazione di progetti finalizzati alla prevenzione e recupero dall'alcoldipendenza correlata.

Con le risorse del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga sono stati pertanto avviati dal Ministero della Salute, a partire dal 1996 e anteriormente all'emanazione della legge 125/2001, i progetti sottoindicati, la cui realizzazione è stata affidata alle Regioni o ad altri Enti ad hoc selezionati tramite apposite gare.

L'implementazione di molti di questi progetti si è protratta per gli anni 2001 e 2002, e per alcuni è ancora in corso.

Progetti (annuali) finanziati con le risorse relative all'anno 1996

"Programma di sensibilizzazione e formazione dei medici di Medicina Generale per la prevenzione primaria e secondaria dell'uso inadeguato e della dipendenza da alcol".

Scopo del progetto è la realizzazione di un manuale teorico pratico destinato ai medici di Medicina Generale e di un pacchetto didattico per i formatori, quale fase preliminare di un più ampio progetto di formazione da sviluppare successivamente con la concreta realizzazione di corsi decentrati in tutto il territorio nazionale.

Per l'implementazione del progetto sono state coinvolte alcune Regioni e Province Autonome coordinate dalla Regione Veneto.

Il progetto si è concluso con la produzione e stampa in 60.000 copie di un Manuale per i Medici di Medicina generale, di due pacchetti didattici rispettivamente per i formatori e per i medici, nonché di un manifesto da affiggere negli ambulatori dei Medici di famiglia.

"Programma di formazione per gli insegnanti della scuola finalizzato ad incrementare, nell'ambito delle attività svolte dai C.I.C., la trattazione delle problematiche connesse all'uso inadeguato ed all'abuso di alcol".

Scopo del progetto è la predisposizione di un adeguato strumento didattico per la sensibilizzazione e la formazione sui problemi alcolcorrelati del personale insegnante delle scuole superiori, anche con la finalità di stimolare e favorire la realizzazione in ambito scolastico di concrete iniziative informative e didattiche dirette agli studenti, tenendo conto della configurazione dei problemi nell'ambito dei diversi territori regionali e assicurando un utile collegamento tra la scuola e i servizi sanitari interessati.

La realizzazione del progetto è stata affidata ad un gruppo di Regioni coordinate dalla Regione Emilia Romagna.

Il progetto si è concluso con la produzione in 4.000 esemplari di un pacchetto didattico, realizzato anche con la collaborazione degli studenti di alcune scuole, composto da due CD interattivi destinati, rispettivamente, agli studenti e agli insegnanti, di una videocassetta e di una minimostra di manifesti creata dagli stessi studenti.

Progetti (triennali) finanziati con le risorse relative al triennio 1997-1998-1999

“Individuazione di punti di forza e vulnerabilità delle famiglie di alcolisti”.

Il progetto si riferisce alla individuazione dei punti di forza e di vulnerabilità delle famiglie nel far fronte ai problemi di alcoldipendenza (e/o di tossicodipendenza) di un loro membro, in una prospettiva in cui la famiglia è vista quale soggetto attivatore di risorse "naturali", capace di influenzare gli individui e i loro stili di adattamento e dunque di ridurne la vulnerabilità e potenziarne la salute psicofisica. Esso ha come obiettivi specifici la raccolta di dati e informazioni sul modo con cui le famiglie che si trovano a gestire situazioni di tossicodipendenza e alcolismo al loro interno affrontano con proprie risorse il problema, nonché la messa a punto di strumenti efficaci per migliorarne le risorse naturali e i punti di forza .

La realizzazione del progetto è stata affidata all'Università degli Studi “Federico II” di Napoli, Dipartimento di Scienze relazionali.

“Corsi master per la formazione di formatori e corsi destinati a medici di Medicina Generale per la prevenzione dell’uso inadeguato e della dipendenza da alcol”.

Finalità del progetto è la realizzazione di una esperienza pilota per la creazione delle premesse culturali e operative ai fini del miglioramento delle conoscenze e della sensibilità dei medici di Medicina Generale per i problemi alcolcorrelati, nonché per l'approfondimento della loro preparazione professionale su questo tema.

Esso va considerato come il prosieguo del progetto già citato e concluso, che ha visto lo studio e la produzione del materiale da utilizzare per i corsi sia dei formatori che dei medici.

Il progetto si propone pertanto di sperimentare, partendo dal materiale di base già predisposto, un modulo di corso per la formazione di circa 4500 medici di Medicina Generale nonché di 180 medici formatori.

La realizzazione del progetto è stata affidata ad un gruppo di Regioni e P.A. coordinate dalla Regione Veneto.

“Corsi di formazione per gli insegnanti della scuola superiore finalizzati all’incremento della conoscenza e dell’impegno didattico per la prevenzione delle problematiche connesse all’abuso di alcol”.

Scopo del progetto è la realizzazione, nell'ambito di un triennio, di corsi pilota per la formazione degli insegnanti delle scuole superiori, ai fini di accrescerne la sensibilità, la conoscenza e la capacità operativa in materia di problemi alcolcorrelati.

Il progetto va considerato come il prosieguo del progetto, già citato e concluso, per la produzione e distribuzione di un pacchetto didattico interattivo. Tale pacchetto didattico, realizzato in forma di CD, costituisce il materiale di base intorno al quale saranno organizzati dei corsi pilota decentrati, anche con la partecipazione delle strutture sanitarie locali e di altre risorse professionali e del volontariato comunque impegnate nel territorio, con la finalità di completare la formazione degli insegnanti e di fornire stimoli per creare momenti di approfondimento con gli studenti e di collaborazione tra mondo scolastico e sanitario in relazione ai problemi alcolcorrelati.

La realizzazione del progetto è stata affidata ad un gruppo di Regioni coordinate dalla Regione Emilia Romagna.

“Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell’uso inadeguato di alcol, diretto al personale dipendente delle aziende”.

Scopo del progetto è la sperimentazione di un modello di intervento di prevenzione dell’uso inadeguato di alcol negli ambienti di lavoro, individuati come luoghi di convergenza di dinamiche individuo-collettività e persona-territorio, che appaiono dunque particolarmente adeguati per la realizzazione di interventi relativi alle problematiche alcolcorrelate, sia nel campo della educazione alla salute e prevenzione che in quello della identificazione precoce del rischio e facilitazione dell’avvio al trattamento nei casi opportuni.

La realizzazione del progetto è stata affidata ad un gruppo di Regioni e Province Autonome coordinate dalla Regione Toscana.

Progetti (triennali) finanziati con le risorse relative all’anno 2000

“Potenziamento e riconversione specialistica degli interventi in categorie di tossicodipendenti e alcoldipendenti di particolare marginalità e fragilità sul piano psicosociale”.

Il progetto intende fare specifico riferimento alle seguenti categorie di soggetti con problematiche di abuso o dipendenza da alcol e sostanze psicoattive: soggetti con complicanze psicopatologiche o psichiatriche; donne e coppie con figli minori o in situazione di gravidanza; immigrati.

Obiettivo generale del progetto è di rendere disponibili, in relazione a queste tipologie di soggetti, modelli sperimentati e validati di intervento nell’ambito delle strutture del Servizio sanitario nazionale o di Enti accreditati, per contenerne i problemi a livello medico, psicologico e sociale, che si presentano di particolare complessità.

La realizzazione del progetto è stata affidata ad un gruppo di Regioni coordinate dalla Regione Lombardia.

“Rafforzamento e riconversione specialistica del trattamento del disagio psicoaffettivo e relazionale giovanile ai fini della prevenzione secondaria precoce dei problemi droga e alcolcorrelati”.

Il progetto intende mettere a punto un piano di interventi rafforzati e per certi aspetti straordinari onde favorire il recupero precoce dei soggetti più giovani già nella fase dei loro primi approcci con la droga e con l’abuso di alcol.

Obiettivo prioritario è l’intercettazione precoce di tali soggetti nell’ambito dei diversi contesti e la successiva presa in carico, eventualmente estesa al contesto familiare e sociale di riferimento (famiglia, insegnanti, gruppo di aggregazione o di pari, altre istituzioni eventualmente coinvolte), secondo modalità il più possibile individualizzate e

personalizzate, agevolando l'integrazione degli interventi da parte dei servizi sanitari e sociali competenti nonché degli altri interlocutori istituzionali interessati.

La realizzazione del progetto è stata affidata ad un gruppo di Regioni coordinate dalle Regioni Veneto e Abruzzo.

1.4. Il quadro epidemiologico

I consumi e i modelli di consumo

Nell' anno 2000 il consumo medio annuo pro-capite di alcol (da intendersi come consumo dell'alcol contenuto nel complesso di tutte le diverse tipologie di bevanda alcolica) è stato stimato in 7,5 litri, a conferma di una tendenza al calo dei consumi registrata nel nostro Paese già a partire dagli anni Ottanta. Tale livello è comunque ancora notevolmente al di sopra di quello ritenuto auspicabile dall'O.M.S. per la Regione europea per l'anno 2015, individuato, nell'ambito del Programma "Health 21/ 1999", in 6 litri l'anno per tutta la popolazione al di sopra dei 15 anni e in 0 litri per quella di età inferiore.

Il calo dei consumi complessivi di alcol è da attribuirsi per buona parte al calo dei consumi di vino, e in parte dei superalcolici, mentre in aumento appaiono i consumi di birra.

Contestualmente alla diminuzione dei consumi, nel 2000 viene rilevato un aumento del numero dei consumatori, con un trend molto evidente che, secondo i dati ISTAT, ha portato la percentuale complessiva dal 71% nel 1998 al 75% nel 2000. Contestualmente nello stesso periodo si può vedere una diminuzione del numero di astemi, che passano dal 26,7 al 25 % della popolazione. Secondo l'ISTAT nel 2000 l'87, 2 % della popolazione maschile e il 63,6 % di quella femminile ha consumato bevande alcoliche.

L'aumento della diffusione del consumo riguarda soprattutto le donne e le fasce di popolazione più giovane. Secondo la IV Indagine Doxa condotta per l'Osservatorio permanente su giovani e alcol, le donne consumatrici sono passate dal 61,1% nel 1994 al 69,9% nel 1997 e al 73,2 % nel 2000.

Resta alta, benché in calo, la prevalenza del consumo quotidiano di vino in quantità eccedentarie nei maschi (nel 2000 è stato rilevato dall'ISTAT un consumo quotidiano superiore al ½ litro nel 9,8% dei maschi, contro il 12,2% del 1995). Secondo la citata IV Indagine Doxa, gli individui adulti ubriacatisi più di una volta negli ultimi tre mesi rappresentano nel 2000 l'1,4% della popolazione, contro lo 0,9% rilevato nel 1993.

Il fenomeno dei consumi eccedentari appare in crescita nelle donne.

Secondo un'elaborazione Istituto superiore di Sanità-OSSFAD su dati ISTAT, a fronte di un calo del 19 % del numero dei maschi consumatori eccedentari di vino (più di ½ litro di vino al giorno) tra il 1995 e il 2000, risulta incrementata dell'8,7 % nello stesso periodo la relativa quota di consumatrici che dichiara di bere più di ½ litro di vino al giorno.

Prevalenza Consumatori di più di 1/2 litro vino - Generale									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
Maschi	14,0	12,1	12,2		10,7	9,7	9,3	9,8	-19,0
Femmine	2,2	1,9	1,8		1,9	1,5	1,5	2,0	8,7

Fonte:I.S.S-OSSFAD

Inoltre, mentre al calo registrato tra i consumatori eccedentari di sesso maschile contribuiscono tutte le classi di età, all'incremento del numero delle consumatrici eccedentarie contribuiscono in particolare le giovani donne di età tra i 18 e i 24 anni, che crescono tra il 1995 e il 2000 di circa il 29 %.

Prevalenza Consumatori di più di 1/2 litro vino - Femmine									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescenti	0,1	0,2	0,4		0,5	0,1	0,2	0,4	-
18-24 giovani	0,6	0,5	0,4		0,4	0,2	0,3	0,5	29,0
25-44 giovani adulti	2,2	1,7	1,4		1,5	1,0	1,0	1,3	-6,0
45-64 adulti	3,2	2,9	3,0		2,8	2,3	2,7	3,1	3,0
65-74 giovani anziani	2,5	2,1	2,5		2,2	2,1	2,1	3,1	21,7
75+ anziani	1,5	1,4	1,4		2,2	1,7	1,2	1,8	26,9

Fonte: I.S.S.-OSSFAD

Per quanto attiene a quantità di consumi ancora più a rischio (più di 1 litro di vino al giorno), anche qui assistiamo a un fenomeno analogo di riduzione della popolazione maschile e a un incremento di quella femminile, come evidenziato dalla sottostante tabella.

Prevalenza % consumatori di più di 1 litro vino al giorno									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Incr.% 95-00
maschi	1,36	1,16	1,10		1,08	1,07	1,02	0,97	-11,5
femmine	0,21	0,16	0,15		0,21	0,18	0,15	0,22	41,0

Fonte: I.S.S.-OSSFAD

Sempre secondo l'I.S.S.-OSSFAD il numero dei consumatori e delle consumatrici di birra è risultato incrementato tra il 1995 e il 2000, rispettivamente, del 2,6% e del 9,5 %.

In relazione ai consumi di birra superiori al ½ litro giornaliero, tra il 1995 e il 2000 il numero dei maschi appare incrementato del 7,3 %, quello delle donne del 13,5 %.

Prevalenza consumatori di più di 1/2 litro birra									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Incr.% 95-00
Maschi	1,73	2,05	1,92		1,90	2,02	1,92	2,06	7,25
Femmine	0,28	0,23	0,26		0,23	0,28	0,31	0,30	13,50

Fonte: I.S.S.-OS.F.A.D.

Secondo un'elaborazione Osservatorio permanente su giovani e alcol-Doxa-World Drink Trends nel 2000 i giovani consumatori di bevande alcoliche dai 15 ai 24 anni rappresentano il 77% del totale, contro il 74% del 1991. Tra loro i soggetti che si sono ubriacati più di una volta in tre mesi sono passati dal 1,8% nel 1994 al 3,2% nel 2000.

Secondo lo studio europeo ESPAD risultano in aumento nel 2000 tra i giovani studenti italiani tra i 15 e i 19 anni gli episodi di intossicazione alcolica (nel 2000 il 55% riferisce di essersi ubriacato almeno una volta, contro il 52,7 del 1999).

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

Se si considera che secondo l'O.M.S. la dose giornaliera consentita di alcol è di non oltre 40 g. per gli uomini e di 20 g. per le donne (corrispondente rispettivamente a circa 3 bicchieri e a 1 bicchiere e mezzo di vino a media gradazione alcolica) si vede come nel 2000 una consistente parte della popolazione è a rischio di sviluppare problematiche alcolcorrelate di varia natura e gravità.

Per valutare lo stato di esposizione al rischio alcolcorrelato di una popolazione in un determinato momento è necessario anche tener conto delle modalità di assunzione delle bevande alcoliche, partendo dall'evidenza del dato fisiologico secondo il quale il consumo durante i pasti, assicurando un allungamento dei tempi di assorbimento dell'alcol, ne

diminuisce l'impatto per la salute. Anche in base a questo parametro, appare in aumento l'esposizione al rischio delle donne. Secondo l'I.S.S.-OSSFAD infatti, mentre nel 2000 risulta sostanzialmente invariato, rispetto alle percentuali del 1995, il numero di maschi che dichiara di consumare bevande alcoliche fuori pasto, il numero delle donne registra un aumento del 22% .

Prevalenza Consumatori di alcolici fuori pasto - Maschi									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescenti	9,8	13,4	12,9		18,4	15,2	18,0	16,8	30,7
18-24 giovani	30,9	36,5	35,2		40,6	39,9	39,3	42,5	20,6
25-44 giovani adulti	37,6	39,5	39,8		42,1	46,2	40,3	39,4	-1,0
45-64 adulti	36,8	39,2	39,5		38,7	42,3	36,7	37,3	-5,5
65-74 giovani anziani	27,0	29,3	28,5		29,8	30,0	26,9	28,2	-1,0
75+ anziani	22,0	18,8	21,6		20,0	21,2	19,1	16,4	-24,4

Fonte: I.S.S-OSSFAD

Prevalenza Consumatori di alcolici fuori pasto - Femmine									
(%)	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Var.% 95-00
14-17 adolescenti	7,1	8,0	6,0		10,8	9,7	12,8	12,2	103,7
18-24 giovani	13,2	15,0	16,5		22,4	20,8	25,2	24,8	50,2
25-44 giovani adulti	12,3	13,2	12,8		15,1	15,4	15,4	15,4	20,7
45-64 adulti	9,1	9,9	9,5		11,6	12,4	11,4	10,9	15,1
65-74 giovani anziani	5,8	5,7	5,1		6,4	6,4	6,2	5,6	9,9
75+ anziani	4,6	3,6	3,9		4,0	3,7	4,0	4,1	3,7

Fonte: I.S.S-OSSFAD

Dal quadro complessivo dei consumi e dei modelli di consumo le criticità fondamentali emergenti all'anno 2000 sembrano attenere pertanto soprattutto:

- all'aumento della popolazione dei consumatori e alla conseguente maggiore esposizione della popolazione al rischio di danni sociali e sanitari correlati;
- all'ingresso nella popolazione dei consumatori di categorie socio-demografiche particolarmente esposte al rischio di danno alcolcorrelato, quali le donne e i giovani;
- all'aumento di comportamenti di consumo a rischio, quali i consumi fuori pasto, i consumi eccedentari e le ubriacature, in particolare nell'ambito delle categorie socio-demografiche più esposte al rischio di danni sul piano sanitario e sociale.

La mortalità, la morbilità e l'utenza dei servizi per l'alcol dipendenza

Anche per l'anno 2000 le stime della mortalità alcolcorrelata si riferiscono a valori ancora elevati, posti, a seconda delle diverse fonti (Ministero della Salute, Gruppo Epidemiologico Società italiana di Alcologia, Osservatorio permanente su giovani e alcol), fra 15.000 e 22.000 morti l'anno. Nel calcolo della mortalità si deve tener conto che l'alcol provoca danni all'organismo non solo in forma diretta e a seguito di un cronico abuso (psicosi alcolica, cirrosi epatica, alcuni tumori) ma anche in forma indiretta e a seguito di consumi limitati (incidenti stradali, domestici e sul lavoro).

La guida in stato di alterazione psicofisica derivante dalla assunzione di bevande alcoliche e di altre sostanze d'abuso è considerata tra le principali cause determinanti l'incidente stradale, soprattutto fra i giovani. La mortalità per incidente stradale si stima correlata all'uso di alcol alla guida per il 33 o il 40% del totale della mortalità per questa causa, a seconda delle fonti.

Nell'anno 2000 sono stati rilevati dall'ISTAT 228.912 incidenti stradali che hanno provocato 6.649 morti, con un indice di mortalità del 2,90%; tra questi incidenti, 15.326 sono avvenuti nelle notti di venerdì e sabato, circostanze temporali nelle quali si rileva una più forte correlazione tra incidente stradale e abuso di sostanze, e hanno provocato 917 morti, con un indice di mortalità media del 5,53%. Particolarmente grave appare la situazione per i giovani fra i 15 e i 24 anni, per i quali l'incidente stradale costituisce la causa di più del 40% dei decessi.

La Società italiana di Alcologia ha stimato nel 10% la prevalenza di patologie alcolcorrelate in Medicina generale, ed anche il 10% dei ricoveri ospedalieri sembra potersi attribuire a problemi alcolcorrelati.

Secondo i dati rilevati dal Ministero della Salute sulle schede di dimissione ospedaliera, nell'anno 2000 sono stati dimessi dagli ospedali con diagnosi totalmente attribuibile all'alcol 99.321 soggetti, con un tasso per 100.000 abitanti che va da un massimo di 448 nella Provincia di Bolzano a un minimo di 72,5 nella Regione Sicilia, e che è comunque particolarmente elevato per i maschi nella fascia di età superiore ai 55 anni, e per le femmine in quella di 36-55 anni.

Distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (cod. ICD 9-CM 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 977.3, 980) - Anno 2000

(Dimessi per 100.000 abitanti)

Regione	< = 14 anni		15 - 35 anni		36 - 55 anni		> 55 anni		Totale
	Maschi	Femmin e	Maschi	Femmin e	Maschi	Femmin e	Maschi	Femmin e	
Piemonte	3,8	3,6	84,3	27,4	379,3	130,9	483,1	96,2	174,2
Valle d'Aosta	0,0	13,6	264,6	66,1	626,2	239,5	1.283,5	319,8	398,0
Lombardia	3,8	2,1	163,0	42,4	434,8	136,1	664,0	123,1	215,8
Prov. Auton. Bolzano	14,9	7,8	343,6	100,3	1.050,7	285,0	1.370,6	317,1	448,0
Prov. Aut. Trento	14,0	0,0	203,7	43,7	904,0	217,4	1.481,5	275,4	421,1
Veneto	4,9	4,1	124,2	37,6	523,3	191,0	851,2	194,0	263,9
Friuli Venezia Giulia	1,5	0,0	86,3	29,6	599,8	199,8	903,5	221,4	300,0
Liguria	4,6	0,0	272,8	87,5	748,5	189,3	521,7	108,2	279,2
Emilia Romagna	3,5	0,9	138,6	49,7	390,1	126,5	449,3	80,8	180,2
Toscana	1,4	5,0	143,7	45,2	301,6	116,6	291,9	85,2	143,2
Umbria	0,0	0,0	48,8	12,6	182,0	45,9	610,3	125,6	153,7
Marche	4,1	0,0	183,8	49,0	490,3	148,5	459,4	86,5	200,9
Lazio	3,4	1,7	131,3	33,3	334,2	82,9	350,0	71,6	137,4
Abruzzo	1,1	4,5	256,4	51,3	554,8	133,2	667,3	104,6	243,2
Molise	8,1	0,0	208,3	21,4	632,4	138,8	605,2	103,1	234,2
Campania	2,6	0,4	68,1	18,4	228,4	46,5	219,6	74,3	80,3
Puglia	5,0	0,9	153,7	31,0	337,9	63,2	316,8	67,4	125,4
Basilicata	9,8	2,1	183,3	48,8	397,5	69,4	496,3	126,9	177,2
Calabria	6,6	1,2	111,2	20,0	354,2	55,6	473,0	122,6	145,3
Sicilia	1,9	0,2	67,8	13,9	248,5	31,9	160,4	43,6	72,5
Sardegna	10,5	2,6	154,3	28,0	434,9	75,0	420,2	81,4	161,1
Italia	3,9	1,8	131,6	34,5	396,4	109,5	486,9	104,8	172,2

Per quanto attiene gli utenti degli specifici servizi per l'alcoldipendenza del S.S.N., nel 2000 risultavano in carico 34.558 soggetti alcoldipendenti (26.319 maschi, 8.239 femmine), il 76,1% dei quali di età compresa tra i 30 e i 59 anni (età media 45,6 anni).

Tra essi, la percentuale dei giovani sembra riflettere l'espansione del fenomeno dell'abuso giovanile emergente da altre fonti di osservazione: il 9,3 % circa ha meno di 29 anni e tra questi lo 0,6 % ha meno di 20 anni, con una tendenza all'aumento rispetto al 1996, quando la percentuale di giovani utenti al di sotto dei 29 anni era pari al 8,4 % su una popolazione complessiva di 21.509 utenti.

Nel 2000 le Regioni con il numero assoluto più elevato di utenti alcolisti sono, in ordine decrescente, il Veneto, la Lombardia, il Piemonte e il Friuli Venezia Giulia; viceversa le Regioni con un numero minore di utenti sono, in genere, quelle del Sud (soprattutto Campania e Molise).

Per quanto riguarda il sesso, 26.319 utenti sono maschi (76,2%) e 8.239 femmine (23,8%), con un rapporto M/F di 3,2. Tale dato indica, quindi, una maggiore frequenza dell'alcoldipendenza nei soggetti maschi, evidente soprattutto nelle Regioni del Centro-Sud, dove spesso il rapporto è superiore a 4.

Nel 2000 gli utenti alcoldipendenti hanno più frequentemente tra i 30 e i 59 anni di età (76,1%), e l'età media è di 45,6 anni; le femmine hanno un'età media più elevata dei maschi (46,2 rispetto a 45,4) e i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (età media, rispettivamente, 44,1 e 46,6).

A livello regionale emerge, pur con qualche eccezione, una differenziazione tra Nord e Sud: per il complesso degli utenti in genere i valori più elevati dell'età media si evidenziano nelle Regioni del Nord, e in particolare in Valle d'Aosta, Province Autonome di Bolzano e di Trento, Veneto ed Emilia-Romagna; al contrario nel Centro-Sud si hanno quasi sempre valori relativamente bassi, specialmente in Abruzzo (38,6), Campania (41,1) e Puglia (41,4). Tale variabilità regionale si ripropone anche separatamente nei due sessi.

Nel 2000 la bevanda alcolica maggiormente consumata dagli utenti dei servizi è il vino (61,9%), seguito dalla birra (19,8%) e dai superalcolici (10,0%); gli aperitivi, amari e digestivi vengono consumati in modo prevalente dal 4,6% dei soggetti. Le prime due bevande sono usate più frequentemente dai maschi (rispettivamente: 62,0% e 20,5% nei maschi; 61,4% e 17,3% nelle femmine), mentre per i superalcolici e gli amari, aperitivi e digestivi si hanno percentuali di consumo più alte nelle femmine (rispettivamente: 9,8% e 4,1% nei maschi; 10,7% e 6,3% nelle femmine).

La concomitanza del consumo di alcol con l'uso di sostanze stupefacenti e l'abuso di farmaci riguarda, rispettivamente, il 7,3% e il 6,6% degli utenti. Tale fenomeno ha una forte variabilità territoriale, ma risulta sostanzialmente stabile nell'ultimo quinquennio.

Tenendo conto della situazione appena delineata, l'emanazione della legge 30.3.2001 n. 125 appare come uno strumento fondamentale di contrasto dei problemi alcolcorrelati.

Ribadendo i principi e gli orientamenti delle più recenti politiche sanitarie di ambito europeo ed internazionale, la legge evidenzia infatti fortemente l'esigenza di interventi finalizzati ad accrescere la prevenzione e l'informazione, soprattutto a favore delle giovani generazioni, ad implementare adeguati sistemi di monitoraggio e sorveglianza dei fenomeni, a rendere accessibile una rete articolata e flessibile di servizi di trattamento e riabilitazione. Successivamente alla emanazione della legge, i vari livelli di amministrazione del Sistema Sanitario Nazionale, centrali, regionali e locali, hanno potuto meglio cooperare per migliorare, nell'ambito delle opportunità offerte dal nuovo quadro normativo, anche in collaborazione con altre amministrazioni interessate, la gestione delle problematiche connesse con il consumo di alcol, adeguandosi in particolare alle strategie di prevenzione primaria, secondaria e terziaria individuate dalle competenti istituzioni dell'Unione europea.

PARTE SECONDA

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

2.1. Gli interventi di sensibilizzazione alle istituzioni

L'entrata in vigore della legge 30.3. 2001 n. 125 ha rafforzato l'ambito dei possibili interventi del Ministero della Salute e di altre Amministrazioni centrali per il perseguimento di importanti obiettivi di salute a livello di prevenzione, cura e riabilitazione.

All'indomani della pubblicazione della legge il Ministro della Sanità pro tempore, nella sua qualità di massima autorità sanitaria di livello centrale, ha ritenuto opportuno sensibilizzare le altre Amministrazioni centrali chiamate in causa dalla legge stessa per sottolineare l'importanza di una sua puntuale e rapida attuazione per le importanti ricadute positive sul miglioramento dello stato di salute del Paese.

Ciò anche in adesione alle forti raccomandazioni delle agenzie internazionali e in particolare dell'O.M.S. circa la necessità di adottare in ambito alcologico politiche di ampio respiro, in grado di incidere sulla salute e sicurezza dei cittadini con azioni e interventi anche esterni all'ambito di operatività specificamente sanitario.

E' stata pertanto inviata in data 28 maggio 2001 una nota in tal senso ai Ministri sottoindicati, auspicando solleciti interventi nei rispettivi ambiti di competenza:

-Ministro dell'Interno, ai fini dell'intensificazione dei controlli sulle strade per la prevenzione degli incidenti stradali alcolcorrelati;

-Ministro per l'Università e la Ricerca scientifica, ai fini della possibile modifica degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni sanitarie e sociali per favorire l'apprendimento dell'alcolologia;

-Ministro dei Trasporti, ai fini dell'integrazione della formazione di istruttori e utenti delle autoscuole, per assicurare un'adeguata informazione sui rischi derivanti dall'assunzione di bevande alcoliche prima della guida;

-Ministro delle Comunicazioni, in relazione alle competenze sulle emittenti radiotelevisive pubbliche e private, che sono vincolate dalla legge all'adozione e al rispetto di codici di autoregolamentazione per le modalità e i contenuti dei messaggi pubblicitari sulle bevande alcoliche;

-Ministro del Lavoro e Politiche sociali, in relazione alle competenze per l'individuazione delle attività lavorative che comportano rischio per la sicurezza propria o di terzi, per le quali dovrà essere posto il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche.

Con nota del 21 maggio 2001 è stata altresì sensibilizzata la Segreteria della Commissione unica del farmaco presso il Ministero della Salute ai fini di quanto previsto dall'art. 3 comma 3 della legge per l'erogazione a carico del S.S.N. dei farmaci utilizzati nelle terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo e la definizione delle modalità per la distribuzione dei farmaci per l'alcoldipendenza da parte delle farmacie ospedaliere e per il tramite delle farmacie territoriali.

Il Ministro ha ritenuto altresì opportuno raccomandare alle Regioni e Province Autonome, tramite una nota inviata a tutti gli Assessori regionali alla Sanità e alle Politiche sociali, l'importanza di adempiere puntualmente ai compiti collegati alle nuove competenze ad esse assegnate dalla legge.

2.2. Gli interventi normativi e di indirizzo

L'art.3 comma 1 della legge 125/2001 prevede, tra le attribuzioni dello Stato, che con Atto di indirizzo e coordinamento da adottarsi ai sensi dell'art. 8 della legge 59/97, sentita la Consulta nazionale sull'alcol e i problemi alcolcorrelati presieduta dal Ministro per la Solidarietà sociale, nel rispetto delle competenze attribuite allo Stato e alle Regioni, nonché alle previsioni del Piano Sanitario Nazionale, siano definiti i requisiti minimi, strutturali e organizzativi, e gli standard minimi di attività dei servizi, i criteri per il monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati, le azioni di informazione e di prevenzione nei vari ambienti scolastici, militari, di aggregazione.

Pur afferendo la competenza propositiva per lo schema dell'Atto di indirizzo primariamente al Ministro della Salute, trattandosi di delineare orientamenti di valenza prevalentemente sanitaria, si è ritenuto opportuno, data la ricaduta anche sociale dei problemi alcolcorrelati e le importanti competenze dalla legge assegnate alla Consulta presieduta dal Ministro per la Solidarietà Sociale, condividere con l'attuale Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali l'attivazione delle procedure necessarie all'emanazione del previsto Atto di indirizzo, benché il testo della legge non lo richiedesse espressamente.

E' stata pertanto proposta al Ministro del Lavoro e Politiche sociali la costituzione, presso la Direzione generale della Prevenzione del Ministero della Salute, di un gruppo di lavoro congiunto Sanità/Politiche sociali/Regioni, composto da rappresentanti dei due Ministeri interessati e da funzionari regionali designati dal Coordinamento permanente delle Regioni e Province Autonome, con lo scopo di predisporre lo schema per il previsto Atto di indirizzo.

Pervenuto il consenso delle Amministrazioni interessate e la designazione dei rispettivi rappresentanti, veniva costituito il previsto gruppo di lavoro con D. M. del 21.12.2001.

Nel corso di cinque riunioni, tenutesi dal Febbraio all'Ottobre 2001, il gruppo di lavoro ha completato il suo compito istituzionale elaborando uno schema di Atto di indirizzo che, ai fini di un puntuale rispetto della legge 125/2001, è stato formalmente predisposto secondo un modello di D.P.C.M. conforme alle previsioni dell'art. 8 della legge 59/97.

Il Gruppo di lavoro ha peraltro ravvisato la necessità, date le modifiche apportate alle competenze istituzionali di Stato, Regioni e Province autonome dalla legislazione successiva alla legge, che i medesimi contenuti siano recepiti in un Atto formalmente più adeguato ai mutati rapporti tra Stato e Regioni, da presentare, dopo l'intesa col Ministro del Lavoro e Politiche sociali e il previsto esame da parte della Consulta nazionale sull'alcol, all'approvazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Lo schema elaborato dal Gruppo di lavoro, ritenuto pienamente rispondente alle finalità indicate dalla legge, è stato inviato al Ministero del Lavoro e Politiche sociali per l'acquisizione di un'intesa e l'esame da parte della citata Consulta nazionale sull'alcol, secondo le previsioni dell' art. 3 comma 1 della legge.

Non essendosi a tutt'oggi insediata presso il citato Ministero la Consulta nazionale prevista dalla legge, non è stato ancora possibile acquisire l'intesa sullo schema di Atto di indirizzo. Su richiesta dello stesso Ministero del Lavoro e Politiche sociali sono stati peraltro designati i rappresentanti del Ministero della Salute in seno alla Consulta medesima.

Essendo stato già approvato, d'altra parte, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome lo schema di Regolamento, su proposta del Ministro del Lavoro e Politiche sociali, recante il funzionamento e l'organizzazione della Consulta di cui trattasi, si presume di acquisire in tempi brevi la necessaria intesa col suddetto Ministro per

l’emanazione dei previsti indirizzi.

Il Ministero della Salute ha successivamente collaborato col Ministro del Lavoro e Politiche sociali, cui la legge assegna la competenza primaria, ai fini della predisposizione dello schema di Decreto interministeriale previsto dall’art. 15 comma 1 della legge, per l’individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortunio sul lavoro e per le quali dovrà essere adottato il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche.

Si stanno al momento attuale ultimando le procedure per la formalizzazione del concerto tra i due Ministeri ai fini dell’emanazione del previsto Decreto.

Il Ministero della Salute ha partecipazione altresì ai lavori della Commissione interministeriale insediata presso il Ministero per le Infrastrutture e Trasporti ai fini della riforma del Codice della strada, nell’ambito della quale ha presentato, in conformità con gli orientamenti contenuti nella legge 125/2001, proposte per una più puntuale effettuazione dei controlli sul tasso alcolemico previsti dall’art. 186 del Decreto legislativo 30.4.1992 n. 285. Tali proposte, elaborate nell’ambito di un apposito gruppo di lavoro interministeriale e in collaborazione col Ministero dell’Interno, sono state di fatto definitivamente recepite nel testo della legge 1.8.2003 n. 214 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 27 giugno 2003 n. 151, recante modifiche ed integrazioni al Codice della strada”. Esse si riferiscono, in particolare, alla regolamentazione dei controlli sul tasso alcolemico da effettuarsi sui conducenti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti alle cure mediche, alla possibilità di effettuare accertamenti qualitativi preliminari per motivare l’obbligo di accertamento avente valore legale, all’adeguamento della concentrazione alcolemica legale per la guida di autoveicoli al parametro stabilito dalla legge 125/2001 (0,5 grammi per litro).

Successivamente all’emanazione della legge 125/2001, il Ministero della Salute ha sottoscritto con le Regioni un importante Accordo in cui trovano pieno riscontro le finalità di tutela e assistenza della popolazione con problemi alcolcorrelati ribadite nella legge.

Si tratta dell’Accordo 22.11.2001 “Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome sui livelli essenziali di assistenza sanitaria, ai sensi dell’art. 1 del decreto legislativo 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni” (pubblicato in G.U. n. 19 del 23.1.2002), con il quale vengono inclusi nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza, da garantire in modo uniforme a tutta la popolazione, secondo il disposto del Decreto legislativo 19.6.1999 n.229, le attività sanitarie e sociosanitarie rivolte a favore delle persone dipendenti da alcol. Si prevede in particolare l’erogazione, nell’ambito del livello di assistenza distrettuale, di interventi di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, nonché di attività riabilitative di carattere residenziale e semiresidenziale.

Un ulteriore passo in direzione dell’attuazione della legge può essere considerato anche il Piano sanitario nazionale 2003-2005 (recepito nel D.P.R. 23.5.2003 pubblicato nella G.U. del 18.6.2003 n.139, Suppl. n. 95), nel quale sono stati inseriti alcuni importanti e specifici riferimenti ai problemi derivanti dall’alcol. Viene infatti ribadita la validità del citato Accordo Stato-Regioni per l’organizzazione dei Dipartimenti per la prevenzione e il trattamento di tutte le dipendenze, non solo quelle da sostanze illegali ma anche da sostanze legali, confermando quindi il suddetto Dipartimento quale servizio specifico anche per i problemi dell’alcol; nel Piano sanitario nazionale inoltre la prevenzione dell’alcolismo, con particolare riferimento a quello giovanile, viene individuata specificamente quale tematica da inserire nei programmi prioritari di abbattimento dell’uso e dell’abuso di sostanze. La centralità che nel nuovo Piano sanitario nazionale assume l’aspetto del controllo degli stili di vita non può, infine, non investire le problematiche connesse col consumo di bevande alcoliche in un Paese come il nostro, in cui la cultura del bere è fortemente e variamente radicata.

2.3. La partecipazione alle politiche internazionali

I principi sanciti dalla legge 125/2001 per la tutela della popolazione, e in particolare di bambini e adolescenti, dai danni alcolcorrelati trovano riscontro in due importanti atti di politica sanitaria internazionale approvati nell'ambito del Consiglio dei Ministri della Sanità europei del 5 giugno 2001, alla cui elaborazione l'Italia ha attivamente partecipato collaborando alle attività del Gruppo di lavoro “Alcol e salute” insediato presso la Direzione generale V “Occupazione, relazioni industriali e Affari sociali” della Commissione europea:

-Raccomandazione del Consiglio “Consumo di bevande alcoliche da parte di bambini e adolescenti”, finalizzata alla protezione delle giovani generazioni dal rischio rappresentato dai nuovi modelli di consumo alcolico giovanile;

-Conclusioni del Consiglio per l'adozione di una Strategia comunitaria intesa a ridurre i pericoli connessi con l'alcol nell'ambito della popolazione generale.

Col primo provvedimento il Consiglio dell'U.E. invita gli Stati ad esprimere un particolare impegno, nel quadro delle misure da adottare in relazione al problema dei giovani e l'alcol, con particolare riferimento a bambini e adolescenti, in due direzioni principali:

-interventi di informazione/sensibilizzazione/promozione della salute/prevenzione, da attuarsi anche tramite gli strumenti individuati dalla ricerca finalizzata e la partecipazione dei giovani alle attività di politica sanitaria che li riguardano;

-controllo della promozione, commercializzazione e vendita delle bevande alcoliche, da attuarsi tramite la cooperazione con i settori economici interessati.

La necessità della protezione delle giovani generazioni dai danni alcolcorrelati era stata del resto già ribadita nel Febbraio 2001, proprio in concomitanza con l'approvazione della legge quadro sull'alcol, nell'ambito di un altro importante evento internazionale, la Conferenza dei Ministri della Sanità organizzata a Stoccolma dall'O.M.S. in collaborazione con la Presidenza di turno dell'Unione Europea, conclusasi con l'approvazione di una Dichiarazione sui giovani e l'alcol da parte di tutti gli Stati europei presenti, tra cui l'Italia.

Col secondo provvedimento, “Conclusioni del Consiglio su una strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati”, il Consiglio invita la Commissione a studiare la possibilità di sostenere una strategia comunitaria globale volta a ridurre il danno alcolcorrelato, a completamento delle politiche nazionali. Si prende in particolare atto che il consumo di alcol è uno degli elementi determinanti per la salute nella Comunità europea, e si enuncia l'evidenza scientifica della correlazione tra l'elevato consumo di alcol nella popolazione e l'aumento del rischio di mortalità per alcune cause.

La strategia comunitaria proposta ha una valenza di ampio respiro, includendo misure da adottarsi anche in ambiti politici diversi da quelli specificamente sanitari, quali la ricerca, la tassazione, i consumi, la salvaguardia del consumatore, i trasporti, la pubblicità, il commercio, la sponsorizzazione.

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

L'art. 3 comma 4 della legge 125/2001 ha autorizzato, a decorrere dall'anno 2001, la spesa massima di lire 1.000 milioni annue (pari a € 516.457) per la realizzazione delle attività di monitoraggio dell'abuso di alcol e dei problemi alcolcorrelati, nonché di lire 2000 milioni annui per la realizzazione di attività di informazione e prevenzione.

In attesa dell’emanazione dell’Atto di indirizzo previsto dall’art. 3 comma 1c) per la definitiva determinazione dei criteri di monitoraggio dei dati, tenendo conto che lo stesso art. 3 dispone che le attività di monitoraggio siano realizzate secondo modalità che garantiscano l’elaborazione e la diffusione dei dati a livello regionale e nazionale, il Ministero ha ritenuto opportuno ripartire tra le Amministrazioni regionali le somme assegnate per i primi due anni di applicazione della legge, ai fini della realizzazione di una preliminare e sperimentale attività di monitoraggio preparatoria all’implementazione definitiva da regolamentarsi con l’emanando Atto di indirizzo.

Lo schema di ripartizione è stato costruito sulla base dei criteri individuati dal citato Gruppo di lavoro Ministero/Regioni per la predisposizione dell’Atto di indirizzo, relativi all’entità della popolazione regionale residente, ai consumi complessivi di bevande alcoliche e al numero dei bevitori eccedentari secondo la più recente rilevazione ISTAT.

La proposta di ripartizione è stata sottoposta all’esame della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome per il parere ai sensi dell’art. 2, comma 4 del decreto legislativo 28.8.1997 n. 281, e successivamente approvata nella seduta del 16 gennaio 2003, conformemente alla tabella sottoindicata.

RIPARTIZIONE FONDI PER IL MONITORAGGIO DEI DATI ALCOLOGICI		
REGIONI E PROV. AUT.	QUOTA 2001	QUOTA 2002
	(in Euro)	(in Euro)
PIEMONTE	40.709,38	40.709,38
VALLE D'AOSTA	1.330,61	1.330,61
LOMBARDIA	84.659,43	84.659,43
P.A. BOLZANO	3.754,92	3.754,92
P.A. TRENTO	4.039,70	4.039,70
VENETO	43.809,40	43.809,40
FIULI- VENEZIA GIULIA	11.434,84	11.434,84
LIGURIA	15.221,77	15.221,77
EMILIA-ROMAGNA.	40.077,49	40.077,49
TOSCANA.	34.403,90	34.403,90
UMBRIA	8.502,85	8.502,85
MARCHE	14.997,40	14.997,40
LAZIO	46.770,79	46.770,79
ABRUZZO	11.813,88	11.813,88
MOLISE	3.052,10	3.052,10
CAMPANIA	46.210,94	46.210,94
PUGLIA	34.143,35	34.143,35
BASILICATA	5.634,59	5.634,59
CALABRIA	16.994,69	16.994,69
SICILIA	34.343,89	34.343,89
SARDEGNA	14.550,65	14.550,65
TOTALE	516.457,00	516.457,00

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

- prevalenza e incidenza delle patologie alcolcorrelate nei ricoveri ospedalieri
- rapporto tra n. di utenti alcoldipendenti e n. di servizi rilevati (pubblici e privati, convenzionati o accreditati)
- rapporto tra popolazione regionale e utenza dei gruppi di auto-mutuo aiuto
- consumi annuali pro capite di alcol puro della popolazione regionale; consumi annuali pro-capite di bevande alcoliche suddivise nei tre grandi gruppi
- modelli di consumo e abuso e altre variabili comportamentali e sociologiche relative, con dati disaggregati almeno per fasce d'età, sesso e condizioni socioeconomiche; fenomeni eventualmente emergenti ritenuti di interesse per la conoscenza e l'interpretazione sociale del danno derivante dall'uso di bevande alcoliche.

2.5. Gli interventi in materia di informazione

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

La rivista viene inviata tra l'altro a tutti i servizi pubblici e privati attivi in tema di tossicodipendenza e alcolismo, ed è disponibile su Internet all'indirizzo <http://www.unicri.it/min.san.bollettino>.

In occasione dell'emanazione della legge 30.3.2001 n. 125 il Ministero ha curato la pubblicazione di un numero speciale (N. 1 anno XXIV 2001) interamente dedicato ai problemi alcologici, in cui è stato fra l'altro pubblicato il testo della nuova legge.

Ai fini di dare una concreta attuazione al Piano sanitario nazionale 2003-2005, che prevede tra i dieci obiettivi strategici un piano di azione specificamente dedicato alla promozione di stili di vita salutari, il Ministero ha curato inoltre la realizzazione di un articolato programma di comunicazione istituzionale sugli stili di vita e la salute, che ha riguardato anche il consumo di bevande alcoliche. Sono stati altresì intrapresi contatti con le Associazioni attive nella lotta ai problemi alcolcorrelati per l'avvio di campagne di informazione destinate in particolare al mondo giovanile e adolescenziale.

2.6. I progetti finanziati a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga

Con l'approvazione della Legge 18.2.1999 n. 45 “Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze” viene definitivamente istituzionalizzata, come già si è detto, la possibilità di finanziare a carico del suddetto Fondo nazionale progetti relativi alla “alcoldipendenza correlata”, presentati dalle Regioni e dai Ministeri interessati.

Per gli anni 2001 e 2002 il Ministero della Salute ha tenuto conto, nella predisposizione dei progetti per i quali richiedere il finanziamento del Fondo, delle finalità e degli obiettivi

enunciati dalla legge 125/2001, ai fini di favorire interventi e azioni utili a una sua puntuale attuazione.

Negli anni 2001 e 2002 sono stati pertanto elaborati e presentati alla approvazione del suddetto Fondo i progetti sottoindicati.

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

(Finanziamento approvato: €464.811,21)

In considerazione del fatto che la legge 125/2001 impegna l’Amministrazione centrale della Salute alla definizione dei requisiti e standard minimi di funzionamento dei servizi, e le Regioni ad una specifica programmazione di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati, questo progetto intende rappresentare un sostegno per l’efficace e proficua messa a punto di validi strumenti a ciò finalizzati, creando una solida base conoscitiva, operativa e organizzativa, anche tramite la sperimentazione di attività innovative, sulla quale innestare un’efficace attività istituzionale.

Rivestendo valore cruciale, per le esigenze conoscitive del sistema, il dato relativo all’impatto dei problemi e patologie alcolcorrelate nella popolazione afferente alle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, in termini di epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi, è stato elaborato un progetto che consenta di approfondire su queste basi la conoscenza dei fenomeni di abuso e dipendenza da alcol nel nostro Paese, individuandone le tipologie, le correlazioni con altre patologie e altri tipi di dipendenza, con i ricoveri ospedalieri e con altre variabili demografiche, socioeconomiche e culturali. Ciò anche tenendo conto che l’Organizzazione Mondiale della Sanità suggerisce da tempo di impostare gli studi relativi ai danni da alcol su indicatori di disabilità piuttosto che di mortalità.

Il progetto consentirà di porre le basi per la messa a punto di un sistema di monitoraggio permanente, adeguato alle esigenze conoscitive di un sistema di assistenza integrato, così come configurato in relazione alla recente normativa.

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

(Finanziamento approvato: € 206.582,76)

Dopo l’approvazione della legge 125/2001, nel momento in cui i servizi per l’alcoldipendenza sono diventati, per volontà del legislatore, un segmento importante nell’ambito del sistema preposto alla salute dei cittadini, è apparso particolarmente utile e opportuno predisporre le basi per la costruzione di un modello di assistenza alcologica operativamente valido, sperimentando, in relazione ad ipotesi di lavoro scientificamente fondate e preliminarmente validate, interventi operativi in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni degli utenti.

Poiché le ricadute nell’abuso da parte di soggetti già disintossicati sono un nodo cruciale e ancora irrisolto nel trattamento degli alcolisti e, nonostante la correttezza e l’efficacia dei metodi di disintossicazione, vengono rilevate percentuali mediamente molto alte di soggetti ricaduti nell’abuso, è stato elaborato uno specifico progetto di carattere sperimentale finalizzato a costruire un modello di intervento che faciliti l’accesso degli utenti alcolisti al sistema, prolunghi la loro permanenza nei programmi di trattamento e accresca nel tempo e nello spazio le occasioni di rapporto con i servizi, assicurando periodici contatti a lungo termine, anche tramite teleassistenza, in grado di contenere nel lungo periodo i fenomeni di

ricaduta. Si prevede di sostenere a tal fine anche la diffusione sul territorio di esperienze di auto-mutuo aiuto promosse o protette dal servizio pubblico.

Il progetto prevede inoltre una fase di formazione per mettere in grado gli operatori di gestire rapporti, anche limitati e a distanza, ma continui e attenti, con i singoli pazienti, e di interagire con le loro energie di autoregolazione e di cambiamento, cogliendo tutte le possibilità presenti nell’ambito di un percorso pluriennale, dove la ricaduta è gestita quale momento critico ma non risolutivo del rapporto terapeutico.

“Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione dell’abuso di alcol e dei rischi alcol-correlati, per la costruzione di nuovi modelli di intervento che utilizzino i giovani come ‘risorsa’ ”.

(Finanziamento approvato: € 480.930,00)

La legge 125/2001 contempla fra le sue finalità, al comma 1 punto a), la tutela del diritto di bambini e adolescenti ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all’abuso di bevande alcoliche. D’altra parte sta emergendo tra i giovani del nostro Paese una crescente diffusione del consumo di bevande alcoliche ad alto rischio, con la conseguente necessità di adottare adeguate misure di prevenzione.

Tenendo conto della centralità e della criticità della scuola quale luogo di apprendimento conoscitivo e relazionale anche rispetto ai problemi che attengono alla salute psicofisica, è stato elaborato un progetto per la valutazione di impatto e di risultato degli interventi e degli strumenti di prevenzione dell’abuso alcolico nella scuola.

Il progetto si propone di individuare i punti di forza o di criticità, a livello comunicativo, cognitivo, relazionale o quant’altro, delle strategie educative e dei programmi adottati, di studiare opinioni, credenze, condizionamenti e situazioni che favoriscono l’attrazione dei giovani verso modelli di consumo alcolico a rischio, di costruire e sperimentare, sulla base delle conoscenze acquisite, un modello operativo in grado di coinvolgere i giovani in modo attivo nella gestione degli interventi preventivi nella scuola e di valorizzarli come risorsa.

PARTE TERZA

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

Al fine di acquisire informazioni confrontabili e poter predisporre per il Parlamento una Relazione rispecchiante la complessiva situazione nazionale rilevata secondo un modello uniforme per tutte le Regioni, è stato predisposto dal Ministero della Salute lo schema sottoindicato, relativo ai principali settori di intervento della legge 30.3.2001 n.125, che è stato proposto alle Regioni quale traccia per l'elaborazione delle Relazioni regionali previste dall'art. 9 comma 2 della legge stessa.

-Interventi realizzati dalle Regioni -**Scheda indicativa di argomenti per la Relazione al Parlamento****1) Iniziative adottate dalle Regioni per**

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

2) Strutture di accoglienza eventualmente realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'art. 11**3) Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con Enti e Associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge****4) Attività di collaborazione con le competenti istituzioni dell'Amministrazione dell'Interno o municipali per il rispetto delle disposizioni in materia di**

- pubblicità
- vendita di bevande superalcoliche nelle autostrade
- tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli

5) Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro**6) Provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo**

La data del 30.6.2003 è stata posta quale termine ultimo per la chiusura da parte del Ministero della Salute della raccolta di informazioni utili alla predisposizione della Relazione al Parlamento relativa agli interventi realizzati al 31.12.2002.

Tutte le Regioni hanno fornito entro il termine indicato un riscontro alle richieste informative del Ministero, sia pure con differenti livelli di completezza ed esaustività, in forme commisurate all'entità e alla qualità delle iniziative adottate.

E' stato così possibile costruire un primo quadro illustrativo dell'impatto iniziale che la legge ha avuto ai vari livelli di intervento.

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

La **Regione Piemonte** ha rafforzato la rete dei gruppi di lavoro alcologici (G.L.A.) già costituiti a partire dagli anni '80 per offrire una risposta territoriale ai problemi alcolcorrelati e composti da rappresentanti di servizi diversi, quali SERT, Servizi sociali, Servizi del privato sociale e altri.

E' stato adottato un apposito provvedimento per l'istituzione di Unità alcologiche all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze (DGR 11.12.2000).

Con il finanziamento del Fondo nazionale per la lotta alla droga sono stati realizzati quattro progetti per il miglioramento e l'ampliamento della presa in carico degli alcoldipendenti. Per quanto attiene alle attività di informazione e prevenzione, sono stati realizzati quattro progetti di prevenzione e educazione alla salute, di cui tre diretti a un target soprattutto giovanile e uno per la mappatura di tutte le risorse presenti nel territorio regionale, anche questi finanziati con il Fondo nazionale per la lotta alla droga. Altri due progetti diretti alle scuole e alla popolazione generale sono stati finanziati con fondi regionali.

La formazione e l'aggiornamento del personale sono stati attuati, in continuità con una metodologia adottata fin dal 1988, con l'organizzazione di corsi settimanali di sensibilizzazione al trattamento dei problemi alcolcorrelati, realizzati da Aziende USL e Regione in collaborazione con l'Associazione regionale dei Clubs per gli alcolisti in trattamento (ARCAT).

Nell'ambito dei moduli formativi della "Scuola di perfezionamento in alcologia e problemi complessi", organizzati e gestiti fin dal 1998 dalla Regione in collaborazione con la citata ARCAT, sono stati realizzati seminari monotematici sulle problematiche alcolcorrelate.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Torino ha organizzato negli ultimi tre anni un "Corso di Perfezionamento in Alcologia". E' in fase preparatoria il progetto per un corso di circa 70 ore articolato in un modulo base e in seminari di approfondimento.

Continua il funzionamento di un gruppo tecnico di coordinamento formato da rappresentanti di Servizi pubblici, Associazioni di auto-mutuo aiuto (ARCAT e A.A.) e privato sociale, per favorire l'adozione di strategie integrate a ogni livello di intervento.

Nella **Regione Valle d'Aosta** esiste un solo SERT (Servizio per le tossicodipendenze) il cui lavoro è strutturato in due équipes una delle quali è dedicata all'alcolismo.

Non è stato attivato un Dipartimento delle Dipendenze, ma la Regione ha recentemente istituito un Gruppo tecnico per le dipendenze patologiche che partecipa all'individuazione di politiche coordinate per le diverse dipendenze, mettendo in rete i servizi pubblici e privati operanti sul territorio. Da quando presso il SERT sono state attivate apposite équipes alcologiche, gli utenti alcoldipendenti che vi afferiscono sono in forte e costante aumento (i nuovi casi per il 2002 rappresentano ben il 27,5% del totale degli utenti presi in carico).

La Relazione sociosanitaria predisposta dall'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche sociali evidenzia la Val D'Aosta come una delle Regioni nelle quali l'abuso e la dipendenza da alcol si presentano con maggiore complessità, anche se il fenomeno risulta essere ancora scarsamente considerato nelle sue implicazioni e costi a livello sociale e notevolmente sottostimato nella sua pericolosità.

Le persone che si presentano al Servizio arrivano nella maggior parte dei casi spontaneamente (57% dei casi) o provenienti dall’Ospedale (28,5%), mentre è ancora insufficiente il collegamento con la rete degli altri Servizi della ASL o dei medici di assistenza primaria.

E’ in crescita la collaborazione con il carcere e aumentano i casi da qui provenienti.

La tipologia dei trattamenti effettuati è prevalentemente medico-farmacologica, anche in conseguenza delle numerose patologie organiche alcolcorrelate. Il day hospital alcologico del SERT ha effettuato nel 2002 77 inserimenti, l’80% dei quali ha avuto esito positivo attraverso la continuità della presa in carico con i programmi territoriali.

Le attività di prevenzione primaria e informazione sui problemi alcolcorrelati sono collocate nell’ambito dei programmi realizzati dal SERT in relazione alle altre dipendenze.

E’ stata in particolare curata l’informazione della popolazione generale.

La formazione del personale addetto al settore alcologico è inglobata di solito nei programmi generali di aggiornamento.

Per la formazione dei medici di Medicina Generale e di alcune unità di personale del SERT la Regione ha partecipato al progetto nazionale finanziato dal Ministero della Salute con il Fondo nazionale per la lotta alla droga “ Corsi master per la formazione dei formatori dei corsi destinati a medici di medicina generale per la prevenzione dell’uso inadeguato e della dipendenza da alcol ”, nel quale si prevede l’organizzazione, in collaborazione con la Federazione Italiana dei Medici Medicina Generale, di incontri di formazione destinati a gruppi di medici tutors, cui sarà successivamente affidato l’incarico di formare, con strumenti creati ad hoc, un più ampio numero di colleghi in tutto il territorio nazionale, ai fini di migliorarne le conoscenze e la sensibilità in relazione ai problemi alcolcorrelati.

Nel corso dell’anno 2002 sono iniziati nuovi cicli di incontri con tutti i Gruppi di auto-mutuo aiuto presenti sul territorio.

Nella **Regione Lombardia** l’impegno alla attuazione di efficaci interventi è stato fortemente sancito nell’ambito del Piano Sanitario regionale per gli anni 2002-2004.

I Servizi per l’alcoldipendenza pubblici e privati sono stati coordinati all’interno del Dipartimento delle Dipendenze, e l’esistenza di una rete diffusa di interventi alcologici costituisce una prima, fondamentale risposta alla necessità di favorire l’accesso di soggetti e familiari ai trattamenti necessari. Nell’ambito delle oltre 50 Unità alcolologiche delle Aziende USL lombarde operano 15 Dipartimenti delle Dipendenze, che nel corso del 2001 hanno seguito circa 6.000 soggetti alcoldipendenti. L’intervento attuato è di tipo multidisciplinare, svolto in collaborazione con i Gruppi di auto-mutuo aiuto, le Aziende ospedaliere, i Medici di Medicina Generale.

Per gli interventi di informazione e prevenzione è stata utilizzata la parte più rilevante della quota regionale del Fondo nazionale per la lotta alla droga finalizzata ai problemi alcologici. La Regione Lombardia ha aderito nell’anno 2002 anche a un progetto nazionale del Ministero della Salute, finanziato con il Fondo nazionale per la lotta alla droga, riguardante l’implementazione di corsi di formazione per gli insegnanti della scuola superiore, finalizzati all’incremento delle conoscenze e dell’impegno didattico per la prevenzione delle problematiche connesse all’abuso di alcol.

Il miglioramento della qualità dei trattamenti è stato realizzato sia tramite adeguati percorsi di formazione sia tramite la richiesta di “ulteriori requisiti di qualità” a integrazione dei requisiti minimi necessari per l’autorizzazione al funzionamento e all’accreditamento dei servizi pubblici e privati.

Le politiche regionali per la formazione degli operatori messe in atto nel 2002 hanno riguardato interventi destinati congiuntamente agli operatori pubblici e privati, per fornire loro una formazione integrata che, pur nella salvaguardia delle specificità di area o di target, sia adeguata a rispondere ai bisogni derivanti da tutte le forme di dipendenza.

La Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige ha favorito l'accesso all'utenza tramite l'erogazione di regolari trattamenti psico-socio-sanitari presso le sedi del SERT sia centrali che territoriali. È stata attivata una rete di interventi con un buon livello di funzionamento tramite la collaborazione e il convenzionamento dei SERT con le Associazioni di auto-mutuo-aiuto e con altre organizzazioni del privato sociale. Presso il SERT di Merano è stata in particolare messa a punto una procedura interna di qualità finalizzata al controllo della qualità degli interventi e al monitoraggio degli utenti.

Sono stati organizzati incontri di informazione e prevenzione sia in ambito scolastico che extra scolastico. L'apposito Ufficio per l'educazione alla salute presso l'Assessorato alla Sanità ha realizzato nel 2002 la campagna "Gusto giusto senza sbornia", finalizzata a sensibilizzare i giovani a un consumo moderato e consapevole.

La Provincia ha istituito inoltre a Bolzano un apposito Centro per l'avvio e il coordinamento di tutti i progetti di prevenzione e informazione sul territorio.

I SERT hanno svolto regolarmente corsi di formazione e aggiornamento sia all'interno che all'esterno del servizio. La Provincia ha organizzato in collaborazione con l'Università di Innsbruck un corso biennale per "consulenti per le dipendenze", destinato a operatori del Servizio pubblico e del settore privato sociale convenzionato. Viene inoltre finanziata la partecipazione degli operatori pubblici e delle Associazioni convenzionate ad altre iniziative formative extraprovinciali, quando ritenute utili al miglioramento della qualità degli interventi.

La Provincia autonoma di Trento ha messo in atto diverse iniziative per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali e migliorarne la qualità attraverso una diffusione capillare dei Servizi di alcologia. Nel territorio provinciale sono presenti 11 Servizi alcologici funzionalmente indipendenti dai SERT, per il cui coordinamento è stato istituito un apposito Servizio di Riferimento per le attività alcologiche.

Per l'assistenza ospedaliera è stato avviato il progetto "RAR", che consente di utilizzare in tutti i reparti ospedalieri almeno una persona formata che esegua colloqui motivazionali con i pazienti, individuati tramite un'apposita cartella anamnestica, per inviarli ai Servizi alcologici o ai Gruppi di auto-mutuo aiuto.

Le azioni di informazione e prevenzione vengono assicurate tramite incontri di sensibilizzazione e informazione per gruppi omogenei di persone attive nel sociale, incontri con i medici di famiglia, stampa e diffusione di manifesti e dépliants informativi nei luoghi pubblici. Annualmente vengono inoltre effettuati appositi corsi di formazione per gli insegnanti delle scuole elementari e medie.

Sono stati altresì realizzati alcuni progetti che prevedono interventi nelle scuole elementari, medie e superiori, negli ambienti sportivi, nelle Autoscuole (4 ore di formazione per insegnanti ed istruttori), nei pub e nelle discoteche, nonché due progetti di Comunità con interventi capillari in tutte le fasce della popolazione, nell'ambito di una ricerca policentrica nazionale.

La formazione e l'aggiornamento del personale dei servizi alcologici e dei Gruppi di auto-mutuo aiuto (soprattutto Clubs degli alcolisti in trattamento) vengono garantiti annualmente con l'organizzazione di apposite giornate di aggiornamento e di due sessioni dell'iniziativa "Settimana di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi".

E' stata promossa l'attività di ricerca sia nell'ambito di alcuni progetti che in ambito universitario; in particolare sono stati instaurati rapporti di collaborazione con i Dipartimenti universitari della Facoltà di Statistica.

I Servizi di alcologia intrattengono stretti rapporti di collaborazione con le Associazioni dei Clubs degli alcolisti in trattamento e i Gruppi degli alcolisti anonimi.

Nella Regione Veneto fin dal triennio 1997-99 è stato introdotto sperimentalmente un modello di intervento basato su una rete di servizi e strutture composta di Medici di

Medicina Generale, Gruppi di auto-mutuo aiuto, Volontariato, Dipartimenti delle Dipendenze, Centri alcologici multimodali, che devono porsi in relazione funzionale tra loro e con l'organizzazione socio-sanitaria nel suo complesso. In particolare, in ogni Dipartimento delle Dipendenze è stata attivata almeno un'Unità operativa funzionale di alcologia. In ogni ospedale è garantita, in collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze, la possibilità di ricovero di pazienti alcolisti. È stato altresì attivato un Sistema informativo regionale per l'alcologia (SIRAV) quale interfaccia informativa fra la Regione e le diverse componenti della rete, con compiti sia epidemiologici che informativi. Nell'anno 2001 l'utenza della rete alcologica ha superato le 13.000 unità, delle quali 7.700 risultano in carico ai servizi territoriali, e altre 2.000 in carico alle Aziende ospedaliere per la cura dell'alcoldipendenza o di patologie correlate.

La Regione Veneto nell'anno 2002 ha consolidato le procedure e le iniziative adottate negli anni precedenti per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali e migliorarne la qualità.

In particolare gli sforzi si sono concentrati sulla creazione di un'équipe alcologica in grado di garantire l'accesso agli ambulatori in tempi brevi, l'offerta di programmi riabilitativi differenziati (comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali, centri diurni e notturni, assistenza domiciliare, inserimento socio-lavorativo in cooperative sociali), l'aggancio dei soggetti alcodipendenti e/o con patologie alcolcorrelate attraverso consulenze specialistiche dirette ai pazienti o al personale delle Unità operative ospedaliere, la gestione degli aspetti relativi alla presa in carico del paziente, l'incremento del lavoro di rete con le risorse pubbliche di base e specialistiche, del privato sociale e del volontariato presenti sul territorio.

Le azioni di informazione, prevenzione ed educazione sui danni alcolcorrelati sono state inserite per lo più nell'ambito di programmi più ampi e articolati di educazione alla salute connessi in generale al problema della dipendenza e per la maggior parte finanziati attraverso il Fondo nazionale per la lotta alla droga. Tali programmi hanno coinvolto il mondo della scuola, del tempo libero, del lavoro, delle autoscuole, delle carceri, dell'associazionismo e delle associazioni sociosanitarie.

La formazione e l'aggiornamento del personale hanno riguardato generalmente la partecipazione a convegni e a giornate di formazione facenti parte di un Programma di formazione per operatori delle tossicodipendenze finanziato dalla Regione Veneto. Alcuni SERT hanno, inoltre, organizzato corsi obbligatori per il proprio personale e attività di supervisione dei casi clinici.

La Divisione di Gastroenterologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova, in collaborazione con la Società Italiana di Alcologia, ha avviato per l'anno 2002 il progetto "Alcol e apparato digerente", allo scopo di valutare i rapporti tra abitudini alimentari, abuso alcolico e patologie dell'apparato digerente. La Sezione di Alcologia della stessa Azienda ospedaliera cura la formazione in campo alcologico di laureati in psicologia e medicina, con l'obiettivo, tra l'altro, di formare operatori professionali in grado di gestire gruppi di auto-mutuo aiuto sperimentali che prevedono la presenza di un operatore qualificato.

La Facoltà di Medicina dell'Università di Padova ha istituito un corso integrativo per gli specializzandi in Gastroenterologia, denominato "Fisiopatologia clinica del danno gastroenterologico da alcol".

Nell'ambito del Corso di Laurea in Scienze della Formazione, indirizzo socio-sanitario, della stessa Università sono stati organizzati cicli di incontri seminariali per gli studenti, con l'obiettivo di fornire alle nuove figure professionali non mediche strumenti di base per affrontare il mondo delle dipendenze e in particolare delle dipendenze alcolcorrelate.

A livello di ricerca, La Regione Veneto ha confermato per il triennio 2002-2005 alla Sezione di Epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica del

C.N.R. di Pisa l’incarico per la prosecuzione di uno studio, già iniziato nel corso del triennio 1999-2002, per la stima di prevalenza ed incidenza dell’uso e abuso di alcol e sostanze illecite nella regione Veneto. Scopo di tale studio è, tra l’altro, quello di raccogliere e rendere disponibili gli indicatori epidemiologici standard definiti a livello europeo dall’Osservatorio europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze.

Le iniziative adottate per favorire le Associazioni di auto-mutuo aiuto e le Organizzazioni del privato-sociale *no profit* hanno riguardato, per la maggior parte, la stesura di convenzioni e/o protocolli d’intesa per l’invio di utenti alcoldipendenti e la gestione dei Gruppi di auto-mutuo aiuto.

Alcune strutture pubbliche hanno stipulato convenzioni con Cooperative sociali presenti sul territorio per programmi di inserimento socio-lavorativo di utenti alcoldipendenti.

Nella **Regione Friuli Venezia Giulia** sono presenti all’interno dei Dipartimenti per le Dipendenze di tutte le Aziende USL le Unità operative complesse per la dipendenza da sostanze legali, nell’ambito delle quali sono collocate le attività di diagnosi, cura e riabilitazione di interesse alcologico, con la disponibilità anche di posti letto specificamente alcologici.

In tutti i Dipartimenti delle Dipendenze vengono fatti periodici corsi di formazione e di aggiornamento per il personale, ammettendo talvolta come uditori alcuni operatori delle Associazioni di volontariato che si occupano di alcol. La formazione del personale si avvale altresì delle Scuole alcologiche territoriali dei Clubs degli alcolisti in trattamento, i cui corsi si svolgono annualmente anche con la collaborazione degli stessi operatori pubblici. Il Dipartimento delle Dipendenze dell’Azienda n.2 “Isontina” ha in corso un progetto di collaborazione con la Romania per la formazione di operatori locali da impegnare per la conduzione di Gruppi di auto-mutuo aiuto secondo il metodo Hudolin.

E’ molto attiva nella Regione la collaborazione con i Clubs degli alcolisti in trattamento introdotti con la diffusione del metodo Hudolin, le cui prime sperimentazioni si sono svolte proprio in Friuli V.G.. Spesso è la stessa Azienda USL che mette a disposizione di questa Associazione di auto-mutuo aiuto gli spazi per tutte le attività.

Sono attivi vari programmi di prevenzione, rivolti prevalentemente alle scuole di ogni ordine e grado, ivi comprese le scuole italiane dell’Istria Slovena e Croata.

La **Regione Liguria** si è dotata di un Nucleo Operativo Alcologia (N.O.A.) in ciascuno dei 5 Dipartimenti delle Dipendenze; questi ultimi stanno curando un percorso finalizzato a ottenere l’accreditamento e la certificazione di qualità da parte delle Aziende USL.

Per quanto attiene alla informazione e prevenzione, la Regione continua la collaborazione con l’Associazione regionale dei Clubs di alcolisti in trattamento, con la quale nel corso del 2001 ha realizzato un CD ROM distribuito nelle scuole (“Educalcol”).

La Regione Liguria ha altresì aderito a due progetti del Ministero della Salute finanziati con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga e finalizzati alla formazione degli insegnanti della scuola superiore, la cui realizzazione è stata affidata a un gruppo di Regioni coordinate dalla Regione Emilia Romagna. Scopo dei progetti era tra l’altro la predisposizione di un adeguato strumento didattico per la sensibilizzazione e la formazione del personale insegnante sui problemi alcolcorrelati, anche con la finalità di stimolare e favorire la realizzazione in ambito scolastico di concrete iniziative informative e didattiche dirette agli studenti, tenendo conto della configurazione dei problemi nell’ambito dei diversi territori regionali. Nel corso del 2002 è stato distribuito nelle scuole un pacchetto didattico con lo strumento prodotto nell’ambito del primo progetto, il CD ROM “...e sai cosa bevi”.

Progetti di prevenzione dell’abuso alcolico sono stati inoltre realizzati da tutti i Dipartimenti delle Dipendenze attraverso i N.O.A. e in collaborazione con le altre agenzie territoriali locali.

La Regione Liguria ha promosso insieme a una Azienda USL un ciclo di seminari ad elevato livello scientifico rivolto agli operatori del settore alcolologico, dal titolo “ Seminars on Alcohol related problems: psychiatric, psychological and social issues”.

Tutti i Dipartimenti delle Dipendenze hanno promosso la partecipazione degli operatori dei N.O.A. a seminari e corsi esterni in materia di alcologia; alcuni Dipartimenti hanno sviluppato corsi di aggiornamento e formazione interni.

La Regione Liguria effettua il monitoraggio dei fenomeni di abuso, ivi compresi quelli relativi all'alcol, attraverso l'Osservatorio epidemiologico regionale delle dipendenze (O.E.R.T.). Attraverso tale osservatorio ha partecipato all'indagine europea ESPAD sull'uso di alcol e sostanze psicotrope nella popolazione studentesca e all'indagine IPSAD sull'uso delle stesse sostanze nella popolazione generale.

Anche i Dipartimenti delle Dipendenze effettuano attività di ricerca in materia alcologica, spesso in collaborazione con altre agenzie o reparti ospedalieri.

Tutti i Dipartimenti delle Dipendenze hanno sviluppato una stretta collaborazione con le Associazioni di auto-mutuo aiuto, sia Gruppi di alcolisti anonimi che Clubs degli alcolisti in trattamento.

La **Regione Emilia-Romagna** sta ultimando la revisione e aggiornamento delle precedenti linee d'indirizzo sugli interventi per la prevenzione, cura e riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati. Il nuovo progetto regionale “Alcolismo” definisce precisi obiettivi e azioni in ambito preventivo, curativo e riabilitativo, articolando gli interventi in 6 sottoprogetti relativi ai seguenti settori: prevenzione primaria con particolare riguardo alle giovani generazioni; intervento dei Medici di Medicina Generale; strutture e programmi di assistenza, cura e riabilitazione; ospedali e servizi sanitari promotori di comportamenti consapevoli nell'uso delle bevande alcoliche; prevenzione dei rischi collegati al consumo di alcol nei luoghi pubblici e di lavoro; prevenzione degli incidenti stradali derivanti dal consumo di alcol.

Nell'elaborare il nuovo progetto regionale un'attenzione particolare è stata posta nel migliorare le possibilità di accesso ai servizi e la qualità degli stessi, prevedendo fra l'altro la costituzione, nell'ambito dei Dipartimenti delle Dipendenze, di articolazioni funzionali dedicate all'area delle sostanze legali (alcol e tabacco), con accessi differenziati per questi pazienti rispetto a quelli che fanno uso di sostanze illegali.

Per quanto riguarda gli interventi di informazione e prevenzione, la Regione ha patrocinato, il 19 Aprile 2002, l'iniziativa “Alcohol Prevention Day” per la celebrazione annuale di una giornata dedicata ai problemi dell'alcol, coordinando la realizzazione di numerosi eventi promozionali, con la diffusione al pubblico di materiale informativo sui danni alcolcorrelati e informazioni sull'offerta dei servizi territoriali. L'iniziativa, protrattasi per tutto il mese di aprile, ha interessato tutte le Aziende sanitarie del territorio con il contributo e la partecipazione attiva delle Associazioni di auto-mutuo aiuto. L'Emilia-Romagna ha coordinato un gruppo di 10 Regioni per la realizzazione di due progetti del Ministero della Salute per la formazione e la sensibilizzazione degli insegnanti delle scuole superiori sui problemi alcolcorrelati. Il primo progetto si è concluso nel 2001 con la produzione di uno strumento didattico multimediale, il CD ROM “.....e sai cosa bevi”, che ha la finalità di stimolare e favorire la realizzazione in ambito scolastico di concrete iniziative informative e didattiche dirette agli studenti, tenendo conto della configurazione dei problemi nell'ambito dei diversi territori regionali. Nel corso del 2002 è stata curata la distribuzione del CD ROM nelle scuole.

Il secondo progetto, avviato nel 2002, prevede la formazione di formatori per la realizzazione di corsi ad hoc per gli insegnanti, cui seguirà l'implementazione dei corsi a livello locale.

Nell’Azienda USL di Piacenza si sta conducendo un progetto pilota per la formazione dei Medici di Medicina Generale al *counseling* sui problemi correlati all’uso di alcol. I risultati del corso pilota verranno utilizzati e diffusi successivamente per la formazione dei formatori a livello regionale.

Nell’anno accademico 2001/2002 la Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con le Università di Modena e Reggio Emilia, ha organizzato il primo corso di perfezionamento post-laurea in Farmaco-Tossicodipendenze, nell’ambito del quale sono previsti due moduli formativi sull’alcol e i problemi alcolcorrelati. Il corso ha visto la partecipazione di operatori di tutti i SERT del territorio regionale e la presenza, tra i relatori, anche di rappresentanti delle Associazioni di auto-mutuo aiuto.

La Regione Toscana assicura una capillare risposta assistenziale su tutto il territorio regionale attraverso un modello organizzativo globale e integrato, che coinvolge istituzioni pubbliche, private e del volontariato. Tale modello garantisce la necessaria continuità di intervento attraverso l’integrazione operativa tra servizi sanitari territoriali e ospedalieri, coinvolgendo altresì i medici di Medicina Generale, i medici specialisti ospedalieri, le Associazioni e il Volontariato. Il modello prevede due livelli di articolazione operativa, territoriale e regionale.

A livello territoriale, in ogni SERT di ciascuna Azienda USL è presente una équipe alcologica multidisciplinare per i comportamenti di abuso da alcol, che opera alle dirette dipendenze del responsabile del SERT; tale équipe svolge funzioni di educazione sanitaria e prevenzione, intervento diagnostico e orientamento terapeutico. Sono inoltre attivi servizi alcologici di ambito ospedaliero, con disponibilità di ricovero e day hospital.

A livello regionale opera il Centro Alcologico regionale di riferimento (in collaborazione con l’Azienda Ospedaliera di Careggi, l’Azienda USL 10 di Firenze e l’Università degli Studi di Firenze), con compiti di osservatorio epidemiologico, pianificazione e sperimentazione organizzativa, formazione degli operatori, ricerca. E’ attivo inoltre anche un Comitato Tecnico Scientifico regionale che assiste la Giunta Regionale Toscana per l’indirizzo, il coordinamento ed il supporto dell’azione programmata, cui partecipano, tra gli altri, i Gruppi volontari di auto-mutuo aiuto.

Nel 2002 in Toscana erano attivi 29 Servizi di alcologia, territoriali e ospedalieri, 156 Clubs di alcolisti in trattamento, 27 Gruppi di A.A., 11 gruppi di Al-Anon. e 2 gruppi di Al.A.Teen.

I servizi alcologici pubblici hanno preso in carico, nell’anno 2001, 3055 utenti, con un incremento dell’utenza dell’11,6% rispetto all’anno precedente.

Il Piano sanitario regionale per gli anni 2002-2004 prevede l’adeguamento dell’assetto organizzativo e funzionale dei servizi alle disposizioni e agli orientamenti della legge 125/2001.

Nel 2002 gli interventi di informazione e prevenzione, dato il preoccupante aumento del consumo di bevande alcoliche rilevato nella popolazione giovanile e in particolare nel fine settimana, sono stati organizzati soprattutto nei luoghi di aggregazione giovanile, quali scuole, discoteche, pub, etc, anche in collaborazione con i Sindacati dei locali da ballo; anche il Piano sanitario regionale 2002-2004 prevede che le Aziende USL debbano realizzare campagne di prevenzione che coinvolgono direttamente la popolazione giovanile. La prevenzione per gli adulti ha riguardato in particolare i luoghi di lavoro, e ha visto il coinvolgimento di Associazioni di categoria, Confcommercio, ACI, Centri commerciali, Autoscuole.

La Regione Toscana ha inoltre coordinato per tutto il mese di Aprile su tutto il territorio iniziative di prevenzione nell’ambito della manifestazione “ Alcol prevention day”, in collaborazione con la Società italiana di Alcologia; sono stati promossi interventi di sensibilizzazione e informazione di tutta la popolazione, ma anche momenti di

aggiornamento del personale del settore. Sono stati organizzati interventi anche in ambito penitenziario, rivolti in particolare ai detenuti minori stranieri e alle donne. E' stato svolto un seminario su "Alcol e donne".

Le Università di Firenze, Pisa e Siena hanno collaborato alla realizzazione di giornate di aggiornamento alcolologico e workshop in alcologia per gli operatori del settore pubblico, del privato sociale e dei Gruppi di auto-mutuo aiuto.

Ad Arezzo, dove è ubicata la Scuola Nazionale di perfezionamento in Alcologia, ispirata al metodo "Hudolin", che forma annualmente 40 operatori, si è tenuto nel 2002 un workshop in Alcologia con la partecipazione di 70 professionisti provenienti dalle diverse Regioni italiane.

Presso l'Università di Firenze è attivo un Master annuale in alcologia per laureati, cui mediamente partecipano circa 20 operatori.

Varie sono le Associazioni di auto-mutuo aiuto e le Organizzazioni del privato sociale non-profit che operano in stretta collaborazione con il Servizio Pubblico, e sono riconosciute parte integrante del sistema di servizi per le alcoldipendenze, nel rispetto delle reciproche competenze e specificità. Per favorire il loro sviluppo e l'integrazione con i servizi pubblici la Toscana ha adottato numerose iniziative quali la formazione congiunta, il finanziamento di progetti vari, la messa a disposizione di locali per gli incontri, la disponibilità alla collaborazione nell'ambito delle attività dei Servizi pubblici, la partecipazione al Comitato tecnico scientifico regionale.

La **Regione Umbria** ha attivato in tutte le quattro Aziende USL del territorio regionale i Dipartimenti per le Dipendenze da sostanze d'abuso, nei quali afferiscono, mantenendo le specifiche attribuzioni e competenze, le varie realtà coinvolte nell'area assistenziale delle dipendenze, e precisamente i Servizi di alcologia, i Servizi per le tossicodipendenze, le Comunità terapeutiche, i Centri diurni e le Unità di strada. I Dipartimenti hanno altresì il compito di assicurare le attività di coordinamento relative alla prevenzione, cura e riabilitazione di interesse alcolologico nei rapporti con i Servizi ospedalieri e gli altri Servizi interdistrettuali sanitari e sociali a vario titolo interessati. Nell'ambito dei Dipartimenti viene pienamente assicurato alle Unità operative dedicate ai problemi alcolcorrelati il riconoscimento e la valorizzazione della specificità di approccio e di intervento.

All'approccio sociale e familiare ai problemi alcolcorrelati offrono un importante sostegno i Clubs degli alcolisti in trattamento e l'Associazione degli alcolisti anonimi.

Per l'identificazione delle problematiche di policonsumo, in cui l'abuso di alcol si associa al consumo di sostanze stupefacenti, hanno un ruolo importante le Unità di strada, che contribuiscono a favorire l'accesso delle persone ai servizi.

Su tutto il territorio regionale sono molteplici le iniziative intese a favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcolcorrelati, in ambiti quali la scuola, la famiglia, le autoscuole, i luoghi di lavoro, con iniziative che vanno dall'elaborazione e diffusione di materiale informativo, campagne di informazione, incontri con i giovani, alla disponibilità di numeri telefonici di contatto e informazione, progetti con i genitori, percorsi di sensibilizzazione e informazione rivolti ai leaders della popolazione o di Associazioni di vario tipo.

Nel 2002 la Regione ha aderito all'iniziativa nazionale "Alcol Prevention Day", per la celebrazione di una giornata nazionale dedicata ai problemi alcologici, attivando per l'occasione un coordinamento tra servizi pubblici sanitari e sociali, Enti e Associazioni del volontariato e privato-sociale per un impegno comune finalizzato ad accrescere l'informazione, la prevenzione e la promozione della salute sui problemi alcolcorrelati.

La Regione ha aderito inoltre al progetto nazionale del Ministero della Salute, finanziato con il Fondo nazionale per la lotta alla droga, relativo all'attivazione di corsi di formazione

per gli insegnanti finalizzati ad accrescere le conoscenze e l'impegno didattico per la prevenzione nella scuola delle problematiche alcolcorrelate.

Per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto ai problemi alcologici sono stati organizzati numerosi corsi finalizzati, fra l'altro, alla diffusione della cultura della mutualità e dell'autoaiuto, alla sensibilizzazione sull'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati secondo il metodo Hudolin, all'insegnamento delle metodologie dell'educazione tra pari e all'educazione alla salute in età adolescenziale.

Per i medici di Medicina Generale è stato organizzato un corso sul *counseling* nelle problematiche alcolcorrelate e in particolare sulle metodologie dell'intervento breve.

La trattazione delle problematiche alcologiche è prevista nei corsi di laurea regionali in Scienze infermieristiche e in Scienze sociali.

Le Associazioni di auto-mutuo aiuto e le Organizzazioni del privato sociale no profit trovano ampio sostegno e sono presenti in numero elevato nel territorio regionale. In particolare esistono in Umbria 32 Clubs di alcolisti in trattamento, 7 Gruppi di alcolisti anonimi, una sede della Associazione nazionale contro l'alcolismo (ANCA). Due Clubs di alcolisti in trattamento sono stati aperti inoltre nelle case circondariali di Terni e Perugia. Si interessano di problemi alcolcorrelati, sebbene non in maniera specifica, numerose Associazioni di volontariato e Cooperative sociali.

La **Regione Marche** ha rilevato nel proprio territorio un consumo di bevande alcoliche piuttosto elevato, considerando che, secondo i dati ISTAT del 2000, il 65% della popolazione sopra i 14 anni consuma vino, il 49,1% consuma birra, il 28,9% consuma aperitivi alcolici, il 29,4% amari e il 23% liquori. Molto esigua è la popolazione astemia.

I 13 SERT costituiscono i Servizi di riferimento degli utenti alcolisti; l'attività sanitaria è stata comunque integrata con l'attività dei Servizi sociali. In alcune Aziende USL sono stati organizzati Centri di aggregazione per la presa in carico degli utenti, l'erogazione di sostegno alla persona e la psicoterapia.

L'accesso degli utenti ai servizi sanitari viene favorito soprattutto attraverso i protocolli di collaborazione fra le Aziende USL e i Comuni di riferimento. Per le attività di prevenzione, e in particolare in relazione ai giovani, sono stati pertanto sottoscritti specifici accordi di programma, per l'attivazione di progetti finanziati col Fondo nazionale per la lotta alla droga, realizzati da alcune Aziende USL della Regione.

L'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni da alcol sono state attuate con diverse iniziative, tra le quali il patrocinio della manifestazione nazionale "Alcol Prevention day", che si è svolta il 20 Aprile 2002 con la collaborazione dell'intera rete dei servizi regionali e ha visto l'affissione di manifesti presso le stazioni di servizio per le auto e l'installazione di *info points* nelle 4 sedi della Provincia.

In collaborazione con i Comuni e le Aziende USL sono stati istituiti nella quasi totalità delle Scuole medie superiori i Centri per l'informazione e la consulenza (C.I.C.) di cui al DPR 309/90.

Il 6 aprile 2002 nell'Università di Ancona, Facoltà di Medicina, si è svolto un convegno patrocinato dalla Regione, organizzato in collaborazione con la Società italiana di Alcologia e destinato ai medici e a un'ampia fascia di popolazione generale.

La **Regione Lazio** ha pubblicato un proprio Piano Sanitario Regionale per il triennio 2002/2004, nel quale si prevedono interventi mirati sulle alcodipendenze individuando tre aree di intervento:

a) potenziamento delle attività di assistenza da parte delle strutture pubbliche e di promotori di salute quali i Medici di Medicina Generale, nonché attivazione dei Servizi alcologici territoriali (SALT);

- b) realizzazione di una rete attiva sulle problematiche dell'alcoldipendenza da costruire con le Associazioni del privato sociale accreditate e i Servizi pubblici competenti;
- c) promozione e sviluppo di attività di formazione permanente per gli operatori sia dei Servizi pubblici che del privato sociale.

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

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

Nelle scuole pubbliche regionali sono stati realizzati numerosi interventi educativi di informazione e di prevenzione dei danni alcolcorrelati. La Regione Lazio ha inoltre partecipato ai progetti nazionali del Ministero della Salute finanziati col Fondo nazionale per la lotta alla droga, per la formazione e sensibilizzazione degli insegnanti delle scuole superiori sulle problematiche alcolcorrelate.

E' stata avviata un'indagine sulla popolazione femminile in stato di gravidanza con lo scopo di costruire un intervento di prevenzione primaria e secondaria della Sindrome Feto Alcolica (FAS) nella Regione.

E' stato adottato un protocollo di collaborazione tra il Centro di Riferimento Alcologico regionale, la Caritas diocesana di Roma e le Associazioni di auto-mutuo aiuto (Gruppi di A.A. e Gruppi familiari Alanon-Alateen) con lo scopo di costruire una rete sociale che consenta l'integrazione delle attività dei servizi pubblici.

E' stato realizzato un corso di formazione di I livello per gli operatori dei servizi alcologici pubblici e privati con l'obiettivo a medio termine di attivare in ogni Azienda USL un Servizio alcologico territoriale.

Sono stati realizzati corsi di formazione per i Medici di Medicina generale progettati in collaborazione con il Comune di Roma. La Regione Lazio ha partecipato inoltre al progetto nazionale del Ministero della Salute per la formazione dei medici di Medicina Generale in campo alcologico.

A livello universitario sono stati attivati alcuni insegnamenti in materia alcologica, in relazione ai quali si stanno predisponendo apposite convenzioni con la Regione. In particolare l'insegnamento delle patologie alcolcorrelate è stato inserito nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università La Sapienza, nell'ambito dell'insegnamento di Metodologia medico-scientifica, nonché nelle scuole di specializzazione in Medicina Interna, Gastroenterologia e Tossicologia clinica. Presso la stessa Università è stato approvato inoltre un Master di secondo livello in Alcologia, finalizzato a formare medici e psicologi con una preparazione specifica per affrontare le problematiche e le patologie alcolcorrelate.

Uno stage formativo è stato istituito presso il Servizio speciale per la Prevenzione e cura dei danni epatici da alcol della medesima Università, costituito quale Centro di Riferimento Alcologico della Regione.

Nella **Regione Abruzzo** sono attualmente attivi cinque Servizi pubblici di alcologia. Le strutture sono di natura territoriale ed in un solo caso il Servizio è incardinato nel SERT.

In tutti i Servizi di alcologia della Regione vengono svolte attività di accoglienza, osservazione e diagnosi, definizione e attuazione dei programmi terapeutico-riabilitativi, di coordinamento con il medico di famiglia, con i servizi ospedalieri e con il Servizio sociale. I trattamenti maggiormente erogati per l'anno 2002 sono stati quelli medico-farmacologici ambulatoriali (36,4%), il *counseling* (26,4%), i trattamenti socio-riabilitativi (16,2%), i trattamenti di tipo psicoterapeutico individuale (12,7%).

La Regione Abruzzo ha promosso un Progetto Obiettivo regionale per la Tossicodipendenza e l'Alcoldipendenza, ancora attivo per l'anno 2002, nell'ambito del quale sono state adottate iniziative formative per gli operatori sui problemi alcolcorrelati e sui metodi riabilitativi.

E' stato costituito un Comitato tecnico consultivo regionale in materia di sostanze d'abuso, del quale fanno parte operatori rappresentanti dei SERT, dei Servizi di alcologia e degli Enti ausiliari della Regione. Compito di tale Comitato è quello di favorire il coordinamento tecnico in ambito regionale e territoriale tra i partecipanti al sistema dei servizi, orientare la programmazione di adeguati interventi e collaborare alla verifica e alla valutazione degli interventi attuati.

La Regione ha partecipato ad alcuni progetti nazionali del Ministero della Salute nonché dell'Istituto Superiore di Sanità finanziati con il Fondo nazionale per la lotta alla droga; in particolare ha svolto funzioni di coordinamento, unitamente alla Regione Veneto, per la realizzazione del progetto "Finanziamento e riconversione specialistica del trattamento del disagio psicoaffettivo e relazionale giovanile ai fini della prevenzione precoce dei problemi droga e alcolcorrelati"; ha altresì partecipato al "Progetto nazionale per la formazione del personale delle discoteche ai fini della prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope tra i giovani", coordinato dall'Istituto superiore di Sanità in collaborazione con i Sindacati dei locali da ballo.

Molto attiva è la collaborazione con gli Enti e le Associazioni del volontariato, soprattutto di auto-mutuo aiuto, nell'ambito dei quali è stato inserito il 30,6% dell'utenza dei servizi pubblici nell'anno 2002.

Nella **Regione Molise** i problemi alcolcorrelati vengono affrontati nell'ambito dei SERT in collaborazione con varie Associazioni di volontariato e Gruppi di auto-mutuo aiuto.

I SERT hanno attivato interventi ambulatoriali strutturati in maniera da offrire all'utenza risposte immediate sui problemi alcolcorrelati sia sul piano strettamente sanitario che psicologico e sociale.

La disintossicazione viene effettuata in sede ambulatoriale, domiciliare o tramite invio in reparti ospedalieri specialistici. E' attiva una rete di collaborazione con varie altre strutture sociosanitarie per gli interventi di supporto sociale.

Per la realizzazione di interventi finalizzati all'informazione, prevenzione ed educazione sui danni alcolcorrelati la Regione ha concesso vari patrocini e contributi.

La Regione Molise ha avviato l'elaborazione, in sede tecnica, di un documento sull'integrazione socio-sanitaria nel quale confluirà, tra l'altro, un Progetto sulle tossicodipendenze in cui saranno contemplati anche specifici interventi in materia di alcol e problemi alcolcorrelati secondo gli orientamenti della legge 125/2001. In particolare si prevede il miglioramento e l'integrazione degli attuali servizi alcologici, secondo le indicazioni della medesima legge.

Nella **Regione Campania** la ricerca epidemiologica ha rilevato, nel quinquennio 1990-1994, una mortalità per cirrosi epatica doppia rispetto a quella nazionale. Tale patologia risulta essere la causa di decesso più diffusa, dopo quella dovuta al complesso di tutti i tumori, nella fascia d'età di maggiore produttività (25-45 anni), e provoca in Campania un numero di ricoveri ospedalieri di molto superiore alla media dei ricoveri nazionali per la stessa causa. D'altra parte in Campania si è notevolmente incrementato il numero dei bevitori di vino (8,5% in soli due anni tra il 1995 e il 1997); e il numero dei minorenni bevitori e delle donne bevitrice, nonché dei bevitori di birra, è in percentuale più elevato della media nazionale.

Partendo da tale dato la Regione Campania ha varato nell'anno 2002 un Piano Sanitario regionale nell'ambito del quale trovano grande spazio gli interventi per il potenziamento delle attività in materia alcologica. In particolare si prevede di accrescere l'informazione

della popolazione sui danni alcolcorrelati, di controllare la disponibilità di alcol durante i maggiori eventi pubblici, di promuovere politiche sull'alcol nei luoghi di lavoro, di promuovere la visibilità dell'uso del test su base casuale per la misurazione dell'alcolemia alla guida, di assicurare un approccio di rete tra servizi di vari ambiti per la soluzione dei problemi.

Negli ultimi anni nella Regione si è registrato un significativo incremento delle attività destinate alla presa in carico e all'assistenza delle persone con problemi di alcol da parte dei Servizi per le Dipendenze. Su 44 SERT rilevati nel 2002, 23 sono attivi in campo alcologico, con interventi e spazi ad hoc come ambulatori, sportelli socio-sanitari, sezioni o centri e nuclei di alcologia. Nel 2002 sono stati presi in carico da questi servizi 891 soggetti, cui vanno aggiunti almeno altri 120 inseriti nei Gruppi di auto-mutuo aiuto. Nella maggior parte dei servizi vengono effettuate attività di accoglienza, diagnosi, trattamento farmacologico, *counseling* al paziente e alla famiglia, psicoterapia. L'attività socioriparativa viene realizzata soprattutto in collaborazione con le Associazioni ed Enti del privato sociale e del volontariato.

Si prevede comunque di attivare in tutta la Regione i Dipartimenti delle Dipendenze, nell'ambito dei quali collocare specifiche Unità operative per l'alcologia.

Dalla metà dell'anno 2002 l'Assessorato alla Sanità sta lavorando all'elaborazione di uno specifico Piano di azione sull'alcol ("Piano A") finalizzato ad attuare sia il disposto della legge 125/2001 che gli obiettivi dei Piani sanitari nazionale e regionale. Il Piano A nasce dalla esigenza, ritenuta ormai matura, di organizzare interventi integrati e multimodali di prevenzione e trattamento dei problemi alcolcorrelati, supportando forti sinergie tra servizi pubblici, Gruppi di auto-mutuo aiuto e Associazioni del terzo settore. In tale ambito si prevede l'incremento delle azioni di informazione e prevenzione, il miglioramento dell'accesso ai servizi di trattamento, il potenziamento delle attività di ricerca, formazione e aggiornamento.

La prevenzione e l'educazione sanitaria in materia alcologica sono state particolarmente curate nel citato Piano sanitario regionale varato nel 2002, ove sono previste azioni specifiche finalizzate al raggiungimento di obiettivi quali la riduzione della prevalenza dei consumatori eccedentari e fuori pasto, dei consumatori in età adolescenziale e per ritardare comunque l'età di inizio del consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani.

Sono stati quindi approvati e attivati progetti di prevenzione ed educazione alla salute mirati sia alla popolazione generale che a quella giovanile, con la creazione, in relazione a quest'ultima, di contesti e stimoli utili alla promozione di stili di vita sani e alternativi all'abuso nel gruppo dei pari. Tali progetti si fondano sulla partnership tra enti pubblici, scuole e Associazioni no profit, e si ispirano ai principi sanciti nella Dichiarazione sui giovani e l'alcol approvata a Stoccolma nel Febbraio 2001.

La Regione Campania ha aderito e partecipato inoltre al progetto nazionale del Ministero della Salute per la formazione e la sensibilizzazione degli insegnanti delle scuole superiori, divulgando nelle scuole, in collaborazione con l'Ufficio scolastico regionale, il CD ROM "...E sai cosa bevi", strumento interattivo prodotto nell'ambito del progetto medesimo.

La Regione ha patrocinato altresì la celebrazione, svoltasi il 19 aprile 2002, della Giornata Nazionale per la prevenzione dei rischi e problemi alcolcorrelati.

Sono stati attivati inoltre alcuni progetti di prevenzione, cura e riabilitazione dell'alcoldipendenza finanziati dalla Regione con il Fondo nazionale per la lotta alla droga (il 10% del totale dei progetti finanziati con tali fondi), alcuni dei quali valorizzano specificamente le sinergie operative tra Enti pubblici, Servizi e la rete dei Gruppi di auto-mutuo aiuto e del privato sociale.

Per quanto riguarda la formazione, sono stati organizzati programmi destinati agli operatori pubblici e degli Enti ausiliari, finalizzati a consentire un approccio aggiornato alle nuove

droghe e all'alcol. È stata altresì realizzata, in convenzione con l'Università Federico II di Napoli, la prima fase della formazione alla prevenzione alcolologica dei docenti scolastici delle Province della Regione che operano nei Centri di consulenza e informazione (C.I.C.) delle scuole superiori.

Nella Regione Campania i gruppi di auto-mutuo aiuto sono fra le realtà più attive nel settore del privato-sociale, e nelle varie Province sono distribuiti diversi Gruppi sia di alcolisti in trattamento (27) che di alcolisti anonimi (16). Con essi sono in atto protocolli formali o collaborazioni sostanziali soprattutto per lo svolgimento di attività socioriparative.

Tra gli altri Enti del privato sociale è attivo in particolare il Gruppo LOGOS per lo svolgimento di programmi di accoglienza e trattamento non residenziale. Stanno inoltre nascendo alcuni piccoli centri di ascolto gestiti da Associazioni di volontariato territoriali e da Cooperative sociali che svolgono attività di integrazione sociale e lavorativa.

La **Regione Puglia** non ha assunto specifiche iniziative volte ad attuare in maniera diretta la legge 125/2001; il Piano Sanitario regionale 2002/2004, approvato nel dicembre 2001, ha identificato peraltro l'alcoldipendenza quale grave problema sociale in fase dilagante, soprattutto tra i giovani, e ha previsto la realizzazione di interventi finalizzati alla prevenzione dell'abitudine all'alcol nella popolazione generale, tra gli studenti delle scuole e in alcuni luoghi di aggregazione, prevedendo inoltre la definizione di trattamenti specifici per la disassuefazione dall'alcol.

Tali interventi saranno affidati a strutture "dedicate", da attivare nell'ambito dei costituendi Dipartimenti per le Dipendenze patologiche e, per le patologie alcolcorrelate, nell'ambito delle strutture ospedaliere e universitarie.

Attualmente i SERT della Regione hanno definito, per il recupero dei soggetti alcoldipendenti, forme di collaborazione con i vari gruppi di auto-mutuo aiuto e in particolare con i Clubs di alcolisti in trattamento; i medesimi SERT curano l'attuazione di attività di prevenzione nella scuola.

Per quanto attiene alla formazione, la Regione Puglia ha aderito al Progetto nazionale triennale del Ministero della Salute finanziato con il Fondo nazionale per la lotta alla droga e coordinato dalla Regione Veneto "Corsi master per la formazione dei formatori e Corsi destinati ai medici di medicina generale per la prevenzione dell'uso inadeguato e della dipendenza da alcol".

Nella **Regione Basilicata** il consumo di bevande alcoliche, e in particolare di vino, è tradizionalmente molto elevato, ed è mediamente elevata in ogni Comune la presenza di soggetti con problematiche alcolcorrelate.

I soggetti con problemi di alcoldipendenza afferiscono ai SERT, che li trattano nell'ambito di specifici presidi quali gli Ambulatori alcologici o le Unità funzionali di alcolologia, già attivati in qualche Azienda USL, o in collaborazione con altre realtà territoriali quali i medici di base, i reparti ospedalieri, i Gruppi di auto-mutuo aiuto e i Comuni. Nel 2002 sono stati realizzati complessivamente 3.695 trattamenti nell'ambito dell'utenza facente comunque capo ai SERT.

Per favorire l'accesso ai trattamenti assistenziali in qualche Azienda USL sono stati fatti accordi tra il SERT e i reparti ospedalieri, ai fini di costituire équipes miste finalizzate a favorire la continuità terapeutica tra ospedale e territorio. Sono stati inoltre creati alcuni presidi distrettuali decentrati del SERT.

Per quanto attiene alla informazione e prevenzione, sono stati organizzati nell'ambito delle diverse Aziende USL interventi di sensibilizzazione e formazione destinati alla popolazione adulta, nonché interventi nelle scuole medie superiori e inferiori destinati agli studenti. Alcuni di questi interventi sono stati finanziati con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga.

Le Aziende USL di Potenza e Matera hanno assicurato la celebrazione della Giornata nazionale per la prevenzione dell'alcolismo con un'iniziativa specifica di informazione e sensibilizzazione.

Sono stati attivati in alcune Aziende USL corsi di formazione e aggiornamento e seminari di alcologia rivolti sia ad operatori del pubblico che del privato sociale, fra i quali anche corsi di sensibilizzazione secondo la metodologia Hudolin, e corsi congiunti per operatori ospedalieri e del SERT, per favorire l'approccio multidisciplinare alle patologie alcolcorrelate.

Molti SERT collaborano con i Gruppi di auto-mutuo aiuto, sia Clubs di alcolisti in trattamento che Gruppi di A.A.; con i conduttori dei gruppi vengono spesso organizzate riunioni periodiche finalizzate a monitorare il percorso terapeutico degli utenti inseriti nei gruppi e favorire l'inserimento di altri.

E' stata promossa la creazione di nuovi Clubs per alcolisti in trattamento, e sono state favorite le attività dei Clubs anche con la concessione di locali per le riunioni. In un'Azienda USL è stato formalizzato uno specifico protocollo di collaborazione tra l'Associazione regionale dei Clubs e i servizi di Medicina.

La **Regione Calabria** assicura attraverso i SERT e le Unità alcologiche l'erogazione dei trattamenti sanitari ed assistenziali nonché i ricoveri in ospedale e in case di cura convenzionate.

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

Per favorire la riabilitazione, l'autostima e le scelte responsabili sono state attivate borse di lavoro mirate all'integrazione sociale e occupazionale degli alcoldipendenti in fase di disintossicazione.

Per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcolcorrelati sono stati avviati nella Regione 14 progetti finalizzati, tuttora in corso di realizzazione, uno dei quali relativo al monitoraggio dei detenuti alcoldipendenti delle case circondariali. Attività di prevenzione e informazione vengono svolte anche nell'ambito dei Centri di informazione e consulenza (CIC) delle scuole.

E' stato realizzato un corso di formazione rivolto a tutte le professionalità presenti nel SERT, finalizzato a migliorare la formazione teorico-pratica in campo alcologico e a stimolare la creazione in ogni SERT di équipes multidisciplinari in grado di dare risposte efficaci ai bisogni degli utenti alcolisti e delle loro famiglie.

Le Associazioni di auto-mutuo aiuto e le Organizzazioni del privato sociale no-profit sono inserite nel sistema di rete regionale, e possono intervenire nelle fasi successive all'accoglienza, che viene garantita dai SERT e dalle Unità alcologiche.

La **Regione Sicilia** ha stabilito, con Decreto Assessoriale 21/12/2001 "Linee guida sul Dipartimento delle Dipendenze patologiche", che in attesa della emanazione delle linee di indirizzo previste dall'art. 3 della legge 125/2001 i SERT continuano a svolgere le funzioni e i compiti previsti dal Decreto del Ministro della Sanità in data 3 agosto 1993, assicurando il trattamento e il reinserimento sociale degli alcoldipendenti, nonché la rilevazione epidemiologica dei dati relativi al funzionamento dei servizi.

Varie iniziative sono state recentemente adottate in diverse Aziende USL per favorire l'accesso ai servizi e migliorare l'adesione al trattamento. Si segnalano in particolare la realizzazione di un programma intensivo intitolato "dei sessanta giorni", nell'ambito del quale la famiglia dell'alcolista partecipa a incontri di informazione alcologica e di valutazione da parte di équipes multidisciplinari, propedeutici all'inserimento del gruppo familiare nel più vicino Club di alcolisti in trattamento; nonché la sperimentazione di una presa in carico multimodale degli alcoldipendenti secondo un protocollo di qualità

specificamente elaborato ed acquisito dal personale tramite un apposito corso di formazione rivolto a tutte le figure professionali.

Sono state organizzate nelle scuole e nel territorio diverse campagne di prevenzione delle varie patologie correlate agli stili di vita, in sinergia con Associazioni di volontariato ed Enti ausiliari, al fine di prevenire l'abuso di alcol, far emergere l'alcolismo sommerso e fornire adeguata informazione sulle possibilità di aiuto e cura.

La Regione Sicilia ha aderito al progetto nazionale del Ministero della Salute, finanziato con il Fondo nazionale per la lotta alla droga, per la formazione e sensibilizzazione degli insegnanti delle scuole superiori sui problemi alcolcorrelati, affidato a un gruppo di Regioni e conclusosi nel dicembre 2001 con la produzione di uno strumento didattico multimediale, il CD ROM “....E sai cosa bevi”, di cui è stata successivamente curata la distribuzione nelle scuole. La Regione Sicilia ha aderito altresì alla prosecuzione dello stesso progetto, avviata dal Ministero nel 2002, per la formazione di formatori ai fini della realizzazione di corsi ad hoc destinati agli insegnanti e della successiva implementazione dei corsi a livello locale. Si è già svolto un seminario regionale di formazione con la partecipazione dei docenti di tutte le Province e di personale dei SERT.

Per quanto riguarda la formazione degli operatori, sono stati stabiliti in qualche Azienda USL rapporti di collaborazione con l'Associazione nazionale e regionale dei Clubs degli alcolisti in trattamento ai fini di fornire agli operatori dei SERT la preparazione necessaria alla conduzione di un Club.

La collaborazione dei servizi pubblici con le Associazioni di auto-mutuo aiuto e in particolare con i Clubs degli alcolisti in trattamento appare abbastanza diffusa soprattutto quale modalità integrativa delle prestazioni riabilitative dei servizi, ma in qualche caso, come si è visto, anche per la prevenzione e la formazione.

La Regione Sardegna assicura attualmente a tutti gli alcolisti possibilità di accesso ai Servizi di tutte le Aziende USL della Regione; presso quasi tutte le Aziende USL funziona infatti una specifica équipe che si occupa esclusivamente della lotta all'alcolismo, mentre presso le altre gli interventi relativi all'alcolismo vengono comunque svolti dai SERT, tramite personale specialistico a ciò specificamente preposto. Sono stati aperti, inoltre, sportelli informativi in molti Comuni della Regione.

Il metodo adottato è generalmente di tipo sistematico, con la presa in carico di tutta la famiglia, con l'obiettivo finale della modifica degli stili di vita e relazionali di tutti i componenti. In un numero ristretto di casi viene privilegiato l'intervento farmacologico e medico.

Con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga sono stati finanziati progetti di riabilitazione relativi al reinserimento lavorativo nonché progetti di prevenzione e informazione rivolti agli studenti delle Scuole superiori delle Province di Nuoro e Cagliari. Attività di prevenzione e informazione sono altresì svolte nell'ambito dei Centri di Informazione e Consulenza (CIC) delle scuole in tutte le Province della Regione.

La formazione e l'aggiornamento del personale sono stati realizzati dalle Aziende USL anch'essi in buona parte tramite i finanziamenti del Fondo nazionale per la lotta alla droga, e hanno riguardato, oltre che gli operatori delle strutture pubbliche, anche quelli delle Associazioni di auto-mutuo-aiuto e in particolare dei Clubs degli alcolisti in trattamento.

Per le attività di formazione specialistica e la ricerca presso l'Azienda USL n.8 di Cagliari è attivo il Centro per il trattamento dei disturbi psichiatrici alcolcorrelati. Esso collabora in particolare con il Dipartimento di Tossicologia dell'Università di Cagliari per la realizzazione di un progetto triennale di ricerca ed educazione sanitaria sulla comorbilità psichiatrica dell'abuso di sostanze; collabora inoltre, assieme ad altri Istituti Universitari quali Psichiatria, Medicina Legale e Medicina del Lavoro, alle attività di formazione degli operatori.

La collaborazione dei servizi pubblici con le Associazioni di auto-mutuo aiuto e le Organizzazioni no profit presenti sul territorio è da tempo molto attiva e proficua, e sono poche le Associazioni che effettuano interventi non collegati alle politiche delle strutture pubbliche. In alcune Aziende USL gli stessi operatori dei SERT si sono fatti promotori della nascita della rete di Associazioni di auto-mutuo aiuto, attraverso la formazione dei conduttori dei gruppi di alcolisti. La Regione ha finanziato con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga l'attività di circa 10 Clubs per alcolisti in trattamento (CAT) e un considerevole numero di Centri d'ascolto.

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

La Regione Valle D'Aosta non ha strutture di accoglienza per gli alcoldipendenti, e in caso di patologie alcolcorrelate i ricoveri sono effettuati negli ospedali oppure nel day hospital del SERT ai fini della diagnosi, orientamento e disintossicazione.

La Regione Lombardia prevede l'inserimento di soggetti alcoldipendenti nelle strutture degli Enti ausiliari per le tossicodipendenze. Ai fini di garantire la professionalità degli interventi, si privilegia l'utilizzo di quelle strutture che hanno in atto specifici programmi ad hoc o hanno un rapporto di collaborazione con Gruppi di auto-mutuo aiuto per alcolisti. Nella Regione sono inoltre presenti, nell'ambito dei Servizi specialistici di cui all'Atto di intesa Stato-Regioni 5.8.1999, specifici "Servizi per alcol e polidipendenti", orientati all'accoglienza di soggetti che, nella fase successiva a quella acuta, necessitano di osservazione e cura prima dell'invio al trattamento ambulatoriale o in altre strutture della rete di assistenza. In tali servizi vengono assicurate agli ospiti le seguenti aree di prestazioni: valutazione diagnostica multidisciplinare, supporto psichiatrico, supporto psicologico individuale e di gruppo, sia per il soggetto che per i familiari, supporto medico e terapia farmacologica, attività educative e/o riabilitative.

La Provincia autonoma di Bolzano- Alto Adige ha costituito sul territorio della Azienda Sanitaria di Merano un Centro di accoglienza diurna per alcolisti e tossicodipendenti, gestito in collaborazione tra Comunità comprensoriale, Comune e SERT. Quest'ultimo in particolare mette a disposizione dell'iniziativa il proprio personale sanitario e psicosociale.

La Provincia autonoma di Trento ha attivato presso l'Ospedale S.Pancrazio di Arco un Reparto di Alcologia con 11 posti letto.

Nella Regione Veneto sono state attivate Comunità Terapeutiche residenziali e semiresidenziali, nonché Centri diurni e notturni specifici per soggetti alcoldipendenti. Inoltre numerose Comunità per tossicodipendenti hanno progettato e realizzato programmi specifici riabilitativi e di recupero socio-lavorativo per soggetti alcoldipendenti.

La Regione Liguria ha presenti sul proprio territorio, nell'ambito territoriale di ciascun Dipartimento delle Dipendenze, strutture di accoglienza destinate, sebbene non in modo esclusivo, anche agli utenti alcoldipendenti. Tali strutture sono gestite sia da Enti ausiliari terapeutico- riabilitativi accreditati, sia da Organizzazioni di volontariato.

La Regione Emilia Romagna ha approvato e finanziato nell'anno 2002 l'attivazione di una struttura residenziale per alcolisti nel territorio di Parma, gestita da un Ente ausiliario accreditato. Tale struttura ha carattere sperimentale e prevede l'accoglienza di persone dipendenti da alcol per le quali si renda necessario un periodo residenziale per l'inquadramento diagnostico e l'impostazione di un progetto terapeutico. Le attività della struttura sono svolte in stretta collaborazione tra l'Ente ausiliario gestore, l'Azienda USL-settore Dipendenze patologiche e i Gruppi di auto-mutuo aiuto.

La **Regione Toscana** ha sul territorio 2 strutture di accoglienza specificamente dedicate al recupero di soggetti alcoldipendenti per le finalità previste dall'art. 11 della legge 125/2001, gestite da Enti ausiliari della Regione, per un totale di 26 posti letto.

Programmi per soggetti alcoldipendenti vengono effettuati anche nelle altre Comunità gestite dagli Enti ausiliari della Toscana, ove sono stati riservati complessivamente circa 90 posti letto.

Tre Centri diurni per il trattamento ed il recupero dei soggetti alcoldipendenti sono gestiti dalle Aziende USL di Firenze, Pistoia e Massa Carrara.

La **Regione Umbria** utilizza per i fini di accoglienza indicati nell'art. 11 della legge 125/2001 una Casa Famiglia e un Gruppo Famiglia, collocati rispettivamente a Terni e a Perugia.

La **Regione Marche** ha attivato presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda USL n.7 un Centro diurno ed un Centro residenziale di prima accoglienza per pazienti dipendenti da sostanze genericamente psicoattive. Nell'ambito dell'Azienda USL di Civitanova funzionano per gli stessi pazienti una Comunità terapeutica pubblica e un Centro diurno privato convenzionato.

Le Comunità terapeutiche convenzionate che operano sul territorio sono complessivamente 13, con 28 sedi operative. Nell'ambito di tali Comunità sono stati individuati 13 posti letto per alcolisti, distribuiti nell'ambito delle Aziende USL dove i problemi alcolcorrelati si manifestano in maniera più grave.

Nella **Regione Abruzzo** sono funzionanti Comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali, nonché case di cura convenzionate, distribuite nei territori afferenti a vari Servizi di alcologia. In relazione all'accoglienza di utenti alcoldipendenti, la collaborazione con tali strutture da parte dei servizi pubblici non è stata tuttavia frequente; nell'anno 2002 solo l'1,6% del totale dei ricoveri di alcoldipendenti ha riguardato le case di cura, e solo tre Servizi di alcologia hanno collaborato con le suddette Comunità.

Nella **Regione Campania** esistono Comunità terapeutiche residenziali non specifiche per alcolisti, che prendono in carico utenti dipendenti da varie sostanze d'abuso, gestite da Enti del privato sociale; non è tuttavia finora possibile una precisa quantificazione e specificazione degli utenti alcolisti presi in carico dalle diverse Comunità.

Nella **Regione Puglia** non sono attive attualmente strutture di accoglienza riservate esclusivamente a pazienti alcoldipendenti; vi sono numerose Comunità terapeutiche residenziali che accolgono tali soggetti assicurando in loro favore specifici programmi concordati con i SERT.

Nella **Regione Basilicata** la Regione ha avviato sperimentalmente una Comunità terapeutico-riabilitativa per persone con problemi alcolcorrelati. Un'altra Comunità terapeutica specifica per alcoldipendenti viene gestita in collaborazione con una Associazione no profit.

Nella **Regione Calabria** ha stipulato, in attuazione dell'art.11 della Legge 125/2001, una convenzione tra l'Azienda USL n.7 di Catanzaro e l'Associazione "Centro Calabrese di Solidarietà" con sede in Catanzaro, per lo svolgimento in regime residenziale di attività di trattamento e riabilitazione di soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati, per un totale di 11 posti letto.

Nella **Regione Sardegna** risulta attualmente operante una sola Comunità specifica per il recupero degli alcoldipendenti, con una ricettività di 8 posti letto, attivata da una Associazione no profit.

Le attività della Comunità sono state finanziate, a partire dall'anno 2002, con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga. La struttura ha una autorizzazione provvisoria in attesa dell'individuazione dei parametri per l'accreditamento definitivo.

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

Nella **Regione Piemonte** opera un Gruppo di lavoro e coordinamento tecnico formato da rappresentanti del Servizio pubblico, delle Associazioni di auto-mutuo aiuto (sia Gruppi di alcolisti in trattamento che di alcolisti anonimi) e del privato sociale. Obiettivo prioritario di tale gruppo è quello di favorire la realizzazione di strategie di intervento integrate e coordinate sul territorio regionale per la prevenzione, sensibilizzazione e trattamento delle problematiche alcolcorrelate.

Nella **Regione Lombardia** gli Enti e le Associazioni operanti nel campo della lotta alla dipendenza da sostanze d'abuso lecite e illecite cooperano al raggiungimento degli obiettivi dello Stato, della Regione e, in particolare, del Servizio sanitario nazionale e regionale, nell'ottica dell'integrazione socio sanitaria e interistituzionale dei servizi, della pari dignità e della valorizzazione delle specifiche capacità di intervento, delle potenzialità aggiuntive e delle specificità del mondo del volontariato e dell'auto-mutuo aiuto. Tali Enti e Associazioni partecipano, all'interno di un Comitato di Dipartimento, unitamente alle specifiche Unità alcologiche del Dipartimento delle Dipendenze della Azienda USL, alla programmazione, alla verifica e valutazione degli interventi attuati nell'ambito del Dipartimento medesimo.

Uno specifico percorso di autorizzazione e accreditamento delinea la rete di intervento e le modalità di accesso a tutti i Servizi riguardanti le dipendenze, precisando altresì i requisiti strutturali e funzionali richiesti ai citati Enti e Associazioni per entrare in un rapporto strutturato con il Servizio sanitario regionale.

La **Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige** ha stipulato convenzioni con varie Associazioni operanti nel settore della prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale di soggetti con problemi e patologie alcolcorrelate (Servizi di consulenza psicosociale Caritas-Silandro, Associazione Hands-Bolzano, Club Alcolisti in trattamento-La Villa in Badia).

Specifici protocolli di intesa sono stati inoltre sottoscritti tra SERT ed Enti e Associazioni del privato sociale per quanto riguarda sia il trattamento ambulatoriale che il trattamento residenziale e post ricovero degli alcoldipendenti.

La **Provincia Autonoma di Trento** ha stipulato convenzioni con l'Associazione provinciale dei Clubs degli alcolisti in trattamento (APCAT) e con la locale Associazione Alcolisti Trentini (Alcolisti Anonimi) in base alle quali è previsto il finanziamento delle attività svolte da tali Associazioni a favore di persone con problemi alcolcorrelati.

La maggior parte delle Aziende USL della **Regione Veneto** ha stipulato protocolli di collaborazione e convenzione con Servizi sociali dei Comuni, Commissioni mediche provinciali per le patentи, Unità operative o funzionali di vari Servizi operanti in materia di patologie alcolcorrelate (reparti ospedalieri di Pronto Soccorso, Medicina, Gastroenterologia, etc.), Enti ausiliari e Cooperative sociali, Associazioni di volontariato e di auto-mutuo aiuto.

La **Regione Friuli Venezia Giulia** mantiene rapporti istituzionali con le varie Commissioni mediche locali per le patentи, con i Medici di Medicina Generale, con le Case Circondariali, con il Ministero di Grazia e Giustizia, con i Comuni. In particolare, per favorire la diagnosi e l'invio al trattamento dei casi più problematici, le Unità operative complesse addette alle dipendenze da sostanze legali collaborano strettamente con i Dipartimenti di Salute mentale.

Fondamentale si sta rivelando la collaborazione con le Autoscuole e in alcune Aziende USL sono stati attivati corsi mensili per le persone individuate alla guida con tasso alcolemico superiore a quello consentito.

Nella Regione Liguria non vi sono collaborazioni o convenzioni con altri Enti o Associazioni stipulati dall'ente Regione, bensì dai singoli Dipartimenti delle Dipendenze dell'Azienda USL. Collaborazioni e convenzioni di questo tipo sono state realizzate con le Associazioni di alcolisti anonimi (A.A.), di alcolisti in trattamento (C.A.T.), e dei medici di Medicina Generale, con consorzi e cooperative per l'inserimento lavorativo, con Unità operative di reparti ospedalieri, con le Commissioni mediche locali per le patenti.

La Regione Emilia Romagna ha da tempo consolidato nel settore della dipendenza da sostanze un metodo di rapporto con gli Enti pubblici e del privato sociale che li vede presenti a pieno titolo all'interno dei Coordinamenti tecnici territoriali del sistema dei Servizi, sia nella fase di progettazione che in quella di realizzazione degli interventi.

La Regione Toscana ha sottoscritto un patto di collaborazione con il Coordinamento degli Enti ausiliari regionali, che vengono pertanto riconosciuti parte integrante del sistema dei Servizi per le dipendenze e alcoldipendenze, nel rispetto delle proprie competenze e specificità.

Il modello toscano di organizzazione dei servizi, regolato da una precisa Azione programmata, prevede quale specifica strategia la necessità di operare attraverso una rete integrata di servizi, comprensiva di istituzioni pubbliche, private e di volontariato, per affrontare in modo coordinato i molteplici aspetti dei problemi. In tal senso è specificamente prevista nel campo delle dipendenze la collaborazione con le Associazioni del volontariato e dell'auto-mutuo aiuto, nonché l'integrazione dei servizi territoriali con quelli ospedalieri; sono altresì previsti protocolli validati e condivisi finalizzati a ottenere la partecipazione attiva di tutti gli operatori. Per le medesime finalità sono stati chiamati a partecipare al Comitato tecnico scientifico che assiste la programmazione della Giunta Regionale i rappresentanti dei Gruppi di volontariato e auto-mutuo aiuto e degli Enti ausiliari.

La Regione Toscana ha inoltre collaborato, soprattutto per programmi e iniziative di prevenzione e informazione, con numerosi Enti e Associazioni pubbliche e private, quali gli Enti locali, il Provveditorato agli Studi, la Confcommercio, i Sindacati dei locali da ballo, le Associazioni di categoria, l'A.C.I., le Autoscuole.

La Regione Umbria ha stipulato una convenzione con il Comune di Perugia per la gestione del Gruppo Famiglia presente a Perugia; ha stipulato inoltre convenzioni con numerose Cooperative sociali che gestiscono servizi residenziali e attuano progetti di prevenzione e riabilitazione.

La Regione ha inoltre approvato, con Deliberazione della Giunta regionale 3.4.2002 n. 405, uno specifico protocollo di intesa fra Commissioni mediche locali per le patenti e le Unità alcologiche territoriali, ai fini di unificare su tutto il territorio regionale le procedure di rinnovo delle patenti di guida dei soggetti che presentano condizioni di rischio di alcoldipendenza.

La Regione Marche ha formalizzato la necessità di collaborazione tra Enti del settore pubblico e del privato sociale, nonché tra organismi pubblici dei vari livelli territoriali, anche con la costituzione di tavoli di concertazione e coordinamento in ogni Provincia e Azienda USL, ai fini della gestione delle risorse regionali del Fondo per la lotta alla droga destinate alle attività alcologiche; ha inoltre costituito la Consulta regionale sulle dipendenze patologiche, quale organo consultivo tecnico-politico competente a esprimere pareri, formulare proposte, proporre ricerche e studi, nonché promuovere lo scambio di informazioni tra tutti gli Enti coinvolti.

La **Regione Lazio** ha avviato, tramite il Centro di Riferimento Alcologico Regionale, numerosi protocolli di specifico trattamento farmacologico e psicologico in coordinamento e collaborazione con istituzioni universitarie e sanitarie estere, con le quali si vanno definendo accordi di collaborazione istituzionale.

In collaborazione con il Comune di Roma è stata realizzata una indagine epidemiologica per definire il consumo e l'abuso di alcol nei territori di alcuni Municipi.

La **Regione Abruzzo** ha costituito un Comitato regionale tecnico consultivo in materia di sostanze d'abuso, cui partecipano operatori rappresentanti di SERT, di Servizi di alcologia e degli Enti ausiliari regionali, ai fini di favorire il coordinamento tecnico in ambito regionale e territoriale tra tutti i partecipanti al sistema dei servizi pubblici e tra questi e i soggetti che a vario titolo operano nel settore delle dipendenze. Il Comitato è competente anche a formulare proposte per la programmazione degli interventi e a collaborare alla loro verifica e valutazione.

Nella **Regione Molise** vengono attuati interventi di collaborazione tra i SERT e altre strutture socio-sanitarie per il supporto sociale in rete agli alcoldipendenti.

Nella **Regione Campania** è stata stipulata una specifica convenzione con l'Università Federico II di Napoli per la formazione in campo alcologico degli insegnanti operanti nell'ambito dei Centri di consulenza e informazione delle scuole superiori.

Per lo svolgimento di attività socioriusabilitative sono stati inoltre stipulati protocolli di collaborazione con i Gruppi di auto-mutuo aiuto ed Enti del volontariato e privato sociale.

Nella **Regione Puglia** i SERT hanno definito forme di collaborazione con le varie Associazioni di auto-mutuo aiuto e in particolare con i Clubs degli alcolisti in trattamento.

Nella **Regione Basilicata** i servizi sanitari pubblici hanno collaborato con i Comuni soprattutto per le attività di prevenzione, e con le Associazioni di auto-mutuo aiuto, in particolare con i C.A.T., ed altri Enti del privato sociale per il miglioramento del trattamento riabilitativo.

Alcune Aziende USL della **Regione Sicilia** hanno collaborato con le Associazioni di auto-mutuo aiuto, soprattutto con i C.A.T., per attività di formazione del personale e di riabilitazione, nonché con altre Associazioni di volontariato ed Enti ausiliari per attività di prevenzione.

La **Regione Sardegna** non ha stipulato nessun protocollo di collaborazione formale o convenzione con Enti e Associazioni pubbliche o private; singole Aziende USL hanno stipulato convenzioni o collaborazioni nell'ambito di specifici progetti di prevenzione finanziati con il Fondo regionale per la lotta alla droga. Da tempo è attiva peraltro una stretta collaborazione sostanziale tra il Servizio pubblico e le Associazioni di auto-mutuo aiuto e privato sociale, che costituiscono un elemento fondamentale della rete regionale di intervento in campo alcologico.

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

In tutte le Province della **Regione Piemonte** si sono svolti, nell'ambito di uno specifico progetto finanziato con il Fondo nazionale per la lotta alla droga, incontri con gli istruttori delle Autoscuole, per la consegna di un apposito pacchetto didattico multimediale da utilizzare nel corso delle lezioni.

Nella **Regione Valle D'Aosta** sono piuttosto numerosi i provvedimenti di sequestro della patente per guida in stato di ebbrezza. E' stato pertanto avviato il progetto "Coordinamento per la sicurezza stradale", nell'ambito del quale i Servizi di alcologia si sono fatti

promotori dell’istituzione di un coordinamento con le Autoscuole, le Forze dell’ordine e le scuole per iniziative comuni, in particolare sul tema alcol e guida.

La **Regione Lombardia** ha adottato un documento di linee di indirizzo per uniformare in tutto il territorio regionale gli interventi delle Commissioni mediche locali per la patente di guida. Tale documento, elaborato con la collaborazione di rappresentanti delle stesse Commissioni, dei Laboratori Universitari e della Prefettura di Milano, delinea le indicazioni operative per la valutazione della idoneità alla guida nei soggetti dediti al consumo abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, e prevede in alcuni casi la collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze per il trattamento e recupero di specifici soggetti.

La **Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige** ha adottato una specifica Delibera per regolamentare la collaborazione di carattere medico legale fra i SERT e la Commissione medica multizionale per il rinnovo delle patenti di guida ai soggetti colti alla guida con tasso alcolemico illegale. I SERT assicurano, ove necessario, consulenze mediche, trattamenti psico-socio-sanitari e sostegno per far fronte all’abuso di alcol e limitare la guida in stato di ebbrezza.

Sono stati inoltre intensificati i controlli stradali da parte delle Forze dell’Ordine, soprattutto nei fine settimana ed in zone particolari (discoteche, feste campestri, etc.), per la prevenzione degli incidenti stradali alcolcorrelati.

Nella **Provincia Autonoma di Trento** l’Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) ha siglato un protocollo d’intesa con la Commissione medica locale per le patenti, in base al quale tutte le persone fermate per guida in stato di ebbrezza vengono inviate dall’Ufficio Motorizzazione alla Commissione medica locale, per essere da questa esaminate previa richiesta di consulenza alcologica da eseguire presso i Servizi di alcologia. In tale ambito si prevede, fra l’altro, che il Servizio di alcologia proponga alle persone fermate la frequenza di un ciclo di tre incontri, in cui saranno spiegati i pericoli della guida sotto l’effetto dell’alcol. Alcuni Giudici di pace locali hanno sanzionato la guida in stato di ebbrezza con l’obbligo alla frequenza di tale ciclo di incontri.

E’ stato avviato il progetto “Coordinamento per la sicurezza stradale”, nell’ambito del quale i Servizi di alcologia si sono fatti promotori dell’istituzione di un coordinamento con le Autoscuole, le Forze dell’ordine e le scuole per iniziative comuni sui problemi di alcol e guida.

Nella **Regione Veneto** alcune Aziende USL e Associazioni, in collaborazione con le istituzioni dell’Amministrazione dell’Interno e/o municipali, e in particolare con la Polizia di Stato, i Carabinieri e la Polizia municipale, hanno promosso e realizzato, nel 2002, numerose campagne di sensibilizzazione e informazione rivolte alla popolazione generale, anche per informare sui nuovi limiti legali del tasso alcolemico introdotti dalla legge 125/2001. Sono stati inoltre attuati, con il finanziamento del Fondo nazionale per la lotta alla droga, alcuni progetti che hanno coinvolto istruttori e allievi delle Autoscuole, nonché giovani frequentatori di locali notturni, con l’obiettivo di dissuadere dalla guida in stato di alterazione psicofisica dovuta all’alcol.

Sono stati anche realizzati interventi formativi e informativi sulle norme di divieto di vendita ai minori e sulla pubblicità, rivolti ai fruitori e gestori di supermercati e locali notturni.

La **Regione Friuli Venezia Giulia** mantiene una stretta collaborazione con le Autoscuole. In alcune Aziende USL sono stati attivati corsi mensili rivolti alle persone sorprese a guidare in stato di ebbrezza. Rapporti istituzionali vengono mantenuti inoltre con le varie Commissioni mediche locali per le patenti.

Nella **Regione Liguria** due dei cinque Dipartimenti delle Dipendenze esistenti hanno collaborato con le Amministrazioni locali e con la Polizia Stradale per la attuazione di campagne di rilevazione del tasso alcolemico alla guida.

La Regione sta sviluppando inoltre, in collaborazione con gli Uffici territoriali del Governo, il progetto per un Osservatorio permanente sull'incidentalità stradale correlata all'uso di alcol e sostanze psicotrope.

La **Regione Emilia Romagna** ha predisposto un protocollo operativo per la valutazione dell'idoneità alla guida nei soggetti segnalati dalla Polizia stradale per guida in stato di ebbrezza alcolica, che entrerà presto in vigore. Il protocollo prevede un percorso diagnostico preparatorio al giudizio di idoneità emesso dall'apposita Commissione medica locale, e comprende una diagnosi personalizzata, un'azione informativo-educativa efficace per la comunicazione del rischio, una valutazione finale sulla condizione e atteggiamento del soggetto in relazione al consumo e abuso di alcol.

I Servizi di alcologia presenti sul territorio vengono individuati quali strutture più idonee a svolgere tale percorso diagnostico, alla fine del quale è previsto l'invio di una dettagliata relazione alla Commissione medica locale, integrata dal medico alcologo ai sensi dell'art. 6 comma 1 a) della Legge 125/2001.

La **Regione Toscana** con il progetto “*On the road again*” ha finanziato, unitamente all'Azienda USL di Grosseto, iniziative per la prevenzione degli incidenti stradali dirette in particolare ai giovani in uscita dalle discoteche del litorale, finalizzate ad accrescere la consapevolezza della quantità di alcol assunta e i rischi collegati. Nell'ambito del progetto sono stati effettuati, in collaborazione con la Polizia stradale e i Carabinieri, 12.742 test per la misurazione del tasso alcolemico, sono state interessate 6 Province e 35 discoteche, con 90 uscite di Camper attrezzati per un percorso totale di 10.000 Km. e 466 presenze da parte degli operatori pubblici e del privato sociale. L'esperienza, tutt'ora in corso, ha riscontrato un forte interesse da parte dei giovani e favorito un approccio consapevole sui rischi derivanti dall'uso inadeguato di alcol.

Quale atto specificamente applicativo della legge 125/2001 la **Regione Umbria** ha pubblicato, nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n.23 del 22.05.2002, la Deliberazione della Giunta Regionale 3 Aprile 2002 n. 405 “Legge 125/01-Protocollo Patente”, cui è seguita la pubblicazione della Determinazione dirigenziale per la relativa applicazione operativa.

Con tali atti si è inteso in particolare dare applicazione al disposto dell'art. 6 comma 1 della legge 125/2001, che prevede l'integrazione delle Commissioni mediche locali con un medico dei servizi alcologici per le visite di aspiranti conducenti che manifestano sintomi associabili a patologie alcolcorrelate.

E' stato pertanto elaborato un “Protocollo patente” quale nuova procedura comune da utilizzare su tutto il territorio regionale per la formulazione, da parte delle Commissioni mediche locali, del giudizio medico-legale sulla idoneità psico-fisica alla guida dei veicoli a motore dei soggetti che presentano patologie o problemi alcolcorrelati.

Il protocollo individua in particolare un'essenziale casistica di persone in condizioni di rischio di alcoldipendenza, e fissa tempi e procedure relative alla conferma o meno della loro idoneità alla guida. Sono state individuate tre possibili condizioni di rischio (molto basso, basso e intermedio, alto) in relazione alle quali la Commissione medica locale è vincolata ad assumere determinati provvedimenti, quali ad esempio, nei casi di alto rischio, l'invio obbligatorio dei soggetti interessati alle Unità alcologiche dell'Azienda USL. Queste provvederanno a redigere una relazione clinica da inviare alla stessa Commissione medica locale ai fini del definitivo pronunciamento, e in tal caso, secondo il disposto della legge 125/2001, la Commissione medica sarà integrata con un medico dei servizi alcologici.

La Regione ha inoltre attivato un protocollo regionale per l'assistenza alcolologica nelle carceri.

La **Regione Marche** ha promosso un rapporto di collaborazione fra i Servizi di alcologia e la Polizia Stradale in occasione della manifestazione “Estate Salute”, ai fini delle attività di prevenzione e controllo degli abusi durante la guida di autoveicoli. L'ufficio per la Promozione della Salute dell'Azienda USL n.7 di Ancona collabora attivamente con l'Ufficio Educazione e Prevenzione del Comando di Polizia municipale per la programmazione e realizzazione di attività di prevenzione degli incidenti stradali. Per l'anno in corso sono stati organizzati, in collaborazione con il Comando di Polizia Municipale di Ancona, due convegni rivolti ai giovani, sui temi “Consumo di bevande alcoliche e incidentalità” e “Vacanze per Strada”.

Un'iniziativa di collaborazione tra il locale Servizio di alcologia e la Direzione dell'Ospedale di Novafeltria (PS) ha consentito di porre il divieto di vendita di bevande alcoliche nel bar interno del medesimo Ospedale.

Attività di collaborazione sono state attivate anche tra Presidi ospedalieri e Polizia stradale, ai fini delle attività di controllo e prevenzione degli abusi durante la guida.

Nella **Regione Lazio** è stato attivato un Servizio di osservazione/intervento su quanto riportato dai mass-media sui problemi alcolcorrelati, con lo scopo di effettuare gli opportuni interventi correttivi e informativi tramite interviste, comunicati stampa, etc..

Nella **Regione Puglia** numerosi SERT hanno avviato o stanno avviando, in coerenza con gli obiettivi del Piano sociosanitario 2002-2004, in collaborazione con le rispettive Polizie municipali e in particolare nelle scuole superiori, progetti di prevenzione del consumo di alcol miranti a evidenziare le alterazioni psico-fisiche indotte dall'uso/abuso di alcol e le loro ripercussioni sulle prestazioni alla guida.

Nella **Regione Basilicata** l'Azienda USL n.4 di Matera ha inserito nella locale Commissione medica per le patenti di guida un medico dei servizi di alcologia, in attuazione dell'art. 6 comma 1 a) della legge 125/2001.

Nella **Regione Sardegna** vengono riscontrate particolari difficoltà nella collaborazione con le competenti amministrazioni dell'Interno o municipali per il rispetto delle disposizioni in materia di tasso alcolemico durante la guida, pubblicità e vendita nelle autostrade. Presso alcune specifiche Aziende USL vi sono state comunque iniziative di collaborazione e incontro con le Forze dell'ordine e i Vigili urbani. E' stato inoltre presentato un progetto per dotare l'azienda USL di Olbia di un etilometro da utilizzare per iniziative preventive territoriali, da finanziarsi con il Fondo nazionale per la lotta alla droga.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

partecipano attivamente le Organizzazioni sindacali regionali, le Rappresentanze sindacali aziendali, le Associazioni dei datori di lavoro, gli Enti del privato sociale no-profit, le Associazioni di auto-mutuo aiuto, i servizi pubblici. Interventi di prevenzione e sensibilizzazione sono già stati effettuati presso le aziende di varie Province, e altri sono stati programmati, individuando i luoghi di lavoro con più elevato rischio di infortunio e maggiore difficoltà di interventi preventivi. Per l'anno 2003 è previsto un convegno nazionale per la presentazione del progetto e la diffusione dei primi risultati conseguiti.

La **Regione Umbria** ha aderito al già citato progetto nazionale del Ministero della Salute, finanziato col Fondo nazionale per la lotta alla droga e coordinato dalla Regione Toscana, per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati tra i lavoratori delle aziende.

La **Regione Abruzzo** e la **Regione Sicilia** hanno partecipato, con un gruppo di altre Regioni coordinate dalla Regione Toscana, al sopracitato progetto nazionale del Ministero della Salute per la prevenzione dell'abuso di alcol nei luoghi di lavoro.

La **Regione Sardegna** si è molto attivata per le attività di prevenzione dirette al mondo del lavoro, riconoscendone la grande utilità, e ha provveduto a finanziare con la quota regionale del Fondo nazionale per la lotta alla droga numerosi progetti in tale ambito. Nelle Aziende USL interessate sono stati organizzati, in stretta collaborazione con le imprese e le aziende, programmi di incontro con i lavoratori durante l'orario di lavoro, finalizzati a evidenziare soprattutto il rischio alcolcorrelato all'interno degli ambienti di lavoro.

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

La **Regione Piemonte** sta predisponendo, data la variabilità dei trattamenti attuati, un progetto mirato alla definizione di linee guida con particolare attenzione alle terapie farmacologiche proposte agli alcodipendenti che si rivolgono ai Servizi.

Nella **Regione Valle d'Aosta** i farmaci per le terapie antiabuso e/o *anticraving* dell'alcolismo vengono regolarmente erogati a carico dell'Azienda USL Valle d'Aosta.

La **Regione Lombardia** prevede la somministrazione di farmaci specifici all'interno dei programmi di cura integrati medico-psico-sociali. I farmaci possono essere erogati sia in forma diretta, durante le terapie ambulatoriali effettuate nella sede dei Servizi, senza alcun onere a carico dell'utente, sia tramite prescrizione effettuata dalla stessa Unità operativa alcolologica o dal Medico di Medicina Generale, con cui viene instaurata una stretta collaborazione. In tal caso l'onere della spesa è a carico del soggetto, secondo quanto previsto dalla vigente normativa statale e regionale.

In caso di terapie farmacologiche a lungo termine durante una fase riabilitativa effettuata presso Gruppi di auto-mutuo aiuto, le stesse vengono continuamente monitorate, anche attraverso esami di laboratorio, dal personale medico dell'Unità alcolologica o dal Medico di Medicina Generale.

Nella **Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige** i SERT, rifornendosi dalle farmacie ospedaliere, erogano direttamente ai pazienti i farmaci per le terapie antiabuso e *anticraving* dell'alcolismo. Inoltre, previo accordo con i medici ospedalieri ed alcuni medici di base, c'è la disponibilità alla erogazione dei suddetti farmaci per la continuazione di terapie post-ricovero ospedaliero o prescritte dai medici di base.

Nella **Regione Veneto** i farmaci per terapie antiabuso e *anticraving* dell'alcolismo vengono generalmente erogati direttamente dai Servizi per le Dipendenze e dai Presidi ospedalieri.

Nella **Regione Liguria** tutti i Dipartimenti delle Dipendenze erogano farmaci avversativi ed *anticraving* dell'alcolismo.

La **Regione Emilia Romagna** prevede, in generale, che i farmaci per il trattamento dell'alcolismo vengano erogati direttamente dai Servizi per le Dipendenze patologiche e dai Presidi ospedalieri.

La **Regione Umbria** garantisce attraverso i Servizi di alcologia l'erogazione gratuita delle terapie farmacologiche ai soggetti alcoldipendenti.

La **Regione Marche** ha previsto la somministrazione gratuita dei farmaci *anticraving* o antiabuso agli utenti alcolisti da parte dei SERT o degli ambulatori farmacologici dei Dipartimenti delle Dipendenze. In una Azienda USL è stato realizzato un percorso terapeutico che prevede, oltre alla somministrazione gratuita dei tradizionali farmaci antiabuso o *anticraving*, anche l'effettuazione di agopuntura da parte di personale opportunamente formato. Terapie farmacologiche sono previste anche nell'ambito dei trattamenti effettuati presso strutture di accoglienza.

La **Regione Lazio** eroga a carico del Servizio Sanitario Nazionale farmaci utili per il trattamento dell'abuso e del *craving* dei pazienti alcolisti.

Nella **Regione Abruzzo** nell'anno 2000 il 49,5% dei soggetti in carico ai servizi alcologici ha ricevuto un trattamento medico-farmacologico in regime ambulatoriale.

Nella **Regione Campania** il trattamento farmacologico è l'intervento terapeutico predominante nell'ambito di quelli effettuati nei Servizi per le Dipendenze.

La **Regione Basilicata** non prevede in generale l'erogazione diretta, da parte dei Servizi, dei farmaci per terapie antiabuso e *anticraving* per l'alcolismo, che vengono comunque forniti dalla farmacia ospedaliera. Solo in un'Azienda USL il SERT effettua gratuitamente terapie antiabuso e *anticraving* dell'alcolismo.

Nella **Regione Calabria** le terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo sono erogate e assicurate dai SERT e dall'Unità alcologica, ove esistente.

Nella **Regione Sardegna** tutte le Aziende USL tranne due hanno assicurato l'erogazione dei farmaci antiabuso a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

PARTE QUARTA

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

4.1. Il personale dei servizi

Al 31.12.2001 sono stati rilevati 324 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza (+2,9% rispetto all'anno precedente) distribuiti in 20 Regioni. Di questi servizi il 94,8% sono di tipo territoriale, il 4,3% di tipo ospedaliero e lo 0,6% di tipo universitario (tab. 1-2; graf. 1).

In totale nel 2001 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 2.795 unità di personale (+14,1% rispetto al 2000), suddivise tra 660 unità addette esclusivamente (pari al 23,6% del totale) e 2.135 addette parzialmente (76,4% del totale) (tabelle 3-5; graf. 2).

Dalla tabella 6 e dal grafico 6, che riportano la distribuzione percentuale dei ruoli professionali addetti esclusivamente sul personale complessivo (somma di esclusivi e parziali), si osserva una certa omogeneità nei valori percentuali: escludendo gli amministrativi, la proporzione più alta di addetti esclusivi spetta agli educatori professionali (30,6%), seguiti dagli assistenti sociali (25%), dagli infermieri professionali (23,6%), dagli psicologi (23,3%) e dai medici (22,5%). Limitando l'analisi ai profili direttamente coinvolti nel trattamento dell'alcoldipendenza, le quote più basse di coinvolgimento esclusivo sono dunque riferite ai medici e agli psicologi. La tabella 7 riporta l'analogia distribuzione relativamente agli addetti parziali.

I grafici 3-5 mostrano la composizione per tipologia di ruolo per il personale totale e per le due categorie in cui è stato ripartito. Analizzando il dato nazionale, si osserva una percentuale più alta di professionalità sanitarie (medici e infermieri) nel personale occupato parzialmente (47% del totale del personale parziale) rispetto a quello impiegato esclusivamente (45,6% del totale degli esclusivi); la proporzione di psicologi non si differenzia sostanzialmente nelle due distribuzioni (17,3% del personale esclusivo e 17,6% di quello parziale) mentre più elevata, negli addetti esclusivamente, è la percentuale sia di assistenti sociali (17,4% vs 16,2%) sia di educatori professionali (10,9% vs 7,7%). Infine, il personale amministrativo e di altro tipo rappresenta l'11,5% e l'8,8% delle due categorie in esame (rispettivamente personale parziale ed esclusivo).

La tabella 8 e i grafici 7-9 riportano i trend del numero assoluto delle unità di personale (totale, esclusivo e parziale) distinte per tipologia di ruolo. Nel periodo 1996-2001 si osserva, per entrambe le tipologie di rapporto di lavoro, un aumento (in termini assoluti) di tutte le figure professionali coinvolte, più marcato per gli psicologi e per gli operatori sociosanitari. In particolare, nel biennio 2000-2001 relativamente al sottogruppo degli addetti esclusivi l'incremento più elevato, escludendo gli amministrativi ed il personale di altro tipo, si registra per gli operatori sociosanitari (+17,5%), seguono i medici (+15,1%) e gli psicologi (+6,5%); nel sottogruppo complementare degli addetti parziali la variazione maggiore si osserva invece per gli psicologi (+24,9%) seguita da quella dei medici (+15%) e degli operatori sociosanitari (+13%). In termini percentuali (tab. 8 bis) dall'analisi del trend nel periodo 1996-2001 emerge una tendenziale diminuzione della proporzione dei medici (sebbene nel biennio 2000-2001 si sia verificato un incremento dello 0,8%) e una crescita di psicologi (pari al 5,3% nell'ultimo biennio) e di operatori sociosanitari (il dato è stabile nel biennio 2000-2001).

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

Nella tabella 9 sono visualizzate, per ogni singola funzione e con dettaglio regionale, le percentuali di servizi o gruppi di lavoro che hanno dichiarato di aver svolto nel corso del 2001 le funzioni indicate. Come si può osservare, oltre l'80% dei servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi, ha definito (84,9%) e/o attuato (85,2%) programmi terapeutico-riabilitativi e ha effettuato interventi di prevenzione (81,2%). Per le funzioni di coordinamento, le percentuali di attivazione più basse sono riferite a quelle che coinvolgono interventi di altre strutture o servizi sanitari pubblici (57,4%) e rilevazioni epidemiologiche (48,8%), le più alte sono attribuibili al coordinamento con il servizio sociale pubblico (78,7%), con i servizi ospedalieri (77,2%) e con il medico di famiglia (75%). I piani operativi di formazione del personale e sensibilizzazione hanno coinvolto il 65,4% dei servizi rilevati. Numerose sono le Regioni caratterizzate da percentuali molto alte e superiori alla media per tutte le funzioni in esame (ad esempio la Valle d'Aosta, l'Emilia Romagna, il Friuli, le Marche, il Molise); al Nord emerge tuttavia una situazione di netta inferiorità della Lombardia rispetto al resto d'Italia (valori nettamente minori della media e più bassi rispetto a tutte le altre Regioni, per ciascuna delle funzioni previste).

Analizzando i programmi di trattamento (tab.10; graf.10) si osserva che il 28,3% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 24,3% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, l'11,8% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per l'11,3% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2% circa degli alcoldipendenti. I trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 10,9% degli utenti e sono principalmente consistiti nella terapia individuale (55%) e terapia di gruppo o familiare (45%).

Il ricovero ospedaliero ha riguardato l'8,2% del totale degli utenti rilevati (6,4% in istituti pubblici, 1,8% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (64,1% sul totale dei ricoverati in regime ospedaliero ordinario o in day hospital e 66,7% sul totale dei ricoverati in casa di cura privata convenzionata (graf.11).

Dall'analisi territoriale emerge nuovamente una situazione di estrema eterogeneità a livello regionale: ad esempio si ricorre al trattamento medico-farmacologico per oltre il 40% dei casi in Liguria e in Emilia Romagna contro un 20% circa dei casi in Veneto; per il counseling i valori oscillano tra il 18% e il 38% circa, rappresentati rispettivamente dall'Emilia e dalla provincia di Bolzano; la percentuale dei soggetti sottoposti a psicoterapia (individuale o di gruppo) varia in un range compreso tra l'2,1% del Friuli e il 18,9% della Campania; l'inserimento in gruppi di auto/mutuo aiuto presenta valori superiori alla media nazionale solo in 4 Regioni del Centro-Nord (Marche, Friuli, Veneto e Piemonte), il trattamento socioriusabilitativo sembra essere una tipologia di trattamento maggiormente affermata al Sud (in particolare Sardegna e Sicilia hanno adottato questa modalità terapeutica per oltre il 15% dei casi contro l'11,3% della media nazionale) sebbene il valore massimo della distribuzione sia rappresentato da Emilia e Liguria con il 19% dei casi; l'inserimento in comunità semiresidenziali o residenziali è massimo in Valle d'Aosta e minimo in Friuli; infine, relativamente al ricorso al ricovero in strutture pubbliche, spicca la Valle d'Aosta con un 20,5% dei casi (contro il 6,4% dell'Italia); analogamente, riguardo al ricovero in strutture private convenzionate, le Marche si contraddistinguono per un 18% circa di utenti che vengono indirizzati a questo tipo di approccio terapeutico (contro il 2%

circa della media nazionale).

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

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

Per quanto riguarda la collaborazione con i Gruppi di auto-mutuo aiuto, si osserva (tab.12a) che nel 2001 il 74,4% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 45,4% con gli A.A. e il 12,3% con altri gruppi. Le attività di collaborazione con le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali e con le cooperative sociali per la gestione dei servizi sociosanitari ed educativi riguardano rispettivamente il 42,6% e il 17,3% dei servizi; più alta è la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio (47,2%). Nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli Enti privati (tab. 12b), cioè con case di cura convenzionate (20,4%) o private (0,9%). Si ripropone, come per molti altri aspetti del fenomeno in esame, l'assenza di una omogeneità territoriale, qui ancora più accentuata per la presenza di situazioni "estreme" (Regioni con scostamenti molto significativi, in una direzione o in quella opposta, rispetto al valore centrale di riferimento)

Nella tabella 13 è riportato il numero medio annuale, per servizio o gruppo di lavoro, di Enti o Associazioni del volontariato e privato sociale (tab. 13a) e di Enti privati (tab. 13b) che hanno collaborato con i servizi per l'alcoldipendenza. Analizzando il dato nazionale si osserva che mediamente, nel corso del 2001, ogni servizio ha collaborato con circa 8 CAT, 3 AA e 2 comunità e cooperative sociali. Meno frequente, come già visto, la collaborazione con gli Enti privati (valori medi pari a 1,8 e 2,2, rispettivamente, per la case di cura convenzionate e private), mentre permangono in entrambi i casi le differenziazioni a livello regionale.

4.4. Le caratteristiche demografiche dell’utenza

Nel 2001¹ sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 34.778 soggetti alcoldipendenti (tabelle 14-15, graf.13), valore in aumento rispetto all’anno precedente (+0,6%). La graduatoria regionale vede le Regioni del Nord (ad eccezione della Valle d’Aosta e della Liguria) ai primi posti. In particolare Veneto e Lombardia sono le Regioni con il numero assoluto più elevato di utenti (oltre 5.000), mentre al Sud il valore più basso si registra in Molise con 291 utenti. Il 40,5% dell’utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il rimanente 59,5% da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell’anno dopo aver sospeso un trattamento precedente; stratificando per sesso, le percentuali di nuovi utenti risultano pari a 41,3% per i maschi e 37,9% per le femmine. A livello regionale, i nuovi utenti presentano una elevata disomogeneità nella distribuzione percentuale: la maggiore concentrazione si osserva in Friuli (64% del totale degli utenti che usufruiscono dei servizi regionali) mentre l’Emilia presenta la proporzione più bassa di nuovi utenti (32,2%).

Il rapporto M/F è pari a 3,3 (gli uomini rappresentano il 76,6% dell’utenza totale). Tale dato (graf.14) appare in lieve aumento rispetto all’anno 2000 (3,2) mentre si riconferma la maggiore proporzione di maschi tra i nuovi utenti (78,1%) rispetto agli utenti già presi in carico dai servizi (75,6%), che presumibilmente riflette la più elevata prevalenza del fenomeno dell’alcoldipendenza tra i soggetti di sesso maschile. A livello regionale (tab.16) questa maggiore rappresentatività risulta più evidente al Centro-Sud sia per il totale degli utenti (ad eccezione del Friuli e della provincia di Bolzano, tutte le Regioni centro-meridionali rilevate presentano valori del rapporto M/F superiori alla media nazionale, con un massimo- pari a 5,6- raggiunto in Campania) sia per i nuovi utenti (valore minimo – pari a 2,3 - in Valle d’Aosta, valore massimo, pari a 5,7 – in Campania).

L’analisi per età (tab.17, graf.15a, graf.15d-e) evidenzia che la classe modale è 40-49 anni, sia per l’utenza totale (9.789 soggetti pari al 28,2%) sia per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti (rispettivamente 26,3% e 29,4%). Gli individui di età compresa tra i 30 e i 59 anni rappresentano il 75,3% di tutti gli alcoldipendenti in esame (72,6% nei nuovi utenti e 77,1% negli utenti già in carico), i giovani al di sotto dei 30 anni non superano il 15% (9,1% in totale, 12,8% nei nuovi utenti e 6,6% negli utenti vecchi) mentre considerevole è la quota degli individui di 60 anni e oltre (15,6% in totale ripartiti tra 14,6% e 16,3% rispettivamente nei nuovi e vecchi utenti). Come atteso, i nuovi utenti sono dunque più giovani degli utenti già in carico o rientrati: il 61,6% dei primi ha più di 40 anni rispetto al 70,9% dei secondi; il 12,8% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale è del 6,6%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 35,3% per i nuovi utenti e il 41,5% per quelli già in carico.

L’analisi temporale (tab.18) relativamente al periodo 1996-2001 mostra una sostanziale stabilità nella composizione percentuale per età; il grafico 14a evidenzia tuttavia che nei 6 anni in esame cresce la proporzione dei giovani fino a 40 anni (con un incremento relativo della classe “<20 anni” sensibilmente più elevato rispetto alle altre fasce di età) e degli ultrasessantenni, mentre è negativo il trend delle classi 40-49 anni e 50-59 anni. Analogi andamenti si registrano all’interno del sottogruppo dei nuovi utenti (graf.14b): limitandosi al biennio 2000-2001 variazioni positive si riscontrano per gli individui al di sopra dei 30 anni,

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

ad eccezione della classe “50-59 anni”.

Analizzando distintamente i due sessi sul totale degli individui rilevati (graf.15b-c), si nota che l’utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 33,9% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 29,2% delle femmine; nella classe modale 40-49 si concentra il 31% delle donne (contro il 27,3% del sesso maschile), nella classe successiva (50-59 anni) le percentuali scendono a 23,1% e 24,3%, rispettivamente, per gli uomini e per le donne, mentre sostanzialmente uguale risulta la proporzione di utenti con età maggiore o uguale a 60 anni (15,6% maschi e 15,5% femmine). Si nota inoltre che la maggiore rappresentatività delle classi anziane nell’utenza femminile tende ad aumentare negli anni (da 12,9% nel 1996 a 15,5% nel 2001, con un incremento relativo nell’ultimo biennio pari al 9,9%).

Stratificando per sesso e tipologia di utenza (graf.15f-g-h-i) si evidenzia nuovamente il maggior peso percentuale, nelle donne, delle classi di età più avanzate, più accentuato nel sottogruppo dei vecchi utenti.

Le caratteristiche fin qui evidenziate sulla distribuzione per età degli utenti vengono sostanzialmente confermate analizzando l’età media (tab.19). Nel 2001 l’età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,7 anni; le donne hanno un’età media più elevata dei maschi (46,4 rispetto a 45,5) a conferma dell’ipotesi della maggiore anzianità dell’utenza alcoldipendente femminile e, come già evidenziato, i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (44,3 vs 46,7), ma entrambi i sottogruppi non si discostano dalla tendenza generale di una maggiore rappresentatività delle età avanzate nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 45,4 vs 44 nel sottogruppo dei nuovi utenti e 47 vs 46,6 anni nel sottogruppo degli utenti già in carico).

A livello regionale, si delinea, pur con qualche eccezione, una sorta di gradiente Nord-Sud: per il complesso degli utenti le Regioni che presentano valori dell’età media superiori al corrispondente dato nazionale sono infatti tutte appartenenti alla ripartizione dell’Italia settentrionale (Emilia, Piemonte, Valle d’Aosta, provincia di Bolzano e Veneto) mentre valori più bassi si registrano al Centro-Sud (ad eccezione di Lombardia, Friuli e Liguria), in particolare in Campania (41,2) e Sicilia (40,7). Tale variabilità regionale si ripropone, pur con qualche differenziazione, anche separatamente nei due sessi e stratificando per tipologia di utenza (sebbene il gradiente Nord –Sud sia più “netto” nel sesso maschile rispetto a quello femminile e nei nuovi utenti rispetto ai vecchi).

Nell’intervallo temporale osservato (tab.20, graf.16) i valori dell’età media sono oscillati ma non hanno evidenziato nessun chiaro andamento se non una tendenza alla diminuzione per i nuovi utenti maschi (da 44,7 nel 1996 a 44 nel 2001, con un lieve aumento nel biennio 2000-2001).

4.5. I consumi alcolici dell’utenza

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

La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile

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

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

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

PAGINA BIANCA

TABELLE E GRAFICI

PAGINA BIANCA

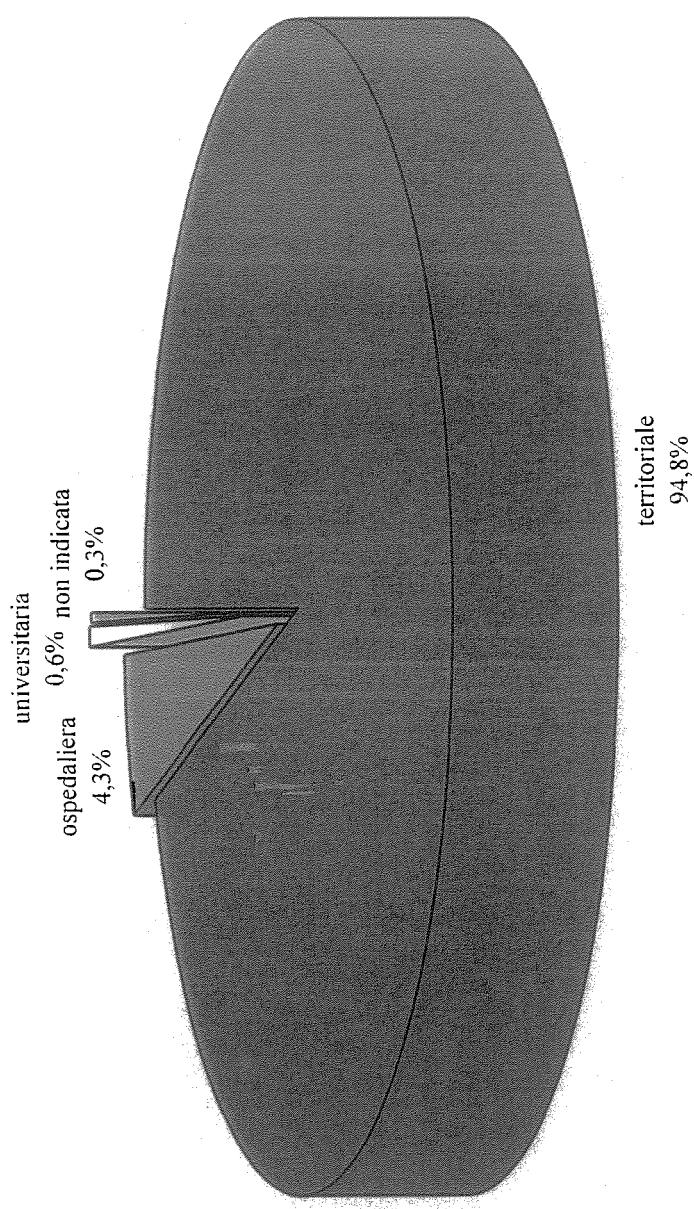
Tab. I - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2001

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

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

ANNO	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	-	315
2001	307	14	2	1	324

*Graf. I - TIPOLOGIA DEI SERVIZI O
GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2001*



Tab.3 UNITA' DI PERSONALE (TOTALE) ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOOLDIPENDENZA - ANNO 2001

REGIONE	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERNIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
PIEMONTE	98	86	80	59	95	19	37	474
VALLE D'AOSTA	2	1	1	2	2	-	-	8
LOMBARDIA	87	73	59	29	85	16	12	361
PROV AUTON BOLZANO	8	16	6	1	11	7	4	53
VENETO	69	50	47	49	69	13	32	329
FRIULI VENEZIA GIULIA	7	4	5	3	7	1	3	30
LIGURIA	37	24	30	5	53	4	8	161
EMILIA ROMAGNA	67	45	42	39	74	13	15	295
TOSCANA	63	31	37	27	59	8	7	232
MARCHE	29	23	16	2	24	9	10	113
MOLISE	17	8	14	-	14	2	8	63
CAMPANIA	69	55	55	6	82	5	27	299
SICILIA	66	56	51	12	63	7	22	277
SARDEGNA	25	18	17	3	23	2	12	100
ITALIA	644	490	460	237	661	106	197	2.795

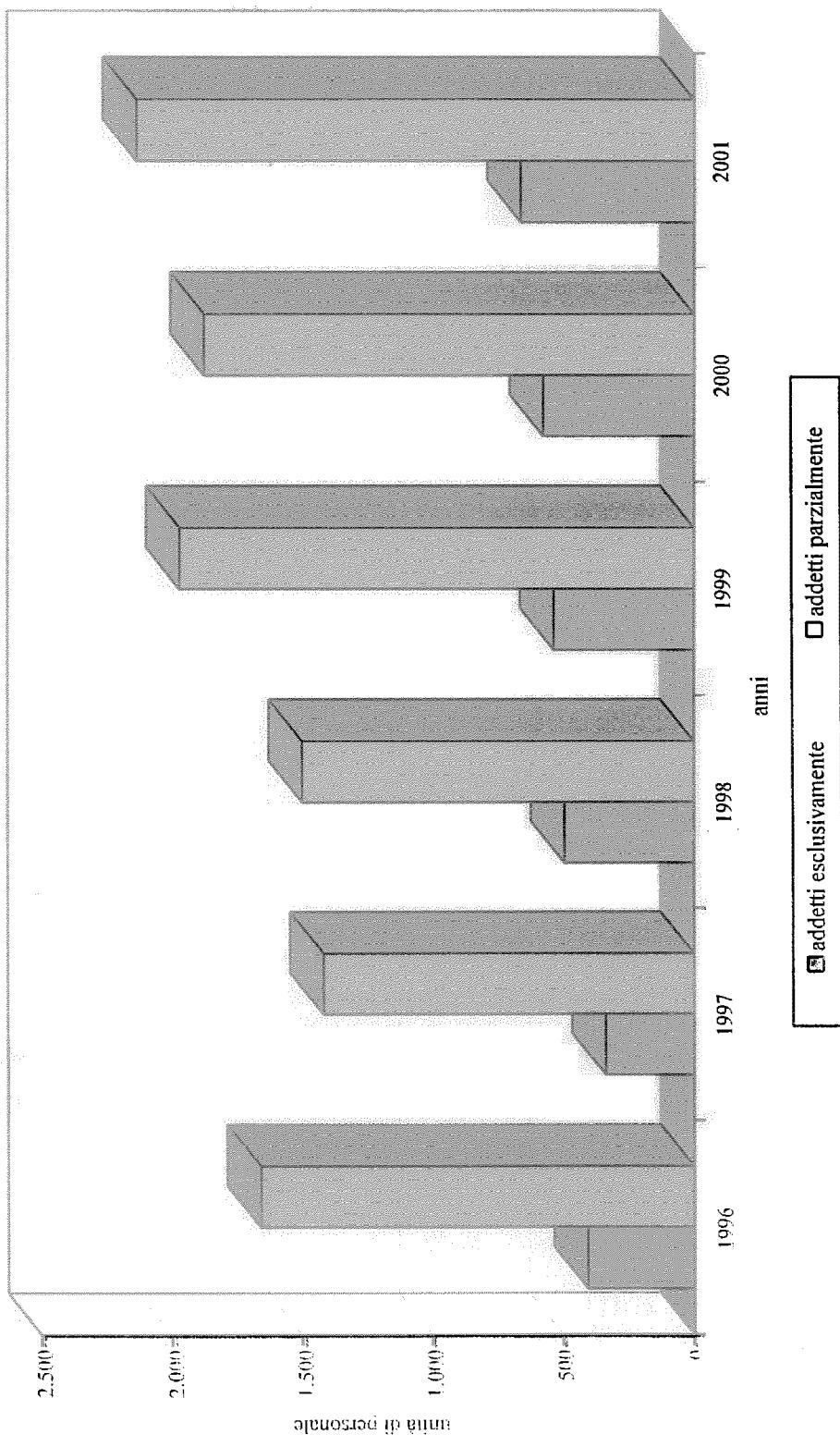
Tab.4 UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ESCLUSIVAMENTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOOLDIPENDENZA - ANNO 2001

REGIONE	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERMIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
PIEMONTE	13	16	15	10	14	3	2	73
VALLE D'AOSTA	2	1	1	2	2			8
LOMBARDIA	22	17	13	13	30	3	5	103
PROV.AUTON.BOLZANO	3	7		1	2	2	1	16
VENETO	13	11	12	19	13	1	4	73
FRIULI VENEZIA GIULIA	4	2	4	2	5			20
LIGURIA	-	-	-	-	-			-
EMILIA ROMAGNA	14	12	10	13	18		2	69
TOSCANA	6	4	3	4	12		1	30
MARCHE	2	2	-	-	-		-	4
MOLISE	14	8	14	-	14	2	8	60
CAMPANIA	22	13	21	4	19	2	8	89
SICILIA	16	11	12	3	11	2	3	58
SARDEGNA	14	10	10	1	16	1	5	57
ITALIA	145	114	115	72	156	16	42	660

Tab. 5 UNITA' DI PERSONALE ADDETTE PARZIALMENTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOOLDIPENDENZA - ANNO-2001

REGIONE	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERMIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
PIEMONTE	85	70	65	49	81	16	35	401
VALLE D'AOSTA	-	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	65	56	46	16	55	13	7	258
PROV.AUTON.BOLZANO	5	9	6	-	9	5	3	37
VENETO	56	39	35	30	56	12	28	256
FRIULI VENEZIA GIULIA	3	2	1	1	2	1	-	10
LIGURIA	37	24	30	5	53	4	8	161
EMILIA ROMAGNA	53	33	32	26	56	13	13	226
TOSCANA	57	27	34	23	47	8	6	202
MARCHE	27	21	16	2	24	9	10	109
MOLISE	3	-	-	-	-	-	-	3
CAMPANIA	47	42	34	2	63	3	19	210
SICILIA	50	45	39	9	52	5	19	219
SARDEGNA	11	8	7	2	7	1	7	43
ITALIA	499	376	345	165	505	90	155	2.155

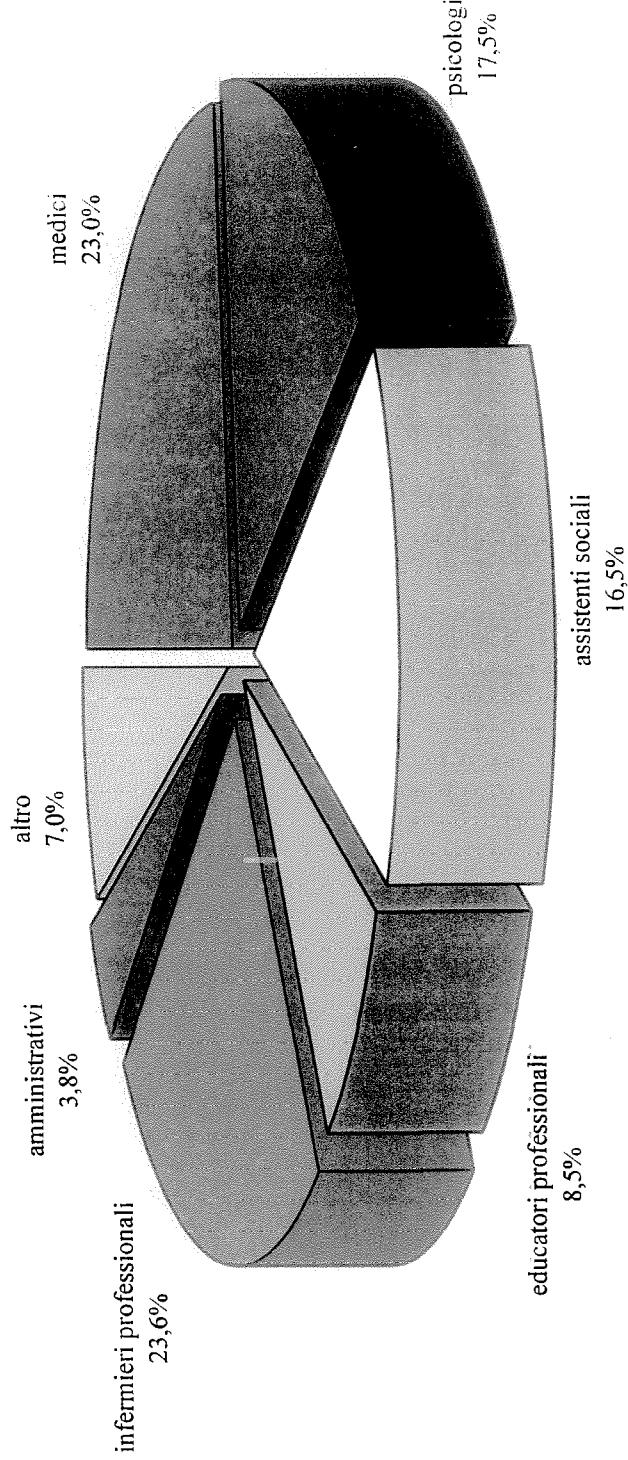
Graf. 2 - PERSONALE ADDETTO ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOOLDIPENDENZA



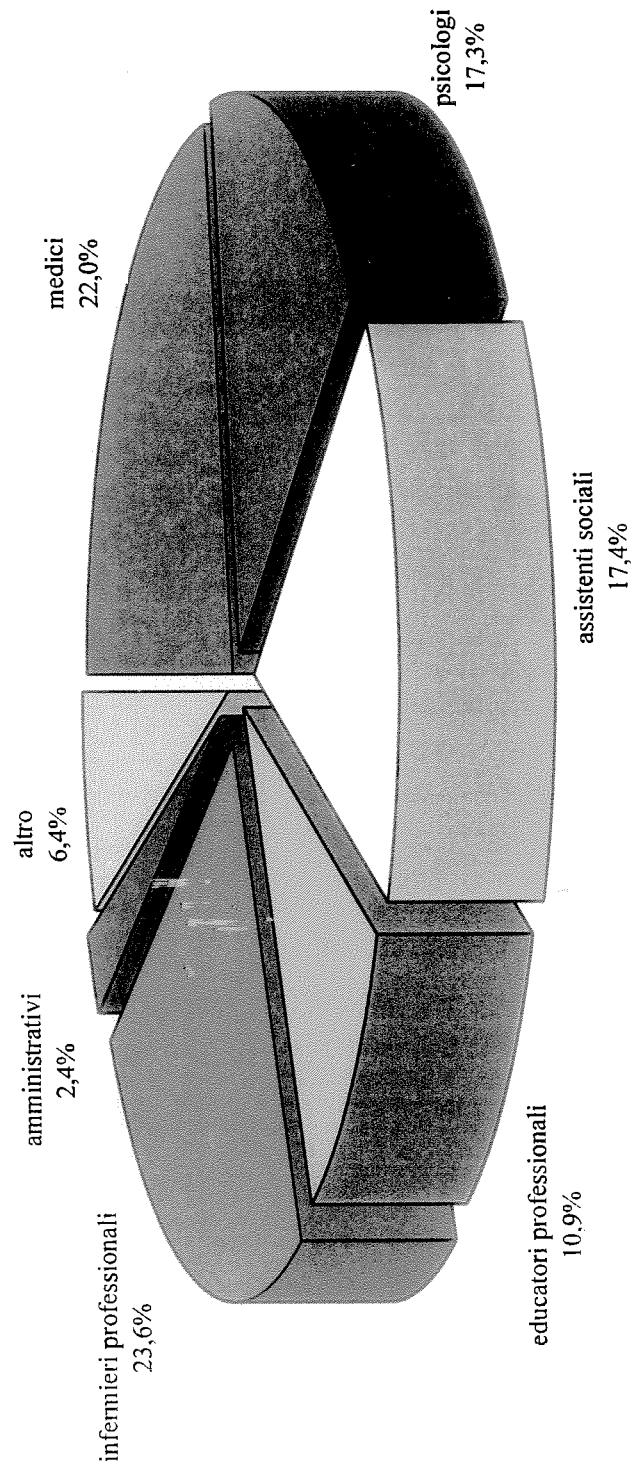
*Tab.6 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ESCLUSIVAMENTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOOLDIPENDENZA
SUL TOTALE DEL PERSONALE - ANNO 2001*

REGIONE	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERNIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
PIEMONTE	13,3	18,6	18,8	16,9	14,7	15,8	5,4	15,4
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	100,0
LOMBARDIA	25,3	23,3	22,0	44,8	35,3	18,8	41,7	28,5
PROV.AUTON.BOLZANO	37,5	43,8	-	100,0	18,2	28,6	25,0	30,2
VENETO	18,8	22,0	25,5	38,8	18,8	7,7	12,5	22,2
FRIULI VENEZIA GIULIA	57,1	50,0	80,0	66,7	71,4	-	100,0	66,7
LIGURIA	-	-	-	-	-	-	-	-
EMILIA ROMAGNA	20,9	26,7	23,8	33,3	24,3	-	13,3	23,4
TOSCANA	9,5	12,9	8,1	14,8	20,3	-	14,3	12,9
MARCHE	6,9	8,7	-	-	-	-	-	3,6
MOLISE	82,4	100,0	100,0	-	100,0	100,0	100,0	95,2
CAMPANIA	31,9	23,6	38,2	66,7	23,2	40,0	29,6	29,8
SICILIA	24,2	-	19,6	23,5	25,0	17,5	28,6	13,6
SARDEGNA	56,0	55,6	58,8	33,3	69,6	50,0	41,7	57,0
ITALIA	22,5	23,3	25,0	30,6	23,6	15,1	21,3	23,6

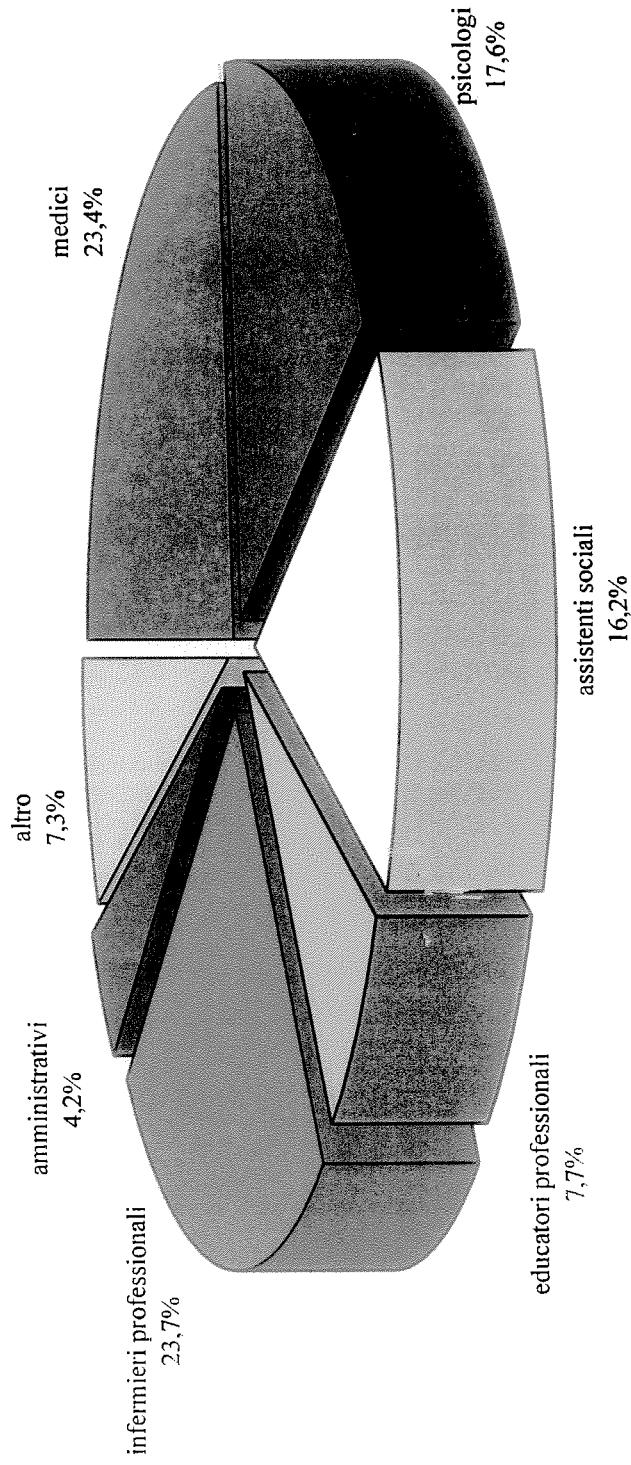
Graf.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE (TOTALE) PER QUALIFICA - ANNO 2001



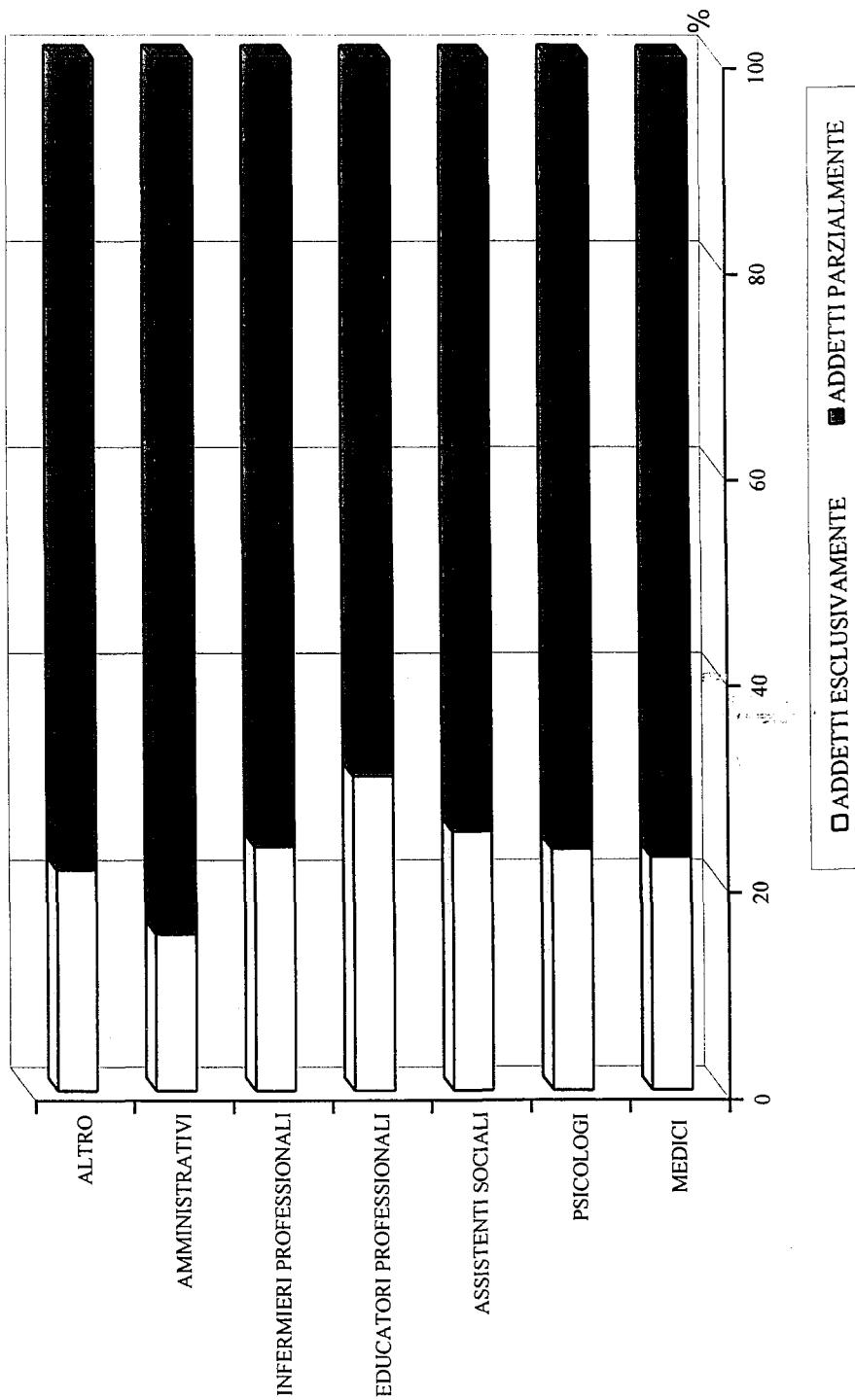
**Graf.4 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ESCLUSIVAMENTE
PER QUALIFICA - ANNO 2001**



Graf.5 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO PARZIALMENTE
PER QUALIFICA - ANNO 2001



Graf.6 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE PER TIPO DI RAPPORTO
(ESCLUSIVO O PARZIALE) - ANNO 2001



**Tab.7 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE PARZIALMENTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOOLDIPENDENZA
SUL TOTALE DEL PERSONALE - ANNO 2001**

REGIONE	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERMIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
PIEMONTE	86,7	81,4	81,3	83,1	85,3	84,2	94,6	84,6
VALLE D'AOSTA								
LOMBARDIA	74,7	76,7	78,0	55,2	64,7	81,3	58,3	71,5
PROV.AUTON.BOLZANO	62,5	56,3	100,0	0,0	81,8	71,4	75,0	69,8
VENETO	81,2	78,0	74,5	61,2	81,2	92,3	87,5	77,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	42,9	50,0	20,0	33,3	28,6	100,0	-	33,3
LIGURIA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
EMILIA ROMAGNA	79,1	73,3	76,2	66,7	75,7	100,0	86,7	76,6
TOSCANA	90,5	87,1	91,9	85,2	79,7	100,0	85,7	87,1
MARCHE	93,1	91,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	96,5
MOLISE	17,6	-	-	-	-	-	-	4,8
CAMPANIA	68,1	76,4	61,8	33,3	76,8	60,0	70,4	70,2
SICILIA	75,8	80,4	76,5	75,0	82,5	71,4	86,4	79,1
SARDEGNA	44,0	44,4	41,2	66,7	30,4	50,0	58,3	43,0
ITALIA	77,5	76,7	75,0	69,6	76,4	84,9	78,7	76,4

*Tab.8- UNITA' DI PERSONALE ADDETTA ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOOLDIPENDENZA**1) personale totale*

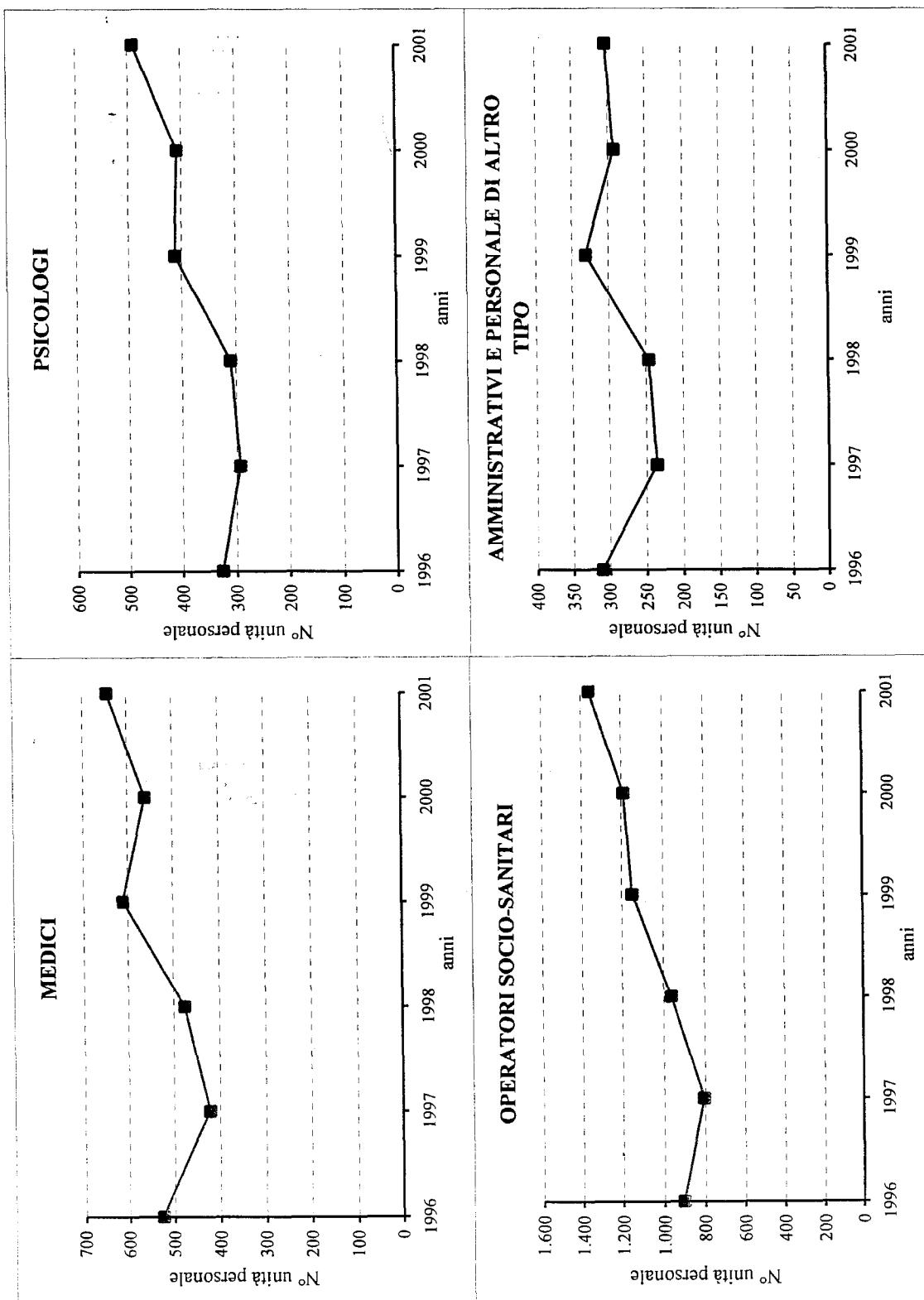
ANNI	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERMIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
1996	525	326	335	161	407	97	213	2.064
1997	422	293	296	153	354	86	150	1.754
1998	475	309	330	163	470	86	160	1.993
1999	611	412	409	241	505	109	216	2.503
2000	560	408	401	226	563	99	193	2.450
2001	644	490	460	237	661	106	197	2.795

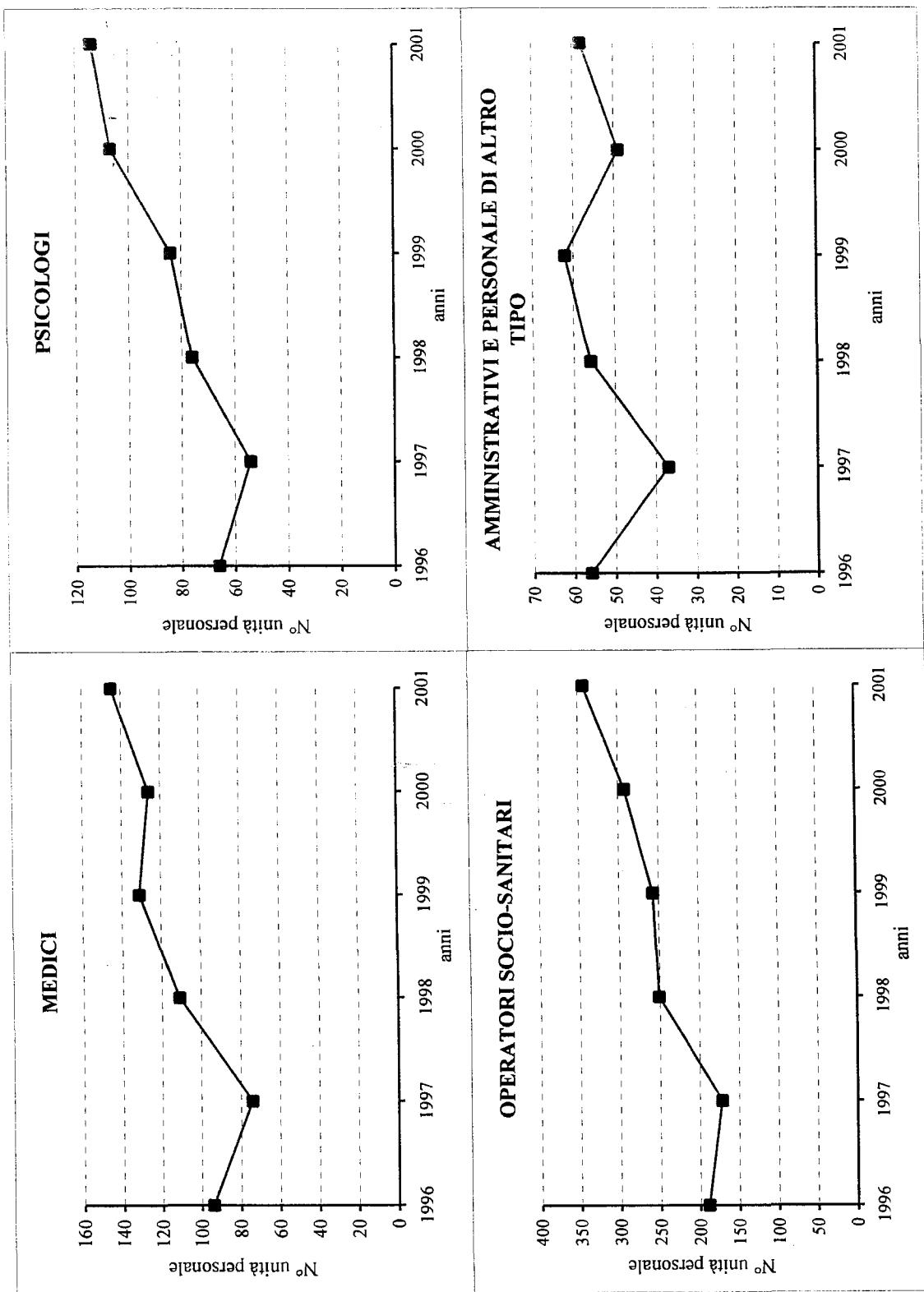
2) addetti esclusivamente

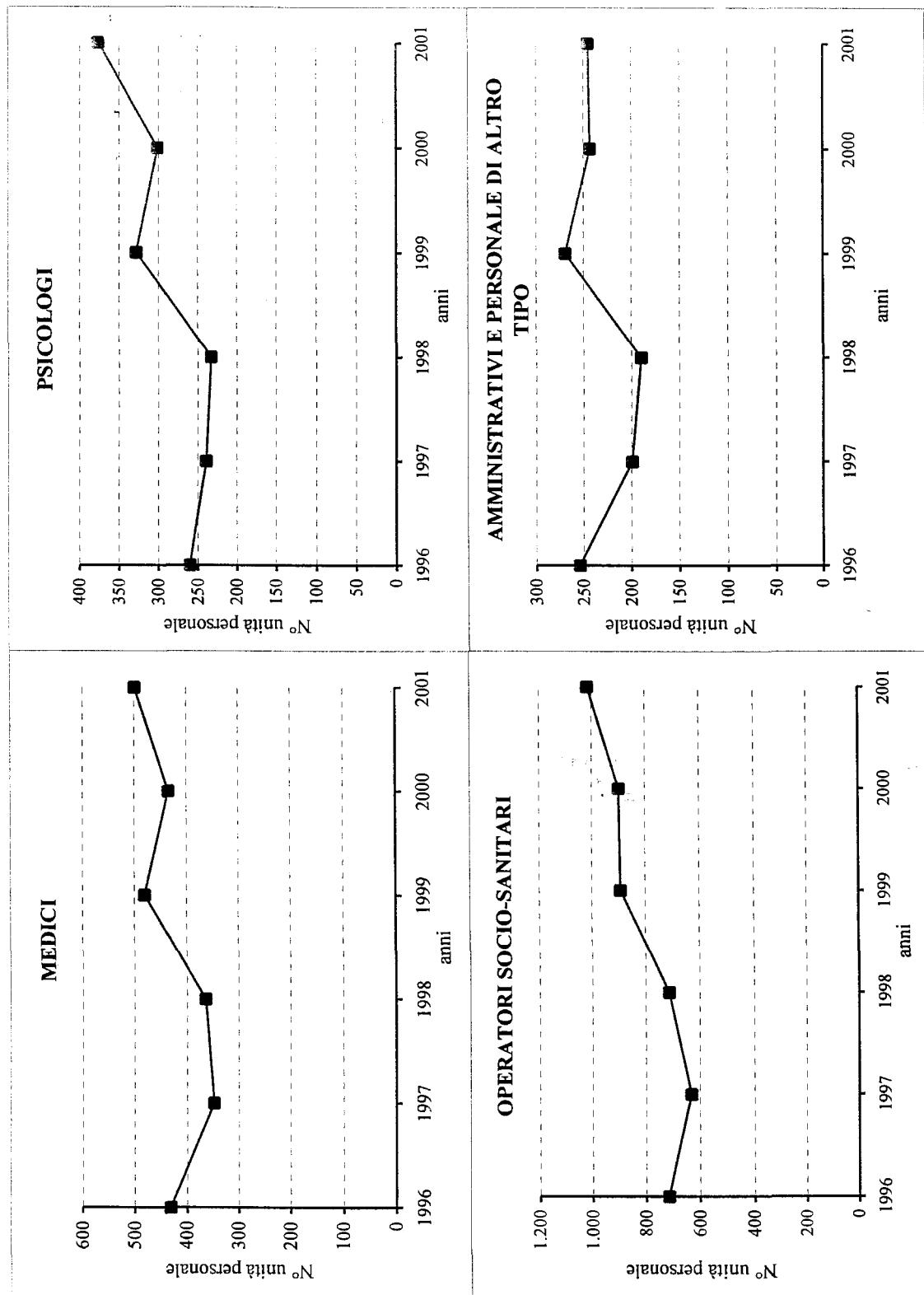
ANNI	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERMIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
1996	94	66	58	45	86	16	40	405
1997	74	54	58	41	73	13	24	337
1998	111	76	77	46	128	19	37	494
1999	131	84	86	62	109	19	43	534
2000	126	107	85	72	135	15	34	574
2001	145	114	115	72	156	16	42	660

3) addetti parzialmente

ANNI	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERMIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
1996	431	260	277	116	321	8	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

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

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

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

**Tab. 8 bis - DISTRIBUZIONE (%) DEL PERSONALE TOTALE
ASSEGNATO AI SERVIZI PER QUALIFICA**

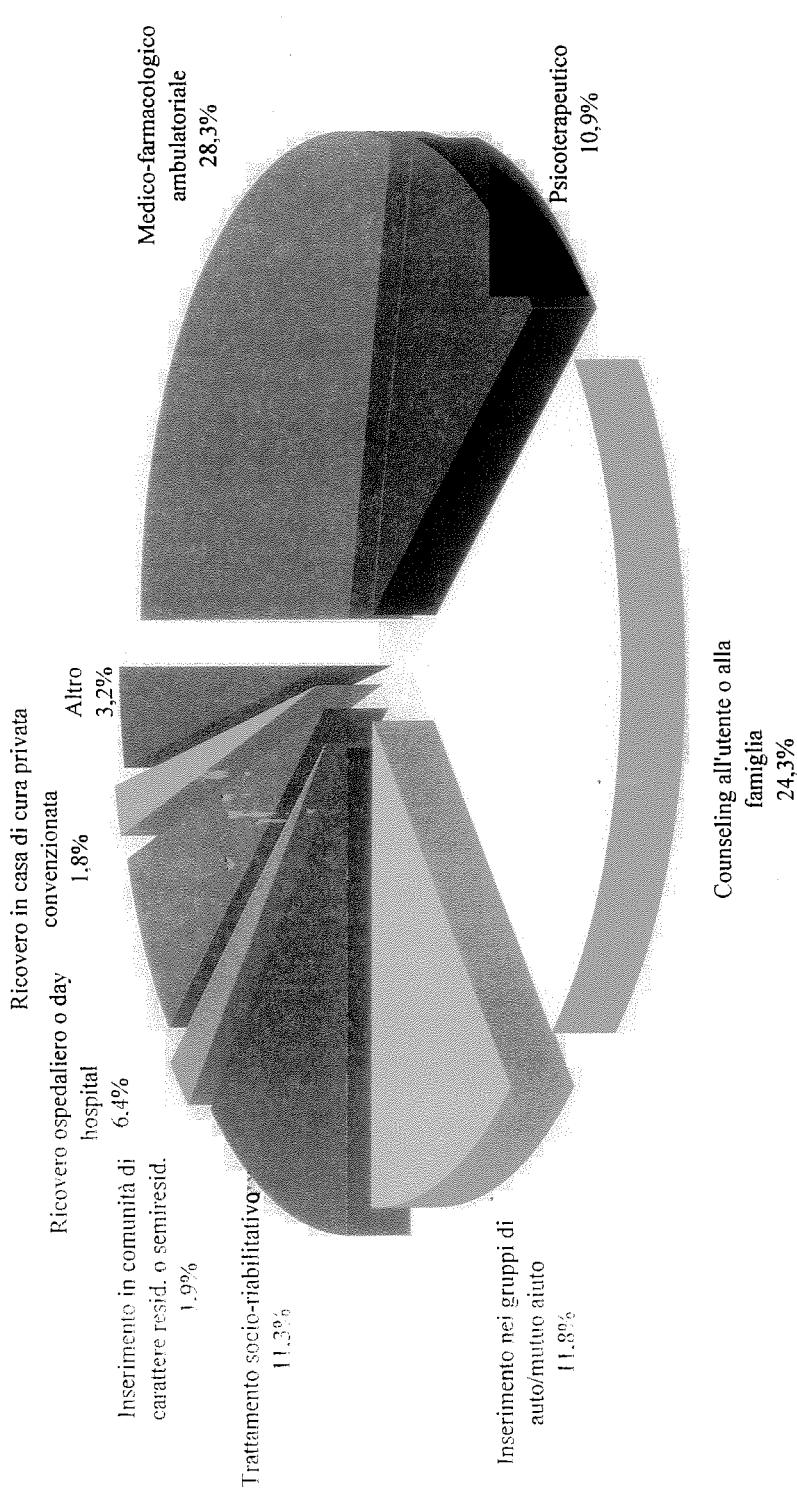
ANNI	MEDICI	PSICOLOGI	OPERATORI SOCIO-SANITARI	AMMINISTRATIVI ED ALTRO
1996	25,4	15,8	43,8	15,0
1997	24,1	16,7	45,8	13,5
1998	23,8	15,5	48,3	12,3
1999	24,4	16,5	46,1	13,0
2000	22,9	16,7	48,6	11,9
2001	23,0	17,5	48,6	10,8

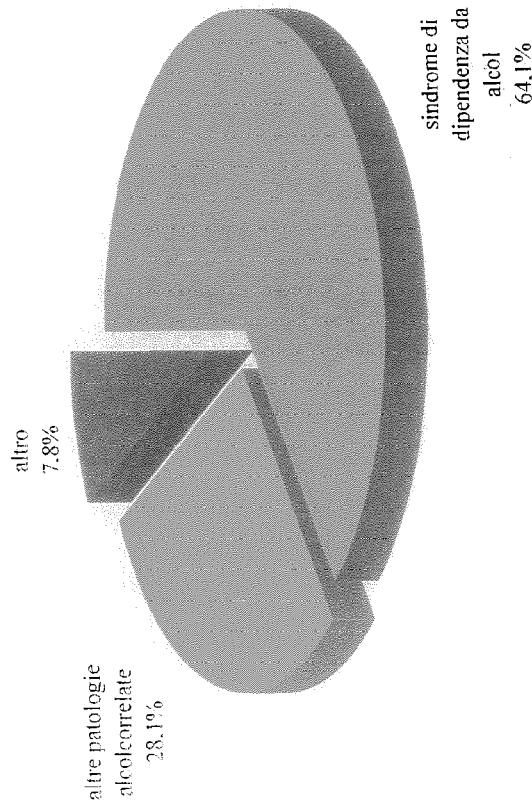
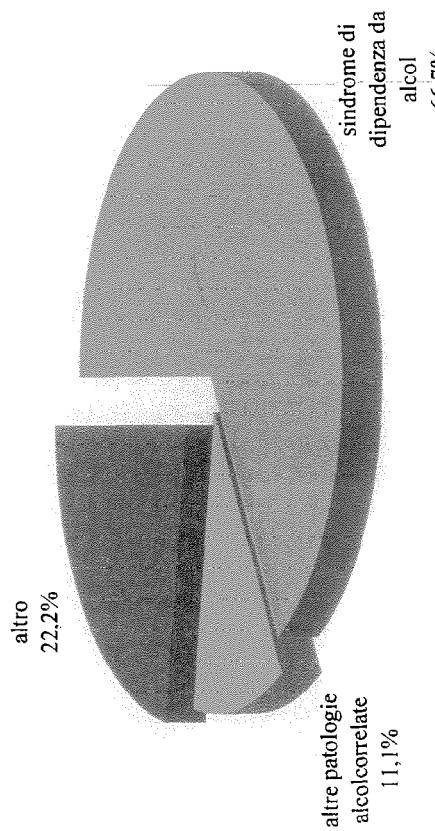
Tab. 9 - FUNZIONI PREVISTE DAL MODELLO ORGANIZZATIVO-FUNZIONALE DEL SERVIZIO O GRUPPO DI LAVORO - ANNO 2001

REGIONE	Percentuali di servizi o gruppi di lavoro (sul totale dei rilevati) che hanno svolto le specifiche funzioni.					
	Prevenzione			Funzioni di coordinamento		
	Accoglienza, osservazione e diagnosi	Programmi terapeutico-riabilitativi	Attuazione	Interventi di altre strutture/servizi sanitari pubblici	Medico di famiglia	Interventi di altre strutture o servizi privati e del volontariato
Formazione del personale e sensibilizzazione						
PIEMONTE	91,4	98,3	96,6	98,3	55,2	82,8
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
LOMBARDIA	15,2	19,6	17,4	19,6	6,5	19,6
PROV.AUTON.BOLZANO	83,3	100,0	83,3	100,0	83,3	83,3
VENETO	85,4	97,6	97,6	90,2	73,2	92,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	100,0	100,0	83,3	83,3	100,0
LIGURIA	100,0	100,0	100,0	-	50,0	50,0
EMILIA ROMAGNA	90,0	100,0	100,0	100,0	67,5	90,0
TOSCANA	91,4	97,1	91,4	97,1	71,4	91,4
MARCHE	92,3	100,0	100,0	92,3	69,2	84,6
MOLISE	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0
CAMPANIA	95,8	95,8	91,7	95,8	70,8	75,0
SICILIA	97,0	100,0	93,9	97,0	51,5	63,6
SARDEGNA	100,0	100,0	100,0	100,0	76,9	84,6
ITALIA	81,2	87,3	84,9	85,2	57,4	75,0
					67,9	71,2
						48,7
						65,4
						10,5

Tab.10 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma
ANNO 2001

Graf.10 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (*) - ANNO 2001

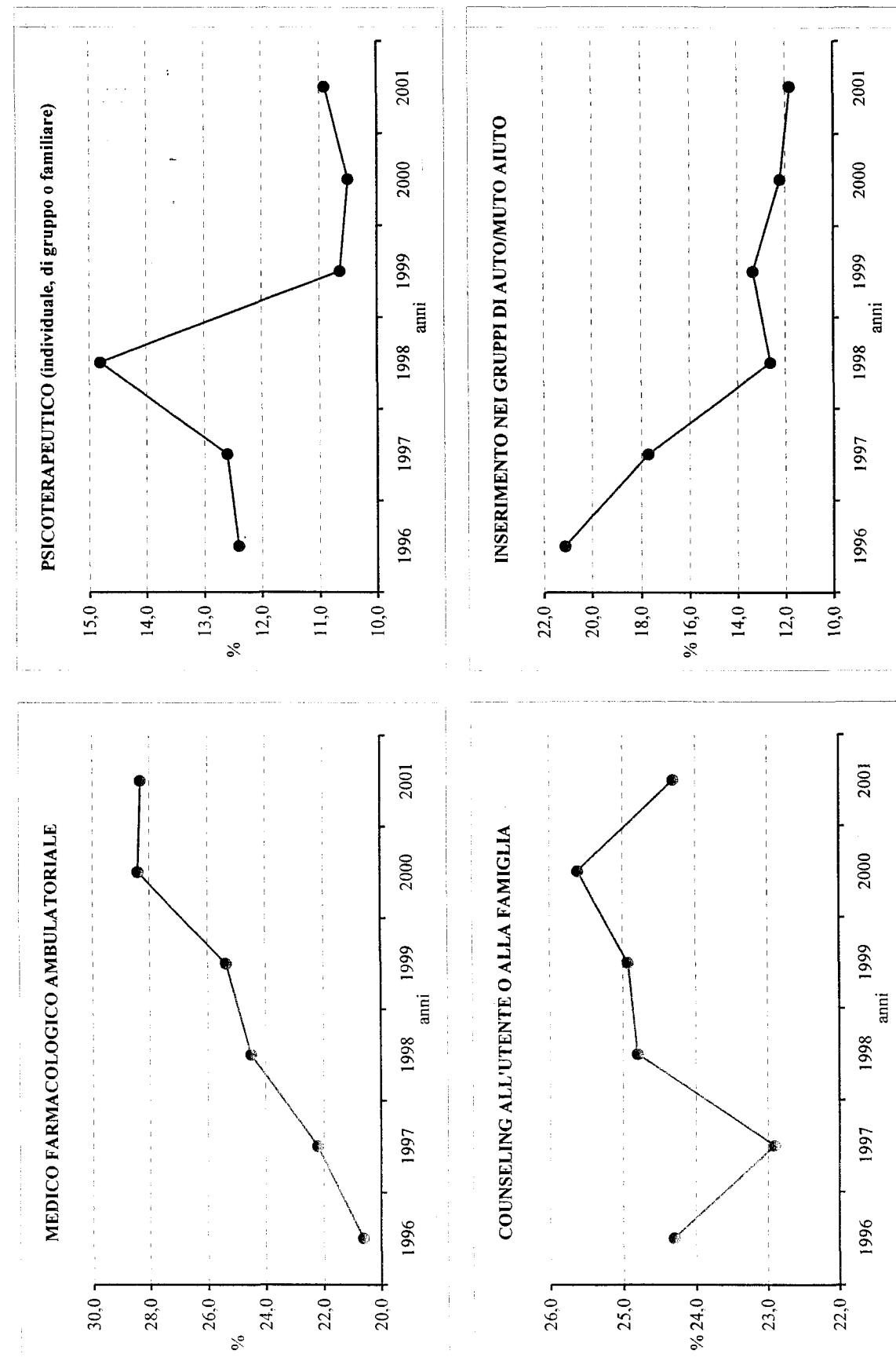


Graf. II - UTENTI DISTRIBUITI PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO IN REGIME DI RICOVERO (*) - ANNO 2001***a) ricovero ospedaliero o day-hospital******b) ricovero in casa di cura privata convenzionata***

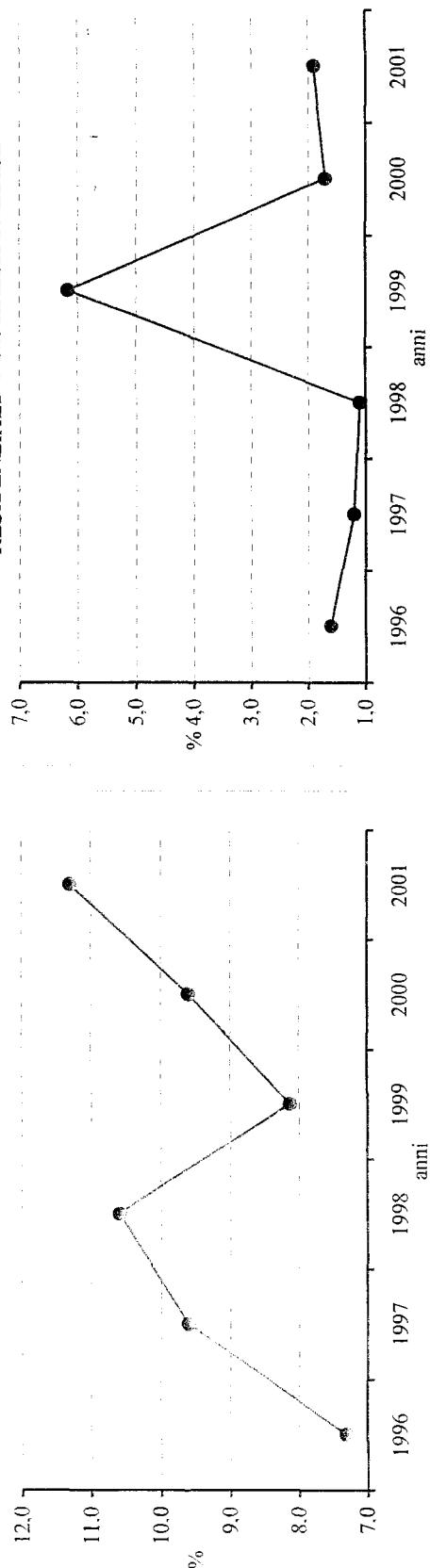
(*)=percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati con: a) ricovero ospedaliero o day hospital; b) ricovero in casa di cura privata convenzionata

**Tab.11 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO:
percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma**

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

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

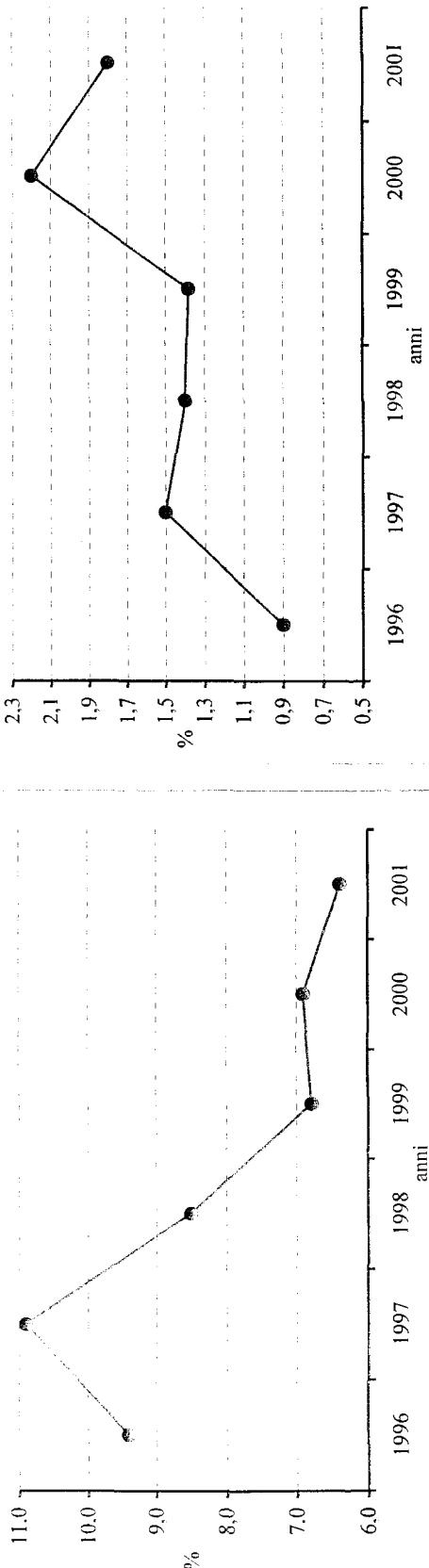
**INSERIMENTO IN COMUNITA' DI CARATTERE
RESIDENZIALE O SEMIRESIDENZIALE**



SOCIO-RIABILITATIVO

Graf. 12 segue

**RICOVERO IN CASA DI CURA PRIVATA
CONVENZIONATA**



RICOVERO OSPEDALIERO O DAY HOSPITAL

Tab.12 - PERCENTUALI DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO CHE HANNO SVOLTO ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE CON IL VOLONTARIATO, PRIVATO SOCIALE O PRIVATO - ANNO 2001*

a) Enti o associazioni del volontariato e privato sociale

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	Altri
	CAT	AA	Altro				
PIEMONTE	84,5	27,6	6,9	34,5	19,0	58,6	8,6
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	76,1	63,0	13,0	47,8	23,9	50,0	4,3
PROV.AUTON.BOLZANO	33,3	50,0	66,7	66,7	33,3	66,7	16,7
VENETO	90,2	65,9	14,6	56,1	17,1	61,0	4,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	83,3	33,3	33,3	16,7	83,3	-
LIGURIA	100,0	100,0	50,0	-	-	-	50,0
EMILIA ROMAGNA	80,0	57,5	27,5	20,0	10,0	45,0	2,5
TOSCANA	88,6	54,3	11,4	48,6	14,3	37,1	8,6
MARCHE	53,8	69,2	-	76,9	30,8	53,8	-
MOLISE	50,0	33,3	-	66,7	-	50,0	-
CAMPANIA	41,7	8,3	-	29,2	20,8	16,7	-
SICILIA	57,6	21,2	3,0	54,5	15,2	33,3	3,0
SARDEGNA	53,8	15,4	7,7	23,1	7,7	46,2	7,7
ITALIA	74,4	45,4	12,3	42,6	17,3	47,2	5,2

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

segue tab.12

b) Enti privati

REGIONE	Case di cura convenzionate	Case di cura private	Altro
PIEMONTE	31,0	1,7	1,7
LOMBARDIA	6,5	-	-
PROV.AUTON.BOLZANO	50,0	-	-
VENETO	17,1	-	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	16,7	-	-
EMILIA ROMAGNA	27,5	5,0	5,0
TOSCANA	2,9	-	-
MARCHE	30,8	-	-
MOLISE	33,3	-	-
CAMPANIA	8,3	-	-
SICILIA	39,4	-	9,1
SARDEGNA	7,7	-	-
ITALIA	20,4	0,9	1,9

Tab.13 - NUMERO MEDIO DI ENTI O ASSOCIAZIONI DEL VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE (a) E DI ENTI PRIVATI (b) CHE HANNO COLLABORATO CON I SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO - ANNO 2001*

a) Enti o associazioni del volontariato e privato sociale

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	Altri
	CAT	AA	Altro				
PIEMONTE	4,2	1,2	1,0	2,0	2,4	2,4	1,4
VALLE D'AOSTA	6,0	7,0	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	8,9	2,6	1,3	2,4	1,4	2,0	1,5
PROV AUTON BOIZZANO	7,5	3,3	7,0	2,3	4,5	1,5	1,0
VENETO	17,4	5,0	2,0	2,1	2,0	2,5	1,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	46,3	3,6	11,5	8,5	2,0	3,8	-
LIGURIA	21,0	3,5	1,0	-	-	-	2,0
EMILIA ROMAGNA	3,2	1,4	1,5	3,1	2,0	2,1	2,0
TOSCANA	6,5	3,2	4,5	1,4	2,0	2,8	1,7
MARCHE	1,9	1,0	-	2,1	1,8	1,4	-
MOLISE	1,7	1,0	-	2,0	-	1,0	-
CAMPANIA	2,1	1,0	-	1,3	1,6	1,5	-
SICILIA	3,2	1,0	1,0	2,3	2,8	1,9	24,0
SARDEGNA	4,9	1,0	2,0	1,3	1,0	1,0	6,0
ITALIA	8,1	2,6	2,8	2,2	2,0	2,2	3,1

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

segue tab.13

b) Enti privati

REGIONE	Case di cura convenzionate	Case di cura private	Altro
PIEMONTE	1,6	1,0	1,0
LOMBARDIA	1,0	-	-
PROV.AUTON.BOLZANO	5,0	-	-
VENETO	1,6	-	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	1,0	-	-
EMILIA ROMAGNA	2,0	2,5	2,0
TOSCANA	1,0	-	-
MARCHE	1,3	-	-
MOLISE	1,0	-	-
CAMPANIA	1,0	-	-
SICILIA	2,2	-	1,3
SARDEGNA	1,0	-	-
ITALIA	1,8	2,0	1,5

Tab.14 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2001.

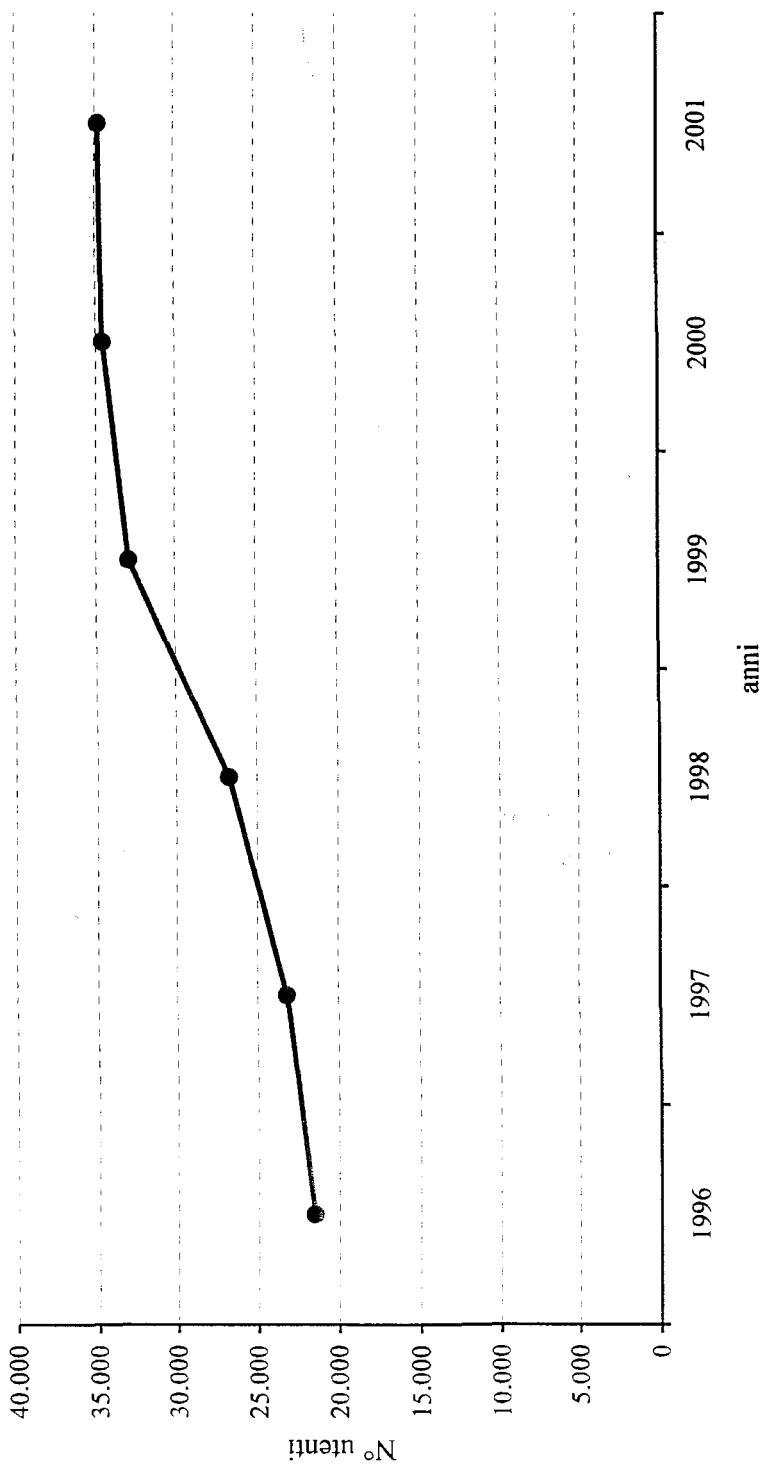
REGIONE	Nuovi utenti			Utenti già in carico o rientrati			Totale utenti		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	901	283	1.184	1.690	535	2.225	2.591	818	3.409
VALLE D'AOSTA	46	20	66	91	39	130	137	59	196
LOMBARDIA	1.689	571	2.260	2.706	930	3.636	4.395	1.501	5.896
PROV.AUTON.BOLZANO	863	178	1.041	816	248	1.064	1.679	426	2.105
VENETO	2.685	758	3.443	4.715	1.600	6.315	7.400	2.358	9.758
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.569	306	1.875	847	207	1.054	2.416	513	2.929
LIGURIA	180	53	233	152	47	199	332	100	432
EMILIA ROMAGNA	743	251	994	1.587	509	2.096	2.330	760	3.090
TOSCANA	779	312	1.091	1.261	520	1.781	2.040	832	2.872
MARCHE	472	132	604	326	72	398	798	204	1.002
MOLISE	103	24	127	131	33	164	234	57	291
CAMPANIA	292	51	343	265	48	313	557	99	656
SICILIA	401	85	486	539	136	675	940	221	1.161
SARDEGNA	292	62	354	504	123	627	796	185	981
ITALIA	11.015	3.086	14.101	15.630	5.047	20.677	26.645	8.133	34.778

Tab. 15 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

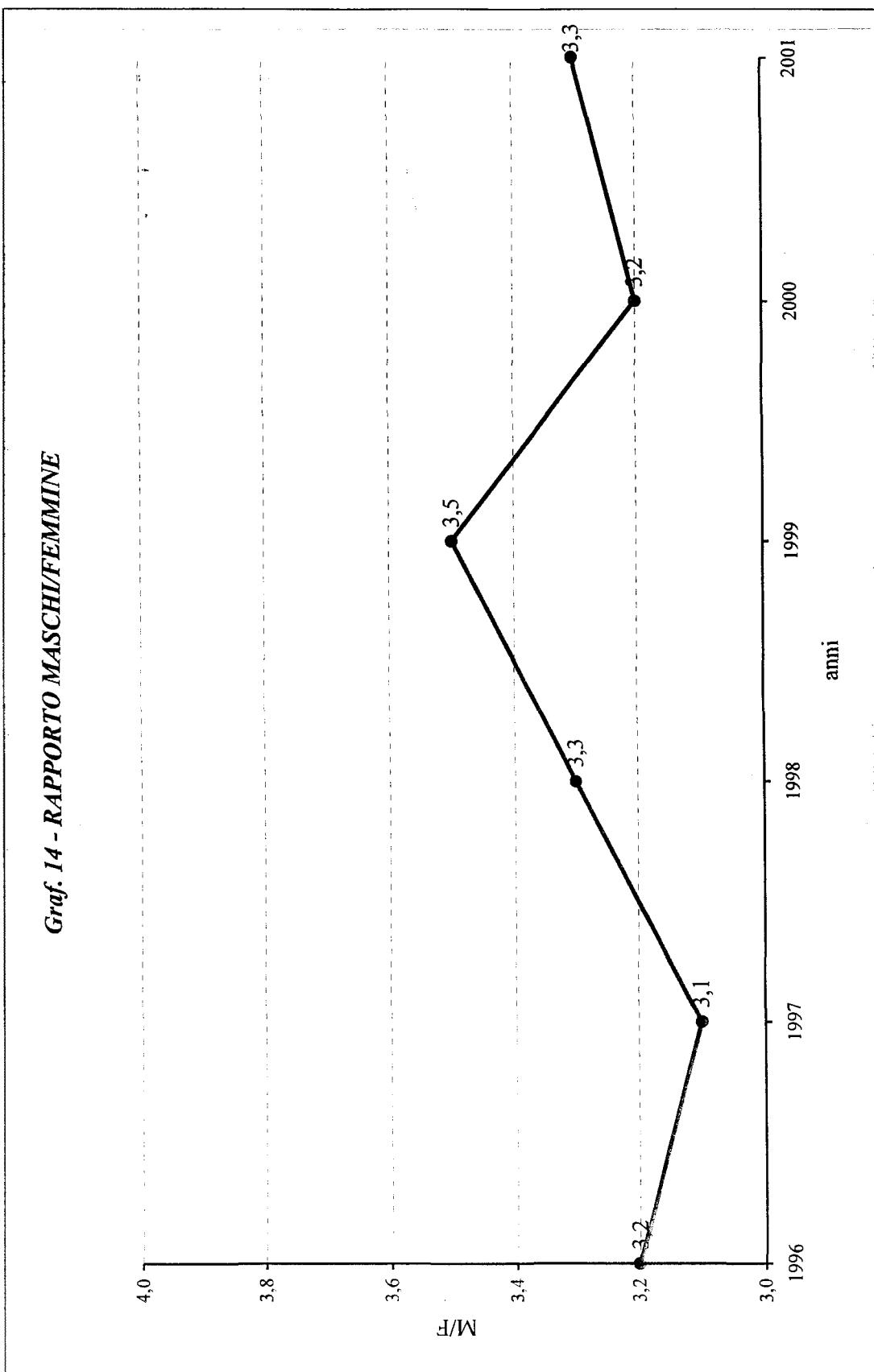
REGIONE	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PIEMONTE	2.701	2.353	n.r.	3.573	3.381	3.409
VALLE D'AOSTA	57	47	72	130	136	196
LOMBARDIA	2.685	5.742	6.570	5.765	5.510	5.896
PROV.AUT.BOLZANO	1.141	372	1.796	2.261	2.105	2.105
PROV.AUT.TRENTO	1.243	n.r.	1.881	1.787	1.905	n.r.
VENETO	5.444	6.641	6.013	6.533	7.884	9.758
FRIULI V.GIULIA	1.999	1.956	2.579	3.209	3.092	2.929
LIGURIA	n.r.	43	n.r.	430	437	432
EMILIA ROMAGNA	1.567	1.772	2.166	2.432	2.716	3.090
TOSCANA	1.581	1.607	2.376	2.411	2.795	2.872
UMBRIA	523	596	653	849	1.055	n.r.
MARCHE	354	807	617	494	1.176	1.002
ABRUZZO	849	259	189	536	514	n.r.
MOLISE	140	173	229	259	227	291
CAMPANIA	115	10	419	175	344	656
PUGLIA	n.r.	n.r.	n.r.	1.123	n.r.	n.r.
BASILICATA	n.r.	n.r.	171	n.r.	n.r.	n.r.
CALABRIA	129	617	219	n.r.	n.r.	n.r.
SICILIA	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	399	1.161
SARDEGNA	981	151	758	940	882	981
ITALIA	21.509	23.146	26.708	32.907	34.558	34.778

n.r.=non rilevato

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



Graf. 14 - RAPPORTO MASCHI/FEMMINE



**Tab.16 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL RAPPORTO M/F -
ANNO 2001**

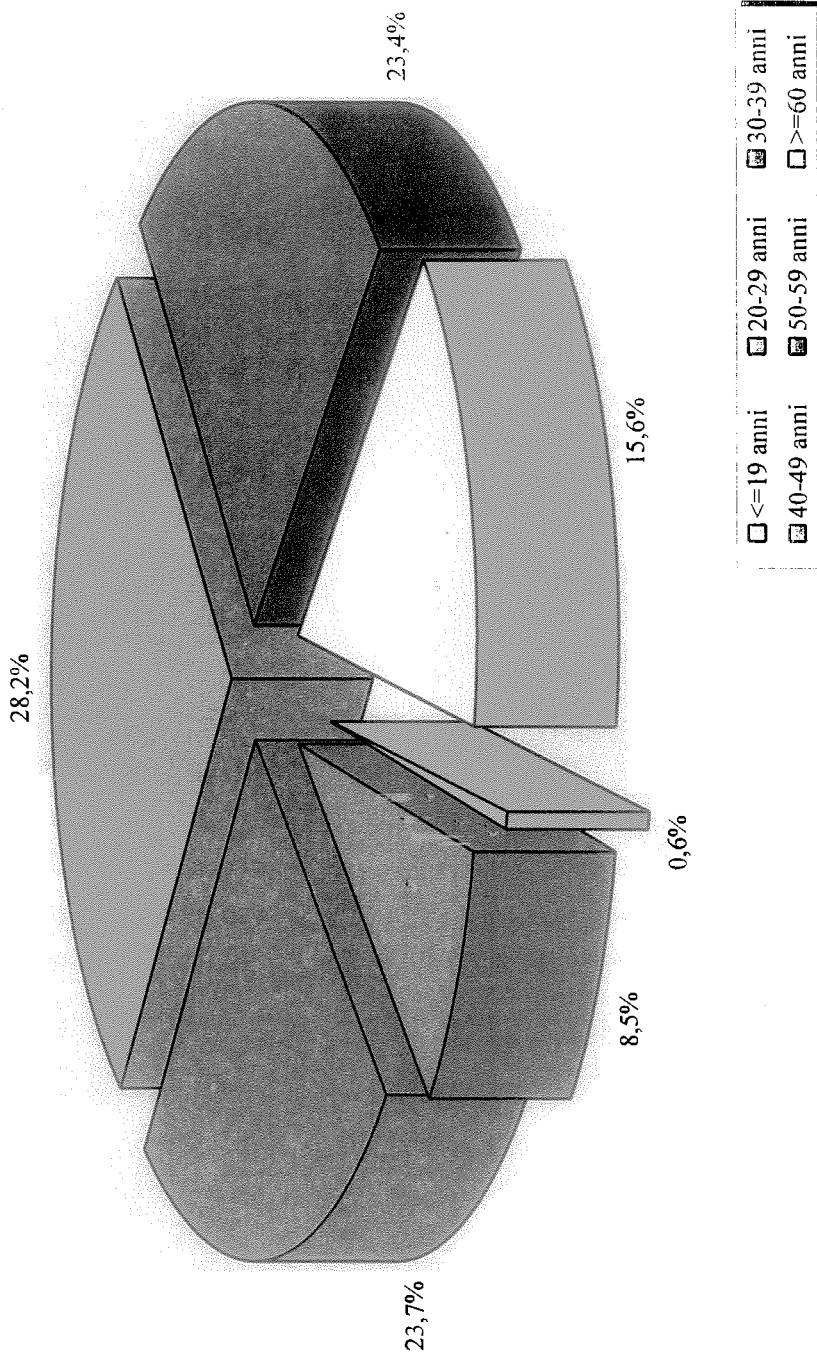
REGIONE	utenti maschi/utenti femmine		
	Nuovi	Già in carico o rientrati	Totale
PIEMONTE	3,2	3,2	3,2
VALLE D'AOSTA	2,3	2,3	2,3
LOMBARDIA	3,0	2,9	2,9
PROV.AUTON.BOLZANO	4,8	3,3	3,9
VENETO	3,5	2,9	3,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	5,1	4,1	4,7
LIGURIA	3,4	3,2	3,3
EMILIA ROMAGNA	3,0	3,1	3,1
TOSCANA	2,5	2,4	2,5
MARCHE	3,6	4,5	3,9
MOLISE	4,3	4,0	4,1
CAMPANIA	5,7	5,5	5,6
SICILIA	4,7	4,0	4,3
SARDEGNA	4,7	4,1	4,3
ITALIA	3,6	3,1	3,3

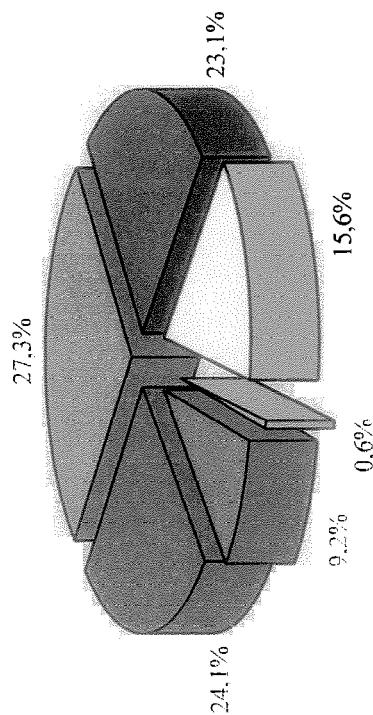
Tab.17 - DISTRIBUZIONE PER ETÀ' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2001

CLASSI DI ETÀ'	Nuovi utenti			Utenti già in carico o rientrati			Totale utenti		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
<20	116	24	140	43	35	78	159	59	218
20-29	1.396	262	1.658	1.062	235	1.297	2.458	497	2.955
30-39	2.859	753	3.612	3.567	1.065	4.632	6.426	1.818	8.244
40-49	2.815	900	3.715	4.464	1.619	6.083	7.279	2.519	9.798
50-59	2.245	672	2.917	3.918	1.306	5.224	6.163	1.978	8.141
>59	1.584	475	2.059	2.576	787	3.363	4.160	1.262	5.422
TOTALE	11.015	3.086	14.101	15.630	5.047	20.677	26.645	8.133	34.778

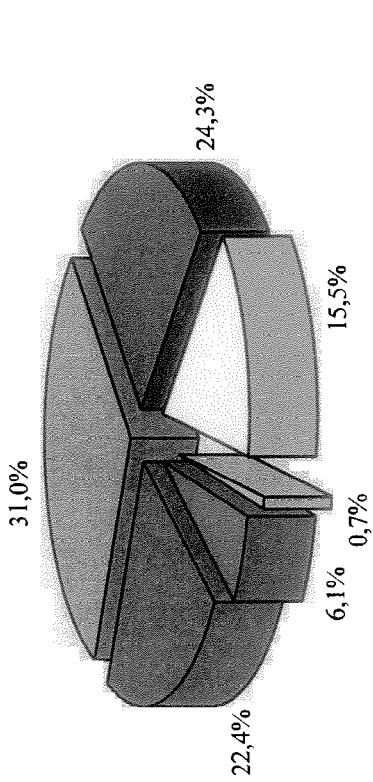
Graf.15- UTENTI DISTRIBUITI PER FASCE D'ETA' - ANNO 2001

a) Totale utenti



b) Totale utenti maschi

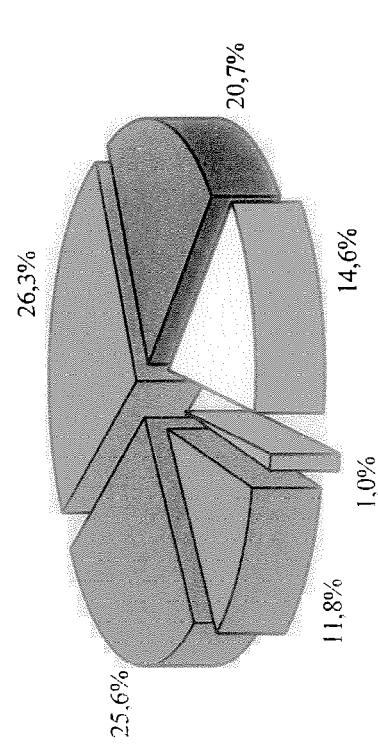
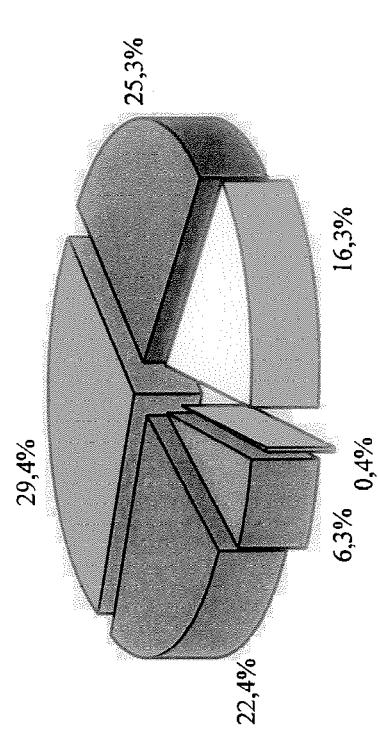
<=19 anni 20-29 anni 30-39 anni 40-49 anni 50-59 anni >=60 anni

c) Totale utenti femmine

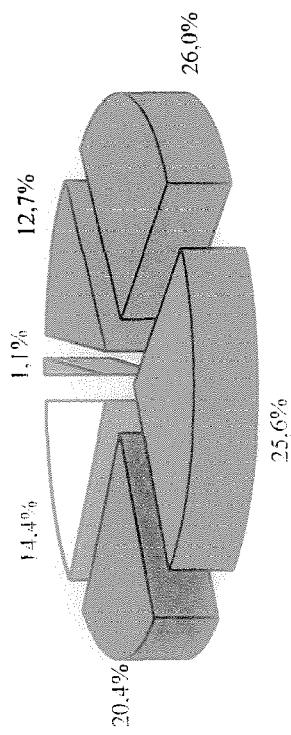
<=19 anni 20-29 anni 30-39 anni 40-49 anni 50-59 anni >=60 anni

*d) Totali nuovi utenti**e) Totale utenti già in carico*

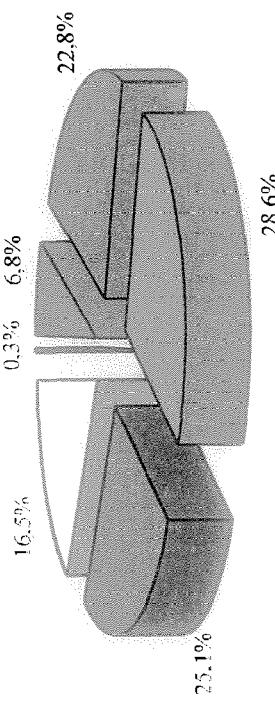
segue graf.15

 <=19 anni 20-29 anni 30-39 anni 40-49 anni 50-59 anni >=60 anni <=19 anni 20-29 anni 30-39 anni 40-49 anni 50-59 anni >=60 anni

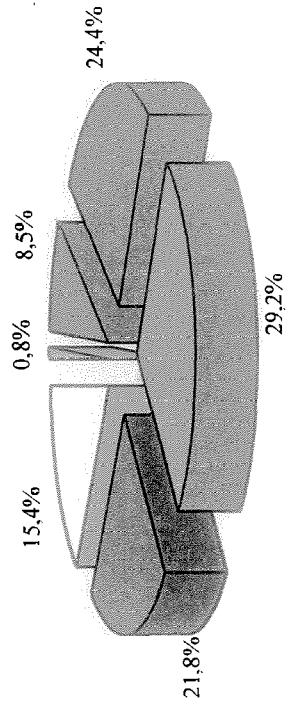
segue graf. 15

h) Nuovi utenti maschi

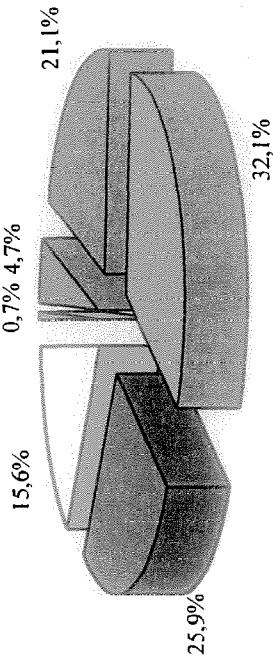
□ <= 19 anni □ 20-29 anni □ 30-39 anni □ 40-49 anni □ 50-59 anni □ >= 60 anni

i) Utenti già in carico maschi

□ <= 19 anni □ 20-29 anni □ 30-39 anni □ 40-49 anni □ 50-59 anni □ >= 60 anni

g) Nuovi utenti femmine

□ <= 19 anni □ 20-29 anni □ 30-39 anni □ 40-49 anni □ 50-59 anni □ >= 60 anni

j) Utenti già in carico femmine

□ <= 19 anni □ 20-29 anni □ 30-39 anni □ 40-49 anni □ 50-59 anni □ >= 60 anni

145

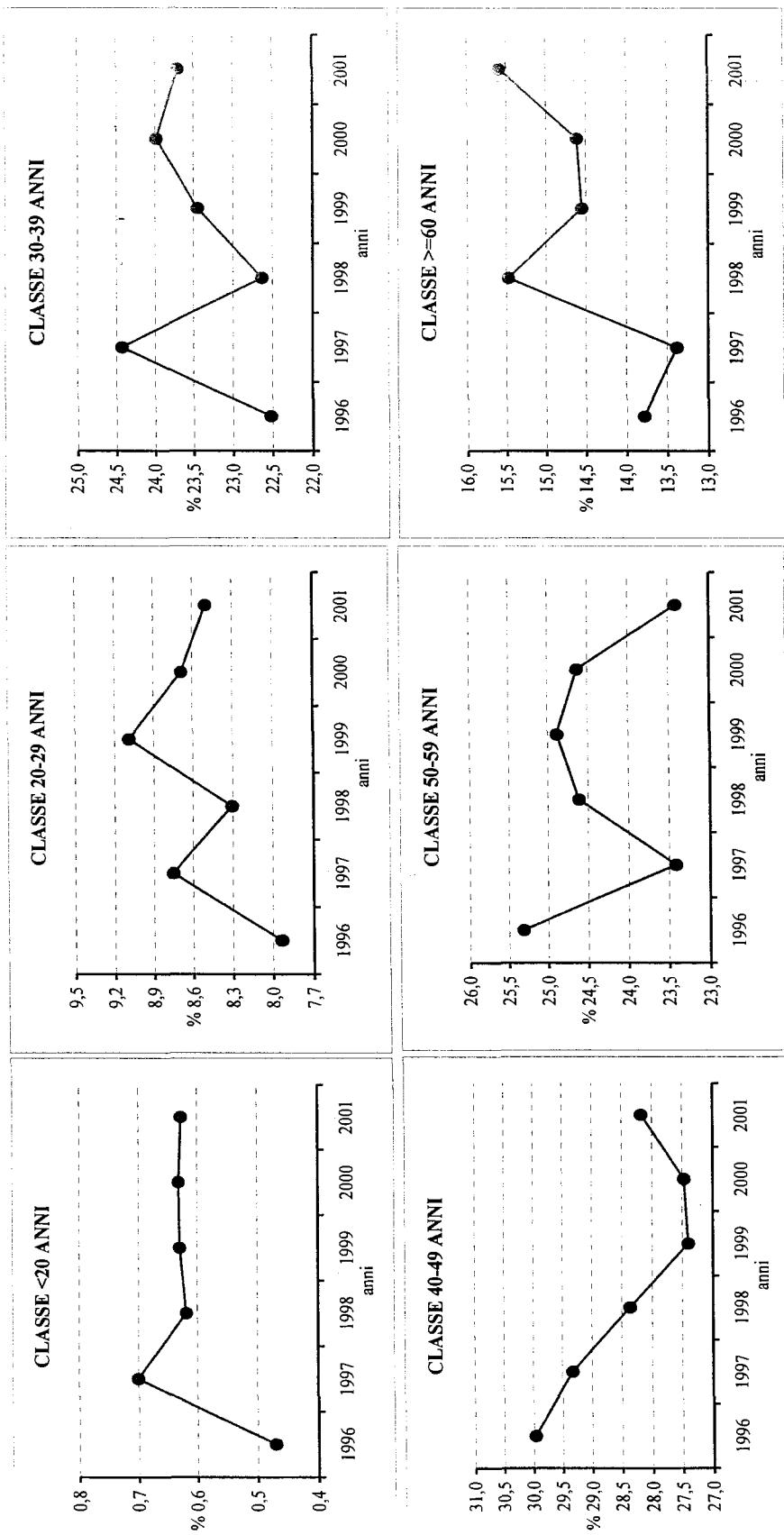
146

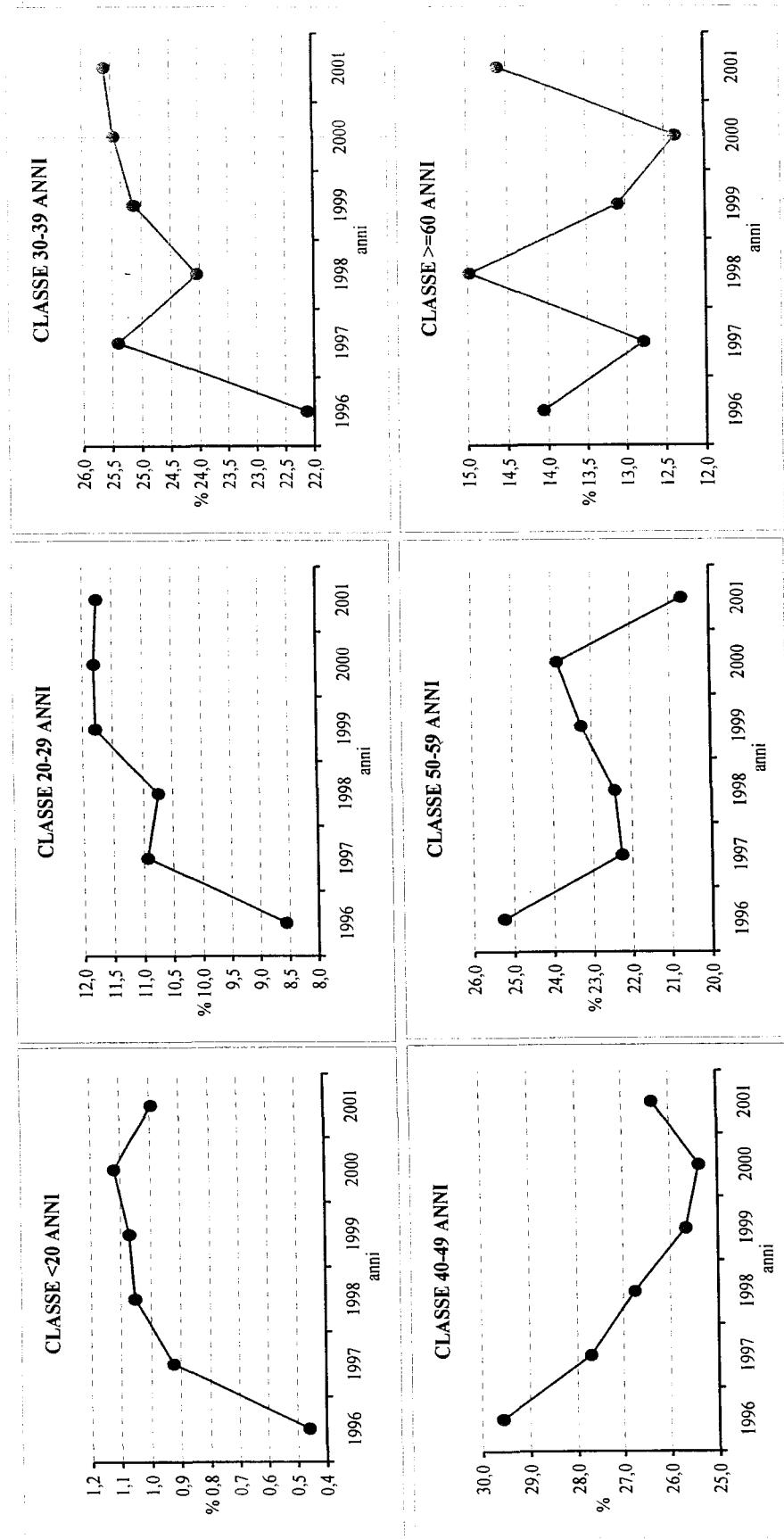
147

148

8 - Doc. CC, n. 1

Tab.1.8 - DISTRIBUZIONE PER ETÀ (%) DEGLI UTENTI DEI SERVIZI GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

Graf. 14a - DISTRIBUZIONE PER ETÀ (%) DEGLI UTENTI (TOTALE) DEI SERVIZI O GRUPPI D LAVORO RILEVATI

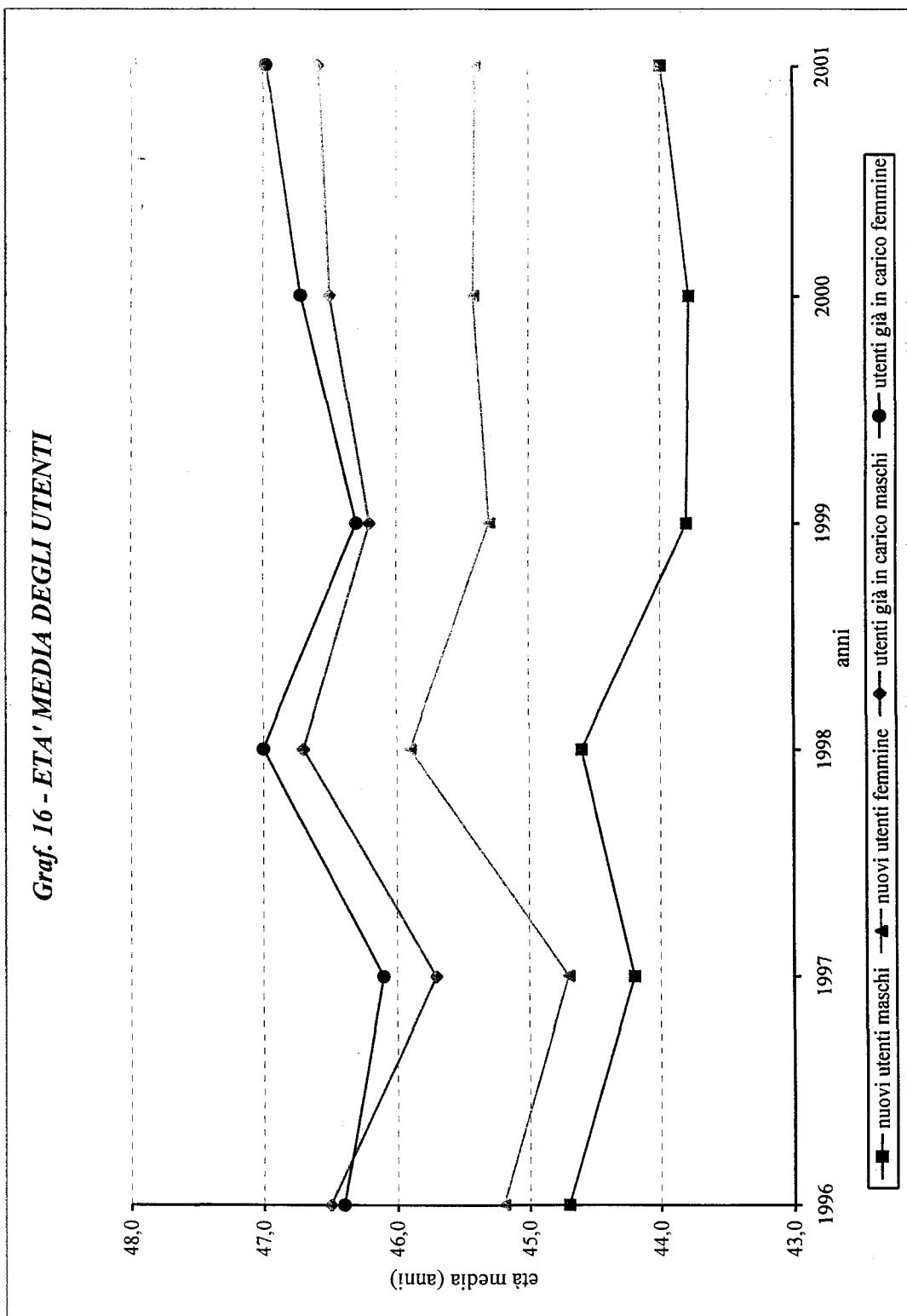
Graf. 14b - DISTRIBUZIONE PER ETÀ (%) DEI NUOVI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI D LAVORO RILEVATI

Tab.19 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2001

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	44,6	46,8	47,0	46,9	45,9	46,5	46,1
VALLE D'AOSTA	48,8	47,5	48,4	45,2	44,2	44,9	46,4	45,3	46,1
LOMBARDIA	43,9	45,5	44,3	45,6	46,8	45,9	44,9	46,3	45,3
PROV.AUTON.BOLZANO	49,5	48,9	49,4	49,3	49,4	49,3	49,4	49,2	49,3
VENETO	44,3	47,5	45,0	48,1	48,5	48,2	46,7	48,1	47,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	42,9	44,1	43,1	47,8	46,5	47,5	44,6	45,0	44,7
LIGURIA	42,1	42,3	42,2	42,5	43,9	42,9	42,3	43,1	42,5
EMILIA ROMAGNA	43,9	43,5	43,8	47,0	46,7	47,0	46,0	45,7	45,9
TOSCANA	43,2	45,1	43,7	46,4	46,3	46,4	45,1	45,9	45,4
MARCHE	41,9	43,5	42,2	43,0	44,1	43,2	42,3	43,7	42,6
MOLISE	44,9	43,7	44,7	45,6	47,2	46,0	45,3	45,7	45,4
CAMPANIA	41,5	39,8	41,3	41,6	37,7	41,0	41,6	38,8	41,2
SICILIA	40,4	39,3	40,2	41,1	40,6	41,0	40,8	40,1	40,7
SARDEGNA	43,5	43,2	43,5	42,5	42,9	42,6	42,9	43,0	42,9
ITALIA	44,0	45,4	44,3	46,6	47,0	46,7	45,5	46,4	45,7

Tab. 20 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI

ANNI	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

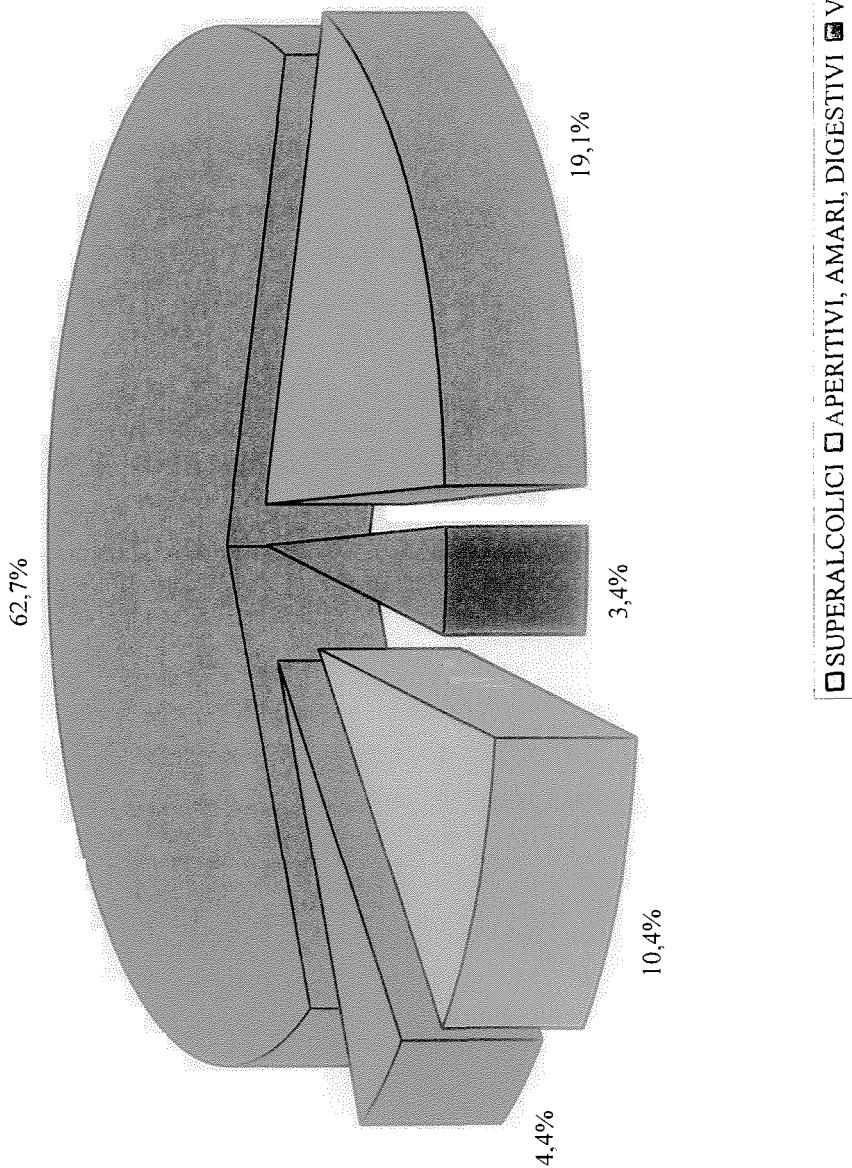
Graf. 16 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI

Tab.21 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%) - ANNO 2001

REGIONE	SUPERALCOLICI			APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI			VINI			BIRRA			ALTRO		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	12,5	10,1	11,9	7,2	6,6	7,1	62,5	63,0	62,6	13,8	15,9	14,3	3,9	4,4	4,0
VALLE D'AOSTA	7,3	3,4	6,1	5,1	28,8	12,2	80,3	42,4	68,9	7,3	25,4	12,8	-	-	-
LOMBARDIA	12,8	10,9	12,3	5,5	6,0	5,6	61,2	65,8	62,4	18,7	14,4	17,6	1,8	2,9	2,1
PROV.AUTON.BOLZANO	5,8	16,4	8,0	0,2	2,8	0,7	60,9	59,4	60,6	33,0	20,7	30,5	0,1	0,7	0,2
VENETO	5,7	5,6	5,7	3,1	6,2	3,7	71,5	69,4	71,1	17,6	18,1	17,7	2,1	0,7	1,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	6,1	9,4	6,6	2,1	7,1	2,9	68,0	66,5	67,7	22,8	16,5	21,8	1,0	0,4	0,9
EMILIA ROMAGNA	11,5	10,0	11,2	2,3	3,7	2,6	57,8	56,8	57,5	14,4	13,4	14,1	14,0	16,1	14,5
TOSCANA	11,9	7,1	10,5	3,6	5,9	4,3	63,5	64,7	63,8	16,2	16,0	16,2	4,9	6,3	5,3
MARCHE	10,9	10,3	10,7	7,0	14,9	8,7	58,6	54,9	57,8	18,6	15,4	17,9	5,0	4,6	4,9
MOLISE	16,6	16,9	16,7	1,2	-	1,0	59,5	66,1	60,8	22,7	16,9	21,6	-	-	-
CAMPANIA	22,6	19,3	22,2	4,9	6,8	5,1	53,8	48,9	53,1	18,6	25,0	19,4	0,2	-	0,1
SICILIA	23,8	17,6	22,7	3,8	4,4	3,9	43,3	57,6	45,8	28,4	15,1	26,0	0,7	5,4	1,6
SARDEGNA	17,1	18,9	17,4	4,8	7,8	5,4	40,7	31,6	39,0	36,2	38,8	36,6	1,3	2,9	1,6
ITALIA	10,6	9,9	10,4	3,9	6,1	4,4	62,6	62,9	62,6	19,7	17,0	19,1	3,2	4,1	3,4

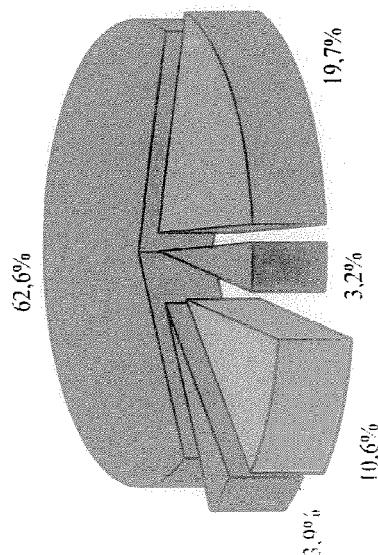
Graf.17 - UTENTI DISTIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE - ANNO
2001

a) Totale utenti

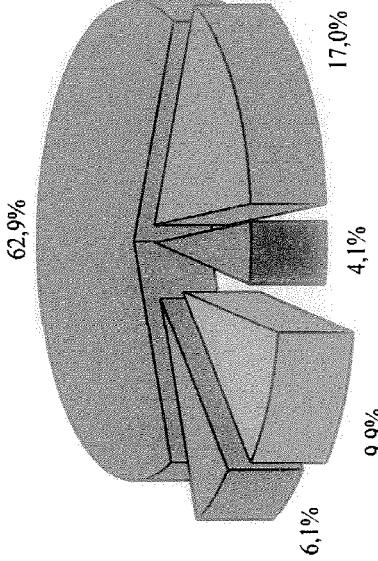


PERCENTUALE DI SOGGETTI TRATTATI PER TIPOLOGIA DI PROGRAMMA - ANNO 2001

segue graf.17

b) Totale utenti maschi

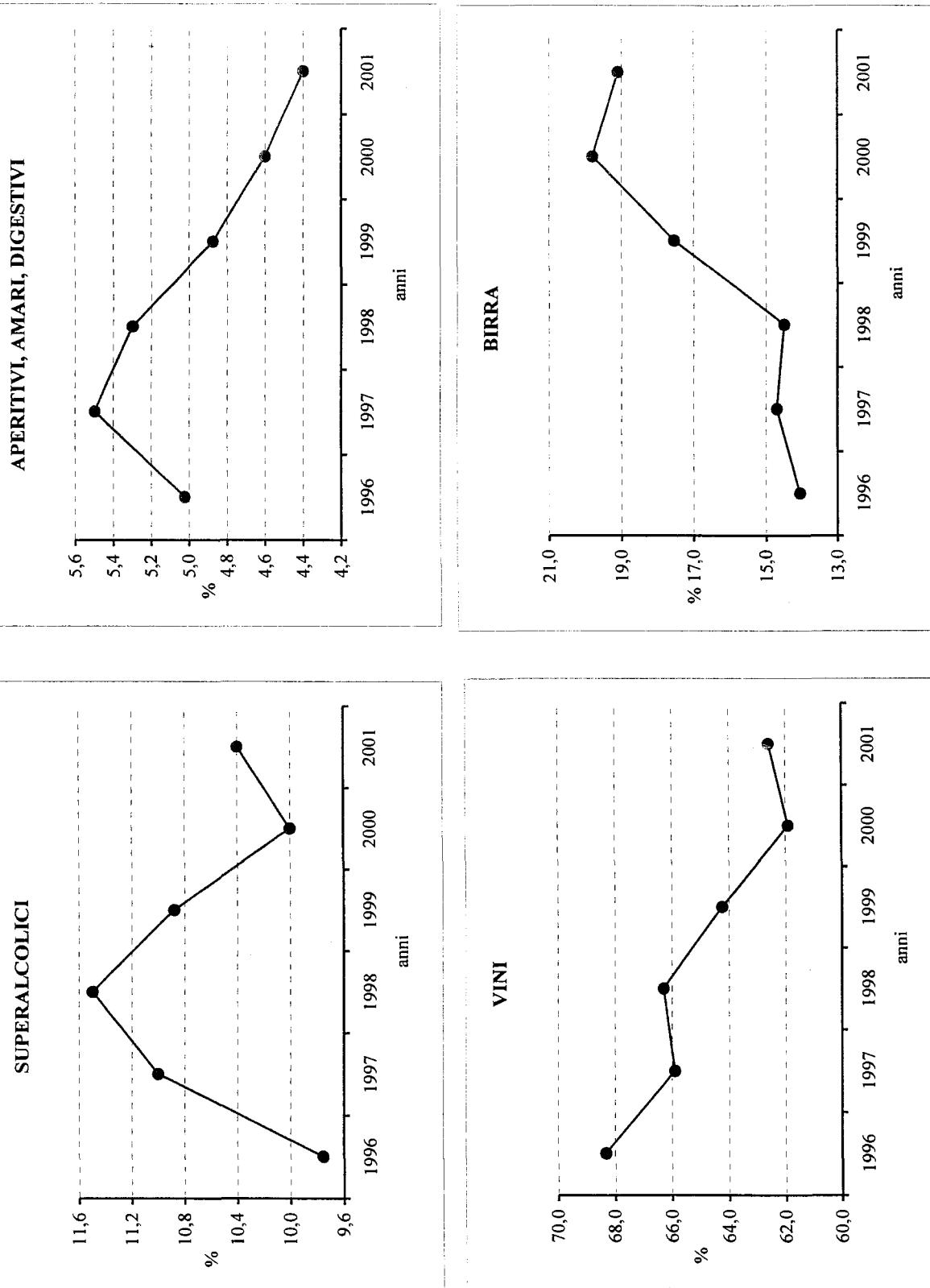
□ SUPERALCOLICI □ APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI □ VINI □ BIRRA □ ALTRO

c) Totale utenti femmine

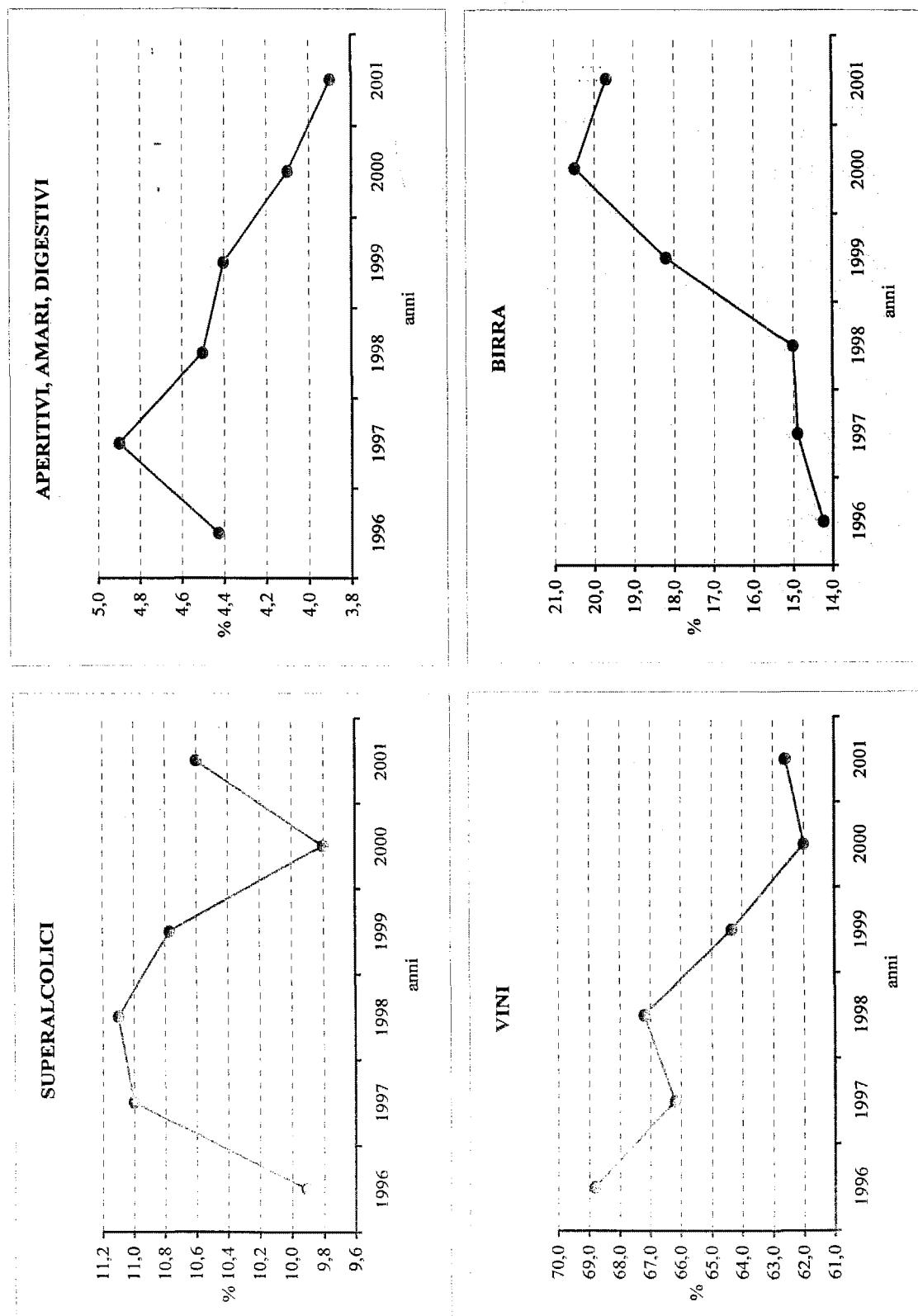
□ SUPERALCOLICI □ APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI □ VINI □ BIRRA □ ALTRO

Tab. 22 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%)

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

Graf.18 - DISTRIBUZIONE % PER BEVANDA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

Graf. 18a - DISTRIBUZIONE % PER BEVANDA DEGLI UTENTI MASCHI
DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI



Graf. 18b - DISTRIBUZIONE % PER BEVANDA DEGLI UTENTI FEMMINE
DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

