

ATTI PARLAMENTARI

XIV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CC
n. 3

RELAZIONE

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

(ANNO 2004)

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

Presentata dal Ministro della salute

(STORACE)

Trasmessa alla Presidenza il 28 febbraio 2006

PAGINA BIANCA

I N D I C E

PRESENTAZIONE	Pag.	5
<i>Premessa</i>	»	6
PARTE PRIMA		
1. <i>Il quadro epidemiologico</i>		
1.1 I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo	»	7
1.2 La mortalità e la morbilità alcolcorrelata	»	10
1.3 Considerazioni critiche	»	12
2. <i>Gli interventi del Ministero della salute in attuazione della legge 30.3.2001, n. 125</i>		
2.1 Gli interventi di indirizzo	»	13
2.2 L'utilizzo dei finanziamenti previsti per il monitoraggio dei dati	»	24
2.3 Gli interventi in materia di informazione e prevenzione	»	27
2.4 La collaborazione con altre amministrazioni centrali	»	27
2.5 L'implementazione dei progetti sull'alcool finanziati a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga	»	27
2.6 La partecipazione alle politiche internazionali	»	30
Tabelle	»	33
PARTE SECONDA		
3. <i>I servizi alcologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30-3-2001, n. 125 – Anno 2004</i>		
3.1 Il personale dei servizi	»	46
3.2 I modelli organizzativi, gli approcci terapeutici e i programmi di trattamento	»	47
3.3 Le collaborazioni dei servizi con gli enti e le associazioni del Volontariato, Privato Sociale e Privato	»	48
3.4 Le caratteristiche demografiche dell'utenza	»	48
3.5 I consumi alcolici dell'utenza	»	50
Tabelle e grafici	»	53
PARTE TERZA		
4. <i>Gli interventi delle Regioni e Province Autonome in attuazione della legge 30-3-2001, n. 125</i>		
4.1 Iniziative adottate dalle Regioni per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali nonché per migliorare la qualità degli stessi	»	108

XIV LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

4.2	Iniziative adottate dalle Regioni per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcolcorrelati	Pag.	120
4.3	Iniziative adottate dalle Regioni per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto	»	135
4.4	Iniziative adottate dalle Regioni per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario	»	142
4.5	Iniziative adottate dalle Regioni per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del privato sociale <i>no profit</i>	»	146
4.6	Strutture di accoglienza eventualmente realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'articolo 11 della legge 30.3.2001, n. 125	»	153
4.7	Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge	»	159
4.8	Attività di collaborazione con le competenti istituzioni dell'Amministrazione dell'Interno, municipali o altre per il rispetto delle disposizioni in materia di pubblicità, vendita e guida	»	166
4.9	Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro	»	171
4.10	Provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o <i>anticraving</i> dell'alcolismo	»	176
4.11	Progetti o iniziative di particolare rilevanza realizzati dalle Regioni in adesione agli orientamenti e ai principi della legge n. 125/2001	»	180
4.11.1	Contributo originale della Regione Piemonte: Progetto «BOB-Ricerca di valutazione»	»	185
4.11.2	Contributo originale della Regione Toscana: Progetto «Bacco e Tabacco...» all'Ospedale-Indagine sulla diffusione del consumo di alcol e sigarette nel Presidio ospedaliero di Livorno	»	214

PRESENTAZIONE

Con la presente Relazione vengono illustrati al Parlamento gli interventi realizzati nell'anno 2004 in attuazione della legge 30. 3. 2001 n. 125 *"Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati"*, secondo quanto disposto dall'art. 8 della medesima legge e sulla base delle relazioni a tale scopo predisposte dalle Regioni.

La legge 125/2001 ha costituito un importante strumento di consolidamento delle politiche alcolologiche del nostro Paese, e la sua attuazione contribuisce ad accrescere l'impegno dell'Italia nella riduzione dei danni sanitari e sociali alcolcorrelati, considerato un importante obiettivo di salute pubblica dalla maggior parte degli Stati europei.

Le relazioni inviate dalle Regioni sulle attività realizzate nel campo della prevenzione, trattamento e riabilitazione nonché i dati rilevati dal Ministero della Salute sulle attività dei servizi territoriali per le alcoldipendenze consentono di evidenziare un ampliamento e una qualificazione del quadro degli interventi nel settore alcolologico.

I servizi territoriali si prendono carico di un crescente numero di utenti e i problemi alcolcorrelati sempre più possono essere affrontati nella loro complessità bio-psico-sociale, nell'ambito di spazi e contesti appropriati, mobilitando risorse ad ampio raggio, anche in settori diversi da quelli dell'intervento più propriamente sanitario, in un'ottica di approccio integrato che bene interpreta la volontà del legislatore.

Contestualmente al crescente impegno dei servizi alcolologici territoriali, l'invio al ricovero ospedaliero appare in continuo decremento, ed anche il più recente dato sul tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (167,9 per 100.000 abitanti nel 2003) appare in diminuzione.

L'aggiornamento del quadro epidemiologico fa emergere peraltro alcune criticità rilevanti sul piano della prevenzione dei danni alcolcorrelati, quali l'aumento dei consumi alcolici al di fuori dei pasti, la diffusione di modelli di consumo a rischio nelle fasce di età giovanili, l'elevata mortalità giovanile per incidente stradale.

Per affrontare tali criticità e incrementare le attività di prevenzione finalizzate a ridurre la mortalità e morbilità alcolcorrelate il Ministero della Salute ha messo a punto, fra l'altro, un Piano Nazionale Alcol e Salute, attualmente all'esame delle Regioni e della Consulta Nazionale per l'Alcol, finalizzato a coinvolgere in modo coordinato Ministero e Regioni nell'implementazione di azioni nell'ambito di alcune aree strategiche ritenute prioritarie.

L'esame del quadro degli interventi realizzati nell'anno 2004 a livello nazionale e regionale conferma comunque la maturazione di una cultura istituzionale in campo alcolologico e una crescente capacità di corrispondere agli obiettivi di politica sanitaria elaborati in materia nelle sedi istituzionali di ambito nazionale e internazionale.

Francesco Storace

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.

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

La presente Relazione al Parlamento si riferisce agli interventi attivati nel corso dell'anno 2004.

PARTE PRIMA

1. Il quadro epidemiologico

1.1. I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo

Come risulta dai documenti delle principali agenzie sanitarie di livello internazionale quali l'O.M.S. e dai risultati di importanti ricerche e studi comparativi promossi dalla stessa Unione Europea, il consumo di alcol si configura sempre più come uno dei principali determinanti per la salute della popolazione, e in particolare di quella europea.

L'Italia è un Paese in cui l'assunzione moderata di alcol, e in particolare di vino, continua ad essere abitudine alimentare molto diffusa e radicata in una solida tradizione culturale.

Anche per l'anno 2003 si conferma peraltro nel nostro Paese, secondo una tendenza iniziata a partire dall'inizio degli anni ottanta, il progressivo calo del consumo medio annuo pro-capite di alcol puro nell'ambito di tutta la popolazione italiana, pari, secondo i dati forniti dall'O.M.S., a 7,61 litri, contro i 7,85 litri del 2001, gli 8,03 litri del 2000 e gli 8,04 litri del 1999.

Prendendo in considerazione la sola popolazione di età superiore ai 15 anni, questa tendenza sembra peraltro interrompersi negli ultimi anni, con un consumo medio pro capite di alcol puro pari a 10,45 litri nel 2003, contro i 9,2 litri del 2002 e i 9,1 litri del 2001.

Tale livello di consumo appare ancora molto al di sopra di quello raccomandato dall'O.M.S. (Target 12 del Programma "Health 21/ 1999") ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015, pari a 6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e a 0 litri per quella di età inferiore.

Secondo le più recenti indagini multiscopo ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana delle famiglie, si conferma nell'ultimo biennio, sia tra i maschi che fra le femmine, il calo del numero dei consumatori di vino, che nell'anno 2003 sono pari al 55,9% della popolazione (71,2% nei maschi e 41,6% nelle femmine), contro il 57,4% del 2002 (71,6% nei maschi e 44,1% nelle femmine) e il 59,6% del 2001 (73,8% tra i maschi e 46,4% tra le femmine) (tab.1a).

Non è stata pertanto confermata la tendenza all'aumento del numero dei consumatori di vino che era sembrata delinearsi tra gli anni 2000 e 2001 (tab.1b).

La tendenza all'aumento viene invece confermata per i consumatori di birra, che nel 2003 sono pari al 47,2% della popolazione (63,9% nei maschi e 31,7 nelle femmine) contro il 46,3% del 2002 (62,0% nei maschi e 31,7% nelle femmine), interrompendo il calo rilevato in quest'ultimo anno rispetto al 2001 (48,4%) (tab.1a).

Fenomeno simile si manifesta per il numero dei consumatori di liquori, che nel 2003 appaiono in crescita con il 25,8% (38,9% nei maschi e 13,5% nelle femmine) contro il 24,1% del 2002 (37% nei maschi e 12,1% nelle femmine), interrompendo il calo che era sembrato delinearsi in quest'ultimo anno rispetto al 2001 (26,1% di consumatori, di cui 39,9% nei maschi e 13,2 % nelle femmine) (tab.1a).

Un fenomeno analogo riguarda il numero dei consumatori di bevande alcoliche al di fuori dei pasti, che rappresentano un importante indicatore di esposizione della popolazione al rischio alcolcorrelato. Essi infatti appaiono in crescita nel 2003, con il 25,8% (38,0% nei

maschi e 14,3% nelle femmine) contro il 23,2% del 2002 (35,1% tra i maschi e 12,1% tra le femmine), interrompendo il calo rilevato in quest'ultimo anno rispetto al 2001 (25% di cui 37,8% tra i maschi e 13,1% tra le femmine) e confermando la tendenza all'aumento evidenziabile fin dal 1993, particolarmente evidente nel passaggio dal 2000 al 2001 (tab.1a e 1b).

Continua a crescere la tendenza al consumo fuori pasto tra i giovanissimi di età compresa fra 14 e 17 anni, particolarmente evidente a partire dal 1998 (tab.1c).

In particolare fra i maschi tale tendenza non sembra manifestare interruzioni, con un progressivo passaggio dal 9,8% del 1993 al 15,2% del 1998, al 17,1% del 2001, al 18,3% del 2002, al 20,7% del 2003.

Fra le femmine l'aumento registrato fra il 2002 e il 2003, pari a quasi 5 punti percentuali, appare particolarmente rilevante, se si considera che tra esse la tendenza all'aumento appare, benché evidente, meno accentuata nel tempo e che in particolare tra il 2001 e il 2002 era stato registrato un discreto calo.

La tendenza all'aumento viene confermata fra il 2002 e il 2003 anche per le altre fasce di età giovanile (tab. 1f).

In particolare, nella fascia di età tra i 18 e i 19 anni viene rilevato nel 2003 il 44,3% dei consumatori fra i maschi e il 28,5% fra le femmine, dopo che fra il 2002 e il 2001 si era evidenziato un calo (dal 43,4% del 2001 al 37,5% del 2002 nei maschi; dal 27,5% del 2001 al 26,3% del 2002 nelle femmine).

Nella fascia di età tra i 20 e i 24 anni si rileva per il 2003 il 47,1% fra i maschi (contro il 43,3% del 2002) e il 30,0% fra le femmine (contro il 26,6% del 2002), interrompendo per i maschi il calo rilevato tra il 2001 (47,3%) e il 2002 (43,3%), mentre per le femmine la tendenza all'aumento non si è mai interrotta, essendosi registrato un aumento delle consumatrici fuori pasto anche tra il 2001 (24,4%) e il 2002 (tab.1f).

Complessivamente in diminuzione appare il numero dei consumatori di oltre ½ litro di vino al giorno, che rappresenta anch'esso un importante indicatore di danno alcolcorrelato e che riguarda per il 2003 il 4,5% della popolazione, contro il 5,3% rilevato sia per il 2002 che per il 2001 (tab.1a).

Il fenomeno riguarda entrambi i sessi, rilevandosi una diminuzione sia tra i maschi (8,1% nel 2003 contro il 9% del 2002 e il 9,3% del 2001) che tra le femmine (1,1% nel 2003 contro l' 1,8% del 2002), per le quali tuttavia si era delineata una crescita tra il 2001 (1,5%) e il 2002 (1,8%) (tab.1d).

Si conferma dunque nettamente nella popolazione maschile quella tendenza al calo dei consumi eccedentari di vino già evidenziatisi da qualche anno, come si può rilevare dall'esame della serie storica del dato a partire dal 1993, quando tale consumo interessava ben il 14% dei maschi; mentre nella popolazione femminile, nel complesso meno interessata ai consumi eccedentari, tale tendenza, anche se confermata, incontra alcuni periodi di chiara interruzione.

Tenendo conto dei parametri di rischio definiti dall'O.M.S., secondo cui la dose alcolica giornaliera non deve superare 40 g. per gli uomini e 20 g. per le donne (corrispondenti, rispettivamente, a circa 3 bicchieri e a 1 bicchiere e mezzo di vino di media gradazione alcolica), considerando i soli consumatori di oltre ½ litro di vino al giorno, il numero delle

persone a rischio di sviluppare problematiche alcolcorrelate non può stimarsi comunque in Italia inferiore a 2.230.000 per l'anno 2003.

Per quanto riguarda la distribuzione nel territorio nazionale dei fenomeni rilevati, nelle Regioni centrali si riscontrano le maggiori percentuali di consumatori di oltre mezzo litro di vino al giorno (tab. 1e).

Molise, Basilicata, Toscana ed Emilia Romagna sono, nell'ordine, le Regioni dove tale consumo eccedentario è più diffuso.

Toscana, Marche, Umbria ed Emilia Romagna sono le Regioni in cui è più diffuso il consumo moderato di vino (uno o due bicchieri al giorno).

I consumi fuori pasto hanno la più alta diffusione nelle Regioni del Nord Est e in Valle D'Aosta, ma anche in Lombardia, Emilia Romagna e Sardegna (tab.1e).

Di particolare rilievo appaiono i dati relativi alle fasce di età giovanili.

Secondo le stime dell'Osservatorio Nazionale Fumo-Alcol-Droga (OssFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità, 800.000 giovani italiani al di sotto dell'età legale (14-16 anni), corrispondenti al 40 % dell'intera popolazione di tale età, dichiarano di consumare bevande alcoliche.

Secondo i dati dell'indagine "Eurobarometro" 2002 della Commissione Europea, l'Italia presenta l'età più bassa di avvio al consumo di bevande alcoliche, con una media di 12,2 anni contro i 14,6 anni che rappresentano la media dell'età di avvio nell'Unione Europea.

Secondo lo studio europeo ESPAD, fra i giovani studenti italiani di età compresa fra i 15 e i 19 anni continuano a crescere i consumatori di bevande alcoliche, che rappresentano nel 2003 il 90,8% del totale, contro l'89% del 2002 (tab. 2a).

Il 56,4% di tali studenti riferisce inoltre di essersi ubriacato almeno una volta nella vita, contro il 54,6% del 2002, confermando la tendenza all'aumento di tale comportamento a rischio rilevabile a partire dal 1999.

In aumento anche i comportamenti di ubriachezza ripetuta (tre o più ubriacature negli ultimi trenta giorni), che nel 2003 hanno riguardato il 7% dei giovani studenti contro il 3% del 1999; nonché la persistenza del comportamento nel corso della vita (venti o più ubriacature nel corso della vita), che nel 2003 ha interessato il 5% degli studenti contro il 2% del 1999.

Sembra affermarsi tra i più giovani, rispetto agli anni passati, una maggiore consapevolezza del rischio rappresentato dal consumo eccessivo. Si abbassa infatti al 2,3% la percentuale di studenti che non percepisce alcun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri ogni giorno, contro il 4% del 2002 e 2001 e il 3,0% del 2000 e 1999 (tab.2 b).

A tale accresciuta consapevolezza non sembrano peraltro corrispondere comportamenti e atteggiamenti consequenziali; infatti comportamenti di trasgressione ed eccesso quali le ubriacature sembrano riscuotere nel tempo sempre meno disapprovazione, secondo una tendenza che si va progressivamente affermando fin dal 1999 (tab. 2b) e gli episodi di ubriacatura riguardano un numero sempre maggiore di soggetti.

Variabile negli anni l'atteggiamento dei giovani studenti verso il bere "moderato" (1-2 bicchieri al giorno), in relazione al quale si può rilevare comunque una approvazione maggiore rispetto ai primi anni dell'indagine, in linea con la progressiva diffusione del numero dei consumatori di bevande alcoliche. Il fenomeno della diffusione dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla percentuale di giovani alcoldipendenti in carico

presso i servizi sociosanitari per l'alcoldipendenza, che continua ad aumentare nel tempo rispetto al totale dell'utenza.

Come emerge dai dati rilevati dal Ministero della Salute, nel 2004 i minori di 20 anni rappresentano lo 0,6% dell'utenza (contro lo 0,5% del 2003) e i giovani fra i 20 e i 29 anni ne rappresentano il 9,8%, contro il 9,1% del 2003 (tab. 2c).

Tra gli utenti di età fra i 20 e i 29 anni si rileva, rispetto alle altre fasce di età, la crescita maggiore nel tempo, a partire dal 1996.

La tendenza all'aumento appare ancora più evidente con riferimento ai soli nuovi utenti di tale età, che passano dal 10,7% del 1998 al 14% del 2004 (V. Parte II della Relazione).

Tra i giovani italiani il fenomeno dell'uso e abuso di bevande alcoliche appare dunque in pericolosa ascesa, e deve essere affrontato risolutamente in tempi adeguati, prima che raggiunga i livelli di rischio già consolidati in molti dei Paesi del Nord Europa dai quali il nostro Paese sta negli ultimi anni mutuando i modelli di consumo.

1.2. La mortalità e la morbilità alcolcorrelata

Le stime della mortalità alcolcorrelata si differenziano a seconda degli indicatori e delle metodologie adottate, delle diverse fonti (Ministero della Salute, Società italiana di Alcologia, Osservatorio permanente su giovani e alcol, specifici studi ad hoc) e dell'anno di riferimento.

Attualmente il numero annuale delle morti per cause alcolcorrelate è stimato in un intervallo compreso tra 17.000 e 42.000.

Le diverse stime si basano su indicatori di danno sia diretto, correlato ad abuso cronico (psicosi alcolica, cirrosi epatica, alcuni tumori, etc.) che indiretto e correlato anche a consumi relativamente limitati (incidenti stradali, sul lavoro, domestici etc.).

Tra gli indicatori del primo tipo l'O.M.S. considera il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica e patologie croniche del fegato uno dei più importanti.

Tale dato è stato calcolato nel nostro Paese pari a 13,64 per 100.000 abitanti nel 2001, confermando la tendenza alla diminuzione ormai in atto da molti anni (22,60 nel 1990, 17,91 nel 1995, 13,89 nel 2000), in concomitanza con la diminuzione della quantità del consumo medio pro capite di alcol puro nella popolazione.

Tra gli indicatori di danno indiretto va segnalata la mortalità per incidente stradale, che in Italia è stata stimata come correlata all'uso di alcol alla guida per una quota compresa tra il 30% e il 50% del totale della mortalità per questa causa.

Nell'anno 2004 sono stati rilevati dall'ISTAT 224.553 incidenti stradali (contro i 231.740 del 2003) che hanno provocato 5.625 morti (contro i 6.065 del 2003), con un indice di mortalità (rapporto tra numero di morti e numero di incidenti) pari a 2,5% (contro il 2,6% del 2003).

Nell'anno 2004 si registra rispetto al 2003 una riduzione del numero degli incidenti (-3,1%), dei morti (-7,3%) e dei feriti (-3,3%), e sembra proseguire la tendenza alla riduzione dei danni che già era stata registrata per l'anno 2003 in rapporto al 2002.

La fascia di età tra i 25 e i 29 anni appare nel 2004 quella più colpita dagli incidenti stradali, con 614 morti e 43.354 feriti.

In corrispondenza di tale fascia di età si presenta nel 2004 anche il valore massimo della mortalità tra i conducenti, con 481 morti.

Valori molto alti di mortalità si presentano anche tra i conducenti di età compresa fra i 21 e i 24 anni, con 395 morti.

Quest'ultima fascia di età risulta essere quella più colpita per quanto riguarda la mortalità fra i trasportati, con 145 morti, immediatamente seguita dalla fascia di età tra i 18 e i 20 anni, con 131 morti.

Nell'ambito della fascia di età tra i 15 e i 24 anni, l'incidente stradale ha rappresentato la causa del 46,2% del totale dei decessi rilevati nel 2002, con un dato in aumento rispetto al 44,1% rilevato nel 2000 (tab. 3a).

Sempre secondo l'ISTAT, tra tutti gli incidenti stradali dell'anno 2004, 16.192 sono avvenuti nelle notti di venerdì e sabato (contro i 17.713 del 2001 e i 15.326 del 2000), provocando 829 morti (contro i 909 morti del 2001 e i 917 del 2000), con un indice di mortalità del 5,1% (contro il 5,5% nei due anni 2001 e 2002).

Nel 2004 gli incidenti del venerdì e sabato notte hanno rappresentato il 44,1% del totale degli incidenti notturni, e i morti e feriti in tali incidenti rappresentano, rispettivamente, il 49,1 ed il 46,9% del totale degli incidenti notturni.

Tale dato appare particolarmente allarmante data l'elevata correlazione tra questo tipo di incidente stradale e l'abuso di alcol o sostanze illegali, soprattutto tra i giovani.

Le cause di incidente stradale imputabili a stato di ebbrezza alcolica rappresentano nel 2004 il 72% del totale delle cause dovute allo stato psicofisico del conducente, con 4.140 casi rilevati (contro i 3.548 del 2003).

Sul totale delle cause accertate o presunte di incidente stradale, quelle correlate a stato di ebbrezza rappresentano nel 2004 l'1,5% del totale, in aumento dello 0,3% rispetto al dato del 2003 (1,2%), e vengono accertate per la maggior parte nelle strade urbane (tab. 3b).

Nell'anno 2003 il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente attribuibili all'alcol è pari a 108.294 (tab. 4c), contro 113.651 nel 2002.

Il numero delle dimissioni ospedaliere che presentano le suddette diagnosi (tanto in causa principale di ricovero che nelle cause successive) ammonta a 96.262 unità, contro le 99.321 unità rilevate nell'anno 2000.

Il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (valore per 100.000 abitanti) è di 167,9, in diminuzione rispetto al dato del 2002 (177,1) e del 2000 (172,2) (tab. 4d).

In controtendenza rispetto all'andamento del dato nazionale, il tasso di ospedalizzazione appare in aumento tra il 2000 e il 2002 nelle Regioni Valle D'Aosta, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna (tab. 4d).

Valle D'Aosta, con 459,8, P.A. di Bolzano, con 420,9 e P.A. di Trento, con 349,0, appaiono anche nel 2003 le Regioni a più alto tasso di ospedalizzazione, seguite da Molise e Friuli V. Giulia (considerando complessivamente i ricoveri di residenti e non residenti) (tab. 4a).

I tassi di ospedalizzazione più bassi si hanno in Campania (82,7) e Sicilia (84,5).

Delle diagnosi totalmente attribuibili all'alcol, 84.963 (78,5%) si riferiscono a maschi, e 23.331 (21,5%) a femmine (tab. 4c). La distribuzione fra i sessi registra pertanto un lieve aumento a favore dei maschi rispetto al 2002.

La distribuzione percentuale delle diagnosi totalmente alcolattribuibili ci mostra anche per il 2003 i valori più elevati (44,9%) nelle fasce di età più alte (oltre i 55 anni), che si riferiscono, in ordine di prevalenza, a cirrosi epatica alcolica, cardiomiopatia alcolica, gastrite alcolica e steatosi epatica (tab.4b).

Nelle fasce di età più giovani (15-35 anni), a cui si riferisce il 12,2 % delle diagnosi di ricovero totalmente alcolattribuibili, i valori più elevati riguardano abuso di alcol ed effetti tossici dell'alcol.

Alla fascia di età fino a 14 anni si riferisce lo 0,2% delle diagnosi, con riferimento quasi esclusivo agli effetti tossici dell'alcol.

Tra il 2000 e il 2003 aumentano le diagnosi totalmente attribuibili all'alcol nella fascia d'età tra i 36 e i 55 (+1%) e, in minor misura, in quella oltre i 55 anni (+0,6%), mentre una diminuzione si riscontra nella fascia di età tra i 15 e i 35 anni (-1,6%) (tab.4e).

Nell'anno 2003 la cardiomiopatia alcolica si caratterizza ancora più che nel 2002 come diagnosi di ricovero prevalente per i maschi (86,8%) in rapporto alle femmine (13,2%), assieme al danno epatico da alcol non specificato (tab.4c).

Le diagnosi che interessano maggiormente le femmine in rapporto ai maschi riguardano la gastrite alcolica (29,8% nelle femmine contro 70,2% nei maschi) e gli effetti tossici dell'alcol (28,5 % nelle femmine contro 71,5% nei maschi) (tab. 4c).

Fra il 2000 e il 2003 la distribuzione percentuale fra le diverse diagnosi totalmente alcolcorrelate si mantiene sostanzialmente stabile nel tempo, o tendente a una lieve diminuzione per alcune diagnosi, con la sola eccezione della diagnosi di cirrosi epatica alcolica, per la quale si passa dal 26,3% al 30,0% (tab. 4f).

Nell'anno 2004 sono stati presi in carico presso i servizi alcologici territoriali 53.914 soggetti alcoldipendenti, con un aumento del 5,3% rispetto al dato dell'anno precedente (V. Parte II della Relazione).

1.3. Considerazioni critiche

Continua la tendenza al calo dei consumi medi pro-capite di alcol puro già in atto dal 1981 (-33,3% tra il 1981 e il 1998), anche se il dato più recente per i consumi della popolazione al di sopra dei 15 anni, riferito all'anno 2003, interrompe la tendenza affermatasi negli ultimi due decenni.

Per la popolazione italiana sembrano peraltro complessivamente confermarsi, per l'anno 2003, le tendenze rilevate a partire da metà degli anni 90 relativamente all'espandersi della platea dei consumatori (fatta eccezione per i consumatori di vino, compresi quelli ecCEDENTARI) e alla diffusione di modelli di consumo a rischio e lontani dalla tradizione nazionale quali i consumi al di fuori dei pasti, con particolare riferimento ai giovanissimi.

Fra questi ultimi, in particolare, continuano a crescere sia l'uso di bevande alcoliche che i comportamenti di abuso e gli atteggiamenti ad esso favorevoli, nonostante una più diffusa percezione del rischio correlato.

Sono da tenere in particolare considerazione, alla luce dei dati disponibili per il 2003:

- l'aumento, rispetto al 2002, dei consumatori di birra e liquori;
- l'aumento dei comportamenti di consumo fuori pasto, che erano sembrati in calo nel 2002 sia tra i maschi che tra le femmine;

-il persistere della tendenza all'aumento dei consumi fuori pasto tra i giovani fra i 14 e i 17 anni, già ben rilevabile nel 2002 nella classe maschile e confermata nel 2003 anche tra le ragazze, con una crescita di 4,7 punti percentuali;

-l'alta percentuale e l'aumento della mortalità per incidente stradale tra i giovani.

La diminuzione del tasso di ospedalizzazione per patologie totalmente riferibili all'alcol, evidente sia rispetto al dato del 2002 che del 2000, deve essere interpretata anche tenendo conto della crescita dell'utenza dei servizi territoriali per l'alcoldipendenza, in continua espansione dal 1996, contestualmente al rafforzamento della rete dei servizi (V. Parte II della Relazione).

I dati relativi alla popolazione giovanile inducono a rafforzare la vigilanza già in atto per la situazione degli anni precedenti, anche perché esistono numerose evidenze sulla tendenza dei giovani che consumano alcol a praticare altri comportamenti a rischio e a utilizzare spesso l'alcol secondo le stesse modalità e motivazioni che sottendono l'uso di altre sostanze illecite.

I più recenti modelli di consumo e abuso da parte dei giovani possono spiegarsi anche con l'influenza dei modelli di altri Paesi, soprattutto del Nord Europa, che hanno favorito la sostituzione del modello di consumo mediterraneo, caratterizzato da assunzione moderata di vino a completamento dei pasti, con l'uso di bevande ad alto contenuto alcolico e in quantità spesso eccessive, al di fuori dei pasti e in occasioni di tipo ricreativo. Né a questa trasformazione sembrano sottrarsi le giovani donne, che sempre più paiono adeguarsi ai comportamenti di consumo adottati dai coetanei maschi.

L'innesto di tali diversi modelli comportamentali nella tradizionale cultura di tolleranza e approvazione sociale del bere moderato del nostro Paese può rappresentare, se non correttamente compreso, un ulteriore specifico elemento di rischio per i soggetti più giovani, che potrebbero non percepire adeguatamente i pericoli correlati ai nuovi modelli di consumo.

Elemento cruciale delle politiche di prevenzione appare dunque ancora, e in particolare per la protezione della salute psico-fisica dei più giovani, l'adozione di politiche e azioni adeguate alle trasformazioni culturali in atto, che tengano conto dell'aumento dei comportamenti di consumo a rischio, favoriscano, sulla base di univoci orientamenti di sicura evidenza scientifica, la corretta conoscenza e percezione dei rischi correlati ai vari comportamenti, e promuovano nella società la crescita di fattori protettivi nei diversi contesti.

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

2.1. Gli interventi di indirizzo

In linea con gli orientamenti dell'ultimo Piano Sanitario Nazionale per gli anni 2003-2005, nell'ambito del quale, anche in adesione ai principi sanciti dalla legge 125/2001, la riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol viene riconosciuta come uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica, il Ministro della Salute ha predisposto un Piano Nazionale Alcol e Salute, per coinvolgere in modo coordinato Ministero e Regioni nell'implementazione di un insieme di azioni nell'ambito di alcune aree strategiche

ritenute prioritarie, con l’obiettivo finale di incrementare le attività di prevenzione e ridurre la mortalità e morbilità alcolcorrelata nel nostro Paese.

Il Piano nazionale Alcol e Salute è stato predisposto quale specifico progetto del Centro per la Prevenzione e il Controllo delle malattie, la nuova struttura operativa costituita presso il Ministero della Salute con la legge 26 marzo 2004 n. 138 al fine di contrastare e prevenire le emergenze di salute pubblica.

Per le importanti valenze in relazione alla attuazione della legge 125/2001, per l’adozione del Piano Nazionale Alcol il Ministro della Salute ha presentato alla Conferenza Stato Regioni una proposta di accordo, in relazione alla quale è stato deciso, nella seduta del 16 dicembre 2004, dati i tempi necessari per un approfondito esame, di rimandare ad altra data ogni i definitiva determinazione.

Attualmente il Ministero della Salute sta esaminando le proposte fatte pervenire in merito dalle Regioni, ed è altresì in attesa di ricevere, secondo quanto previsto dall’art. 3 comma 1 della legge 125/2001, il parere della Consulta nazionale sull’alcol, insediatasi presso il Ministero del Lavoro e Politiche sociali in data 14.12.2004, in attuazione dell’art. 4 della stessa legge.

Stante il carattere ancora provvisorio del documento che definisce il Piano Nazionale Alcol e Salute, che potrà subire modifiche fino al completamento dell’iter previsto per la sua definitiva adozione, se ne riportano qui solo le parti principali che ne illustrano gli aspetti programmatici, tratti dal documento trasmesso alla Conferenza Stato Regioni nel dicembre 2004.

Ministero della Salute

Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie

Piano nazionale Alcol e Salute
(Schema)

Roma, 15 Novembre 2004

Riferimenti normativi

Quest'ultimo decennio ha visto un notevole incremento di atti normativi e programmatici di ambito nazionale e internazionale relativi alle problematiche alcolologiche, che possono costituire una solida base per l'implementazione di adeguati interventi ai bisogni emergenti nelle varie realtà territoriali del Paese in relazione ai problemi alcolcorrelati.

L'Accordo Stato/Regioni del 21.1.1999 ha inserito il coordinamento delle attività relative all'alcoldipendenza nell'ambito delle attività dei Dipartimenti per le dipendenze delle Aziende USL, vincolando ad assicurare per i problemi alcolcorrelati l'erogazione di interventi interdisciplinari integrati e la disponibilità di risorse adeguate alla complessità dei problemi.

La legge 181.2.1999 n. 45 ha esteso i finanziamenti del Fondo nazionale per la lotta alla droga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri anche a progetti regionali e nazionali in materia di "alcoldipendenza correlata".

*Il Decreto legislativo 19.6.1999 n.229 ha previsto espressamente, all'art. 3 *septies comma 4*, la collocazione della dipendenza da alcol nell'ambito delle aree cui attengono prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, da assicurarsi da parte delle aziende sanitarie in quanto comprese nei livelli essenziali di assistenza.*

L'Atto di intesa Stato-Regioni del 5.8.1999, determinando i requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento degli enti e delle associazioni private che operano nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze di abuso, costituisce evidentemente una regolamentazione anche degli enti operanti nel settore della dipendenza da alcol.

La Legge 30.3.2001 n.125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati" prevede un insieme di adempimenti finalizzati alla prevenzione, cura e reinserimento sociale degli alcoldipendenti, di competenza sia delle Amministrazioni centrali, e in particolare Salute e Solidarietà sociale, che delle Amministrazioni regionali.

La legge prevede in particolare uno stanziamento di fondi per il monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati (€ 516.457,00 annue dal 2001) e per le azioni di informazione e di prevenzione negli ambienti scolastici, militari, penitenziari, di aggregazione giovanile (€ 1.032.914 annue dal 2001) che sono stati assegnati al Ministero della Salute. E' previsto altresì uno stanziamento di fondi al Ministero dell'Interno ai fini dell'intensificazione dei controlli sulla guida.

Nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 la riduzione dei consumi e degli abusi di alcol è stata assunta quale specifico obiettivo da conseguire tramite un insieme di azioni finalizzate alla acquisizione di stili di vita più compatibili col mantenimento di un buon livello di salute da parte della popolazione.

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005, confermando tra gli strumenti fondamentali di prevenzione l'adozione di stili di vita sani, configura la prevenzione dell'abuso alcolico, e in particolare di quello giovanile, quale specifica tematica da inserire nei programmi di abbattimento dell'uso e abuso di sostanze. In tal modo il Piano sanitario pone le premesse per l'attuazione nel nostro Paese dei due più recenti, sottoindicati provvedimenti sanitari dell'Unione Europea in materia alcologica:

-Raccomandazione del Consiglio "Consumo di bevande alcoliche da parte di bambini e

adolescenti", approvata dal Consiglio dell'U.E. nel giugno 2001, finalizzata alla protezione delle giovani generazioni dal rischio rappresentato dai nuovi modelli di consumo. Con essa il Consiglio invita gli Stati ad esprimere un particolare impegno, nel quadro delle misure da adottare in relazione al problema dei giovani e l'alcol, in due settori principali:

-quello attinente agli 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;

-quello attinente agli interventi sulla promozione, commercializzazione e vendita delle bevande, da attuarsi tramite la cooperazione con i settori economici interessati;

Conclusioni del Consiglio su una strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati, anch'esse approvate dal Consiglio dell'U.E. nel giugno 2001, in cui la Commissione è invitata a studiare la possibilità di sostenere una strategia comunitaria globale volta a ridurre il danno alcolcorrelato, a completamento delle politiche nazionali e per l'avvio di un piano per le diverse azioni.

Nel documento si prende atto che il consumo di alcol è uno degli elementi determinanti per la salute nell'Unione Europea, e vengono a tale proposito proposte strategie di ampio respiro, che includano misure da adottarsi anche in settori diversi da quelli di sanità pubblica, quali la ricerca, la tassazione, i consumi, la salvaguardia del consumatore, i trasporti, la pubblicità, il commercio, la sponsorizzazione. Adottando quali fondamentali punti di riferimento il II Piano di Azione europeo per l'alcol promosso dall'O.M.S. per gli anni 2000-2005 nonché la Dichiarazione di Stoccolma sui giovani e l'alcol, viene in particolare indicata la necessità di basare le strategie e le azioni sullo sviluppo di sistemi informativi e di monitoraggio relativi ai consumi alcolici, ai danni alcolcorrelati, alle politiche e alla loro efficacia in ambito comunitario.

Razionale

Il consumo di alcol è uno degli elementi determinanti per la salute di una popolazione ed è ormai evidente a livello scientifico la correlazione tra l'elevato consumo di alcol e l'aumento del rischio di mortalità per alcune cause.

L'Italia è un Paese in cui il consumo di bevande alcoliche, e in particolare di vino, fa parte di una radicata tradizione culturale e l'assunzione moderata di alcol è una consuetudine alimentare molto diffusa. Negli ultimi anni si stanno inoltre diffondendo, soprattutto tra i giovani, modelli di consumo importati dai Paesi del Nord Europa che comportano notevoli variazioni nella quantità e qualità dei consumi, con un progressivo passaggio da un bere incentrato sul consumo di vino o bevande a bassa gradazione

alcolica, a completamento dei pasti, a un bere al di fuori dei pasti e in occasioni ricreazionali, con uso di bevande ad alto contenuto alcolico e in quantità spesso eccessive.

Tali nuovi modelli convivono ancora con quelli tradizionali, variamente distribuiti tra le diverse classi di età e i sessi, e ciò rende piuttosto complessa in questo momento storico la realtà italiana. Ogni modello di consumo comporta d'altra parte rischi specifici per la salute e la sicurezza, ed è pertanto importante rivolgere grande attenzione allo studio e al monitoraggio della distribuzione dei consumi e dei modelli di consumo nelle varie fasce di popolazione, valutando i rispettivi rischi di morbilità, mortalità e danno sociale per poter predisporre un adeguato sistema di interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Per gli anni 1992-1999 l'Italia ha aderito al I Piano di azione europeo per l'alcol promosso dall'O.M.S. con lo scopo di aiutare gli Stati Membri ad ottenere una riduzione significativa nel

consumo di alcol nocivo per la salute e l'adozione di misure di lotta contro i comportamenti ad alto rischio. In relazione a ciò l'Italia ha adottato strategie di sviluppo per le attività del settore alcolologico e raggiunto risultati importanti, centrando il target proposto dall'O.M.S. della riduzione del 25% dei consumi annuali pro-capite di alcol puro, cui ha fatto riscontro negli stessi anni la riduzione del tasso di mortalità per cirrosi epatica.

L'Italia ha altresì aderito nonché partecipato attivamente alla formulazione del II Piano di Azione europeo per l'alcol proposto dall'O.M.S. per gli anni 2000-2005.

Col II Piano di Azione l'O.M.S., preso atto che il consumo dei prodotti alcolici è responsabile del 9% del totale delle cause di morte nella Regione europea, è correlato a incidenti e a episodi di violenza ed è responsabile di larga parte della riduzione delle aspettative di vita in molti Paesi, propone agli Stati membri un programma di ampio respiro, che investe le competenze e le responsabilità di autorità non soltanto sanitarie ma anche di altri settori quali quello economico e sociale, il cui obiettivo ultimo è quello di prevenire e ridurre i danni alcolcorrelati nella Regione europea.

L'Italia ha rafforzato negli ultimi anni il sistema di servizi sociali e sanitari finalizzato a prevenzione, trattamento e riabilitazione della dipendenza da alcol, e con la legge 125/2001 è stata introdotta una regolamentazione in settori non direttamente sanitari, quali la pubblicità, la vendita, il lavoro, etc. .

D'altra parte la legge 125/2001 non è ancora completamente attuata e molto rimane da fare. Il valore degli indicatori di danno alcolcorrelato è ancora elevato nel nostro Paese e il sistema di prevenzione e assistenza ancora lontano dal far fronte ai bisogni. Per quanto attiene il solo aspetto socio-sanitario, ad esempio, il ruolo svolto dalle associazioni del volontariato nella disassuefazione dell'alcolismo appare ancora in molte Regioni sostitutivo del ruolo del servizio pubblico, e non, come sarebbe auspicabile, di collaborazione sul piano della prevenzione e riabilitazione.

Per tutte queste ragioni, tenuto conto che l'attuale assetto normativo, istituzionale e culturale del nostro Paese costituisce un contesto sufficientemente maturo per la realizzazione di più puntuali interventi, il Ministero della Salute intende adottare un Piano nazionale Alcol e Salute, facendo propri gli obiettivi proposti dal II Piano di Azione europea dell'O.M.S. reinterpretati secondo gli intenti della Raccomandazione del Consiglio U.E. sul consumo alcolico di bambini e adolescenti e delle Conclusioni U.E. sulla strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati.

Il Piano nazionale Alcol e Salute (PNAS) recepisce, nel breve periodo, gli obiettivi, le strategie e le azioni di interesse più specificamente sanitario proposte dal II Piano O.M.S., ma nel medio-lungo periodo dovrà essere inglobato nell'ambito di un più ampio Piano di Azione Alcol (PNA) di valenza interistituzionale, in grado di coinvolgere in modo più diretto e puntuale tutte quelle Amministrazioni non sanitarie che possono svolgere un ruolo strategico per il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza connessi con la riduzione del danno alcolcorrelato.

Il Ministero della Salute si impegna a sensibilizzare e coinvolgere, progressivamente, in qualità di massima autorità sanitaria a livello nazionale, tali Amministrazioni, per la loro adesione al PNAS. L'esigenza di questo più ampio Piano si pone in relazione a un duplice ordine di problemi, uno di carattere etico-sanitario e l'altro di carattere economico:

- il rischio di danni alla salute psicofisica sta assumendo nel nostro Paese un andamento preoccupante, con particolare riferimento alla popolazione giovanile ma anche alle donne e alla popolazione anziana, e deve essere quindi contenuto prima che arrivi ad assumere quei caratteri di gravità già presenti in altri Paesi europei di cui l'Italia sta mutuando le abitudini di consumo.

Dato il carattere legale, diffuso e socialmente accettato del consumo di alcol, è necessario dunque contemplare tutte quelle strategie ed azioni di più ampia e specifica valenza sociale, economica, giuridica e quant'altro che possono scaturire da una presa d'atto da parte di tutta la società sui pericoli connessi e favorire una ridefinizione culturale dell'immagine della bevanda alcolica, che non rimuova i possibili effetti dannosi dell'alcol;

-il sistema sanitario si trova a dover sostenere, in relazione ai danni alcolcorrelati, costi elevatissimi per garantire le prestazioni di assistenza sanitaria e sociosanitaria nelle due macroaree dell'assistenza ospedaliera e distrettuale ai vari livelli essenziali di intervento previsti. Di fronte a tali oneri l'autorità responsabile del Servizio sanitario nazionale non può non rilevare l'esistenza di responsabilità in tante altre istituzioni e soggetti, pubblici e privati, ivi compresi il mondo della produzione e della distribuzione, che è necessario pertanto richiamare e coinvolgere in un ruolo attivo per la prevenzione del danno alcolcorrelato.

D'altra parte va preso atto che i costi del danno alcolcorrelato non si ripercuotono solo sul sistema sanitario, ma si pagano anche in termini sociali ed economici in senso lato, in anni di vita persi, anni di lavoro persi, sofferenza delle famiglie e dell'individuo, violenza e disadattamento sociale.

Per tali motivi il Piano nazionale Alcol e Salute non può non richiedere un successivo e più ampio Piano nazionale Alcol.

Le dimensioni del problema

Pur persistendo in Italia la tendenza al calo del consumo medio annuo pro-capite di alcol, secondo un trend iniziato a partire dai primi anni ottanta, il più recente valore (anno 2001) di tale consumo calcolato dall'Ufficio regionale O.M.S. per l'Europa (9,14

litri nella popolazione di età superiore ai 15 anni) è ancora molto al di sopra di quello ritenuto auspicabile dall'O.M.S. per l'anno 2015, che è di 6 litri l'anno per la popolazione di età superiore ai 15 anni, e di 0 litri per quella di età inferiore.

Contestualmente alla diminuzione dei consumi, continua nel nostro Paese la tendenza all'aumento della quota di popolazione che consuma bevande alcoliche, già rilevata a partire dal 1998, e si accresce di conseguenza la quota di popolazione a rischio di patologie e danni alcolcorrelati. Secondo l'ISTAT il numero dei consumatori di vino almeno una volta l'anno è passato tra il 2000 e il 2001 dal 57,1% al 59,6% , e quello dei consumatori di birra dal 42,6% del 1993 al 48,4% del 2001.

L'aumento della diffusione del consumo riguarda soprattutto le donne e le fasce di popolazione più giovane.

In netto aumento dal 2000 al 2001 la prevalenza dei consumatori al di fuori dei pasti, che passa dal 23,3% al 25%, a conferma di un trend che, evidenziabile fin dal 1993, era sembrato ridimensionarsi negli anni 1999 e 2000.

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

Si conferma per gli ultimi anni la tendenza delle giovani generazioni a comportamenti di abuso quali le ubriacature, e un atteggiamento di crescente tolleranza verso l'abuso di alcol e i comportamenti correlati.

Nel 2002 è cresciuta la percentuale dei giovani utenti dei servizi territoriali per le alcoldipendenze del S.S.N. di età compresa fra i 20 e i 29 anni (9,1%).

Il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol è di 177,1 nel 2002.

La distribuzione percentuale delle diagnosi totalmente alcolattribuibili nell'anno 2002 ci mostra i valori più elevati nei soggetti di oltre 55 anni, fra i quali prevalgono cirrosi epatica, cardiomiopatia, steatosi e gastrite alcolica. Nei soggetti tra 15 e 35 anni prevalgono le diagnosi di abuso alcolico, effetti tossici dell'alcol e avvelenamento da antagonisti dell'alcol.

Gli incidenti stradali vengono stimati in Italia, a seconda delle varie fonti, correlati all'abuso di alcol per una percentuale compresa fra il 33% e il 40% del totale. Nell'anno 2000 sono stati rilevati dall'ISTAT 15.326 incidenti stradali avvenuti nelle notti tra venerdì e sabato, circostanze temporali nelle quali si rileva una più forte correlazione tra incidente stradale e abuso di sostanze, ivi compreso l'alcol. Tali incidenti 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, ed è comunque la prima causa di morte.

Nel 2002 sono stati presi in carico presso i servizi territoriali per le alcoldipendenze operanti nell'ambito del S.S.N. 44.490 soggetti alcoldipendenti (34.191 maschi e 10.299 femmine). Fra di loro crescono i soggetti fra i 20 e i 29 anni, che rappresentano nel 2002 il 9,1% del totale, mentre calano nel tempo gli utenti delle fasce di età più mature.

Obiettivi e sub obiettivi del Piano Nazionale Alcol e Salute

Il Piano Nazionale Alcol e Salute si articola in un insieme di strategie e azioni che affrontano i problemi posti dalla specifica duplice valenza dell'alcol in quanto

1) componente di bevande liberamente prodotte e commercializzate, socialmente accettate e inserite in schemi comportamentali ben integrati nella cultura del nostro Paese;

2) sostanza fortemente psicotropa in grado di provocare gravi dipendenze, al pari delle droghe più pesanti.

Tenendo conto di tale duplice valenza, sono stati individuati alcuni obiettivi prioritari e in relazione ad essi, un insieme di aree strategiche e azioni prioritarie per il triennio 2005-2007, da attivarsi secondo i modelli organizzativi propri delle singole Regioni, e i cui risultati saranno monitorati e verificati secondo specifici indicatori.

In considerazione di quanto detto sopra, il PNAS assume quale obiettivo finale la prevenzione e riduzione della mortalità e morbilità alcolcorrelate nel nostro Paese, ponendosi i sottoindicati obiettivi intermedi.

-Aumentare la consapevolezza del rischio connesso con il consumo delle bevande alcoliche nella popolazione generale e in alcune fasce di popolazione particolarmente esposte (anziani, giovani, donne), nonché il sostegno a favore delle politiche di salute pubblica finalizzate alla prevenzione del danno alcolcorrelato

-Ridurre i consumi a rischio (e in particolare quelli eccedentari e al di fuori dei pasti) nella popolazione e in particolare nei giovani, nelle donne e nelle persone anziane

-Ridurre la percentuale dei giovani minori di 18 anni che assumono bevande alcoliche, nonché l'età del primo contatto con le stesse

-Ridurre il rischio di problemi alcolcorrelati che può verificarsi in una varietà di contesti quali la famiglia, il luogo di lavoro, la comunità o i locali dove si beve

-Ridurre la diffusione e la gravità di danni alcolcorrelati quali gli incidenti e gli episodi di violenza, gli abusi sui minori, la trascuratezza familiare e gli stati di crisi della famiglia

-Mettere a disposizione accessibili ed efficaci trattamenti per i soggetti con consumi a rischio o dannosi e per gli alcoldipendenti

- Provvedere ad assicurare una migliore protezione dalle pressioni al bere per i bambini, i giovani e coloro che scelgono di astenersi dall'alcol.

In relazione agli obiettivi suddetti, si assumono i seguenti sub obiettivi.

-Aumentare la diffusione dei metodi e strumenti per l'identificazione precoce della popolazione a rischio

-Aumentare la percentuale di consumatori problematici avviati, secondo modalità adeguate alla gravità dei problemi, al controllo dei propri comportamenti di abuso, con particolare riferimento ai giovani

-Aumentare la qualità e la specificità dei trattamenti nei servizi specialistici per il trattamento della dipendenza da alcol.

Aree strategiche

Per raggiungere gli obiettivi e i sub obiettivi indicati, si propongono le seguenti aree strategiche di intervento prioritario, con l'indicazione dei risultati attesi per ciascuna di esse nonché delle azioni da implementare:

- 1) *Informazione /educazione*
- 2) *Bere e guida*
- 3) *Ambienti e luoghi di lavoro*
- 4) *Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza*
- 5) *Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione*
- 6) *Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol*
- 7) *Potenzialità delle Organizzazioni non governative*
- 8) *Monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto.*

Area "Informazione ed Educazione"

Risultati attesi

- *Sviluppo nella popolazione generale e nei gruppi più vulnerabili di una maggiore conoscenza e consapevolezza del danno provocato dall'alcol sulla salute e il benessere individuale, familiare e sociale*
- *Sviluppo nei bambini e nei ragazzi delle abilità necessarie a fare scelte a favore della salute e a resistere alle pressioni al bere.*

Azioni

-Attuare campagne attraverso i mass media per informare sui danni prodotti dall'alcol alla salute e al benessere di individui, famiglie e comunità e per promuovere il sostegno pubblico alle politiche sanitarie e sociali che contrastano il danno alcolcorrelato

-Attivare una collaborazione con il mondo della scuola (dalla materna alle superiori) per l'adozione di un programma di promozione della salute di ampio respiro, in cui trovino spazio adeguato la prevenzione del danno alcolcorrelato e l'insegnamento delle abilità necessarie a fronteggiare le pressioni sociali al bere.

Area "Bere e Guida"Risultati attesi

-Riduzione del numero degli incidenti alcolcorrelati, nonché del numero di morti e feriti, in particolare tra i giovani.

Azioni

-Attivare una collaborazione con le istituzioni locali responsabili dei controlli dell'aria espirata, per organizzare azioni preventive di comunità che pongano in grande evidenza i controlli casuali dell'aria espirata, soprattutto nei luoghi e nelle occasioni del divertimento giovanile a rischio di abuso alcolico.

Area "Ambienti e luoghi di lavoro"Risultati attesi

-Riduzione del danno prodotto dall'alcol sui luoghi di lavoro, in particolare nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e la sicurezza di terzi, soprattutto per quanto attiene alla violenza e agli incidenti.

Azioni

-Attivare la collaborazione del mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le Amministrazioni regionali del Lavoro e nell'ambito di quanto previsto dalle normative sulla sicurezza nonché dalla legge 125/2001, per promuovere nei luoghi di lavoro una politica sull'alcol fondata sull'educazione, la prevenzione, la tempestiva identificazione, o autoidentificazione, dei soggetti a rischio e la possibilità di intraprendere, nel pieno rispetto della privacy, trattamenti integrati resi disponibili presso le strutture sanitarie.

Area "Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza"Risultati attesi

-Disponibilità per i singoli e per le famiglie di un trattamento accessibile ed efficace per tutto l'arco dei problemi alcolcorrelati, dal consumo a rischio e dannoso all'alcoldipendenza.

Azioni

-Provvedere al coinvolgimento e alla formazione degli operatori della medicina di base, e in particolare dei Medici di Medicina Generale, per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio, anche tramite strumenti di screening comportamentali mirati e attendibili, nonché per l'intervento breve nei confronti del consumo alcolico nocivo

-Allocare adeguate risorse finanziarie e strategie contrattuali per assicurare in merito ai suddetti interventi la più ampia disponibilità, accessibilità e produttività di interventi nella medicina di base

-Favorire un approccio integrato che coinvolga, oltre ai servizi sanitari, i medici di medicina generale, i servizi sociali, i gruppi di autoaiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate

-Costruire un sistema complesso di trattamento accessibile, efficace, flessibile e affidabile, basato su evidenze scientifiche e su una adeguata valutazione dei bisogni

-Assicurare risposte per tutte le varie fasi del trattamento, provvedendo alla disintossicazione, valutazione, confronto dei trattamenti possibili, prevenzione dalle ricadute e riabilitazione, anche tramite metodi di disease management per gli alcolisti coniugati arruolati in programmi di astinenza.

Area "Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione"

Risultati attesi

-Maggiore responsabilizzazione e disponibilità alla collaborazione nei programmi di prevenzione dei danni alcolcorrelati da parte del mondo della produzione e distribuzione

-Implementazione di misure atte a favorire il rispetto dei limiti legali di età per la somministrazione delle bevande alcoliche ai giovani e per limitare comunque l'accesso dei giovani alle bevande alcoliche

-Riduzione degli incidenti alcolcorrelati all'uscita di ambienti e contesti dove si beve abitualmente.

Azioni

-Attivare un monitoraggio permanente per la stima dell'impatto dell'alcol sulla salute e per la valutazione dei costi relativi, nonché per valutare l'affidabilità delle politiche sociali ed economiche relative all'industria degli alcolici

-Favorire l'inserimento dei soggetti che lavorano nel campo della vendita e somministrazione di bevande alcoliche in specifici programmi di formazione che ne accrescano la consapevolezza e il senso della responsabilità personale, etica e legale.

Area "Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol"

Risultati attesi

-Incremento delle azioni di comunità finalizzate alla riduzione locale di problemi quali gli incidenti stradali alcolcorrelati, la somministrazione e vendita ai minori, i consumi e gli abusi dei minori

-Incremento della consapevolezza e della sensibilità per i problemi alcolcorrelati nell'ambito di tutti quei settori di governo della comunità che possono influire per l'adozione di efficaci politiche alcologiche.

Azioni

-Attivare, partendo dalle esigenze fondamentali di salute e sicurezza della popolazione, la collaborazione di settori non sanitari quali quello educativo, sociale e giudiziario, per assicurare agli operatori una educazione ed un training professionale in campo alcologico, ai fini di garantire un effettivo approccio multisettoriale

-Promuovere e supportare programmi socio-sanitari che rafforzino la mobilitazione della

comunità, lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi collegati all'alcol
-Stabilire l'attuazione nell'ambito regionale di almeno un progetto di comunità coordinato e sostenibile per prevenire i problemi alcolcorrelati
-Assicurare che una politica comunale sull'alcol sia sviluppata ed implementata in almeno una città in ciascuna Regione.

Area "Potenzialità delle Organizzazioni non governative"

Risultati attesi

-Incremento del sostegno alle organizzazioni non governative e ai movimenti di autoaiuto che promuovono iniziative finalizzate alla prevenzione o alla riduzione del danno alcolcorrelato
Azioni

-Supportare le organizzazioni non governative che hanno esperienza e competenza ad operare sia a livello professionale che a livello di azione civile ai fini della riduzione del danno provocato dall'alcol

-Supportare le organizzazioni non governative che operano per l'informazione e la mobilitazione della società civile a sostenere lo sviluppo e l'implementazione di politiche efficaci in campo alcologico.

Area "Monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto"

Risultati attesi

-Implementazione in ogni Regione di efficaci politiche sociosanitarie in campo alcologico, di portata quanto più ampia possibile per quanto consentito dalla collaborazione delle altre istituzioni non sanitarie

-Implementazione di un sistema informativo e di monitoraggio/sorveglianza sul consumo di alcol e sui modelli comportamentali connessi, sui danni alcolcorrelati e sulle politiche alcologiche realizzate a livello regionale e locale.

Azioni

- Sviluppare in ciascuna Regione un programma esecutivo che recepisca il PNAS, ne individui le specifiche modalità in ambito regionale, secondo le priorità di salute emergenti e le peculiarità organizzative di ciascuna Regione

-Creare, con la collaborazione in rete di tutte le Regioni, il coordinamento del Ministero della Salute e il supporto tecnico dell'I.S.S.-CNESPS - un Osservatorio nazionale Alcol che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, degli indicatori del danno alcolcorrelato, dell'efficacia degli interventi adottati e delle risposte istituzionali ai vari livelli di interesse, con la funzione, tra l'altro, di orientare l'investimento delle risorse pubbliche disponibili per i problemi alcologici verso interventi di buona pratica, la cui efficacia sia stata adeguatamente dimostrata

-Provvedere a un adeguato finanziamento per le funzioni di coordinamento tecnico dell'Osservatorio nazionale, che dovrà operare tenendo conto della multisettorialità dei problemi alcolcorrelati e della loro valenza interistituzionale, anche sviluppando, ove necessario, strumenti di ricerca appropriati e standardizzati.

2.2. L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge per il monitoraggio dei dati

L'art. 3 comma 4 della legge 125/2001 dispone l'autorizzazione di una spesa annuale pari a € 516.457,00, assegnata in termini di competenza e di cassa su apposito capitolo del Ministero della Salute, ai fini del monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati, da realizzarsi secondo modalità che garantiscano l'elaborazione e la diffusione dei dati a livello regionale e nazionale.

Ai fini dell'utilizzo delle risorse relative all'anno 2004, in considerazione di quanto previsto dall'art. 3 circa la necessità che le attività di monitoraggio siano realizzate secondo modalità che garantiscano l'elaborazione e la diffusione dei dati a livello regionale e nazionale, il Ministero della Salute ha sottoposto 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, una proposta di riparto secondo la tabella sottoindicata, approvata nella seduta del 16 dicembre 2004.

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

Lo schema di ripartizione, analogamente a quanto fatto per gli anni precedenti, è stato costruito sulla base di indicatori relativi all'entità della popolazione regionale residente, al numero di consumatori di vino, birra e liquori e al numero di bevitori eccedentari di vino rilevati dall' ISTAT nell'ambito dei territori regionali.

Nell'anno 2004 il Ministero ha provveduto a erogare le quote di riparto già assegnate ai fini del monitoraggio dei dati per gli anni precedenti (2001,2002 e 2003) alle Regioni che hanno inviato i dati richiesti in relazione ai seguenti indicatori:

- prevalenza e incidenza delle patologie alcolcorrelate nei ricoveri ospedalieri regionali;
- 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 (vino, birra, liquori);
- modelli di consumo e abuso e altre variabili comportamentali e sociologiche relative, con dati disaggregati almeno per fasce d'età, sesso e condizioni socioeconomiche; fenomeni eventualmente emergenti ritenuti di interesse per la conoscenza e l'interpretazione sociale del danno derivante dall'uso di bevande alcoliche.

Nella tabella seguente è illustrata la situazione, aggiornata al 4.10.2005, delle attività di monitoraggio svolte dalle Regioni nonché dei relativi finanziamenti erogati dal Ministero alle Regioni ai sensi dell'art. 3 comma 4.

MONITORAGGIO DATI ALCOL-ATTIVITA' SVOLTE E PAGAMENTI EFFETTUATI

CAPITOLO 4392

Situazione al 4.10.2005

REGIONI	ANNO 2001			ANNO 2002			ANNO 2003		
	FINANZIAMENTO ANNO 2001	Attività svolte	Pagamenti effettuati	FINANZIAMENTO ANNO 2002	Attività svolte	Pagamenti effettuati	FINANZIAMENTO ANNO 2003	Attività svolte	Pagamenti effettuati
Piemonte	40.709,38	x	40.709,38	40.709,38	x	40.709,38	40.709,38	x	40.709,38
Valle D'Aosta	1.330,61			1.330,61			1.330,61		
Lombardia	84.659,43	x	84.659,43	84.659,43	x	84.659,43	84.659,43	x	84.659,43
Prov. Aut. Trento	4.039,70			4.039,70			4.039,70		
Prov. Aut. Bolzano	3.754,92	x	3.754,92	3.754,92	x	3.754,92	3.754,92	x	3.754,92
Veneto	43.809,84	x	43.809,84	43.809,84	x		43.809,84		
Friuli Venezia Giulia	11.434,84	x	11.434,84	11.434,84	x	11.434,84	11.434,84		
Liguria	15.221,77	x		15.221,77	x			15.221,77	
Emilia Romagna	40.077,49	x	40.077,49	40.077,49	x		40.077,49	x	40.077,49
Toscana	34.403,90	x	34.403,90	34.403,90	x	34.403,90	34.403,90	x	34.403,90
Umbria	8.502,85	x		8.502,85	x		8.502,85	x	8.502,85
Marche	14.987,40	x		14.987,40	x		14.987,40		
Lazio	46.770,79	x	46.770,79	46.770,79	x		46.770,79	x	46.770,79
Abruzzo	11.813,88	x	11.813,88	11.813,88	x	11.813,88	11.813,88		
Molise	3.052,10			3.052,10			3.052,10		
Campania	46.210,94	x	46.210,94	46.210,94	x	46.210,94	46.210,94	x	46.210,94
Puglia	34.143,35	x	34.143,35	34.143,35	x	34.143,35	34.143,35	x	34.143,35
Basilicata	5.634,58	x		5.634,58	x		5.634,59	x	5.634,59
Calabria	16.994,69			16.994,69			16.994,69		
Sicilia	34.343,89	x	34.343,89	34.343,89	x	34.343,89	34.343,89		
Sardegna	14.550,65			14.550,65			14.550,64		
	516.457,00		432.132,65	516.457,00		301.474,53	516.457,00		360.089,41

2.3. Gli interventi in materia di informazione e prevenzione

L'art. 3 comma 4 della legge 125/2001 autorizza una spesa annuale pari a € 1.032.914 per le azioni di informazione e prevenzione da realizzarsi negli ambienti scolastici, militari, penitenziari e di aggregazione giovanile.

A tali fini nel corso del 2004 la Direzione generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero della Salute, cui è assegnata la competenza per la relativa spesa, ha posto in atto le procedure per una gara europea finalizzata alla scelta di un'agenzia di comunicazione ai fini della realizzazione di una campagna di informazione ed educazione sul consumo di alcol rivolta alla popolazione più giovane.

Tale gara si è conclusa con la stipula, in data 23 dicembre 2004, di un contratto con l'Agenzia vincitrice, registrato alla Corte dei Conti in data 11 marzo 2005.

E' stato inoltre realizzato, a seguito di un'ulteriore gara d'appalto, uno spot televisivo da mandare in onda sulle emittenti più seguite dal target di riferimento della campagna.

La campagna di informazione e prevenzione prevede, a partire dal maggio 2005, interventi nell'ambito della stampa periodica specializzata più letta dagli adolescenti, affissioni fisse e mobili nei luoghi di aggregazione giovanile più frequentati, programmazione di uno spot radiofonico, programmazione di un videoclip che vede come *testimonial* il cantante Gigi D'Alessio.

E' stato inoltre pianificato il monitoraggio per la valutazione dell'efficacia della campagna. In data 14 luglio 2004 è stata altresì stipulata una convenzione con l'Istituto superiore di Sanità, registrata alla Corte dei Conti il 24 settembre 2004, per il potenziamento del Numero verde Alcol.

Il budget complessivo per la realizzazione di tutte le attività suddette ammonta a Euro 2.300.000,00, stanziati per l'anno 2003 sul capitolo 4128 del Ministero della Salute.

2.4. La collaborazione con altre amministrazioni centrali

Nel corso dell'anno 2004 sono proseguiti le attività di confronto e collaborazione tecnica del Ministero della Salute con il Ministero del Lavoro e Politiche sociali ai fini della predisposizione dello schema di Decreto interministeriale previsto dall'art. 15 comma 1 della legge 125/2001, per l'individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortunio sul lavoro e per le quali dovrà essere adottato il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche.

Sono in via di conclusione le procedure necessarie per la formalizzazione del concerto tra i due Ministeri ai fini dell'emanazione del previsto Decreto, per il quale il Ministero del Lavoro ha la competenza primaria.

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

Con l'approvazione della Legge 18.2.1999 n. 45 "Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze" la possibilità di finanziamento a carico del Fondo nazionale per la lotta

alla droga è stata estesa anche a progetti relativi alla “alcoldipendenza correlata”, presentati dalle Regioni e dai Ministeri interessati.

Dopo l'approvazione della legge 125/2001 il Ministero della Salute ha presentato al suddetto Fondo richiesta di finanziamento per n. 3 progetti predisposti sulla base delle finalità e degli obiettivi enunciati dalla stessa legge, per favorire interventi e azioni utili alla sua puntuale attuazione. I finanziamenti sono stati concessi.

Si illustrano di seguito i progetti indicati, e il relativo stato di avanzamento, facendo presente che:

- per i progetti n. 1) e 2) (finanziati con i fondi dell'anno 2001) sono state identificate, tramite il Coordinamento permanente delle Regioni italiane sulla tossicodipendenza presso la Regione Veneto, le Regioni interessate a partecipare e in particolare quelle disponibili a svolgere un ruolo di capofila per la gestione amministrativa e il coordinamento tecnico;
- per il progetto n. 3) (finanziato con i fondi relativi all'anno 2002) le attività sono state oggettivamente ritardate da motivi relativi alla temporanea indisponibilità dei fondi medesimi, per motivi non dipendenti dal Ministero della Salute, e sono ancora in corso le procedure per consentire l'affidamento delle relative attività.

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

(Finanziamento approvato: € 464.811,21)

In considerazione del fatto che la legge 125/2001 impegna il Ministero 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 sostenere l'efficace e proficua messa a punto di validi strumenti a ciò finalizzati, creando una solida base conoscitiva, operativa e organizzativa su cui innestare un'efficace attività istituzionale, anche tramite la sperimentazione di attività innovative.

Rivestendo valore cruciale, per le esigenze conoscitive del sistema, il dato relativo all'impatto dei problemi e patologie alcolcorrelate nella popolazione afferente alle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere, in termini di epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi, il progetto è stato elaborato per approfondire su queste basi la conoscenza dei fenomeni di abuso e dipendenza da alcol nel nostro Paese, individuandone le tipologie e le correlazioni con altre patologie e altri tipi di dipendenza, nonché con i ricoveri ospedalieri e altre variabili demografiche, socioeconomiche e culturali.

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

Il ruolo di capofila del progetto è stato assegnato congiuntamente alle Regioni Toscana e Lombardia, che devono coordinare le Regioni Piemonte, Liguria, Veneto, Abruzzo, Umbria, Marche, Calabria, Campania, Puglia e Sardegna.

Sono state attivate le prime attività di implementazione del progetto, che è attualmente alle sue fasi preliminari, e non sono stati pertanto ancora richiesti dalle Regioni i previsti finanziamenti relativi al primo stato di avanzamento.

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

(Finanziamento approvato: € 206.582,76)

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

Poiché le ricadute nell’abuso da parte di soggetti già disintossicati costituiscono un nodo cruciale e ancora irrisolto nel trattamento degli alcolisti e vengono rilevate, nonostante la correttezza e l’efficacia dei metodi di disintossicazione, percentuali di ricaduta mediamente molto elevate, è stato elaborato uno specifico progetto di carattere sperimentale finalizzato a costruire un modello di intervento che faciliti l’accesso degli utenti alcolisti al sistema, prolunghi la loro permanenza nei programmi di trattamento e accresca nel tempo e nello spazio le occasioni di rapporto con i servizi, assicurando periodici contatti a lungo termine, anche tramite teleassistenza, in grado di contenere nel lungo periodo i fenomeni di ricaduta. Si prevede di sostenere a tal fine anche la diffusione sul territorio di esperienze di auto-mutuo aiuto promosse o protette dal servizio pubblico.

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

Il ruolo di capofila del progetto è stato assegnato alla Regione Lazio, che ne ha curato le prime fasi di implementazione coordinando le Regioni Piemonte, Toscana, Abruzzo, Umbria, Molise, Campania, Puglia e Sicilia, che hanno aderito al progetto.

Sono state finora realizzate le attività previste per il primo stato di avanzamento del progetto, con la nomina del responsabile scientifico e dei responsabili amministrativi, l’elaborazione di un progetto esecutivo con un dettagliato piano finanziario, l’attivazione di incontri del gruppo sperimentale con i referenti regionali, e la formale adesione di tutte le altre Regioni partecipanti alle azioni pianificate.

Essendo stata acquisita la relativa documentazione, il Ministero della Salute ha attivato le procedure per il pagamento della prima delle tre rate di finanziamento previste.

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

(Finanziamento approvato: € 480.930,00)

La legge 125/2001 contempla fra le sue finalità, al comma 1 punto a), la tutela del diritto di bambini e adolescenti ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze

legate all'abuso di bevande alcoliche. D'altra parte sta emergendo tra i giovani del nostro Paese una crescente diffusione del consumo di bevande alcoliche secondo modalità ad alto rischio, con la conseguente necessità di adottare adeguate misure di prevenzione.

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

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

2.6. La partecipazione alle politiche internazionali

I principi sanciti dalla legge 125/2001 per la tutela della popolazione, e in particolare di bambini e adolescenti, dai danni alcolcorrelati sono stati sostenuti e hanno trovano pieno riscontro nelle attività istituzionali esercitate dal Ministero della Salute nell'ambito delle attività istituzionali di ambito U.E..

In particolare nel corso del 2004 il Ministero della Salute ha garantito, tramite i suoi rappresentanti, la partecipazione dell'Italia alle attività della Commissione Europea dedicate alla valutazione periodica prevista dalla Raccomandazione del Consiglio "Consumo di bevande alcoliche da parte di bambini e adolescenti" e dalla Conclusione del Consiglio per l'adozione di una strategia comunitaria tesa a ridurre l'impatto sociale e sanitario dell'alcol nell'ambito della popolazione generale.

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

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

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

Per quanto riguarda l'alcol è stata discussa e condivisa l'esigenza di istituire una rete di organismi esperti per sostenere l'applicazione della Raccomandazione del Consiglio U.E.

sul consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani e per contribuire all'ulteriore elaborazione di una strategia comunitaria destinata a ridurre i danni provocati dall'alcol.

In relazione a tale specifica esigenza è stato finanziato il progetto *“Alcohol Policy Network in the context of a larger Europe: Bridging the Gap”*, al fine di delineare un documento di indirizzo che contribuisca alla definizione delle iniziative collegate alle politiche di prevenzione da privilegiare nella programmazione di ambito europeo e nazionale. Un'attenzione specifica viene dedicata alla promozione della partecipazione dei giovani nell'elaborazione di politiche e attività di lotta contro l'alcolismo, quale priorità enunciata nella Raccomandazione del Consiglio sul consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani.

Il Programma 2003-2008 ha rappresentato anche un'importante opportunità di finanziamento per progetti riguardanti l'alcol relativi alle azioni previste, fra i quali il Progetto PHEPA, finalizzato alla creazione di linee guida europee per l'identificazione precoce del rischio alcol-correlato, per un conseguente intervento breve e per la definizione di standard e contenuti per la formazione specifica del personale sanitario e dei medici di medicina generale.

In tutte le attività europee l'Italia ha partecipato e fornito i contributi specifici attraverso l'Osservatorio Nazionale Alcol - OssFAD ed il Centro OMS per la ricerca sull'alcol dell'Istituto Superiore di Sanità.

Per una migliore attuazione del Programma 2003-2008 sono stati elaborati specifici piani per la riorganizzazione della citata Direzione Generale Salute e Tutela dei consumatori (DG SANCO) tramite la costituzione di tre unità operative strutturate in funzione delle tre parti del programma di sanità pubblica, fra le quali l'unità “Informazioni sulla salute” e l'unità “Determinanti di salute,” nell'ambito delle quali sono trattati i problemi legati all'alcol e le modalità collegate al sistema di monitoraggio dello stato di salute.

Le azioni finora avviate con il Programma 2003-2008 hanno riguardato soprattutto la raccolta di dati su alcol e stili di vita, finalizzata alla elaborazione di indicatori relativi al consumo, il monitoraggio della pubblicità e delle modalità di marketing dell'alcol e la legislazione esistente; tali attività sono svolte in stretta collaborazione con l'OMS e con gli Stati Membri che già contribuiscono al mantenimento di una base di dati specifici confluenti nell'Alcohol Control Database, attualmente gestito per l'Italia dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Ministero della Salute.

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

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

Sono proseguiti i lavori della Commissione U.E. in merito al provvedimento “Conclusioni del Consiglio su una strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati”, attraverso cui il Consiglio, nel giugno 2001, invitava la Commissione a studiare la possibilità di sostenere una strategia comunitaria globale volta a ridurre il danno alcolcorrelato a completamento delle politiche nazionali.

Sono state esaminate in particolare proposte relative a misure da adottarsi anche in ambiti politici diversi da quelli specificamente sanitari, quali la ricerca, la tassazione, i consumi,

la salvaguardia del consumatore, i trasporti, la pubblicità, il commercio, la sponsorizzazione.

Per quanto riguarda le attività di collaborazione con l'O.M.S., il Ministero della Salute ha partecipato, tramite un proprio *National Counterpart* per il Piano d'Azione Europeo sull'alcol dell'O.M.S., alla definizione dei contenuti di una Risoluzione sui problemi derivanti dall'abuso di alcol da sottoporre all'Assemblea Mondiale dell'OMS, alla predisposizione del *draft* della fase finale del Piano d'Azione per gli anni 2005-2010 e alla valutazione di impatto delle precedenti fasi delle strategie di prevenzione a livello dei 52 Stati Membri della Regione Europea dell'O.M.S..

Il Ministero della Salute ha partecipato inoltre alla promozione delle attività del *Centro di collaborazione dell'O.M.S. per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcolcorrelati*, attivo dal 2000 presso l'Istituto Superiore di Sanità con finalità di impulso e supporto di attività nazionali e internazionali di ricerca, formazione, valutazione e coordinamento ai fini della riduzione dei rischi per la salute legati all'uso e abuso di alcol.

TABELLE

PAGINA BIANCA

Tab.1a - PERSONE DI 14 ANNI E PIU' PER CONSUMO DI VINO, BIRRA, LIQUORI ED ALCOLICI FUORI PASTO ALMENO QUALCHE VOLTA L'ANNO ANNI 2001-2003 (Per 100 persone della stessa età)

ANNI	Consuma vino	Consuma birra	Consuma liquori	Consuma oltre 1/2 litro di vino al giorno	Consuma alcolici fuori pasto
2001	59,6	48,4	26,1	5,3	25
2002	57,4	46,3	24,1	5,3	23,2
2003	55,9	47,2	25,8	4,5	25,8

Tab.1b - PERSONE DI 14 ANNI E PIU' PER CONSUMO DI VINO, BIRRA, ALCOLICI FUORI PASTO ALMENO QUALCHE VOLTA L'ANNO ANNI 1993-2003 (a) (per 100 persone di 14 anni e più)

ANNI	Vino	Birra	Alcolici fuori pasto
1993	58,0	42,6	20,9
1994	57,1	44,5	22,4
1995	57,1	45,2	22,3
1997	58,8	46,8	24,3
1998	56,9	47,2	24,7
1999	56,8	46,7	23,5
2000	57,1	47,5	23,3
2001	59,6	48,4	25,0
2002	57,4	46,3	23,2
2003	55,9	47,2	25,8

(a) nel 1996 le informazioni non sono state rilevate

Tab.1c - PREVALENZA DEI CONSUMATORI (%) DI ALCOLICI FUORI PASTO NELLA CLASSE DI ETA' 14-17 ANNI - ANNI 1993-2003 (a)

	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Maschi	9,8	13,4	12,9	18,4	15,2	18,0	16,8	17,1	18,3	20,7
Femmine	7,1	8,0	6,0	10,8	9,7	12,8	12,2	13,8	11,5	16,2

(a) nel 1996 le informazioni non sono state rilevate

Tab.1d - PERSONE DI 14 ANNI E PIU' PER CONSUMO DI OLTRE 1/2 LITRO DI VINO AL GIORNO PER SESSO (per 100 persone) - ANNI 1993-2003

	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Maschi	14,0	12,1	12,2	10,7	9,7	9,3	9,8	9,3	9,0	8,1
Femmine	2,2	1,9	1,8	1,9	1,5	1,5	2,0	1,5	1,8	1,1

(a) nel 1996 le informazioni non sono state rilevate

Fonte: ISTAT 2005-Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"-Anno 2003

**Tab. 1 e - PERSONE DI 14 ANNI E PIU' PER CONSUMO DI VINO, BIRRA E LIQUORI ALMENO QUALCHE VOLTA L'ANNO PER REGIONE
ANNI 2001-2003 (per 100 persone della stessa regione)**

REGIONI	Consuma vino	Consuma birra	Consuma liquori	Consuma oltre 1/2 litro di vino al giorno	Consuma 1-2 bicchieri di vino al giorno	Consuma alcolici fuori pasto
Piemonte	64,0	60,0	58,5	26,7	23,9	25,4
Valle d'Aosta	66,0	62,9	59,9	49,3	50,2	46,2
Lombardia	60,8	58,8	56,9	46,9	42,9	46,1
Trentino Alto Adige	54,7	59,4	57,2	47,9	50,3	52,5
Bolzano	56,4	64,9	59,2	48,8	54,5	54,0
Trento	53,1	54,2	55,4	47,0	46,4	51,1
Veneto	63,6	63,9	63,7	48,1	49,8	50,2
Friuli Venezia Giulia	60,9	59,2	59,0	54,9	51,7	55,3
Liguria	65,8	62,0	61,3	45,7	44,6	46,0
Emilia Romagna	67,6	64,2	65,0	47,7	45,1	47,4
Toscana	63,8	65,0	62,9	44,4	46,6	46,9
Umbria	61,4	61,2	58,4	42,4	42,6	43,4
Marche	66,4	66,3	62,6	49,1	48,1	47,4
Lazio	57,7	54,2	53,3	51,7	46,0	45,9
Abruzzo	58,7	55,2	56,8	48,5	48,8	47,9
Molise	58,2	53,6	53,5	52,4	45,7	45,3
Campania	55,0	51,8	48,2	49,8	46,1	44,2
Puglia	56,8	56,5	52,5	50,5	50,6	49,2
Basilicata	54,4	54,0	53,4	41,6	44,4	47,4
Calabria	57,6	53,1	52,2	55,5	52,1	53,8
Sicilia	48,6	45,5	44,4	45,1	44,6	46,2
Sardegna	55,4	49,2	49,0	51,5	45,3	47,3
Italia	59,6	57,4	55,9	48,4	46,3	47,2

Fonte: ISTAT - Indagine Multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana-Anni 2001-2002-2003

Tab.1f - PERSONE DI 14 ANNI E PIU' PER CONSUMO DI VINO, BIRRA, LIQUORI, ALCOLICI FUORI PASTO ALMENO QUALCHE VOLTA L'ANNO PER CLASSE DI ETA' E PER SESSO (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età) - ANNI 2001-2003

CLASSI DI ETA'	Consuma vino			Consuma birra			Consuma liquori			Consuma oltre 1/litro di vino al giorno		Consuma alcolici fuori pasto			
	14-17	18-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-59	60-64	65-74	75 e più	Totale	14-17	18-19	20-24	25-34
14-17	23,3	22,7	20,6	40,1	37,9	37,0	13,1	12,6	15,4	0,3	(..)	0,1	17,1	18,3	20,7
18-19	46,4	42,4	43,3	69,9	67,6	66,0	39,8	30,5	41,6	1,3	1,4	0,6	43,4	37,5	44,3
20-24	58,0	50,7	51,0	76,6	74,7	71,7	45,1	41,6	45,5	2,1	1,7	2,0	47,3	43,3	47,1
25-34	70,0	68,0	66,4	76,7	76,1	75,9	50,5	46,4	46,7	4,4	3,6	3,3	46,8	43,9	46,8
35-44	79,1	75,9	76,4	76,6	73,4	75,8	47,5	44,4	45,1	7,6	7,2	6,3	40,6	37,0	41,6
45-54	83,3	81,3	82,8	70,3	69,8	72,4	45,8	44,4	46,5	12,7	12,1	11,2	39,0	36,4	40,1
55-59	83,2	83,8	82,8	59,6	58,5	64,6	44,8	38,3	42,7	14,3	15,1	13,5	38,3	36,2	38,1
60-64	82,7	84,3	82,3	53,3	54,1	56,1	36,3	34,7	35,9	17,6	16,7	16,7	37,0	34,0	35,2
65-74	83,4	81,9	79,9	42,3	40,3	45,3	25,2	24,0	26,2	16,3	15,8	13,8	28,8	26,9	29,7
75 e più	77,4	75,0	76,3	28,1	25,3	29,7	13,7	14,0	15,5	12,1	12,9	10,5	21,6	20,9	19,6
Totale	73,8	71,6	71,2	69,7	62,0	63,9	39,9	37,0	38,9	9,3	9,0	8,1	37,8	35,1	38,0
14-17	15,6	11,9	12,6	57,3	22,4	22,4	8,2	7,4	10,1	0,2	(..)	(..)	13,8	11,5	16,2
18-19	25,7	23,1	19,9	42,6	39,7	34,6	22,2	20,0	22,2	0,2	(..)	0,2	27,5	26,3	28,5
20-24	34,9	29,4	30,5	43,8	41,9	40,4	21,1	20,5	22,1	0,4	(..)	0,3	24,4	26,6	30,0
25-34	41,8	40,7	37,4	47,9	45,1	42,2	16,9	17,5	19,7	0,7	1,2	0,4	18,7	18,5	22,9
35-44	49,9	47,1	43,9	46,9	43,4	44,4	16,7	14,6	16,3	1,2	1,4	0,8	13,8	12,3	14,9
45-54	55,8	53,4	49,0	40,3	38,0	37,9	16,3	13,8	15,2	1,9	2,9	1,4	13,4	12,1	13,5
55-59	54,5	53,1	52,1	30,6	28,9	29,4	13,5	11,3	14,1	2,8	3,1	2,0	11,1	9,3	10,8
60-64	53,7	50,6	48,4	24,3	22,3	25,2	10,8	9,3	9,9	3,3	2,7	1,8	8,9	7,5	8,5
65-74	48,8	49,7	46,4	14,3	14,0	16,6	4,9	5,4	5,8	2,2	2,7	2,3	6,1	5,3	6,6
75 e più	46,1	42,1	40,6	9,7	7,5	7,6	3,4	3,1	3,0	1,7	1,5	1,2	4,8	3,2	3,7
Totale	46,4	44,1	41,6	34,1	31,7	31,7	13,2	12,1	13,5	1,5	1,8	1,1	13,1	12,1	14,3
14-17	19,5	17,6	16,8	33,9	30,5	30,2	10,7	10,2	12,9	0,3	(..)	0,1	15,5	15,1	18,6
18-19	36,2	32,7	31,7	56,4	53,6	50,5	31,1	25,2	32,0	0,8	0,8	0,4	35,5	31,9	36,5
20-24	46,5	40,1	40,6	60,4	58,3	55,8	33,2	31,1	33,6	1,2	1,0	1,1	36,0	35,0	38,4
25-34	56,0	54,5	52,1	62,4	60,8	59,2	33,8	32,1	33,3	2,6	2,4	1,8	32,9	31,3	35,0
35-44	64,6	61,6	60,3	61,9	58,5	60,2	32,3	29,6	30,8	4,5	4,3	3,6	27,3	24,7	28,3
45-54	69,4	67,1	65,6	55,0	53,6	54,9	30,8	28,8	30,6	7,2	7,4	6,2	26,0	24,0	26,6
55-59	68,9	67,9	67,1	45,1	43,2	46,7	29,2	24,3	28,1	8,5	8,9	7,6	24,7	22,3	24,2
60-64	67,7	67,5	65,1	38,3	38,3	40,4	23,1	22,1	22,7	10,2	9,7	9,1	22,5	20,9	21,6
65-74	64,3	64,1	61,5	26,9	25,8	29,5	14,0	13,8	15,0	8,5	8,6	7,5	16,3	15,0	16,9
75 e più	57,6	54,2	53,8	16,5	14,0	15,7	7,2	7,1	7,6	5,5	5,7	4,7	11,0	9,7	9,5
Totale	59,6	57,4	55,9	48,4	46,3	47,2	26,1	24,1	25,8	5,3	5,3	4,5	25,0	23,2	25,8

Fonte: ISTAT -Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"-Anno 2001, 2002, 2003

**Tab.2a - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA
ANNI 1999-2003 (%)**

	1999	2000	2001	2002	2003
Bevande alcoliche	86,5	89,4	87,4	89,0	90,8
Utriacarsi	52,7	55,0	55,2	54,6	56,4

**Tab.2b - APPROVAZIONE E PERCEZIONE DEL RISCHIO NELL'USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI (%)
ANNI 1999-2003**

	1999	2000	2001	2002	2003
Non disapprova bere 1 o 2 bicchieri	75,0	74,0	79,0	76,0	77,0
Non disapprova ubriacarsi 1 volta la settimana	18,0	20,0	23,0	25,0	26,5
Nessun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri quasi ogni giorno	3,0	3,0	4,0	4,0	2,3

Fonte: Progetto ESPAD 2005

Tab.2c - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

CLASSE DI ETÀ	1996	1997	1998	1999	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
<20	0,5	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,7	0,4	0,6	0,7	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	
20-29	8,6	9,4	9,0	9,6	9,5	9,2	10,1	10,3	10,7	6,0	6,7	6,1	7,1	6,0	6,0	6,5	7,9	8,8	8,3	9,1	8,7	8,5	9,1	9,8
30-39	22,1	24,6	22,6	23,6	24,4	24,1	25,2	24,8	23,8	24,0	22,8	23,0	22,7	22,4	23,2	20,4	21,2	22,5	24,4	22,6	23,4	24,0	23,7	24,0
40-49	29,6	28,5	27,9	26,9	26,4	27,3	27,4	28,5	28,1	31,3	31,9	29,8	29,0	30,9	31,0	31,3	29,4	32,6	30,0	29,3	28,4	27,4	27,5	28,8
50-59	25,2	23,2	24,3	24,7	24,3	23,1	23,2	22,9	21,8	25,6	24,2	25,5	25,6	24,3	25,6	26,9	23,8	25,3	23,4	24,6	24,9	23,4	23,7	22,3
>=60	14,1	13,7	15,5	14,5	14,8	15,6	13,6	12,9	13,9	12,5	15,4	14,7	14,1	15,5	13,5	16,8	15,2	13,8	13,4	15,5	14,6	14,6	13,6	13,9
TOTALE	100,1	100,0																						

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

**Tab.3a - MORTALITA' PER "ACCIDENTE STRADALE DA VEICOLO A MOTORE"
ANNI 2000-2002 (valori assoluti e % sul totale dei decessi)**

CLASSI DI ETA'	valori assoluti	%	valori assoluti	%
Fino a 14 anni	157	4,4	161	4,6
15-24 anni	1.535	44,1	1.421	46,2
25-44 anni	2.323	14,6	2.436	16,0
45-54 anni	744	3,5	752	3,8
55-64 anni	696	1,4	612	1,3
65 anni ed oltre	1.807	0,4	1.693	0,4
Totale	7.262	1,3	7.075	1,3

Fonte: Elaborazione CENSIS su dati ISTAT "Cause di morte"- Anni 2000-2002

**Tab.3b - CAUSE DI INCIDENTE STRADALE IMPUTABILI A STATO PSICOFISICO
DERIVANTE DA EBBREZZA DA ALCOL SECONDO IL TIPO DI STRADA
ANNI 2003-2004**

	strade urbane	strade extraurbane	totale	% strade urbane sul totale strade	% su totale cause*
2003	2.614	934	3.548	73,7	1,2
2004	3.032	1.108	4.140	73	1,5

* Totale cause accertate o presunte di incidente stradale

Fonte: Elaborazione Min. Salute su ISTAT-ACI "Statistica degli incidenti stradali"- Anni 2003-2004

**Tab. 4a - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIAGNOSI TOTALMENTE ATTRIBUIBILI
ALL'ALCOOL (cod. ICD 9-CM 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 977.3, 980)
ANNO 2003
(Dimessi per 100.000 abitanti)**

REGIONE DI DIMISSIONE	< = 14 anni			15 - 35 anni			36 - 55 anni			> 55 anni			Totale
	Dimessi	Tassi	Dimessi	Tassi	Dimessi	Tassi	Dimessi	Tassi	Dimessi	Tassi	Dimessi	Tassi	
Piemonte	1,1	1,2	82,9	30,6	369,8	129,3	431,1	93,5					168,2
Valle d'Aosta	0,0	0,0	197,4	77,5	836,1	294,3	1.524,6	264,7					459,8
Lombardia	3,7	2,0	141,9	40,3	399,8	132,7	621,7	115,0					204,6
Prov. Auton. Bojano	19,6	5,1	360,3	126,8	910,7	279,1	1.184,1	295,2					420,9
Prov. Auton. Trento	5,3	2,8	132,1	44,6	637,3	162,3	1.363,4	219,5					349,0
Veneto	1,6	1,3	100,5	37,2	424,8	156,4	811,4	209,8					244,8
Friuli Venezia Giulia	0,0	1,5	60,5	9,7	451,6	154,4	847,4	217,6					264,0
Liguria	8,0	6,1	215,9	96,2	593,1	187,4	494,0	108,8					250,6
Emilia Romagna	0,4	3,4	126,6	49,1	356,0	138,8	442,1	86,2					176,9
Toscana	2,3	0,5	139,0	39,5	292,9	120,9	299,6	61,4					138,9
Umbria	13,2	8,0	104,2	29,7	206,4	73,5	376,9	54,5					125,0
Marche	2,0	0,0	164,0	52,5	472,3	161,1	427,4	81,7					194,7
Lazio	3,0	2,0	122,7	36,5	355,2	85,9	353,4	71,0					143,0
Abruzzo	4,4	5,8	228,8	64,8	628,7	142,0	674,3	109,6					259,6
Molise	4,3	9,1	193,0	50,3	780,8	126,9	710,5	103,8					274,7
Campania	2,6	1,2	69,8	16,2	235,9	48,1	228,5	55,0					82,7
Puglia	3,8	1,6	117,8	19,3	316,5	54,0	280,6	71,6					113,5
Basilicata	2,1	0,0	113,5	23,3	427,5	63,4	434,4	70,2					153,1
Calabria	6,6	0,0	96,9	16,9	371,7	75,9	474,2	69,5					144,8
Sicilia	4,2	1,0	79,7	16,0	280,0	38,3	190,0	37,5					84,5
Sardegna	7,8	4,6	141,3	27,2	515,3	89,0	553,4	91,7					195,2
Italia	3,5	1,9	118,3	33,6	378,0	108,1	469,5	97,7	167,9				

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

**Tab. 4b - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ATTRIBUIBILI ALL'ALCOOL
(cod. ICD 9-CM 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 977.3, 980) SECONDO LA CLASSE DI ETÀ'
DEL DIMESSO - ANNO 2003**

CAUSE DI DMISSIONE (*)	< = 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
291 Sindrome psicotiche indotte da alcool	0,1	12,7	49,2	38,0	100,0
303 Sindrome di dipendenza da alcool	0,1	18,5	53,2	28,2	100,0
305.0 Abuso di alcool	0,9	34,5	46,0	18,6	100,0
357.5 Polineuropatia alcolica	0,0	4,3	44,5	51,2	100,0
425.5 Cardiomiosopatia alcolica	0,0	2,5	37,6	59,9	100,0
535.3 Gastrite alcolica	0,4	8,8	34,1	56,7	100,0
571.0 Steatosi epatica alcolica	0,1	8,0	39,7	52,3	100,0
571.1 Epatite acuta alcolica	0,0	11,1	45,3	43,5	100,0
571.2 Cirrosi epatica alcolica	0,0	1,6	30,6	67,8	100,0
571.3 Danno epatico da alcool, non specificato	0,0	7,4	42,4	50,1	100,0
977.3 Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	0,0	21,4	42,9	35,7	100,0
980 Effetti tossici dell'alcool	16,6	32,6	30,3	20,5	100,0
Totale	0,2	12,2	42,7	44,9	100,0

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

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

**Tab.4c - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ATTRIBUIBILI ALL'ALCOOL
SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNO 2003**

CAUSE DI DMISSIONE (*)	Valore assoluto	Valore percentuale	% diagnosi secondo il tipo di diagnosi	
			Principale	Secondaria
291 Sindrome psicotiche indotte da alcool	4.397	1.116	5.513	79,8%
303 Sindrome di dipendenza da alcool	26.392	7.571	33.963	77,7%
305.0 Abuso di alcool	7.686	2.729	10.415	73,8%
357.5 Polineuropatia alcolica	2.124	500	2.624	80,9%
425.5 Cardiomiopatia alcolica	559	85	644	86,8%
535.3 Gastrite alcolica	633	269	902	70,2%
571.0 Steatosi epatica alcolica	7.699	2.197	9.896	77,8%
571.1 Epatite acuta alcolica	3.755	842	4.597	81,7%
571.2 Cirrosi epatica alcolica	25.812	6.711	32.523	79,4%
571.3 Danno epatico da alcool, non specificato	5.654	1.212	6.866	82,3%
977.3 Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	11	3	14	78,6%
980 Effetti tossici dell'alcool	241	96	337	71,5%
Totale	84.963	23.331	108.294	78,5%
				21,5%
				100,0%

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

**Tab. 4d - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI
OSPEDALIZZAZIONE PER DIAGNOSI TOTALMENTE
ATTRIBUIBILI ALL'ALCOOL (cod. ICD 9-CM 291, 303, 305.0, 357.5,
425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 977.3, 980)
ANNI 2000-2002-2003
(Dimessi per 100.000 abitanti)**

REGIONE DI DIMISSIONE	2000	2002	2003
Piemonte	174,2	178,6	168,2
Valle d'Aosta	398,0	560,5	459,8
Lombardia	215,8	220,1	204,6
Prov. Auton. Bolzano	448,0	426,6	420,9
Prov. Auton. Trento	421,1	357,6	349,0
Veneto	263,9	251,6	244,8
Friuli Venezia Giulia	300,0	283,7	264,0
Liguria	279,2	272,7	250,6
Emilia Romagna	180,2	184,5	176,9
Toscana	143,2	149,8	138,9
Umbria	153,7	119,1	125,0
Marche	200,9	203,6	194,7
Lazio	137,4	146,1	143,0
Abruzzo	243,2	259,4	259,6
Molise	234,2	286,8	274,7
Campania	80,3	93,5	82,7
Puglia	125,4	123,7	113,5
Basilicata	177,2	164,0	153,1
Calabria	145,3	149,8	144,8
Sicilia	72,5	85,7	84,5
Sardegna	161,1	205,2	195,2
Italia	172,2	177,1	167,9

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

**Tab.4e - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI
TOTALMENTE ATTRIBUIBILI ALL'ALCOOL**
*(cod. ICD 9-CM 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3,
977.3, 980) SECONDO LA CLASSE DI ETA' DEL DIMESSO
ANNI 2000-2001-2003*

CAUSE DI DIMISSIONE (*)	< = 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni
2000	0,2	13,8	41,7	44,3
2002	0,3	12,8	42,9	44,1
2003	0,2	12,2	42,7	44,9

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

Tab.4f - DISTRIBUZIONE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ATTRIBUIBILI ALL'ALCOOL
ANNI 2000-2002-2003

CAUSE DI DIMISSIONE (*)	% diagnosi secondo il tipo di diagnosi		
	2000	2001	2002
291 Sindrome psicotiche indotte da alcool	5,4%	5,0%	5,1%
303 Sindrome di dipendenza da alcool	31,8%	32,2%	31,4%
305.0 Abuso di alcool	10,6%	9,1%	9,6%
357.5 Polineuropatia alcoolica	2,4%	2,6%	2,4%
425.5 Cardiomiopatia alcoolica	0,7%	0,7%	0,6%
535.3 Gastrite alcoolica	0,9%	0,8%	0,8%
571.0 Steatosi epatica alcoolica	9,4%	9,5%	9,1%
571.1 Epatite acuta alcoolica	5,5%	4,7%	4,2%
571.2 Cirrosi epatica alcoolica	26,3%	28,3%	30,0%
571.3 Danno epatico da alcool, non specificato	7,0%	6,7%	6,3%
977.3 Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	0,0%	0,0%	0,0%
980 Effetti tossici dell'alcool	0,1%	0,4%	0,3%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

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

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

PARTE SECONDA

3. I servizi alcologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30.3.2001 n. 125.

Anno 2004

3.1. Il personale dei servizi

Al 31.12.2004 sono stati rilevati 441¹ servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza distribuiti in 18 regioni. Di questi servizi il 93,2% sono di tipo territoriale, il 4,1% di tipo ospedaliero, il 2,3% di tipo universitario e lo 0,4% di tipologia non nota (tab.1-2; graf.1). In totale nel 2004 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 3.680 unità di personale: 808 addette esclusivamente (22,0% del totale) e 2.872 addette parzialmente (78,0% del totale) (tabella 3; graf.2).

Nella tabella 4 e nel grafico 3 sono riportate le distribuzioni percentuali, distintamente, dei ruoli professionali addetti esclusivamente ed addetti parzialmente sul personale complessivo (somma di esclusivi e parziali). Si osserva, limitando l'analisi ai profili direttamente coinvolti nel trattamento dell'alcoldipendenza, che la proporzione più alta di addetti esclusivi spetta agli educatori professionali (29,5%), seguiti dagli assistenti sociali (22,4%), dagli psicologi (21,3%) e dagli infermieri professionali (21,1%); viceversa, nel ruolo medico la quota più elevata è rappresentata dagli addetti parziali (79,6%).

I grafici 4-6 mostrano la composizione per tipologia di ruolo per il personale totale e per le due categorie in cui è stato ripartito. Analizzando il dato nazionale, si osservano percentuali più alte di medici, di psicologi e di infermieri professionali nel personale a tempo parziale (rispettivamente, 23,6%, 17,8%, 24,1% rispetto a 21,5%, 17,1%, 22,9% degli esclusivi) e, viceversa, maggiore peso di educatori e di assistenti sociali negli addetti esclusivi (rispettivamente, 11,8% e 16,2% rispetto a 7,9% e 15,8% dei parziali). Infine, il personale amministrativo e di altro tipo rappresenta circa il 10,5% sia nel personale parziale che in quello esclusivo.

La tabella 5 e i grafici 7-9 riportano i trend del numero assoluto di personale (totale, esclusivo e parziale) distinto nelle singole qualifiche professionali. Si osserva, per il personale esclusivo, una diminuzione (in termini assoluti) dal 2002 dei medici e degli psicologi e, dal 2003, degli assistenti sociali e degli infermieri, mentre aumentano gli educatori professionali; viceversa, negli addetti parziali, dal 2000 si ha una tendenza all'aumento per ogni figura professionale.

In termini percentuali (tab.6) si conferma la tendenza, osservata per la prima volta nel 2003, alla diminuzione, sia per il totale delle unità di personale impiegate che per i singoli ruoli professionali direttamente coinvolti nel trattamento dell'alcoldipendenza, della quota degli addetti esclusivi.

La tabella 7 mostra l'andamento temporale della composizione dell'organico complessivo distinto nei 4 ruoli professionali (medici, psicologi, operatori sociosanitari e personale

¹ Per la regione Basilicata sono state raccolte le informazioni previste dai modelli di rilevazione a livello regionale e non di singolo servizio. Pertanto non si ha l'informazione relativa al numero di servizi o gruppi di lavoro rilevati.

amministrativo e di altro tipo): si nota un valore sostanzialmente stabile dal 2001 della quota di psicologi (intorno al 17-18%) e una lieve flessione, nell'ultimo triennio, di medici nel personale totale ed esclusivo a cui corrisponde un aumento di operatori socio-sanitari.

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

Nella tabella 8 sono visualizzate, per ogni singola funzione e con dettaglio regionale, le percentuali di servizi o gruppi di lavoro che hanno dichiarato di aver svolto nel corso del 2004 le funzioni indicate. Come si può osservare, oltre il 90% dei servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi (95,9%), ha definito (93,2%) e/o attuato (95,5%) programmi terapeutico-riabilitativi e ha effettuato interventi di prevenzione (88,7%). Per le funzioni di coordinamento, le percentuali di attivazione più basse sono riferite a quelle che coinvolgono le rilevazioni epidemiologiche (56,2%) e gli interventi di altre strutture o servizi sanitari pubblici (62,1%), le più alte sono attribuibili al coordinamento con il servizio sociale pubblico (88,7%), con i servizi ospedalieri (85,5%) e con il medico di famiglia (83,9%). I piani operativi di formazione del personale e sensibilizzazione hanno coinvolto il 72,6% dei servizi rilevati. Tali percentuali sono molto variabili regionalmente. Analizzando i programmi di trattamento (tab.9; graf.10) si osserva che il 28,9% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,4% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 10,2% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per l'11,8% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,3% degli alcoldipendenti. I trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per l'11,5% degli utenti e sono principalmente consistiti nella terapia individuale (59,1%) e nella terapia di gruppo o familiare (40,9%).

Il ricovero ha riguardato il 7,5% del totale degli utenti rilevati (5,7% 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 (70,2% sul totale dei ricoverati in regime ospedaliero ordinario o in day hospital e 72,2% sul totale dei ricoverati in casa di cura privata convenzionata)(graf.11).

Dall'analisi territoriale emerge nuovamente una situazione di estrema eterogeneità a livello regionale: ad esempio si ricorre al trattamento medico-farmacologico per il 44,1% dei casi in Emilia Romagna e solo nell'11,8% dei casi nel Friuli Venezia Giulia; per il counseling valori elevati si osservano nelle Province autonome di Bolzano e di Trento e in Abruzzo (rispettivamente 38,4%, 40,2% e 38,6%), mentre per la psicoterapia (individuale o di gruppo) nelle Marche (32,0%) e in Campania (21,6%); l'inserimento in gruppi di auto/mutuo aiuto presenta valori superiori alla media nazionale in diverse regioni del nord-centro mentre il trattamento sociorabilitativo è relativamente più frequente in Valle D'Aosta (19,1%) e in Emilia Romagna (18,3%); l'inserimento in comunità semiresidenziali o residenziali è massimo in Valle d'Aosta (9,8%) e minimo in Abruzzo (0,7%). Infine, relativamente al ricorso al ricovero in strutture pubbliche, spiccano la Valle d'Aosta e il Lazio con il 10,8% e l'11,2% dei casi; analogamente, riguardo al ricovero in strutture private convenzionate, le Marche si contraddistinguono per un 10,7% di utenti che

vengono indirizzati a questo tipo di approccio terapeutico.

Nel periodo 1996-2004 (tab.10, graf.12) si delinea complessivamente una tendenziale crescita della percentuale di trattamenti medico-farmacologici ambulatoriali (da 20,6% a 28,9%) e una tendenziale diminuzione della frequenza di pazienti che partecipano a gruppi di auto/mutuo aiuto (da 21,1% a 10,2%); dal 2002 aumentano i soggetti sottoposti a counseling (da 23,0% a 25,4%) e diminuiscono quelli sottoposti a psicoterapia (da 12,5% a 11,5%); inoltre aumentano dal 2000 gli utenti inseriti in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale (da 1,7% a 2,3%) e quelli che usufruiscono di un trattamento di tipo socioriusabilitativo (da 8,1% a 11,8%); infine il ricovero costituisce una possibilità di trattamento in tendenziale disuso (la proporzione di pazienti che vi ricorrono scende dal 10,3% del 1996 al 5,7% del 2004), soprattutto nelle strutture pubbliche.

3.3. La collaborazione dei servizi con gli Enti e le Associazioni del Volontariato, Privato sociale e Privato

Per quanto riguarda la collaborazione con i Gruppi di auto-mutuo aiuto, si osserva (tab.11a) che nel 2004 il 53,1% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 34,0% con gli AA. e l'11,6% 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 36,3% e il 15,2% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 35,6%. Nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli Enti privati (tab.11b), cioè con case di cura convenzionate (16,1%) o private (1,4%). Si ripropone, come per molti altri aspetti del fenomeno in esame, l'assenza di una omogeneità territoriale, qui ancora più accentuata per la presenza di situazioni "estreme" (regioni con scostamenti molto significativi, in una direzione o in quella opposta, rispetto al valore centrale di riferimento)

Nella tabella 12 è riportato il numero medio annuale, per servizio o gruppo di lavoro, di Enti o Associazioni del volontariato e privato sociale (tab.12a) e di Enti privati (tab.12b) che hanno collaborato con i servizi per l'alcoldipendenza. Analizzando il dato nazionale si osserva che mediamente, nel corso del 2004, ogni servizio ha collaborato con circa 8 CAT, 4 AA e 3 comunità e cooperative sociali. Meno frequente, come già visto, la collaborazione con gli Enti privati (valori medi pari a 1,8 e 2,5, rispettivamente, per la case di cura convenzionate e private), mentre permangono in entrambi i casi le differenziazioni a livello regionale.

3.4. Le caratteristiche demografiche dell'utenza

Nel 2004²² sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 53.914

²² 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

soggetti alcoldipendenti (tab.13; graf.13), valore in aumento rispetto all'anno precedente (+5,3%): La graduatoria regionale vede le regioni del nord (ad eccezione della Valle d'Aosta) ai primi posti. In particolare Veneto e Lombardia sono le regioni con il numero assoluto più elevato di utenti (rispettivamente, 11.727 e 8.466), mentre il valore più basso si registra in Valle d'Aosta con 243 utenti. Il 36,7% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il rimanente 63,3% da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente; stratificando per sesso, le percentuali di nuovi utenti risultano pari a 37,6% per i maschi e a 33,8% per le femmine.

Il rapporto M/F è pari a 3,5, considerando il totale degli utenti (gli uomini rappresentano il 77,6% dell'utenza totale), a 3,8 nei nuovi utenti e a 3,3 negli utenti già in carico o rientrati a conferma della maggiore proporzione di maschi tra i nuovi utenti (79,3%) rispetto agli utenti già presi in carico dai servizi (76,6%) (graf.14). A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati): quasi tutte le regioni centrali e tutte le regioni meridionali rilevate presentano valori del rapporto M/F superiori alla media nazionale.

L'analisi per età (tab.14, graf.15) evidenzia che la classe modale è 40-49 anni, sia per l'utenza totale (15.711 soggetti pari al 29,1%) sia per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti (rispettivamente 27,4% e 30,2%). Gli individui di età compresa tra i 30 e i 59 anni rappresentano il 75,4% di tutti gli alcoldipendenti in esame (72,4% nei nuovi utenti e 77,2% negli utenti già in carico), i giovani al di sotto dei 30 anni non superano il 15% (10,4% negli utenti totali, 15,0% nei nuovi utenti e 7,7% nei vecchi utenti), mentre non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre (14,2% negli utenti totali, 12,6% nei nuovi utenti e 15,1% nei vecchi utenti). Come atteso, i nuovi utenti sono dunque più giovani degli utenti già in carico o rientrati: il 59,4% dei primi ha più di 40 anni rispetto al 69,2% dei secondi; il 15,0% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale è del 7,7%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 32,0% per i nuovi utenti e il 39,0% per quelli già in carico.

Analizzando distintamente i due sessi si nota che l'utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 36,1% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 28,3% delle femmine; nella classe modale 40-49 si concentra il 32,6% delle donne (contro il 28,1% del sesso maschile), nella classe successiva (50-59 anni) le percentuali scendono a 23,8% e a 21,8%, rispettivamente, per gli uomini e per le donne; infine la proporzione di utenti con età maggiore o uguale a 60 anni è pari a 13,9% nei maschi e a 15,2% nelle femmine.

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

quindi andrebbero in qualche modo standardizzate rispetto ad un opportuno denominatore.

Nel tempo la tendenza più evidente e più interessante da evidenziare è quella relativa all'aumento della frequenza della classe di età giovanile 20-29 sia nell'utenza totale che e soprattutto nei nuovi utenti per i quali si è passati dal 10,7% del 1998 all'attuale 14,0%; si osserva, inoltre, un aumento della proporzione dei soggetti di 40-49 anni negli utenti totali e negli utenti già in carico o rientrati e, dal 2002, degli ultrasessantenni nell'utenza totale (tab.15; graf.16).

Le caratteristiche fin qui evidenziate sulla distribuzione per età degli utenti vengono sostanzialmente confermate analizzando l'età media (tab.16). Nel 2004 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,0 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (46,3 rispetto a 44,7) a conferma dell'ipotesi della maggiore anzianità dell'utenza alcoldipendente femminile e, come già evidenziato, i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (43,3 vs 46,0), ma entrambi i sottogruppi non si discostano dalla tendenza generale di una maggiore rappresentatività delle età avanzate nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 45,3 vs 42,8 nel sottogruppo dei nuovi utenti e 46,9 vs 45,8 anni nel sottogruppo degli utenti già in carico).

Dalla tabella e dal grafico 17 si osserva che nel 2004, rispetto al 2003, si ha una diminuzione dell'età media in tutte le categorie di soggetti considerate (ad eccezione degli utenti già in carico maschi) soprattutto nei nuovi utenti maschi per i quali la diminuzione dell'età media si osserva dal 2001 (da 44 a 42,8 anni) a conferma del già evidenziato "ringiovanimento" dell'utenza che per la prima volta si rivolge ai Servizi.

3.5. I consumi alcolici dell'utenza

Nel 2004 (tab.18, graf.18) la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (57,7%), seguito dalla birra (22,9%), dai superalcolici (10,9%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (4,5%). La birra risulta prevalentemente consumata dai maschi (23,9% vs 19,1% delle femmine), mentre per il vino, per i superalcolici e per gli aperitivi, amari e digestivi si osservano percentuali più elevate di consumatori di sesso femminile (rispettivamente 59,6%, 11,3% e 5,5% vs 57,2%, 10,8% e 4,2% dei maschi).

La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: per il vino si passa dal 65,6% del Piemonte al 30,5% della Sardegna; il sud sembra caratterizzarsi per un maggior uso oltre che di birra (tutte le regioni, ad eccezione della Campania, presentano valori superiori alla media) anche di superalcolici (il 19,5% e il 22,0% in Campania e Sicilia contro il 10,9% della media nazionale) e di aperitivi/amari/digestivi (tutte le regioni, ad eccezione della Sicilia, presentano valori superiori alla media).

Nel periodo 1996-2004 (tab.19, graf.19) si osserva una tendenza all'aumento del consumo di birra (da 14,1% a 22,9%) ed alla diminuzione del consumo di vino (dal 68,3% al 57,7%) tra gli utenti dei servizi, particolarmente evidente dal 2001; per i superalcolici si osservano valori oscillanti intorno all'11%, mentre per gli aperitivi, amari, digestivi dal 2002 si nota una lieve diminuzione.

Stratificando per sesso risulta che l'aumento del consumo di birra e la riduzione del consumo di vino appaiono più marcati tra gli utenti maschi (rispettivamente +68,3% e

-16,9% contro +41,5% e -10,6% delle femmine nel periodo 1996-2004).

L'uso concomitante di sostanze stupefacenti o psicotrope e l'abuso o l'uso improprio di farmaci (tab.20) riguardano, rispettivamente, il 9,0% (4.837 utenti) e il 5,4% (2.872 utenti) degli individui rilevati. Questi dati risultano molto variabili territorialmente mentre temporalmente, ad un tendenziale aumento nell'uso di stupefacenti (da 5,7% nel 1996 a 9,0% nel 2004), si osserva un andamento tendenzialmente stabile, oscillante intorno al 6%, nell'abuso di farmaci (tab.21).

PAGINA BIANCA

TABELLE E GRAFICI

PAGINA BIANCA

Tab. I - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2004

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

ANNO	1	2	3	4	5	6
1996	256	20	2	2	280	
1997	266	19	4	0	289	
1998	245	16	2	5	268	
1999	320	12	2	10	344	
2000	299	13	3	0	315	
2001	307	14	2	1	324	
2002	398	14	9	2	423	
2003	412	14	10	1	437	
2004	411	18	10	2	441	

XIV LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

166. 3 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2004

Sequenztab. 3

Tab. 4 - UNITÀ DI PERSONALE ADDETTA ALLA ATTIVITÀ 'RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA (%) - ANNO 2004

REGIONE	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942
PIEMONTE	11,1	88,9	20,0	80,0	28,6	71,4	14,2
VALLE D'AOSTA	50,0	-	-	-	-	60,0	40,0
LOMBARDIA	21,3	78,7	23,8	76,2	83,3	16,7	28,2
PROV.AUTON.BOLZANO	14,3	85,7	14,3	85,7	0,0	100,0	20,3
PROV.AUTON.TRENTO	57,1	42,9	-	-	-	-	37,5
VENETO	22,9	77,1	22,2	77,8	13,3	86,7	26,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	87,5	12,5	66,7	33,3	100,0	0,0	85,0
LIGURIA	42,9	57,1	0,0	100,0	-	-	34,9
EMILIA ROMAGNA	20,8	79,2	0,0	100,0	28,6	71,4	18,7
TOSCANA	14,3	85,7	0,0	100,0	25,0	75,0	8,2
UMBRIA	14,3	85,7	-	-	0,0	100,0	7,1
MARCHE	2,4	97,6	0,0	100,0	0,0	100,0	5,5
LAZIO	29,8	70,2	0,0	100,0	69,6	30,4	32,3
ABRUZZO	50,0	50,0	0,0	100,0	100,0	0,0	60,0
MOLISE	<i>n.r.</i>						
CAMPANIA	29,9	70,1	50,0	50,0	21,1	78,9	32,8
PUGLIA	31,4	68,6	20,0	80,0	15,0	85,0	28,3
BASILICATA	46,2	53,8	0,0	100,0	0,0	100,0	27,3
CALABRIA	<i>n.r.</i>						
SICILIA	1,1	98,9	0,0	100,0	0,0	100,0	0,5
SARDEGNA	36,1	63,9	25,0	75,0	12,5	87,5	34,6

Tab.5 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTA ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALL'ALCOL/DIFENDENZA

1) personale totale

ANNO	PERSONALE TOTALE					
1996	525	326	335	161	407	97
1997	422	293	296	153	354	86
1998	475	309	330	163	470	86
1999	611	412	409	213	527	103
2000	560	408	401	226	563	99
2001	644	490	460	237	661	106
2002	817	601	553	264	783	130
2003	866	657	617	299	827	153
2004	852	649	584	322	877	150

2) addetti esclusivamente

ANNO	PERSONALE TOTALE					
1996	94	66	58	45	86	16
1997	74	54	58	41	73	13
1998	111	76	77	46	128	19
1999	131	84	86	62	109	19
2000	126	107	85	72	135	15
2001	145	114	115	72	156	16
2002	217	154	153	77	210	17
2003	199	151	164	88	219	28
2004	174	138	131	95	185	25

3) addetti parzialmente

ANNO	PERSONALE TOTALE					
1996	431	260	277	116	321	81
1997	348	239	238	112	281	73
1998	364	233	253	117	342	67
1999	480	328	323	151	418	84
2000	434	301	316	154	428	84
2001	499	376	345	165	505	90
2002	600	447	400	187	573	113
2003	667	506	453	211	608	125
2004	678	511	453	227	692	125

Tab.6 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEL PERSONALE

1) personale totale

1996	405	19,6	1.659	80,4
1997	337	19,2	1.417	80,8
1998	494	24,8	1.499	75,2
1999	534	21,3	1.969	78,7
2000	574	23,4	1.876	76,6
2001	660	23,6	2.135	76,4
2002	892	26,2	2.509	73,8
2003	927	25,3	2.738	74,7
2004	808	22,0	2.872	78,0

2) medici

1996	94	17,9	431	82,1
1997	74	17,5	348	82,5
1998	111	23,4	364	76,6
1999	131	21,4	480	78,6
2000	126	22,5	434	77,5
2001	145	22,5	499	77,5
2002	217	26,6	600	73,4
2003	199	23,0	667	77,0
2004	174	20,4	678	79,6

3) psicologi

1996	66	20,2	260	79,8
1997	54	18,4	239	81,6
1998	76	24,6	233	75,4
1999	84	20,4	328	79,6
2000	107	26,2	301	73,8
2001	114	23,3	376	76,7
2002	154	25,6	447	74,4
2003	151	23,0	506	77,0
2004	138	21,3	511	78,7

4) operatori sociosanitari

1996	189	20,9	714	79,1
1997	172	21,4	631	78,6
1998	251	26,1	712	73,9
1999	257	22,4	892	77,6
2000	292	24,5	898	75,5
2001	343	25,3	1.015	74,7
2002	440	27,5	1.160	72,5
2003	471	27,0	1.272	73,0
2004	411	23,1	1.372	76,9

5) amministrativi ed altro

ANNI	ADDETTO ESCLUSIVAMENTE		ADDETTO PARZIALMENTE	
	N.	%	N.	%
1996	56	18,1	254	81,9
1997	37	15,7	199	84,3
1998	56	22,8	190	77,2
1999	62	18,7	269	81,3
2000	49	16,8	243	83,2
2001	58	19,1	245	80,9
2002	81	21,1	302	78,9
2003	106	26,6	293	73,4
2004	85	21,5	311	78,5

Tab. 7. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEL PERSONALE PER RUOLO PROFESSIONALE

ANNI	INDIV	PERSONE			INDIV	PERSONE		
		1	2	3		1	2	3
1996	25,4	43,8	15,0	23,2	16,3	46,7	13,8	26,0
1997	24,1	45,8	13,5	22,0	16,0	51,0	11,0	24,6
1998	23,8	48,3	12,3	22,5	15,4	50,8	11,3	24,3
1999	24,4	45,9	13,2	24,5	15,7	48,1	11,6	24,4
2000	22,9	48,6	11,9	22,0	18,6	50,9	8,5	23,1
2001	23,0	48,6	10,8	22,0	17,3	52,0	8,8	23,4
2002	24,0	47,0	11,3	24,3	17,3	49,3	9,1	23,9
2003	23,6	47,6	10,9	21,5	16,3	50,8	11,4	24,4
2004	23,2	48,5	10,8	21,5	17,1	50,9	10,5	23,6

Tab.8 - FUNZIONI PREVISTE DAL MODELLO ORGANIZZATIVO-FUNZIONALE DEL SERVIZIO O GRUPPO DI LAVORO - ANNO 2004

Percentuali di servizi o gruppi di lavoro (sul totale dei rilevati) che hanno svolto le specifiche funzioni							
Regione	Definizione	Attuazione	Interventi di altre strutture/servizi sanitari pubblici	Medico di famiglia	Interventi di altre strutture o servizi privati e del volontariato	Con i servizi ospedalieri (ricovero soggetti in fase acuta)	Rilevazione epidemiologica
PIEMONTE	91,1	100,0	98,2	100,0	50,0	87,5	67,9
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0
LOMBARDIA	83,6	94,5	94,5	47,3	90,9	58,2	90,9
PROV.AUTON.BOLZANO	100,0	100,0	83,3	100,0	83,3	100,0	83,3
PROV.AUTON.TRENTO	100,0	90,9	90,9	100,0	81,8	100,0	100,0
VENETO	97,4	100,0	94,9	100,0	71,8	97,4	100,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	100,0	100,0	80,0	100,0	100,0	100,0
LIGURIA	60,0	60,0	60,0	60,0	40,0	60,0	60,0
EMILIA ROMAGNA	83,3	90,5	88,1	90,5	54,8	88,1	64,3
TOSCANA	94,4	97,2	97,2	100,0	83,3	97,2	86,1
UMBRIA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
MARCHE	93,8	93,8	87,5	87,5	75,0	81,3	75,0
LAZIO	72,7	100,0	86,4	100,0	45,5	72,7	95,5
ABRUZZO	80,0	100,0	100,0	100,0	20,0	40,0	80,0
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	90,3	90,3	87,1	83,9	67,7	64,5	54,8
PUGLIA	73,3	95,6	95,6	97,8	60,0	77,8	62,2
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA	97,9	97,9	93,6	100,0	61,7	68,1	61,7
SARDEGNA	100,0	100,0	93,3	66,7	93,3	73,3	80,0
TOTALE	85,1	98,1	93,3	98,1	66,7	86,7	66,7

Tab.9 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2004

Regione	Anno	Tipologia di programma	individuale	di gruppo o familiare	sintrome di dipendenza da alcool			sintrome di dipendenza da alcool			sintrome di dipendenza da alcool			altre patologie alcool correlate			altre patologie altro		
					altre patologie alcoolcorrelate	altro	dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	altre patologie alcoolcorrelate	altro	altre patologie alcoolcorrelate	altro	altre patologie altro		
PIEMONTE	28,8	6,9	4,1	24,5	11,4	12,0	2,3	3,5	1,9	0,1	3,3	0,4	0,1	0,6					
VALLE D'AOSTA	34,7	13,6	1,7	3,3	7,1	19,1	9,8	10,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
LOMBARDIA	33,1	8,4	5,9	21,5	10,1	11,9	2,5	3,0	0,6	0,0	0,4	0,1	0,2	2,3					
PROV.AUTON.BOLZANO	33,4	3,0	1,2	38,4	6,5	6,2	4,9	2,9	0,1	1,6	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
PROV.AUTON.TRENTO	35,1	0,1	0,1	40,2	12,8	4,3	1,2	2,7	1,2	0,1	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
VENETO	24,4	4,2	5,4	24,5	13,9	12,7	1,6	7,6	1,6	0,0	0,4	0,1	0,2	3,4					
FRIULI VENEZIA GIULIA	11,8	1,6	8,4	30,4	11,6	6,1	1,2	3,3	0,7	2,6	0,2	0,1	3,2	19,1					
LIGURIA	29,8	10,8	2,8	23,2	2,1	16,8	2,7	6,0	1,5	0,0	1,9	0,1	0,0	2,2					
EMILIA ROMAGNA	44,1	5,7	1,9	17,0	5,7	18,3	2,6	0,8	0,3	1,5	0,7	0,2	0,5	0,7					
TOSCANA	36,4	3,3	1,4	24,9	11,2	17,0	2,1	1,1	1,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	1,3				
UMBRIA	38,8	8,0	2,9	25,5	12,6	5,8	1,9	2,2	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
MARCHE	12,4	20,6	11,4	20,2	10,1	6,3	2,9	3,8	0,7	0,0	9,0	1,7	0,0	1,1					
LAZIO	23,1	12,6	2,3	26,7	12,2	6,1	2,5	7,3	3,5	0,4	2,3	0,8	0,0	0,1					
ABRUZZO	25,7	4,5	0,9	38,6	13,9	9,1	0,7	3,5	1,7	0,2	0,8	0,3	0,0	0,0					
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
CAMPANIA	29,9	17,1	4,5	24,2	3,3	10,6	1,9	2,6	3,6	0,0	1,4	0,7	0,0	0,1					
PUGLIA	22,0	12,3	8,4	28,6	1,7	16,1	4,1	3,1	2,7	0,2	0,6	0,1	0,1	0,0					
BASILICATA	34,7	10,4	6,3	22,8	2,2	14,6	5,2	1,6	1,2	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0					
CALABRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					
SICILIA	29,1	9,9	3,5	26,3	5,3	17,3	2,9	1,9	1,7	0,0	1,3	0,2	-	0,6					
SARDEGNA	32,6	9,7	10,2	26,1	9,1	5,8	3,0	1,0	1,9	-	0,1	0,3	-	-					

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

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Medico farmacologico ambulatoriale	20,6	22,2	24,5	25,4	28,4	28,3	30,3	28,5	28,9
Psicoteraputico	5,6	5,8	7,8	6,1	6,0	6,0	6,9	7,3	6,8
individuale									
di gruppo o familiare	6,8	6,8	7,0	4,6	4,5	4,9	5,6	4,5	4,7
Counseling all'utente o alla famiglia	24,3	22,9	24,8	24,9	25,6	24,3	23,0	24,4	25,4
Inserimento nei gruppi di auto/mutuo aiuto	21,1	17,7	12,6	13,3	12,2	11,8	10,4	11,4	10,2
Trattamento socio-riabilitativo	7,3	9,6	10,6	8,1	9,6	11,3	12,5	12,7	11,8
Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.	1,6	1,2	1,1	6,2	1,7	1,9	2,0	2,3	2,3
Ricovero ospedaliero o day hospital per:									
sindrome di dipendenza da alcool	5,3	6,5	5,5	4,5	4,8	4,1	3,6	3,4	4,0
altre patologie alcoolcorrelate	3,4	3,3	2,1	1,7	1,8	1,8	1,5	1,5	1,3
altro	0,7	1,1	0,9	0,6	0,3	0,5	0,4	0,5	0,4
Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:									
sindrome di dipendenza da alcool	0,6	1,1	1,0	0,8	1,4	1,2	1,3	1,3	1,3
altre patologie alcoolcorrelate	0,2	0,3	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2
altro	0,1	0,1	0,3	0,4	0,5	0,4	0,2	0,3	0,3
Altro	2,4	1,7	1,7	3,3	2,8	3,2	2,0	1,6	2,5

Tab.11 - PERCENTUALI* DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO CHE HANNO SVOLTO ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE CON IL VOLONTARIATO, PRIVATO SOCIALE O PRIVATO - ANNO 2004

a) Enti o associazioni del volontariato e privato sociale

REGIONE	CAT	AA	Altro	1	2	3	4	5	6	7	8
PIEMONTE	80,4	37,5	16,1	41,1	-	21,4	-	60,7	-	5,4	-
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	16,4	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PROV.AUTON.BOLZANO	16,7	50,0	66,7	33,3	16,7	-	-	50,0	-	-	-
PROV.AUTON.TRENTO	100,0	45,6	-	36,4	27,3	-	-	72,7	-	-	-
VENETO	87,2	76,9	17,9	53,8	17,9	-	-	66,7	-	10,3	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	100,0	-	20,0	-	-	-	80,0	-	-	-
LIGURIA	40,0	40,0	-	40,0	-	-	-	40,0	-	20,0	-
EMILIA ROMAGNA	69,0	57,1	23,8	21,4	14,3	-	-	42,9	-	4,8	-
TOSCANA	83,3	44,4	13,9	55,6	25,0	-	-	47,2	-	11,1	-
UMBRIA	75,0	50,6	25,0	100,0	50,0	-	-	50,0	-	-	-
MARCHE	50,0	50,0	6,3	62,5	25,0	-	-	37,5	-	-	-
LAZIO	36,4	45,5	4,5	54,5	18,2	-	-	31,8	-	4,5	-
ABRUZZO	80,0	20,0	40,0	80,0	40,0	-	-	40,0	-	-	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	16,1	19,4	9,7	16,1	12,9	-	-	9,7	-	3,2	-
PUGLIA	28,9	8,9	6,7	48,9	11,1	-	-	17,8	-	-	-
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA	38,3	12,8	4,3	36,2	12,8	-	-	25,5	-	-	-
SARDEGNA	53,3	33,3	13,3	26,7	13,3	-	-	33,3	-	6,7	-
ITALIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

b) Enti privati

REGIONE	1	2	3	4	5	6	7	8
PIEMONTE	35,7	-	1,8	-	-	-	-	-
VALLE D'AOSTA	-	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	-	-	-	-	-	-	-	-
PROV.AUTON.BOLZANO	33,3	-	-	-	-	-	-	-
PROV.AUTON.TRENTO	9,1	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	10,3	-	-	2,6	-	-	-	-
FRIULI VENEZIA GIULIA	-	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	20,0	-	-	-	-	-	-	-
EMILIA ROMAGNA	21,4	-	4,8	4,8	-	-	-	-
TOSCANA	8,3	-	-	-	-	-	-	-
UMBRIA	25	-	-	-	-	-	-	-
MARCHE	37,5	-	6,3	-	-	-	-	-
LAZIO	22,7	-	4,5	-	-	-	-	-
ABRUZZO	40,0	-	-	-	-	-	-	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	16,1	-	-	-	-	-	-	-
PUGLIA	2,2	-	2,2	-	-	-	-	-
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	-	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA	21,3	-	-	-	-	-	-	-
SARDEGNA	6,7	-	-	-	-	-	-	-
ITALIA	-	-	-	-	-	-	-	-

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

**Tab.12 - NUMERO MEDIO* DI ENTI O ASSOCIAZIONI DEL VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE (a) E DI ENTI PRIVATI (b)
CHE HANNO COLLABORATO CON I SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO - ANNO 2004**

a) Enti o associazioni del volontariato e privato sociale

REGIONE	CAT	AA	Alto		3,0	3,0	6,7
			1,3	2,3			
PIEMONTE	4,0	1,2	1,3	2,3	3,0	3,0	6,7
VALLE D'AOSTA	6,0	7,0	1,0	-	-	-	-
LOMBARDIA	1,7	1,0	-	-	-	-	-
PROV.AUTON.BOLZANO	15,0	4,0	6,8	3,5	5,0	1,3	-
PROV.AUTON.TRENTO	16,3	1,8	-	1	3	1,9	-
VENETO	18,5	4,9	2,3	3,2	2,1	3,3	2,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	55,4	5,6	-	1,0	-	2,8	-
LIGURIA	3,0	1,5	-	1,5	-	1,5	2,0
EMILIA ROMAGNA	3,2	1,5	1,6	2,4	1,7	2,1	1,5
TOSCANA	7,8	4,1	6,2	2,0	1,9	2,9	1,5
UMBRIA	6,3	1,5	3,0	1,8	1,5	3,5	-
MARCHE	2,1	30,4	1,0	2,1	1,5	1,7	-
LAZIO	5,1	1,4	3,0	3,0	1,5	3,1	1,0
ABRUZZO	3,8	3,0	1,0	4,8	3,0	1,5	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	1,6	1,0	1,3	1,8	2,5	1,0	2,0
PUGLIA	3,1	4,5	9,7	3,6	2,0	3,3	-
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA	1,7	1,2	1,0	1,8	1,7	1,3	-
SARDEGNA	6,6	1,4	1,5	1,5	1,5	1,0	6,0
ITALIA	10,1	3,3	3,0	3,0	3,0	3,0	6,7

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

b) Enti privati

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

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

XIV LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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

Segue Tabella

UTENTI GIURATI IN CARICO O MIGRANTI											
Regione	Provincia	Mittente	Ufficio								
AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO
1.316	363	1.679	3.6	1.074	313	1.407	3.2	20	13	33	1.5
Piemonte											
1.11	5	16	2.2	18	3	21	6.0	20	13	33	1.5
VALLE D'AOSTA											
1.186	400	1.586	3.0	2.02	799	3.101	2.9	2.535	814	3.162	2.9
LIGURIA											
1.186	168	766	3.6	222	36	258	6.2	925	201	1.218	3.2
PROV. AUTON. BOLOGNA											
774	207	981	3.7	-	1.068	191	1.262	5.5	1.067	144	1.211
PROV. AUTON. TRIVENETO											
2.513	870	3.383	2.9	3.013	1.030	4.043	2.9	2.791	942	3.753	3.0
FRUULI VENEZIA GIULIA											
640	201	841	3.2	582	215	797	2.7	693	208	901	3.3
LIGURIA											
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EMILIA ROMAGNA											
692	210	902	3.1	791	246	1.037	3.1	1.018	326	1.344	3.1
TOSCANA											
637	235	882	2.8	715	388	1.003	2.5	1.095	383	1.476	2.9
UMBRIA											
207	54	261	3.8	272	57	329	4.8	363	78	43	4.5
MARCHE											
158	33	191	4.8	316	72	378	4.3	255	51	306	5.0
LAZIO											
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ABRUZZO											
456	101	557	4.5	64	25	89	2.6	36	12	48	3.0
MOLISE											
56	8	64	7.0	72	8	80	9.0	112	39	142	3.7
CAMPANIA											
20	6	28	2.5	4	6	185	24	205	71	75	2
PUGLIA											
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BASILICATA											
9	2	11	4.5	308	47	355	6.6	941	24	118	3.9
CALABRIA											
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA											
446	91	527	5.5	62	12	74	5.2	362	63	425	5.7
SARDEGNA											
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ITALIA											
3.029	1.246	12.473	3.3	1.217	3.3	1.217	3.3	1.217	3.3	1.217	3.3

UTENTI GIURATI IN CARICO O MIGRANTI											
Regione	Provincia	Mittente	Ufficio								
AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO	AVELLINO
1.316	363	1.679	3.6	1.074	313	1.407	3.2	20	13	33	1.5
Piemonte											
1.11	5	16	2.2	18	3	21	6.0	20	13	33	1.5
VALLE D'AOSTA											
1.186	400	1.586	3.0	2.02	799	3.101	2.9	2.535	814	3.162	2.9
LIGURIA											
1.186	168	766	3.6	222	36	258	6.2	925	201	1.218	3.2
PROV. AUTON. BOLOGNA											
774	207	981	3.7	-	1.068	191	1.262	5.5	1.067	144	1.211
PROV. AUTON. TRIVENETO											
2.513	870	3.383	2.9	3.013	1.030	4.043	2.9	2.791	942	3.753	3.0
FRUULI VENEZIA GIULIA											
640	201	841	3.2	582	215	797	2.7	693	208	901	3.3
LIGURIA											
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EMILIA ROMAGNA											
692	210	902	3.1	791	246	1.037	3.1	1.018	326	1.344	3.1
TOSCANA											
637	235	882	2.8	715	388	1.003	2.5	1.095	383	1.476	2.9
UMBRIA											
207	54	261	3.8	272	57	329	4.8	363	78	43	4.5
MARCHE											
158	33	191	4.8	316	72	378	4.3	255	51	306	5.0
LAZIO											
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ABRUZZO											
456	101	557	4.5	64	25	89	2.6	36	12	48	3.0
MOLISE											
56	8	64	7.0	72	8	80	9.0	112	39	142	3.7
CAMPANIA											
20	6	28	2.5	4	6	185	24	205	71	75	2
PUGLIA											
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BASILICATA											
9	2	11	4.5	308	47	355	6.6	941	24	118	3.9
CALABRIA											
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA											
446	91	527	5.5	62	12	74	5.2	362	63	425	5.7
SARDEGNA											
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ITALIA											
3.029	1.246	12.473	3.3	1.217	3.3	1.217	3.3	1.217	3.3	1.217	3.3

XIV LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tab.14 - DISTRIBUZIONE PER ETÀ' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2004

ETÀ	UTENTI	PERCENTUALE	UTENTI	PERCENTUALE	UTENTI	PERCENTUALE	UTENTI	PERCENTUALE	UTENTI	PERCENTUALE
<20	158	1,0	43	1,1	201	1,0	92	0,4	31	0,4
20-29	2.424	15,4	355	8,7	2.779	14,0	2.068	7,9	436	5,5
30-39	4.153	26,4	913	22,3	5.066	25,6	6.220	23,8	1.646	20,6
40-49	4.101	26,1	1.315	32,2	5.416	27,4	7.669	29,4	2.626	32,8
50-59	2.970	18,9	868	21,2	3.838	19,4	6.155	23,6	2.014	25,2
>=60	1.905	12,1	595	14,6	2.500	12,6	3.914	15,0	1.243	15,5
TOTALE	11.711	100	3.000	100	3.000	100	3.000	100	3.000	100

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

Totali utenti

Nuovi utenti

DEVIATION	1000		10000		100000		1000000		10000000		100000000	
	1000	10000	100000	1000000	10000000	100000000	1000000000	10000000000	100000000000	1000000000000	10000000000000	100000000000000
<20	0.8	0.9	1.2	1.1	1.1	0.8	1.1	1.0	0.8	0.9	1.1	1.1
20-29	11.0	11.7	11.6	12.8	12.7	13.5	14.5	15.4	7.1	8.4	7.8	8.2
30-39	23.1	25.5	24.2	25.5	26.0	26.3	26.4	24.8	25.0	23.5	23.9	22.8
40-49	28.9	26.6	26.2	24.7	24.4	25.6	26.6	26.1	31.1	31.2	28.8	28.9
50-59	22.8	22.1	22.0	23.1	23.4	20.4	21.1	19.4	18.9	24.0	22.7	24.0
>=60	13.4	13.1	14.9	12.7	12.1	14.4	11.5	12.1	12.2	11.7	15.3	14.5

ארכיאולוגיה

TESTS		1000		100		10		1	
alpha	beta	1000	100	1000	100	1000	100	1000	100
<20	0.2	0.5	0.3	0.3	0.3	0.4	0.3	0.4	0.2
		0.2	0.5	0.3	0.3	0.4	0.3	0.4	0.2
20-29	6.9	7.6	7.0	7.2	7.3	6.8	7.6	7.7	5.1
		6.9	7.6	7.0	7.2	7.3	6.8	7.6	5.1
30-39	21.5	23.8	21.3	22.1	23.1	22.8	24.3	23.8	23.1
		21.5	23.8	21.3	22.1	23.1	22.8	24.3	23.1
40-49	30.0	30.0	29.3	28.7	27.8	28.6	28.0	29.8	31.4
		30.0	30.0	29.3	28.7	27.8	28.6	28.0	31.4
50-59	26.9	24.0	26.2	25.9	25.0	25.1	24.7	25.1	23.6
		26.9	24.0	26.2	25.9	25.0	25.1	24.7	25.1
>=60	14.5	14.1	15.9	15.9	16.7	16.5	15.0	13.4	13.1
		14.5	14.1	15.9	15.9	16.7	16.5	15.0	13.4

TOP 16 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2004

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

Tab. 17 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI

ANNO	NUOVI UTENTI		GIA' IN CARICO	
	U	Y	U	Y
1996	44,7	45,2	46,5	46,4
1997	44,2	44,7	45,7	46,1
1998	44,6	45,9	46,7	47,0
1999	43,8	45,3	46,2	46,3
2000	43,8	45,4	46,5	46,7
2001	44,0	45,4	46,6	47,0
2002	43,3	45,2	45,9	46,8
2003	43,0	45,9	45,7	47,9
2004	42,8	45,3	45,8	46,9

Tab. 18 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%) - ANNO 2004

Regione	Stato	Misura	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1060	1061	1062	1063	1064	1065	1066	1067	1068	1069	1070	1071	1072	1073	1074	1075	1076	1077	1078	1079	1080	1081	1082	1083	1084	1085	1086	1087	1088	1089	1090	1091	1092	1093	1094	1095	1096	1097	1098	1099	1100	1101	1102	1103	1104	1105	1106	1107	1108	1109	1110	1111	1112	1113	1114	1115	1116	1117	1118	1119	1120	1121	1122	1123	1124	1125	1126	1127	1128	1129	1130	1131	1132	1133	1134	1135	1136	1137	1138	1139	1140	1141	1142	1143	1144	1145	1146	1147	1148	1149	1150	1151	1152	1153	1154	1155	1156	1157	1158	1159	1160	1161	1162	1163	1164	1165	1166	1167	1168	1169	1170	1171	1172	1173	1174	1175	1176	1177	1178	1179	1180	1181	1182	1183	1184	1185	1186	1187	1188	1189	1190	1191	1192	1193	1194	1195	1196	1197	1198	1199	1200	1201	1202	1203	1204	1205	1206	1207	1208	1209	1210	1211	1212	1213	1214	1215	1216	1217	1218	1219	1220	1221	1222	1223	1224	1225	1226	1227	1228	1229	1230	1231	1232	1233	1234	1235	1236	1237	1238	1239	1240	1241	1242	1243	1244	1245	1246	1247	1248	1249	1250	1251	1252	1253	1254	1255	1256	1257	1258	1259	1260	1261	1262	1263	1264	1265	1266	1267	1268	1269	1270	1271	1272	1273	1274	1275	1276	1277	1278	1279	1280	1281	1282	1283	1284	1285	1286	1287	1288	1289	1290	1291	1292	1293	1294	1295	1296	1297	1298	1299	1300	1301	1302	1303	1304	1305	1306	1307	1308	1309	1310	1311	1312	1313	1314	1315	1316	1317	1318	1319	1320	1321	1322	1323	1324	1325	1326	1327	1328	1329	1330	1331	1332	1333	1334	13

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

ANNO	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
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
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
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
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
2001	10,6	9,9	10,4	3,9	6,1	4,4	62,6	62,6	62,6	19,7	17,0	19,1
2002	12,0	11,4	11,9	4,8	5,9	5,0	59,6	60,5	59,8	21,1	18,1	20,4
2003	12,6	11,7	12,4	4,6	5,4	4,8	57,5	59,3	57,9	21,9	18,5	21,2
2004	10,8	11,3	10,9	4,2	5,5	4,5	57,2	59,6	57,7	23,9	19,1	22,9

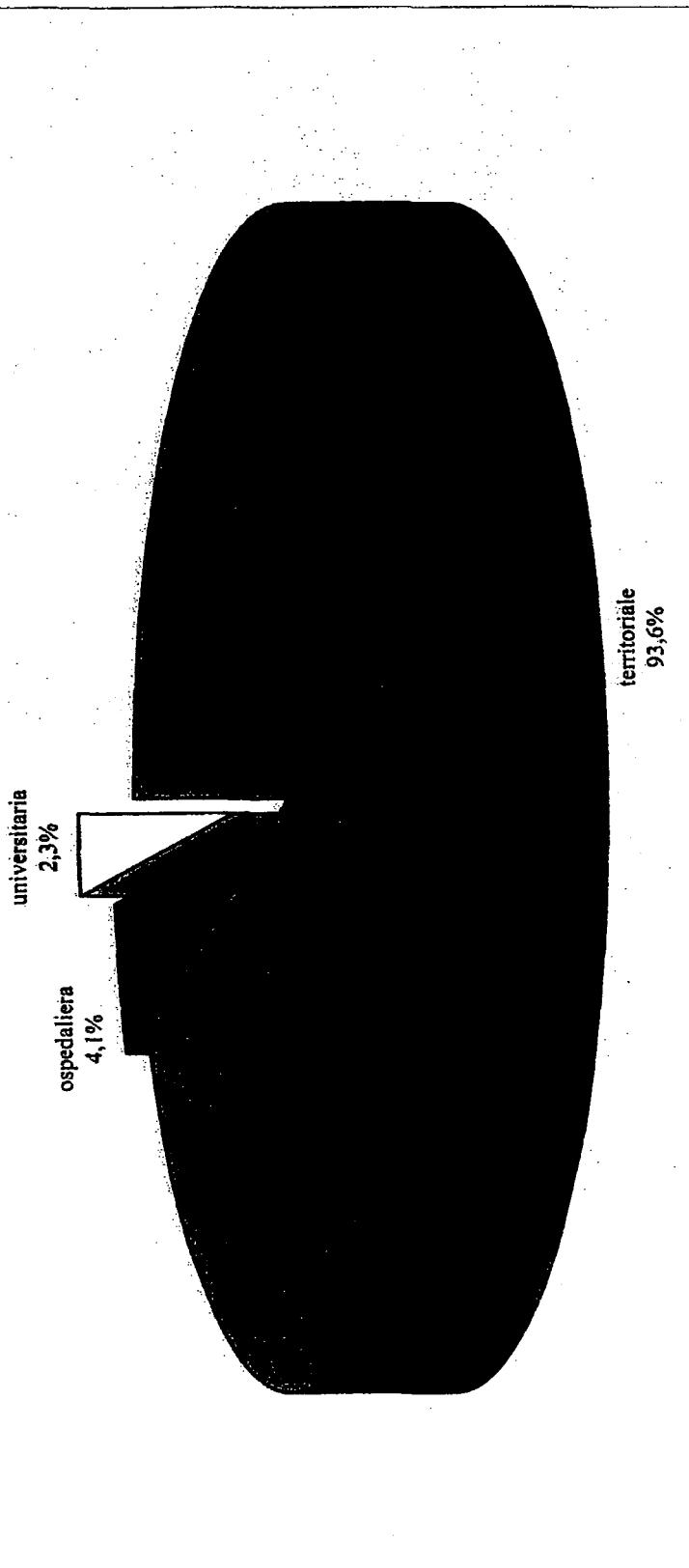
Tab.20 - USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE E DI FARMACI - ANNO 2004

REGIONE	UTENTI DI SOSTANZE STUPEFACENTI		UTENTI DI PSICOTROPI E DI FARMACI	
	Numero di utenti	Percentuale sul totale utenti	Numero di utenti	Percentuale sul totale utenti
PIEMONTE	282	6,0	355	7,5
VALLE D'AOSTA	4	1,6	36	14,8
LOMBARDIA	1436	17,0	475	5,6
PROV. AUTON. BOLZANO	27	1,3	32	1,5
PROV. AUTON. TRENTO	33	1,3	92	3,6
VENETO	659	5,6	494	4,2
FRIULI VENEZIA GIULIA	70	2,4	144	4,9
LIGURIA	82	3,2	39	1,5
EMILIA ROMAGNA	381	8,1	271	5,8
TOSCANA	382	11,4	165	4,9
UMBRIA	47	6,0	37	4,7
MARCHE	227	16,3	76	5,5
LAZIO	251	20,2	162	13,0
ABRUZZO	101	10,5	73	7,6
MOLISE	-	-	-	-
CAMPANIA	183	15,8	115	10,0
PUGLIA	327	25,3	117	9,0
BASILICATA	-	-	-	-
CALABRIA	-	-	-	-
SICILIA	239	13,2	100	5,5
SARDEGNA	106	6,8	89	5,7
TOTALE	3000	100	1000	100

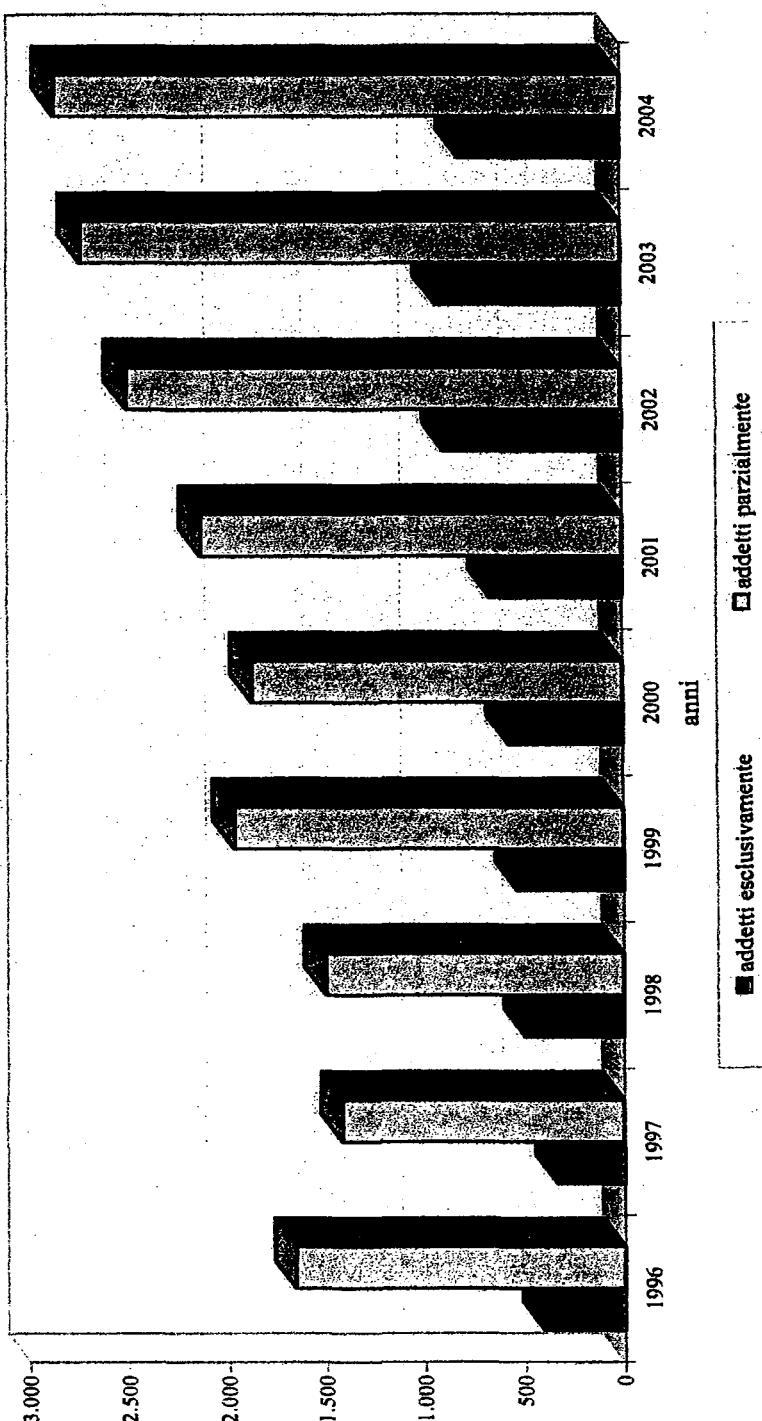
**Tab. 21 - USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI
E PSICOTROPE**

ANNO	%	
	Uso concomitante di sostanze stupefacenti e psicotrope	Abuso o uso improprio di farmaci
1996	5,7	6,3
1997	6,8	7,5
1998	5,9	7,2
1999	7,0	6,7
2000	7,3	6,6
2001	7,6	5,7
2002	8,9	6,6
2003	9,1	5,8
2004	9,0	5,4

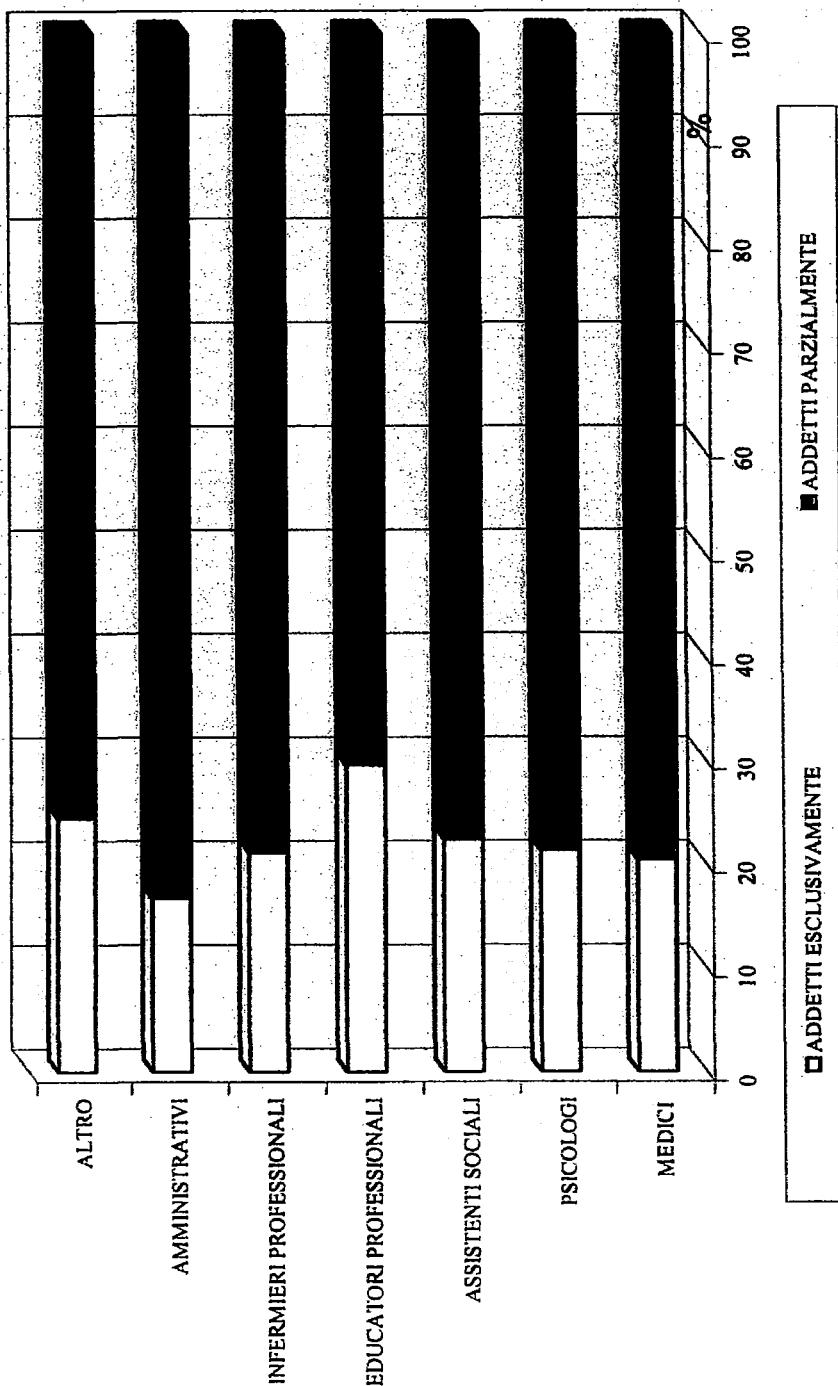
*Graf.1 - TIPOLOGIA DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI
ANNO 2004*



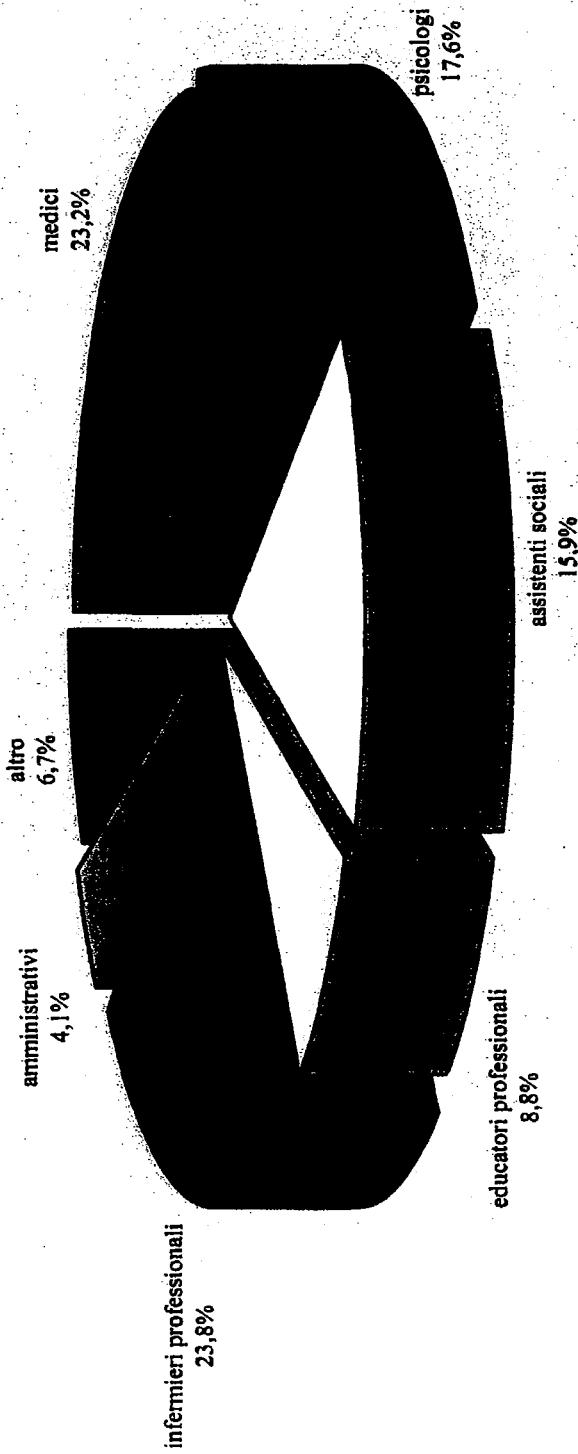
**Graf. 2 - PERSONALE ADDETTO ALLE ATTIVITA' RELATIVE
ALLA ALCOOLDIPENDENZA**



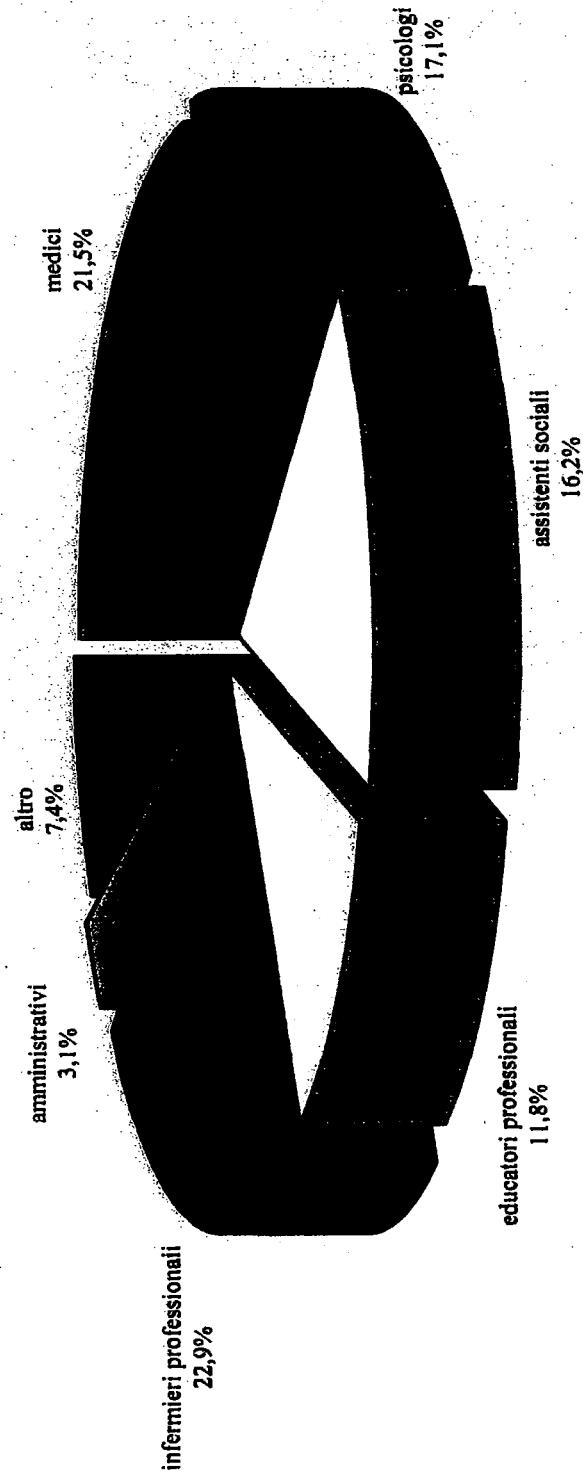
**Graf.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE PER TIPO DI RAPPORTO
(ESCLUSIVO O PARZIALE) - ANNO 2004**



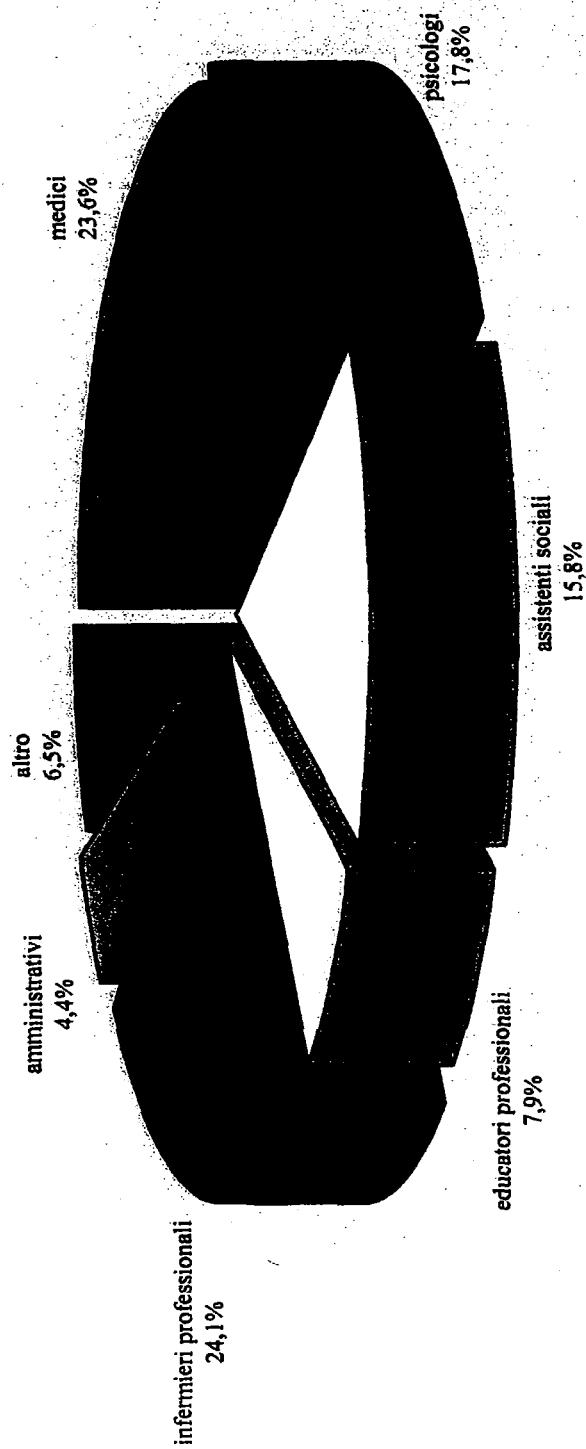
**Graf.4 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE (TOTALE) PER QUALIFICA
ANNO 2004**

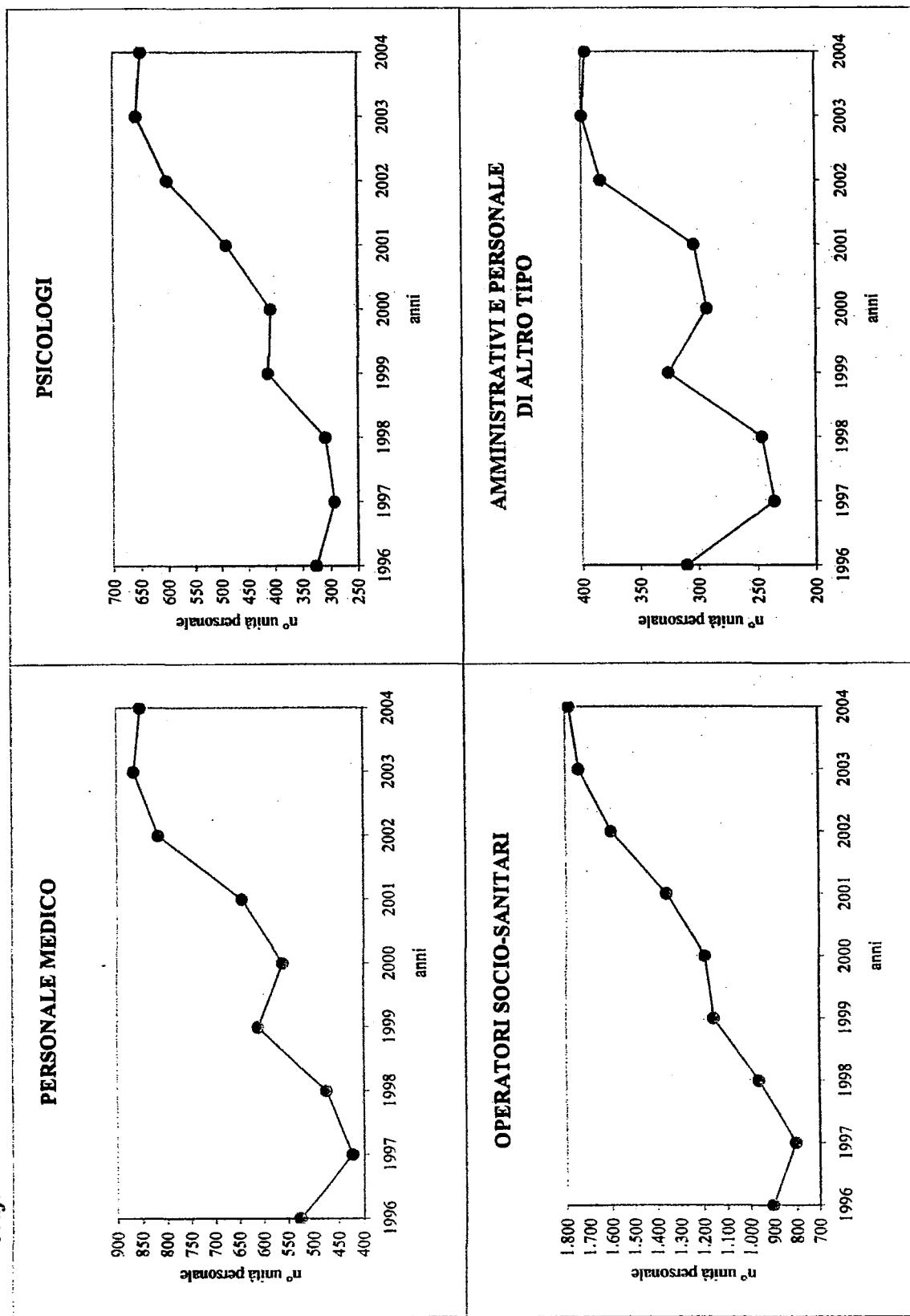


**Graf.5 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO
ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2004**

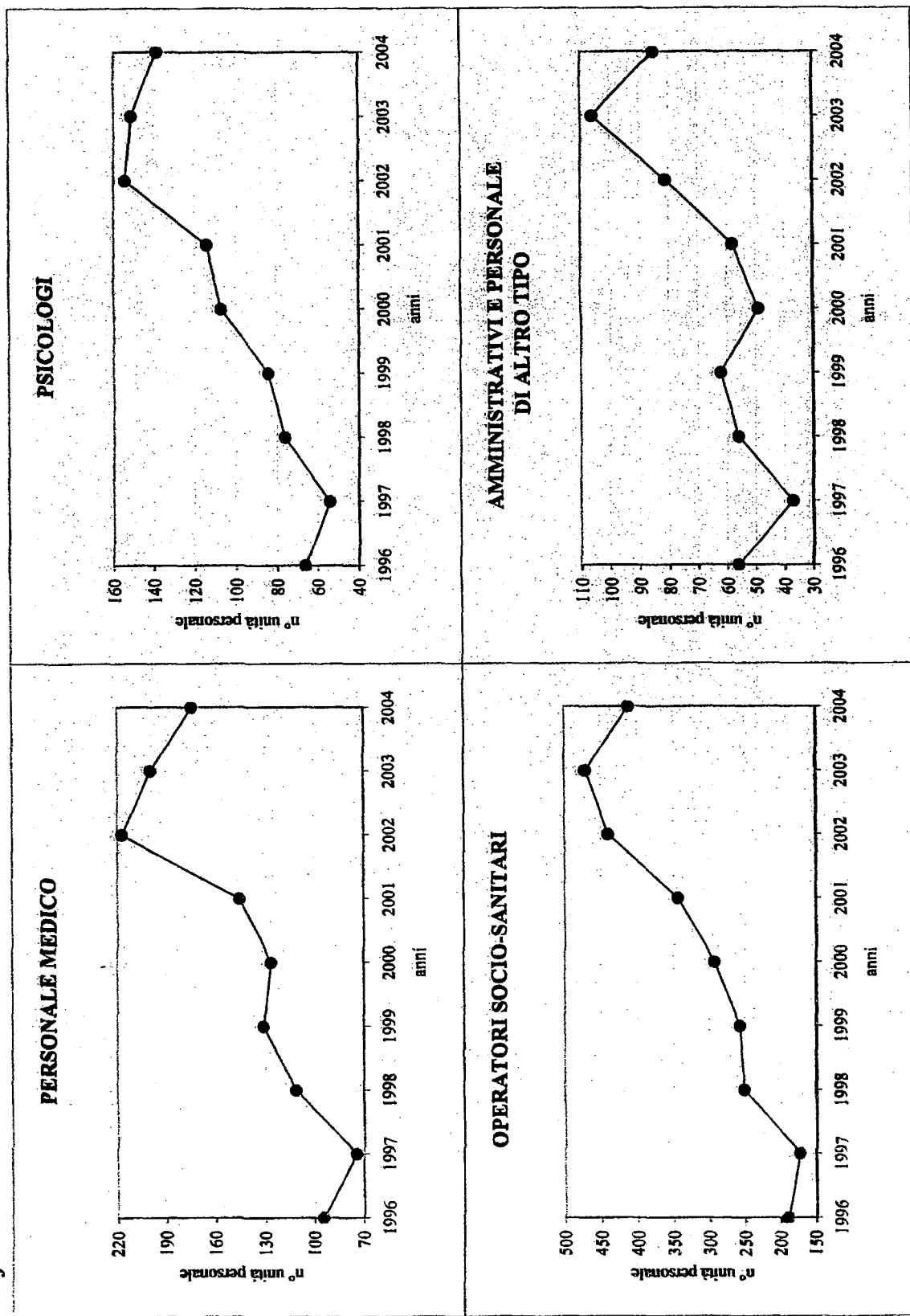


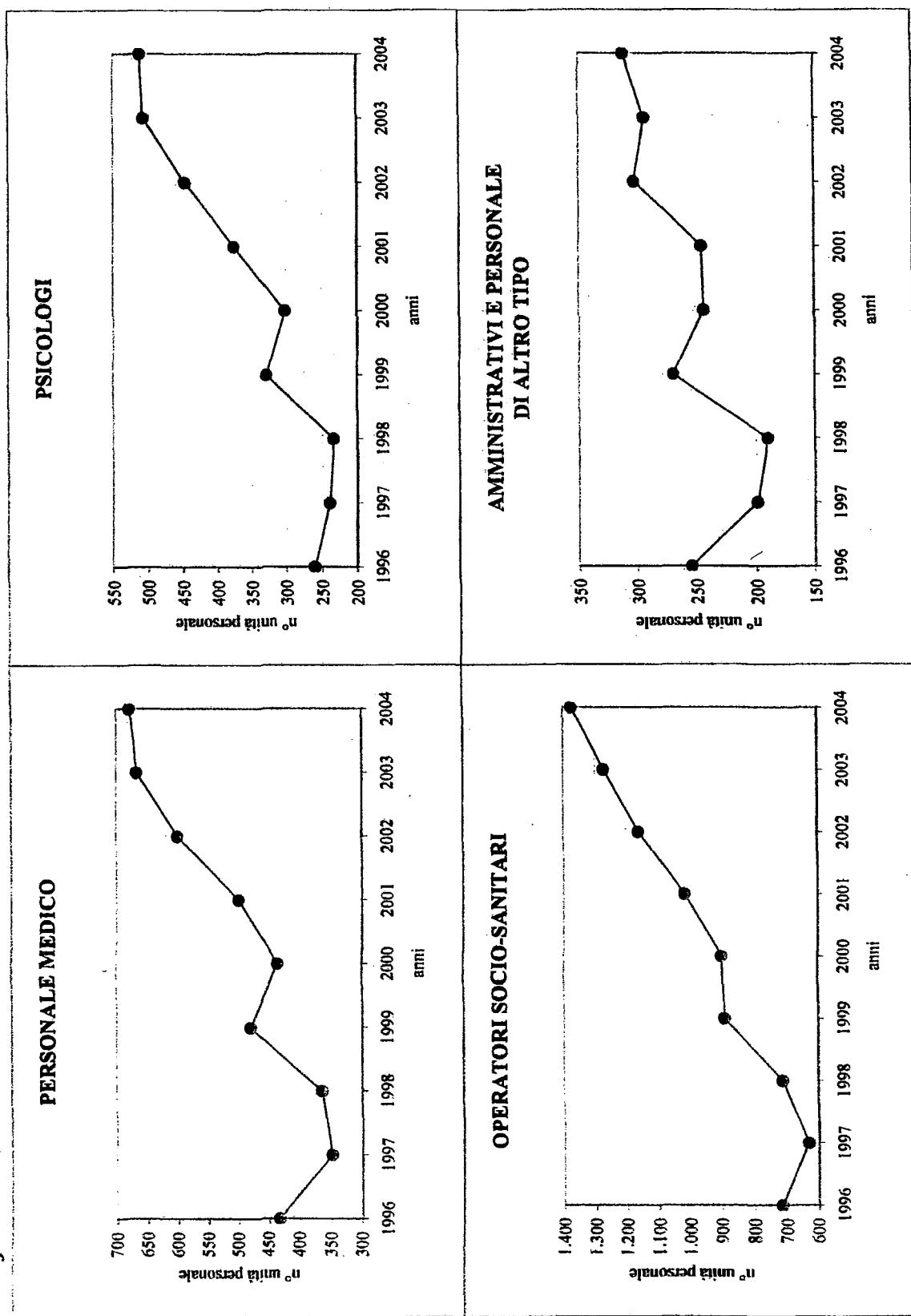
**Graf. 6 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO
PARZIALMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2004**



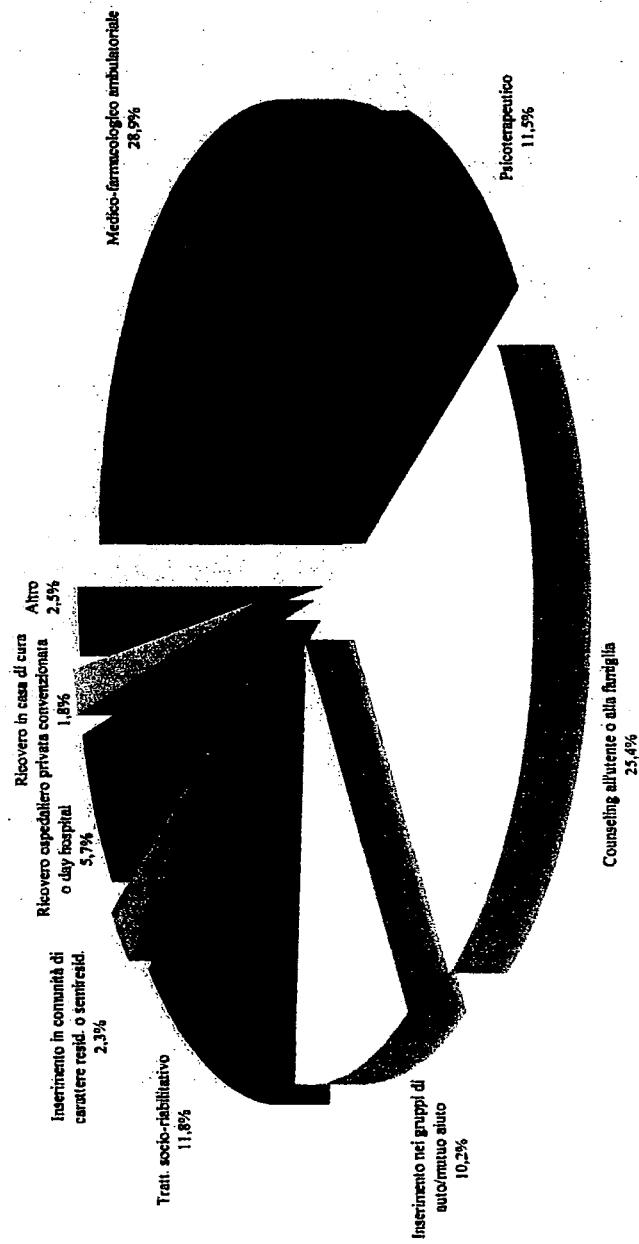
Graf. 7 - PERSONALE TOTALE ADDETTO ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOOLDIPENDENZA

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



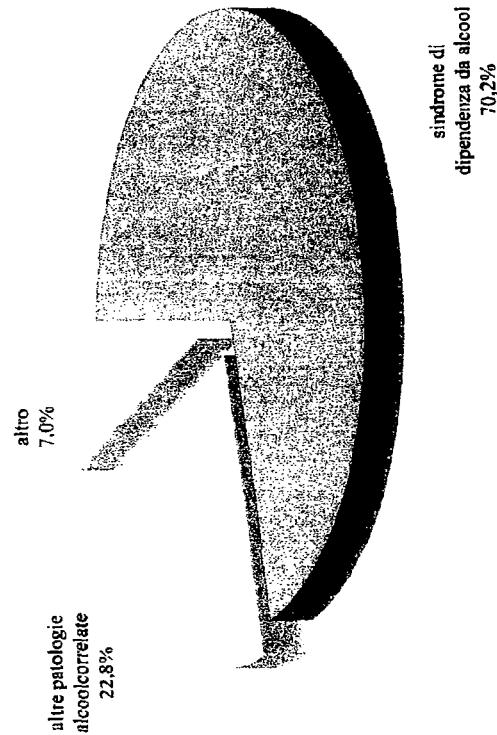
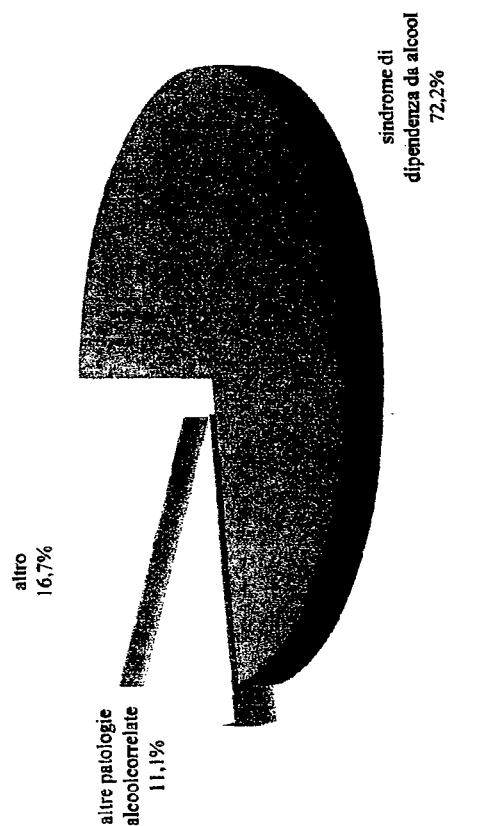
Graf.9 - PERSONALE ADDETTO PARZIALMENTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOOLDIPENDENZA

**Graf.10 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO
PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (*)
ANNO 2004**

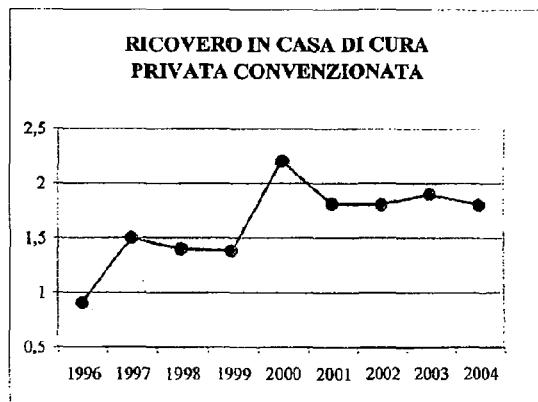
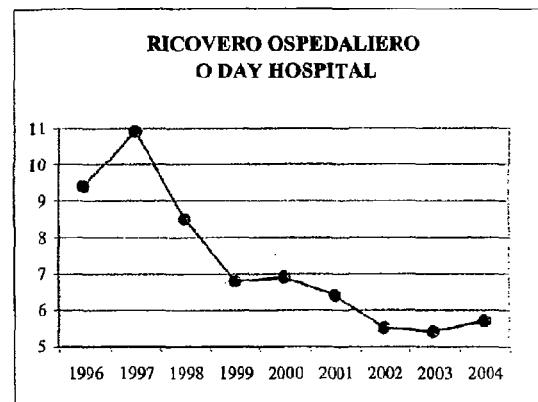
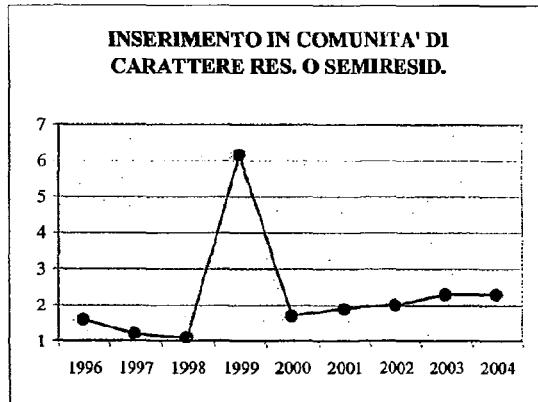
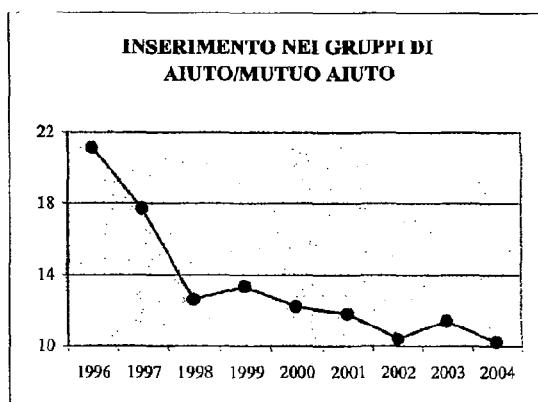
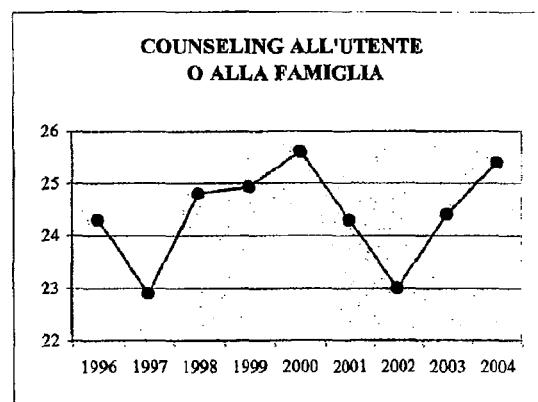
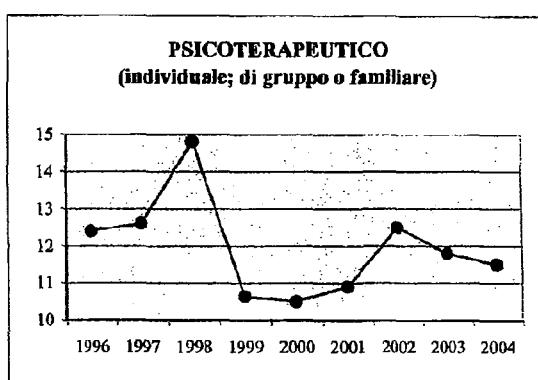
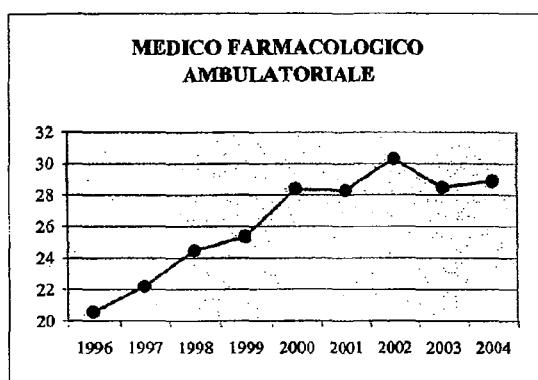


(*)=percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati

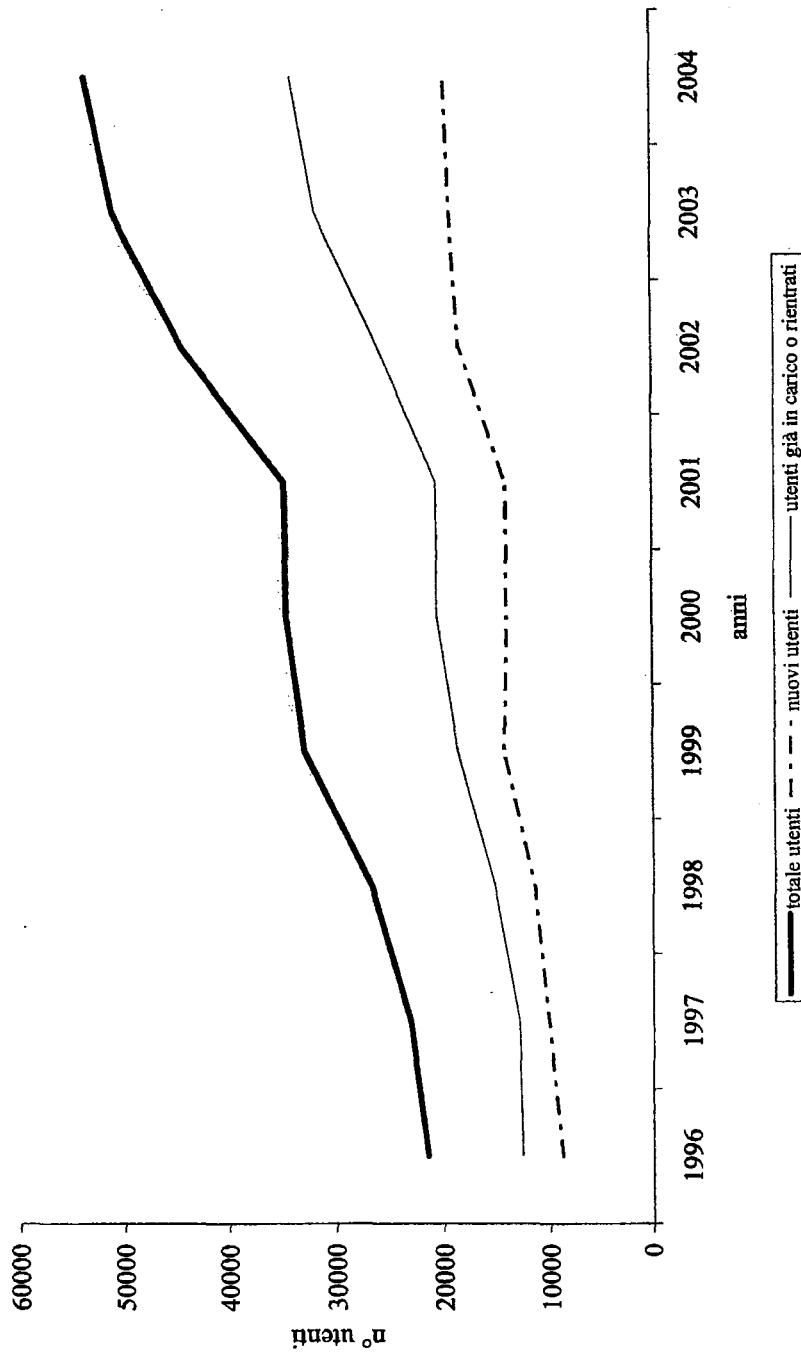
GRAF.11- UTENTI DISTRIBUITI PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO IN REGIME DI RICOVERO (*) - ANNO 2004

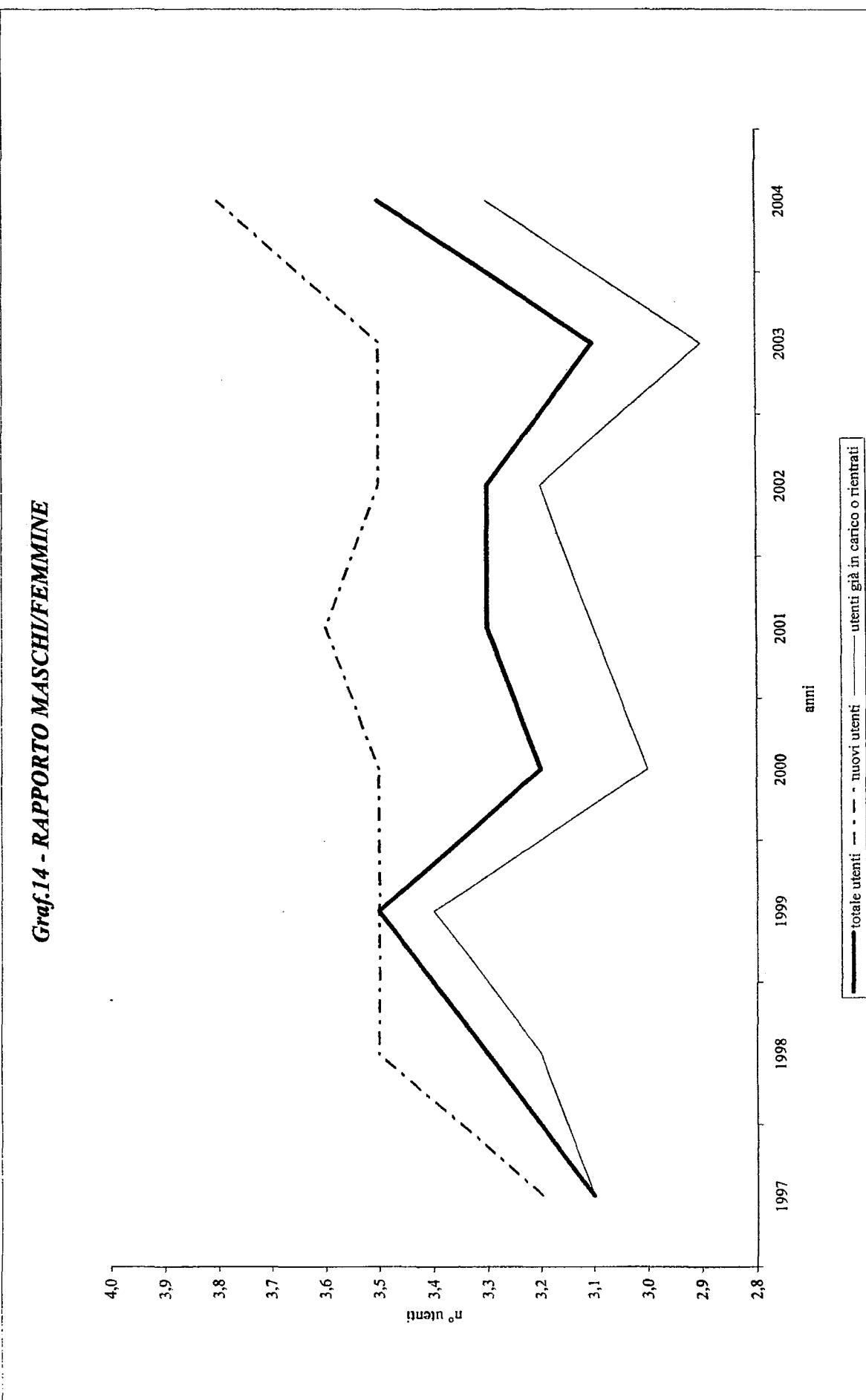
a) *ricovero ospedaliero o day-hospital*b) *ricovero in casa di cura privata convenzionata*

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

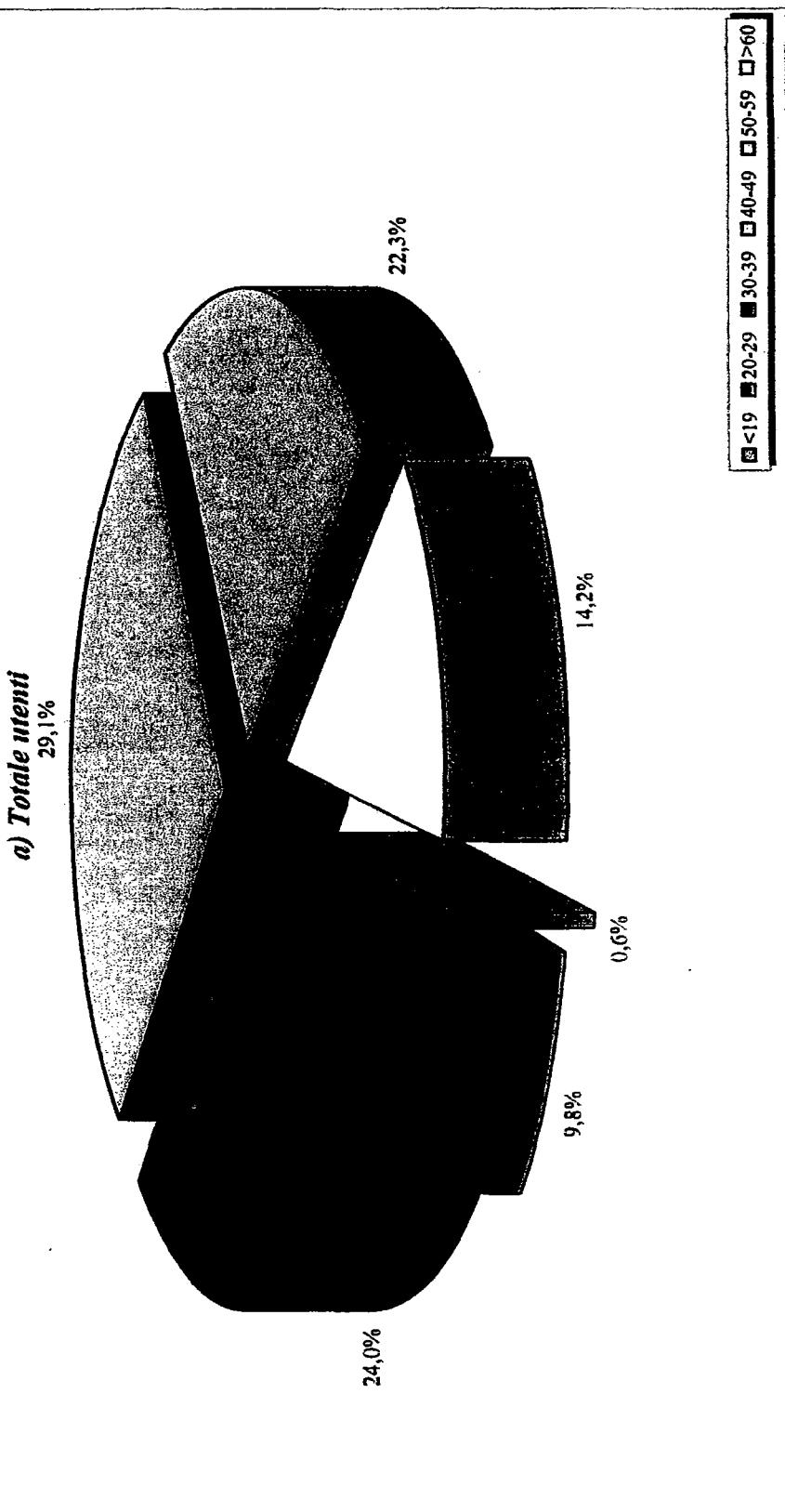
Graf. 12 - PERCENTUALE DI SOGGETTI TRATTATI PER TIPOLOGIA DI PROGRAMMA

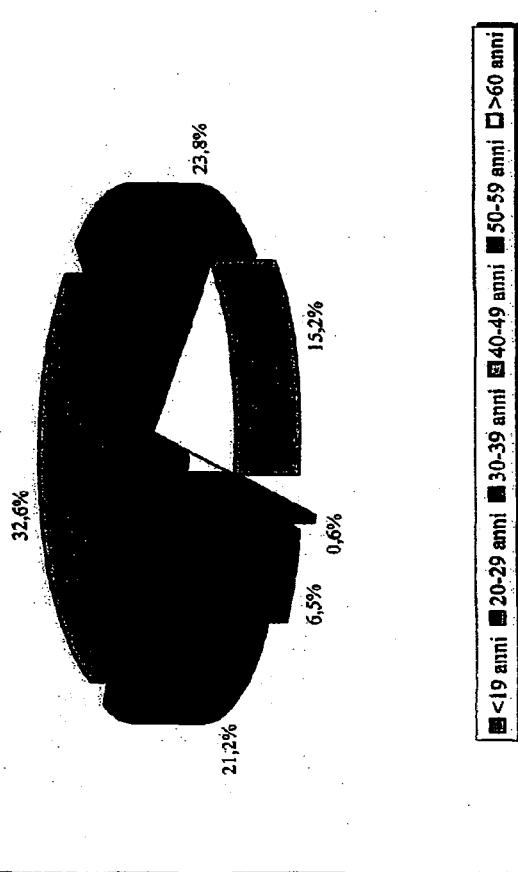
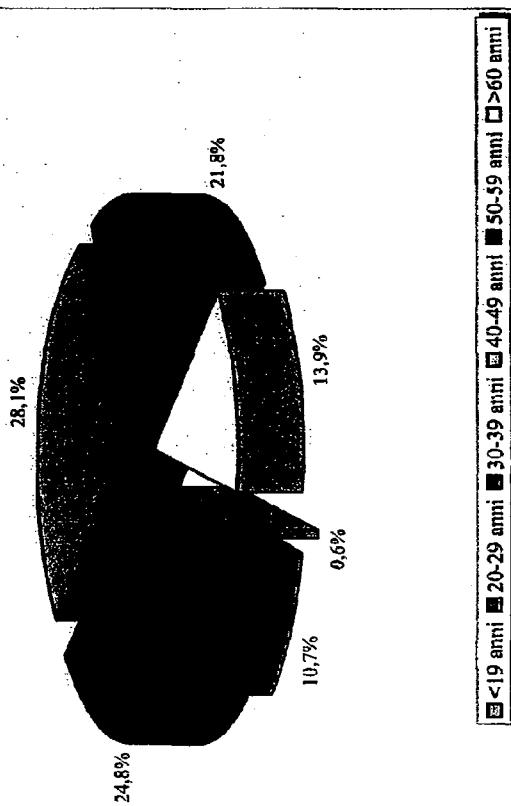
Graf.13 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI



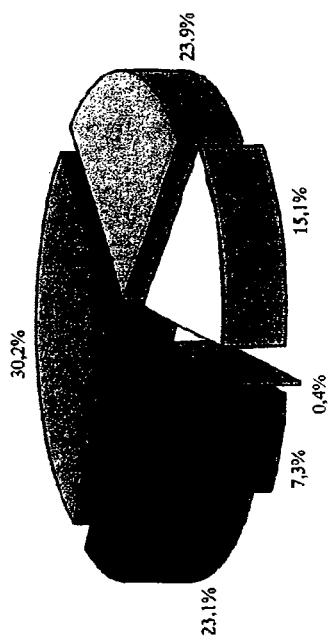
Graf.14 - RAPPORTO MASCHI/FEMMINE

Grmf.15- UTENTI DISTRIBUITI PER FASCE D'ETA' - ANNO 2004



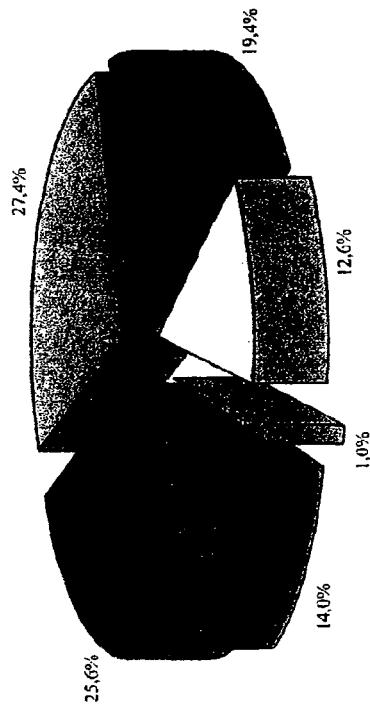
c) Totale utenti femmine*b) Totale utenti maschi*

e) Totale utenti già in carico



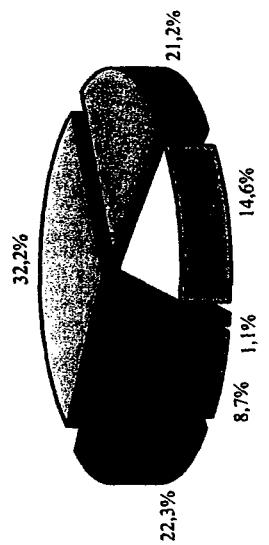
■ <19 anni ■ 20-29 anni ■ 30-39 anni ■ 40-49 anni ■ 50-59 anni □ 50-59 anni □ >60 anni

d) Totale nuovi utenti

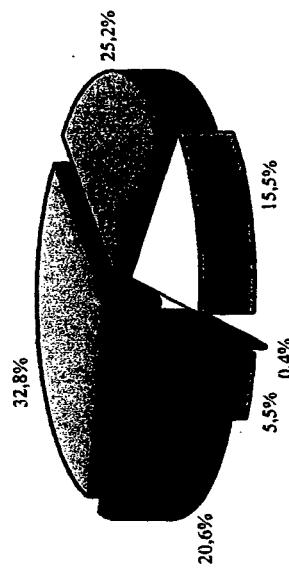


■ <19 anni ■ 20-29 anni ■ 30-39 anni ■ 40-49 anni ■ 50-59 anni □ >60 anni

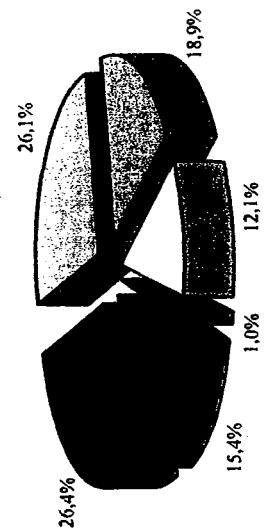
g) Nuovi utenti femmine



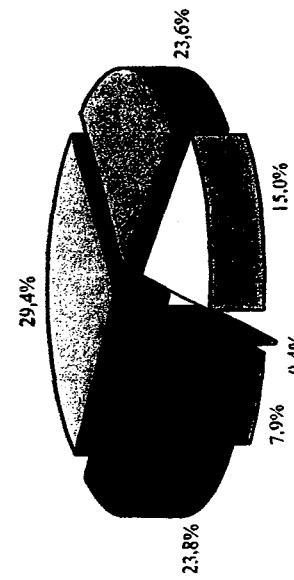
i) Utenti già in carico femmine



f) Nuovi utenti maschi

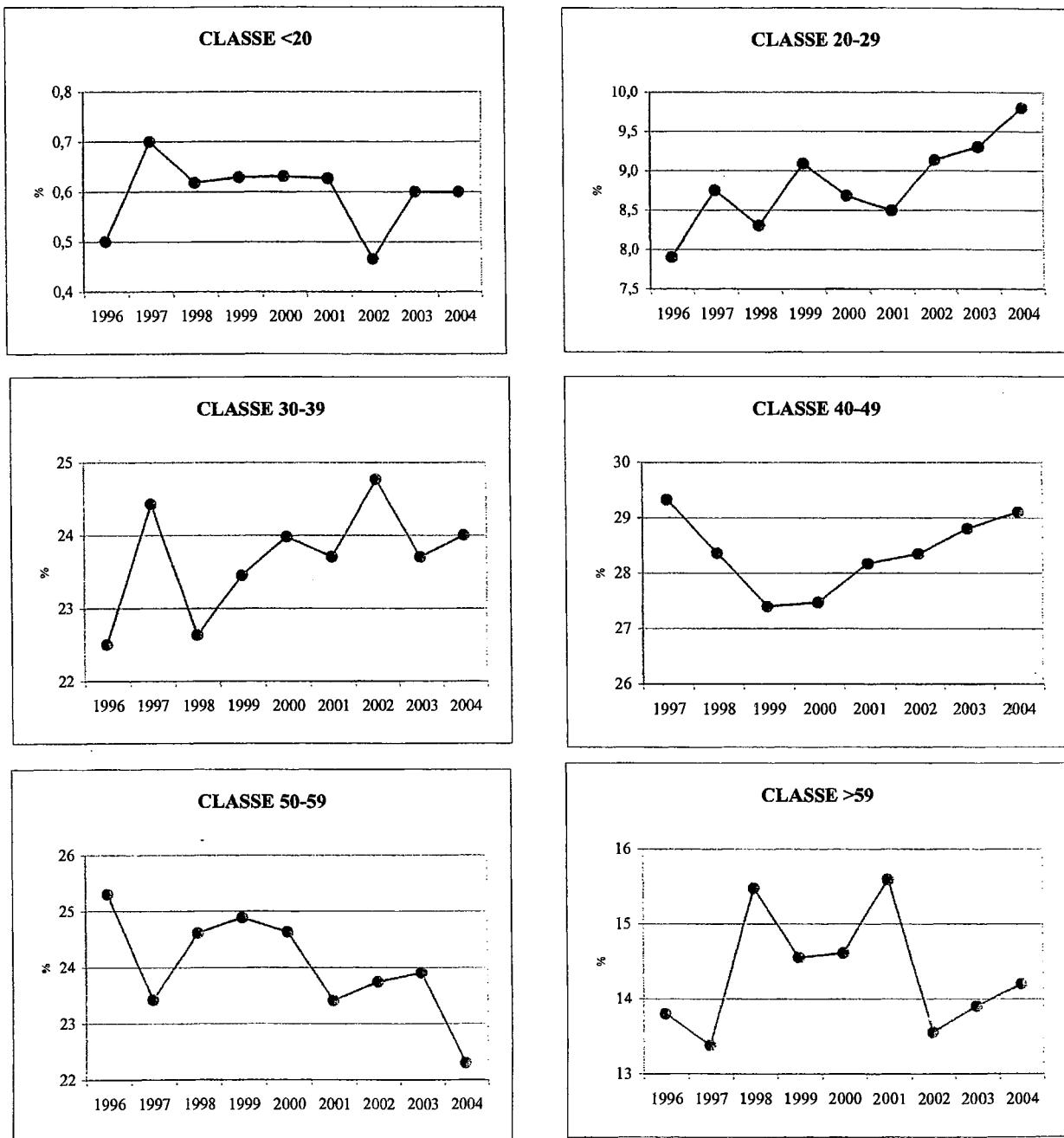


h) Utenti già in carico maschi

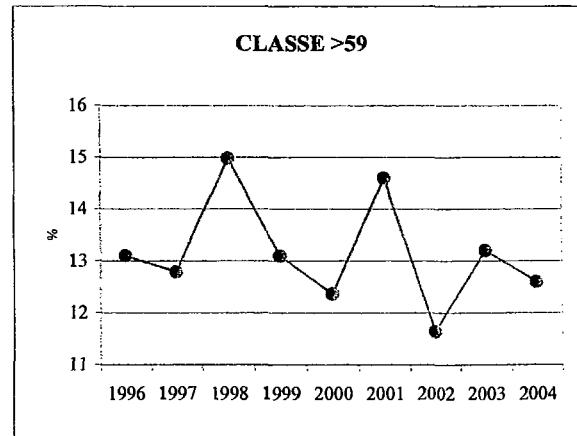
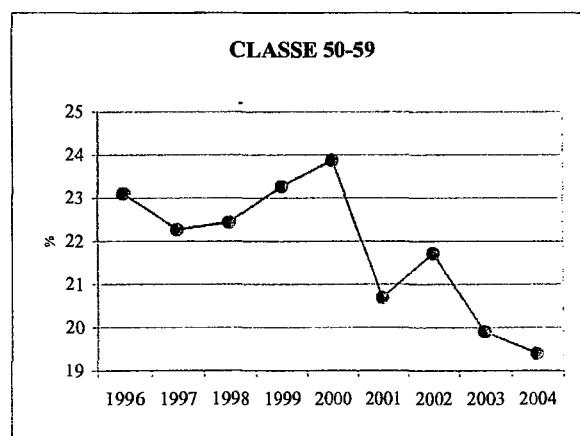
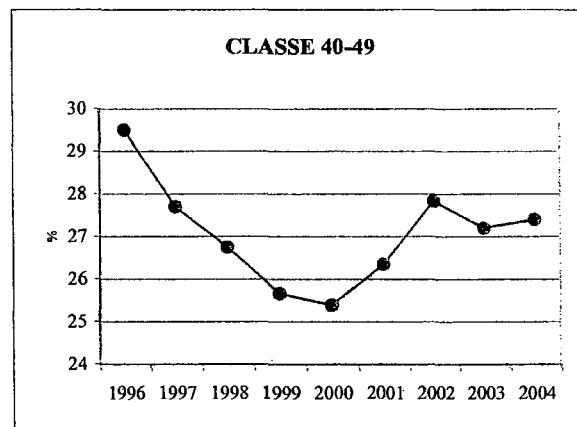
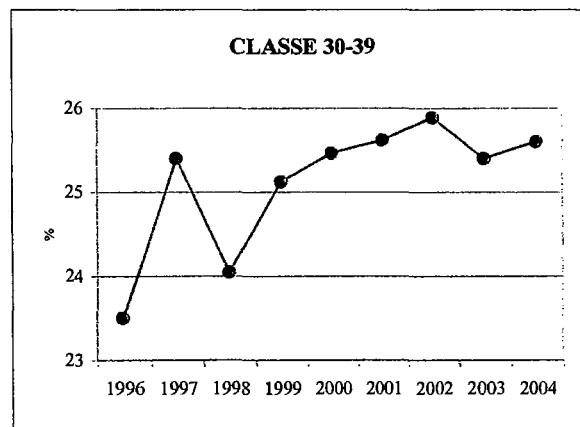
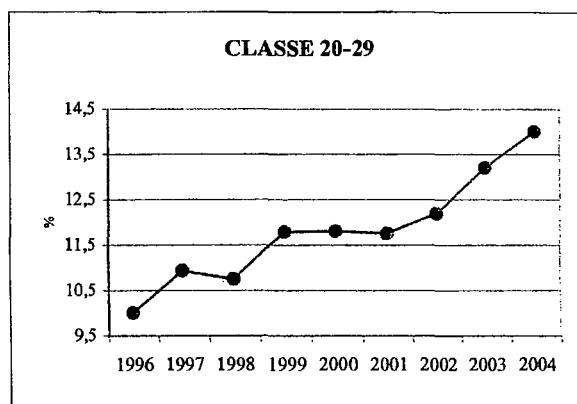
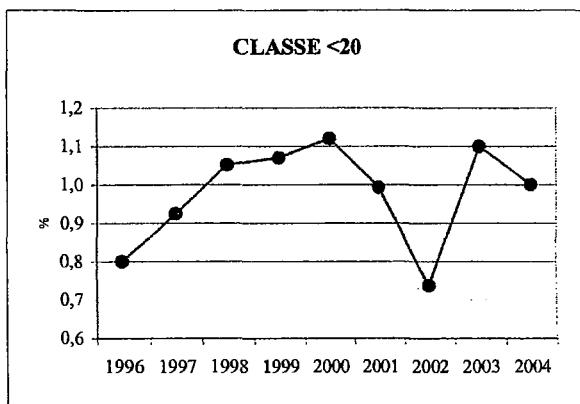


Segue graf.15

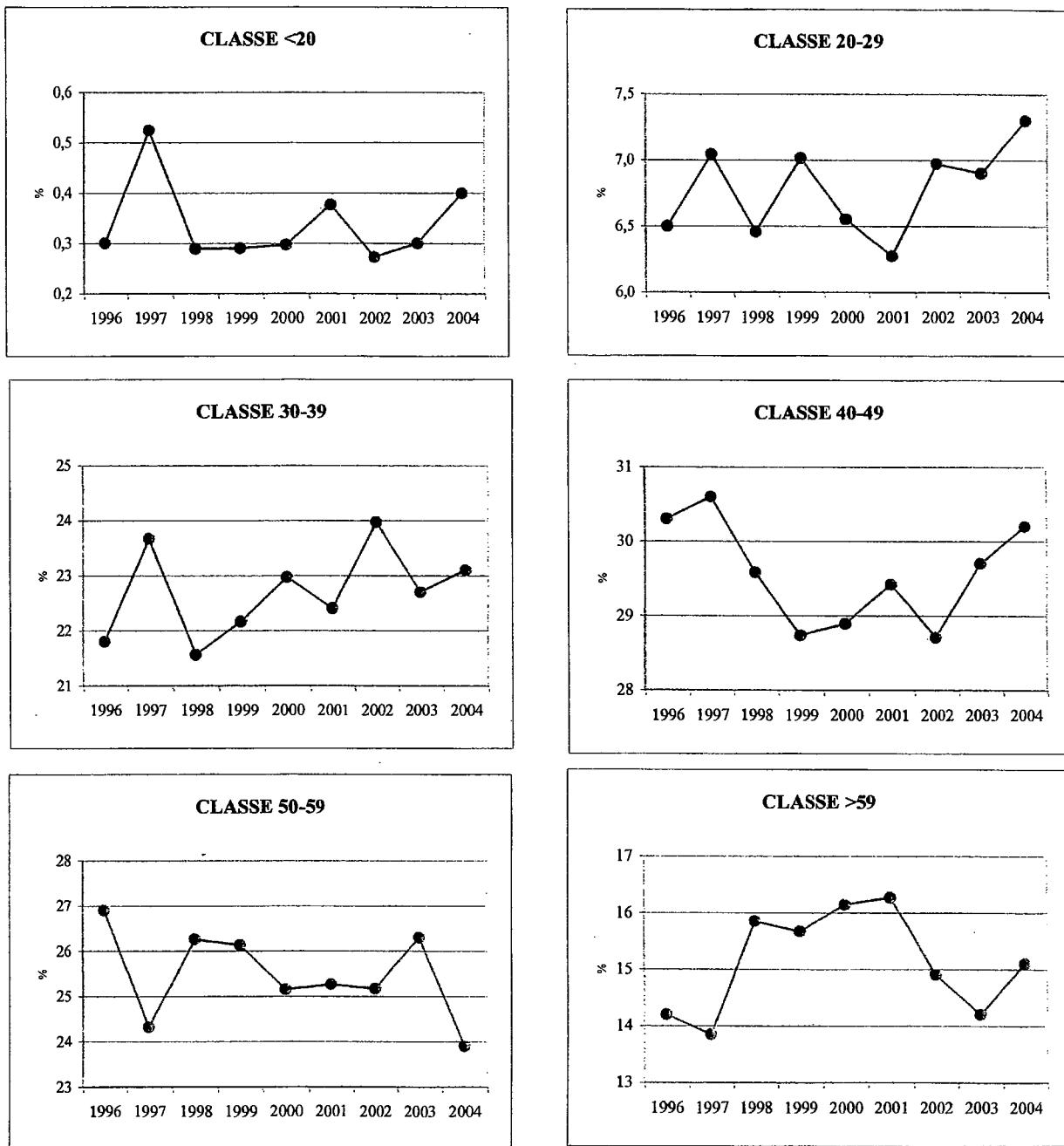
**Graf. 16a - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI (TOTALE)
DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI**

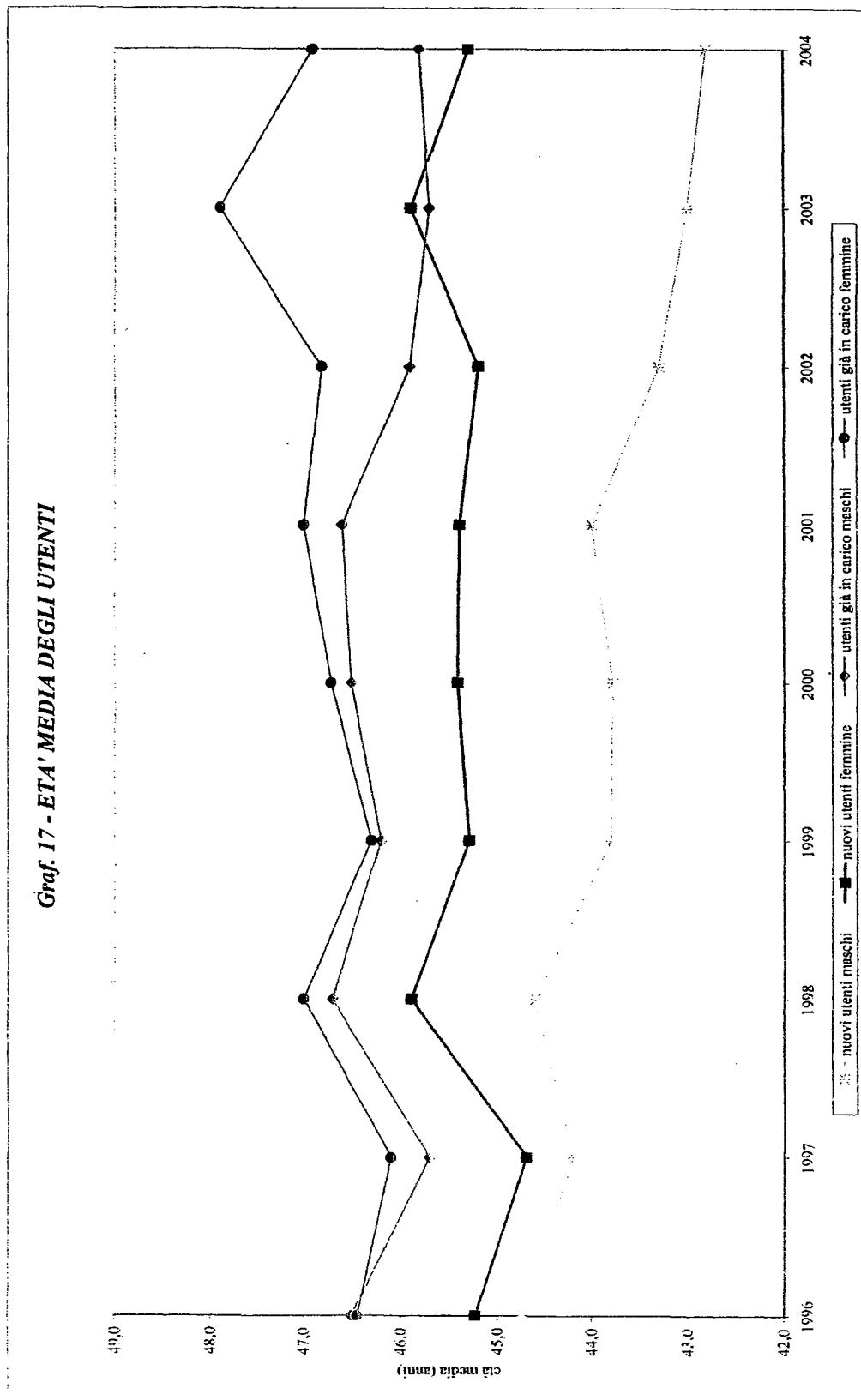


**Graf. 16b - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEI NUOVI UTENTI
DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI**



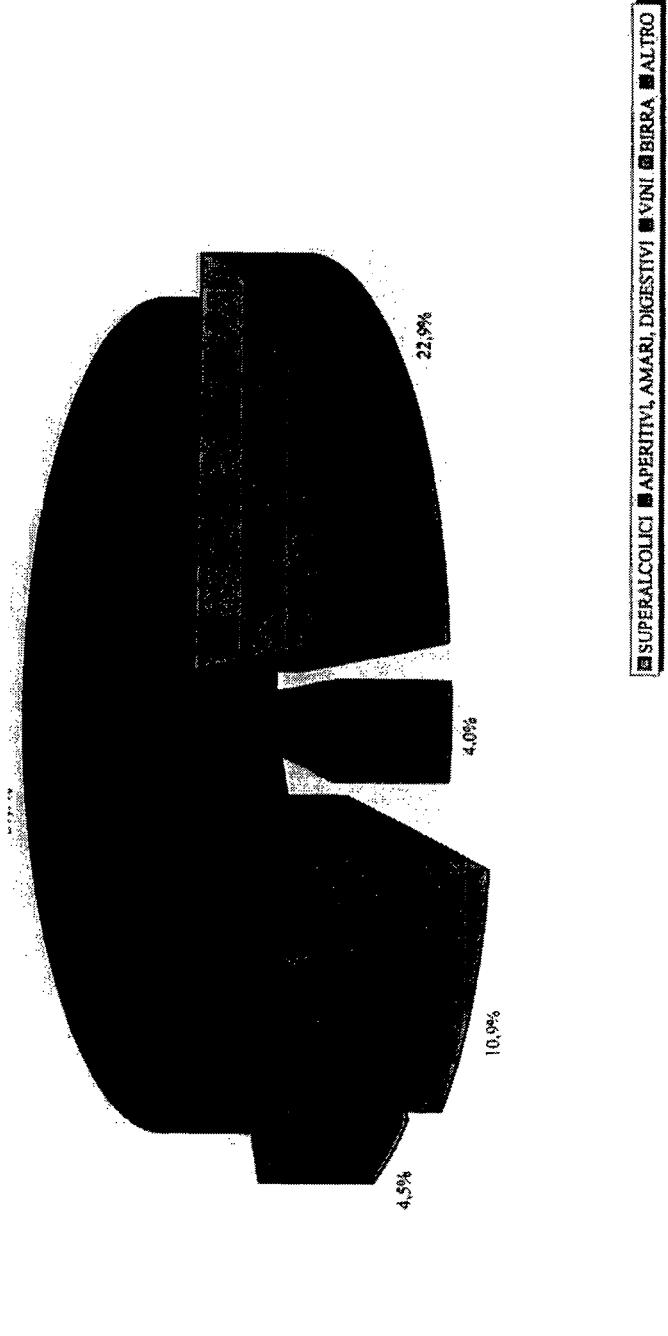
Graf. 16c - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI



Graf. 17 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI

*Graf. 18 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA
DI USO PREVALENTE - ANNO 2004*

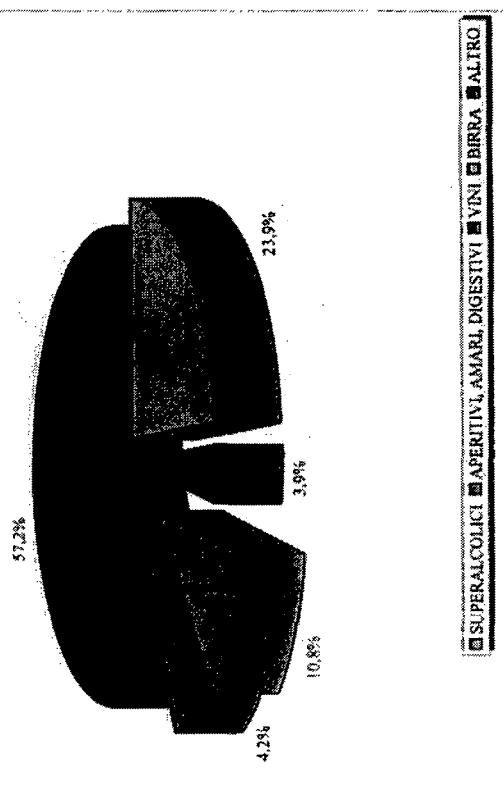
a) Totale utenti



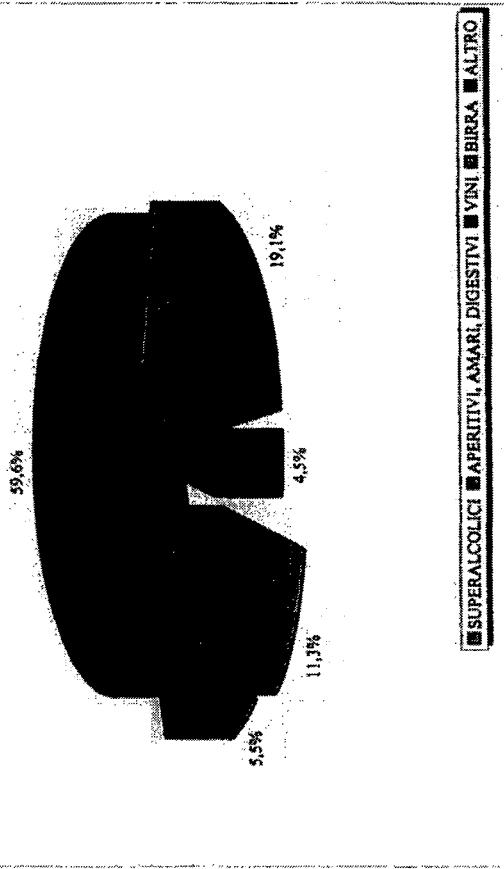
Ministero della salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII "Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili"

Segue graf. 18

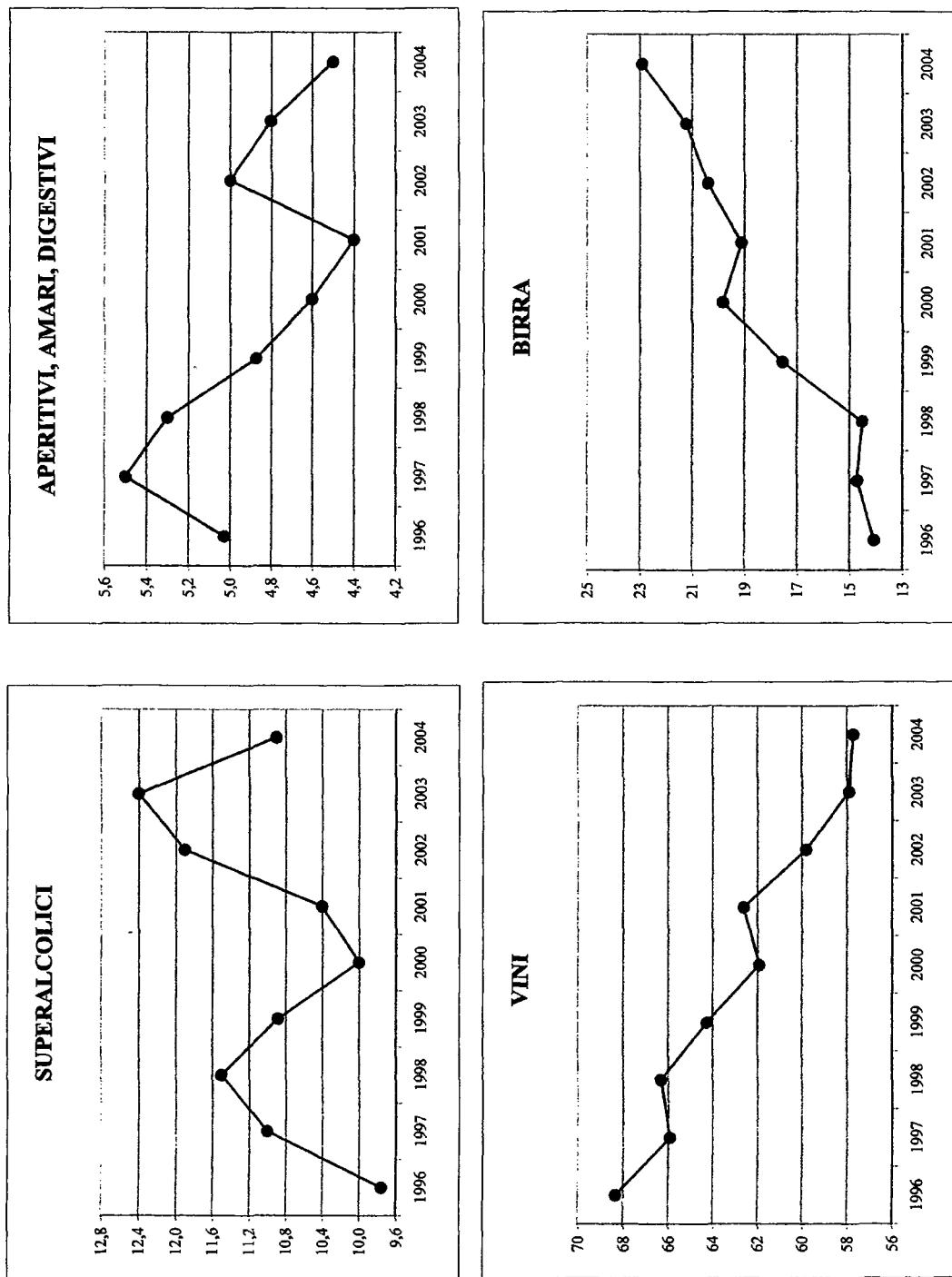
b) Totale utenti maschi



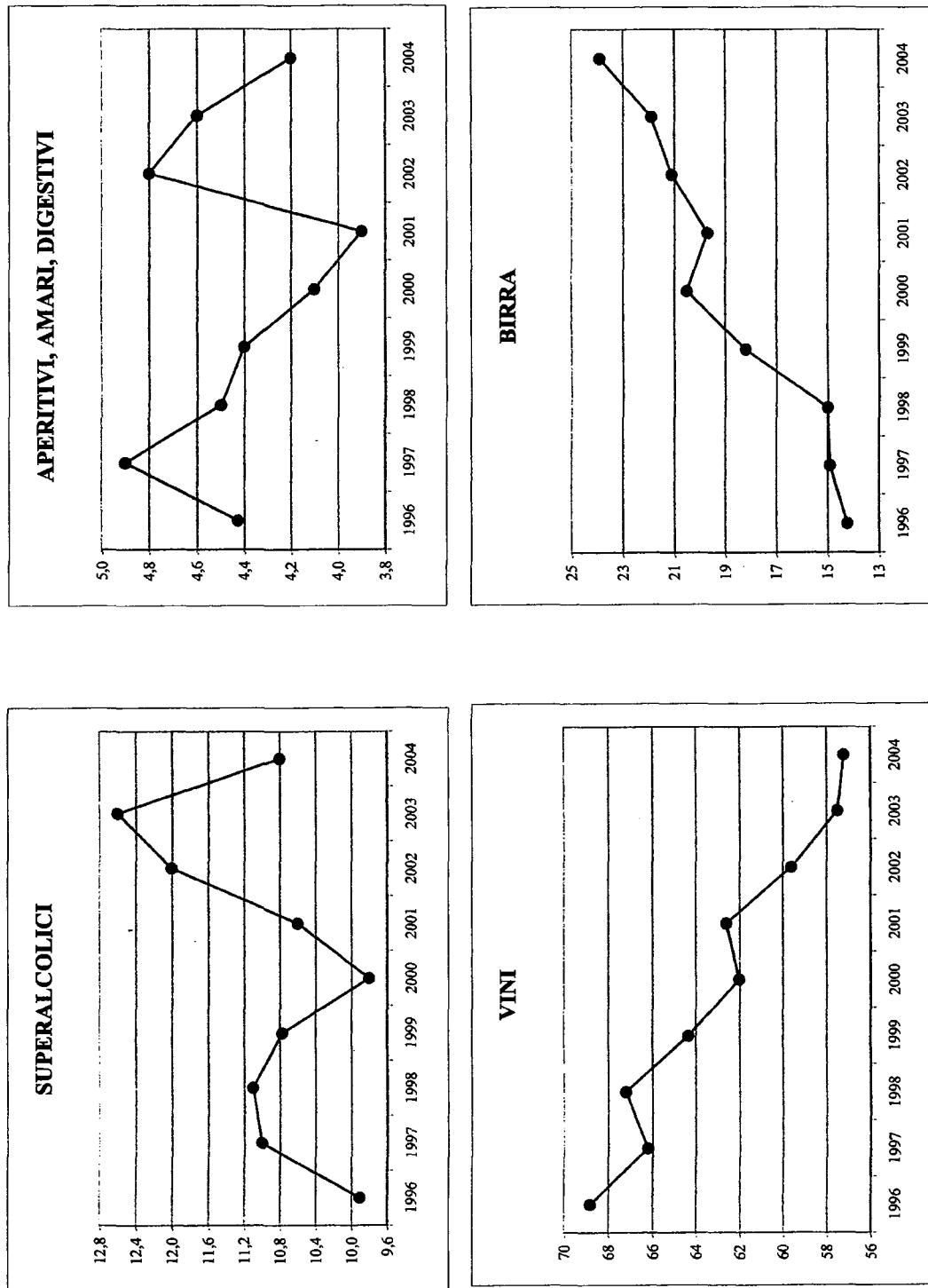
c) Totale utenti femmine



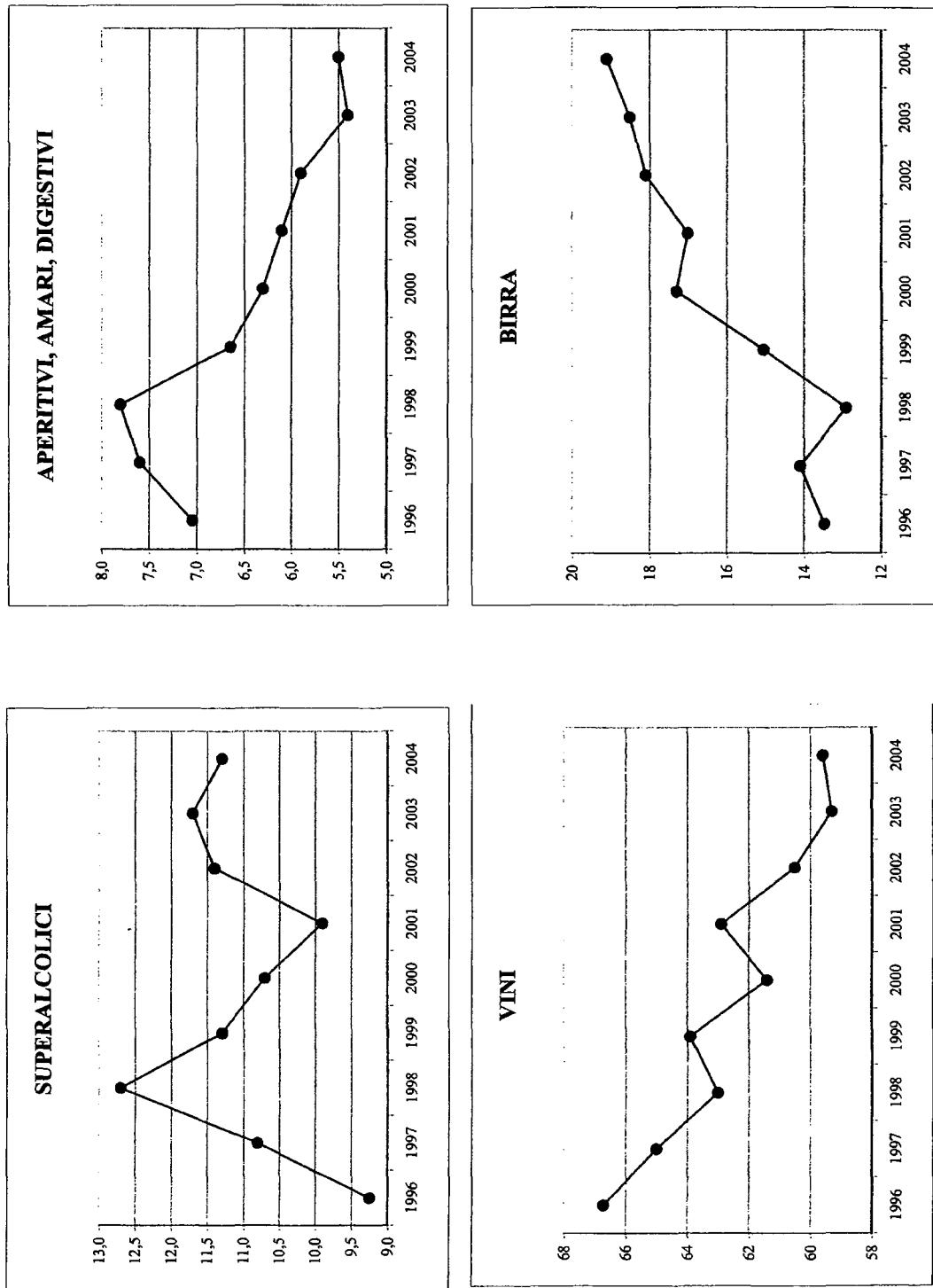
**Graf. 19a - DISTRIBUZIONE PER BEVANDA (%) DEGLI UTENTI
DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI**



*Graf. 19b - DISTRIBUZIONE PER BEVANDA (%) DEGLI UTENTI MASCHI
DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI*



*Graf. 19c - DISTRIBUZIONE PER BEVANDA (%) DEGLI UTENTI FEMMINE
DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI*



PARTE TERZA**4. Gli interventi delle Regioni e Province autonome in attuazione della legge 30.3.2001 n.125**

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

Griglia di argomenti per la Relazione delle Regioni ai fini della Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati nell'anno 2004 ai sensi della legge 125/2001

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

Tutte le Regioni e Province autonome hanno dato riscontro alle richieste informative del Ministero, inviando la relazione richiesta.

E' possibile pertanto per l'anno 2004 presentare un quadro illustrativo dell'impatto della legge 125/2001 in tutto il territorio nazionale nei vari settori di interesse.

4.1. Iniziative adottate per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali nonché per migliorarne la qualità

Regione Piemonte

-Adozione di modelli organizzativi a rete tesi a favorire percorsi di presa in carico omogenei, indipendenti dal punto di rilevazione del bisogno (ambulatori territoriali, reparti ospedalieri, DEA, luoghi del Privato Sociale espressamente dedicati quali sedi ACAT, etc.).

-Pubblicizzazione dei servizi per le alcoldipendenze presenti sul territorio tramite redazione di materiale illustrativo su caratteristiche e modalità di accesso agli stessi (e alle strutture del Privato Sociale ad essi collegate) distribuito a vari livelli sul territorio, ed in particolare nei reparti ospedalieri e negli ambulatori dei medici di base.

-Adozione di Linee Guida sulle procedure di accoglienza, inserite anche nei Manuali di Qualità delle Aziende sanitarie.

-Adozione, tramite il coinvolgimento dei M.M.G. e dei reparti ospedalieri di Pronto Soccorso, di procedure per la segnalazione dei pazienti alcolisti ricoverati.

Anche a seguito di tali provvedimenti si è potuto rilevare un incremento del numero degli utenti alcoldipendenti in carico ai SERT, passati dai 4201 del 2003 a 4705 del 2004.

La presenza capillare, nell'ambito dei servizi territoriali, di circa 60 Gruppi di Lavoro per l'Alcolismo (G.L.A.), ha consentito di rispondere validamente alla domanda di intervento proveniente dal territorio, e di far emergere concretamente un fenomeno prima sommerso.

Regione Valle D'Aosta

-Valorizzazione dell'associazionismo familiare e promozione dell'esperienza dei gruppi di auto aiuto.

-Svolgimento di specifiche attività territoriali nei vari distretti dell'unica Azienda USL e SERT regionali, con la finalità di far fronte alla dispersione della popolazione.

La maggiore capacità ricettiva ed attenzione alle problematiche alcolologiche raggiunta dal SERT ha consentito un forte e costante aumento della popolazione degli utenti.

Dei 104 nuovi utenti dell'anno 2004, il 49,6% si sono presentati volontariamente, il 30,8% sono stati segnalati dall'Ospedale regionale, il 10% da altri servizi dell'Azienda USL e dai medici di base.

Provincia Autonoma Bolzano-Alto Adige

- Attivazione di n. 2 posti letto dedicati a ricoveri programmati di disintossicazione/riabilitazione alcologica di utenti SERT nel reparto di Gastroenterologia dell'Ospedale di Bolzano, con definizione di specifici protocolli per il trattamento integrato e la riabilitazione post-degenza.
- Proseguzione delle attività di collaborazione e coordinamento del SERT della Azienda USL di Bolzano con l'associazione HANDS di Bolzano e con il Centro Terapeutico di Bad Bachgart di Bressanone, che svolgono attività terapeutica a tempo pieno nel settore alcolologico.
- Proseguzione dell'attività di collaborazione dell'associazione HANDS di Bolzano con il servizio ospedaliero di Alcologia per il lavoro organizzativo relativo all'avvio dei ricoveri.
- Assunzione a tempo parziale di un medico gastroenterologo per l'attività ambulatoriale e di un operatore a tempo pieno per il Laboratorio protetto di Chermes (Merano).
- Potenziamento della presenza di operatori della associazione HANDS presso i distretti socio-sanitari del territorio per lo svolgimento di attività di informazione, valutazione e sostegno psicologico, psicoterapia, sostegno alla formazione di gruppi di auto-aiuto, consulenza e coordinamento con le altre professionalità del distretto e i medici di Medicina Generale.
- Organizzazione di un servizio di supplenza per gli psicologi del servizio alcolologico ospedaliero impegnati nella riabilitazione di alcolisti ricoverati nel reparto ospedaliero di Gastroenterologia.
- Potenziamento del lavoro di rete relativo alla collaborazione tra associazione HANDS, medici di Medicina Generale, Servizio psichiatrico, SERT., Servizio psicologico e Consultori.
- Funzionamento di un Consultorio per le alcoldipendenze presso l'Ospedale Civile "F.Tappeiner" e presso la Clinica convenzionata "S.Anna" di Merano.
- Attività di verifica e valutazione degli esiti degli accessi presso la clinica convenzionata "S.Anna".

- Verifica e valutazione della capacità di “itenzione” del SERT.
- Incremento delle visite di consulenza e della emissione di certificati medici specialistici alcologici presso gli ospedali di Brunico e S.Candido.
- Erogazione di consulenza e supporto psico-sociale a singoli, coppie e famiglie presso il Consultorio psico-sociale Caritas di Silandro(Bz), con diagnosi psicologica ed indicazione di interventi anche in situazioni di crisi, ricoveri ed invii in strutture e servizi specialistici, prestazioni post-assistenziali e riabilitative.
- Disponibilità di visite domiciliari per persone anziane con problemi dovuti all'alcol nel Consultorio psico-sociale Caritas di Silandro(Bz).

Provincia Autonoma Trento

- Diffusione capillare dei Servizi di Alcologia sul territorio provinciale (11 Servizi di Alcologia indipendenti dal SERT. diffusi in ogni sede di distretto), con un responsabile medico a tempo parziale e almeno un operatore di rete, che consentono visite senza tempi di attesa.
- Realizzazione del progetto “RAR” (Referente Alcologico di Reparto), per l'inserimento in tutti i reparti ospedalieri di almeno un operatore formato (di solito infermiere professionale) che individua le persone con problemi alcolcorrelati tramite la somministrazione a tutti i pazienti di una apposita cartella anamnestica al momento del ricovero ed esegue colloqui motivazionali ai fini dell'invio ai Servizi di Alcologia e ai gruppi ai auto mutuo aiuto.
- Realizzazione di incontri di sensibilizzazione/informazione rivolti a gruppi omogenei di persone attive nel sociale (assistanti sociali, educatori professionali, sacerdoti, Forze dell'ordine etc.) o a medici di famiglia (anche *ad personam*) che possono avere l'opportunità di inviare persone con problemi alcolcorrelati ai Servizi di Alcologia.
- Stampa e diffusione in luoghi pubblici (specie sanitari: ambulatori, farmacie, ospedali, etc.) di manifesti e dépliants informativi dei Servizi di Alcologia, per informare sul “che fare” in caso di problemi alcolcorrelati.
- Istituzione del Servizio di Riferimento per le attività alcolologiche, con compiti di coordinamento a livello centrale del lavoro dei vari Servizi di Alcologia periferici.

Regione Veneto

-Completamento della rete alcologica regionale, che comprende attualmente 21 Dipartimenti per le dipendenze (all'interno dei quali si trova almeno una Unità operativa/funzionale di Alcologia), una comunità terapeutica residenziale pubblica per alcolisti, l'associazione regionale dei Clubs per Alcolisti in trattamento con 523 gruppi e 33 associazioni di Clubs (ACAT), l'associazione Alcolisti Anonimi con 100 gruppi, una comunità del Privato-Sociale specifica per alcolisti e altre comunità terapeutiche con moduli specifici per il trattamento di alcoldipendenti.

-Istituzione formale in alcune Aziende USL della "Rete alcologica territoriale" tramite l'attivazione di protocolli d'intesa ed operativi con divisioni ospedaliere specialistiche (Psichiatria, Gastroenterologia, Medicina, Pronto Soccorso etc.), medici di Medicina Generale, servizi socio-sanitari, enti locali, mondo dell'associazionismo e specifiche associazioni di auto-mutuo aiuto, cooperative sociali, comunità terapeutiche del Privato-Sociale, Forze dell'ordine, istituti scolastici, associazioni imprenditoriali di categoria ed associazioni sindacali.

-Protocolli operativi di intesa tra i Dipartimenti per le dipendenze e i Dipartimenti di salute mentale di tutte le Aziende USL, in attuazione della Delibera Regionale n. 3745 del 5.12.2003, ai fini di un intervento congiunto in caso di pazienti con doppia diagnosi psichiatrica.

-Offerta di differenti possibilità di accesso ai percorsi terapeutici (*counseling* telefonico, contatto diretto anche tramite l'uso di unità mobili quali i camper))nei contesti di aggregazione giovanile, inserimento in centri di prima accoglienza, assistenza domiciliare, trattamenti ambulatoriali individuali e/o di gruppo, inserimenti in programmi terapeutici diurni, semiresidenziali e residenziali specifici per alcolisti.

Regione Friuli-Venezia Giulia

-Adozione in tutti i Servizi di Alcologia delle Aziende USL della Regione di modalità di lavoro di rete in grado di garantire e favorire l'accesso ai trattamenti sanitari ed assistenziali.

-Prosecuzione del progetto "*Real Welcom-La rete alcologica per il welfare comunitario:un modello di mix*", realizzato dall'Azienda Sanitaria n.5 "Bassa Friulana" di Palmanova e finanziato con il Fondo nazionale per la lotta alla droga.

Regione Liguria

-Funzionamento di un Nucleo operativo di Alcologia (NOA) in ciascuno dei 5 Dipartimenti per le dipendenze della Regione, condotto da un'équipe multidisciplinare, e sua dislocazione sul territorio in sedi separate dal SERT, per favorire l'accesso evitando paure di stigmatizzazione.

-Miglioramento delle informazioni sui servizi offerti in campo alcologico tramite la creazione di una rete con i servizi sanitari e sociali territoriali, i medici di Medicina Generale, le strutture del Privato Sociale, le divisioni ospedaliere, i Consultori, i C.S.S.A. del Tribunale, i Carabinieri, la Polizia di Stato e municipale, le strutture carcerarie, le associazioni di volontariato e auto-mutuo aiuto (A.A. e ARCAT).

-Incremento del personale e dell'orario di servizio in alcuni NOA.

-Prosecuzione della collaborazione con il Servizio di salute mentale per il trattamento di soggetti alcolisti con doppia diagnosi, al fine di coordinare gli interventi più appropriati (NOA del SERT ASL 1 Imperiese).

-Disponibilità di colloqui di sostegno ai familiari e interventi di terapia familiare.

-Incremento delle consulenze alcologiche negli ospedali.

-Accesso diretto, senza liste d'attesa (NOA del SERT Azienda USL 4 chiavarese).

-Avvio di un progetto rivolto agli alcolisti senza fissa dimora, per la creazione di una struttura di accoglienza per alcoldipendenti in trattamento terapeutico, finalizzata a qualificare l'intervento con i soggetti privi di una rete familiare e sociale, da gestire in collaborazione con i servizi sociali, il Servizio di salute mentale, la Caritas e il centro Ascolto.

Regione Emilia-Romagna

-Prosecuzione degli interventi attivati negli anni precedenti in adesione alle linee d'indirizzo sugli interventi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcol-correlati espresse nella Delibera di Giunta n. 1639/1996 e aggiornate nel 2003.

-Costituzione, nell'ambito dei Dipartimenti per le dipendenze, di articolazioni funzionali dedicate all'area specifica delle sostanze legali (alcol e tabacco) con accessi differenziati rispetto ai pazienti che fanno uso di sostanze illegali.

Regione Toscana

-Proseguizione della forte integrazione di rete fra i servizi alcologici di livello territoriale, ospedaliero e regionale.

-Implementazione del Piano Sanitario Regionale 2002/2004, che prevede l'aggiornamento delle disposizioni inerenti l'assetto organizzativo e funzionale dei servizi per le problematiche alcolcorrelate secondo le indicazioni contenute nella legge 30 marzo 2001 n. 125.

-Disponibilità di 39 servizi alcologici, situati sia in ambito ospedaliero, con disponibilità di ricovero, day hospital e servizio ambulatoriale (Centro di Alcologia dell' Azienda ospedaliera di Careggi) sia in ambito territoriale, con 29 équipes alcologiche formalmente costituite, cui è afferita nell'anno 2004 un'utenza di 3.521 persone.

-Avvio, presso il Centro Alcologico Regionale di Riferimento, di un Osservatorio finalizzato alla raccolta, elaborazione e pubblicazione di dati relativi alle caratteristiche socio-demografiche e alle modalità di consumo dell'utenza che afferisce ai servizi.

-Iniziative specifiche poste in atto nelle singole Aziende USL con l'adozione di specifiche metodologie e strumenti: miglioramento del *front-office* per utenti e familiari; riduzione dei tempi di attesa; aumento delle sedi di erogazione delle prestazioni e della fascia oraria dedicata all'accoglienza; distribuzione di materiale informativo rivolto ai medici di Medicina Generale; incremento dei contatti con i medici di famiglia, i medici di Medicina Generale e ospedalieri, i Dipartimenti di salute mentale, i servizi sociali degli enti locali, le associazioni del Privato Sociale e del volontariato; attivazione di appositi siti Internet per informare sui danni alcolcorrelati o per dare consulenze agli utenti collegati; istituzione di numeri verdi gratuiti; trasferimento degli ambulatori in sedi più adeguate e di maggiore *privacy*.

Regione Umbria

-Strategia regionale per i problemi alcolcorrelati centrata sul rapporto e l'integrazione, in ambito distrettuale, tra la medicina di base e i servizi più specifici.

-Funzionamento dei Dipartimenti per le dipendenze in tutte le Aziende USL, per assicurare le attività di coordinamento degli interventi alcologici con i servizi ospedalieri, gli altri dipartimenti e servizi interdistrettuali sanitari e sociali, pubblici e privati e gli

istituti penitenziari a vario titolo interessati alle problematiche dell'alcoldipendenza e delle patologie correlate.

- Delibera della Giunta Regionale n. 1973/2004 per l'adozione delle "Linee di indirizzo in materia di assistenza socio sanitaria di base per le dipendenze", che definisce specifiche modalità di approccio anche per le problematiche di salute alcolcorrelate.
- Consulenza e collaborazione dei servizi territoriali con le Aziende Ospedaliere.
- Adozione di un protocollo di collaborazione dei servizi territoriali con i Dipartimenti di salute mentale per la gestione degli utenti con "doppia diagnosi".
- Collaborazione dei servizi territoriali con le Commissioni Patenti per la valutazione degli automobilisti sorpresi alla guida in stato di ebbrezza.
- Promozione di interventi integrati e multidisciplinari destinati ai detenuti con problemi alcolcorrelati, nel quadro degli interventi per il riordino dell'assistenza penitenziaria.

Regione Marche

- Decreto della Giunta Regionale n. 747/04, che sancisce l'organizzazione integrata dei servizi pubblici e del Privato Sociale accreditato all'interno dei Dipartimenti per le dipendenze patologiche e l'attivazione di un' Unità operativa di Alcologia in ogni Dipartimento per le dipendenze.
- Prosecuzione delle attività di accoglienza e presa in carico delle persone con problemi alcolcorrelati nell'ambito dei 14 SERT. del territorio regionale.
- Individuazione, in attesa della definizione dei Dipartimenti, di accessi differenziati per l'utenza alcoldipendente all'interno degli attuali SERT.
- Collaborazioni tra servizi pubblici, servizi del Privato Sociale, medici di Medicina Generale, associazioni di auto mutuo aiuto e di volontariato per gli interventi di cura e reinserimento.
- Realizzazione di una "carta dei servizi" consegnata presso tutti gli ambulatori dei medici di base, unitamente a dépliants e materiali illustrativi riferiti alle prestazioni erogate dal servizio territoriale, che ha accresciuto del 66,7% i pazienti alcoldipendenti segnalati dai medici di Medicina Generale e del 23% gli utenti alcoldipendenti presi in carico dal servizio.

- Finanziamento, tramite fondi aggiuntivi regionali, di progetti specifici per l'implementazione delle azioni di accoglienza, diagnosi e valutazione.
- Accordi dei servizi territoriali con i servizi e i reparti ospedalieri di Medicina per la detossificazione, nonché con le due Case di cura private convenzionate operanti nella Regione per concordare i ricoveri.
- Funzionamento di uno specifico Servizio di Alcologia presso il presidio ospedaliero di Novafeltria (Pesaro).
- Protocolli di intesa dei servizi territoriali con i Dipartimenti di salute mentale per i casi che presentano problematiche psicopatologiche.
- Funzionamento di n. 10 Unità mobili operanti nei luoghi del divertimento e di aggregazione informale dei giovani per l'identificazione precoce delle problematiche di policonsumo e la facilitazione del contatto precoce con i servizi.

Regione Lazio

-Attivazione, presso il Centro di Riferimento Alcologico della Regione Lazio, di un progetto pilota finalizzato all'individuazione dei componenti essenziali per il miglioramento della qualità dei servizi che operano nel campo alcologico, da estendere a tutti i servizi pubblici e privati presenti nella Regione Lazio.

-Avvio di numerosi protocolli di trattamento farmacologico e psicologico specifico (motivazionale, cognitivo comportamentale individuale e di gruppo) in coordinamento e in collaborazione con Istituzioni Estere (Università del New Mexico, Centro Alcologico di Albuquerque).

Regione Abruzzo

-Funzionamento di n. 5 Servizi territoriali di Alcologia nell'ambito di 3 delle 6 Aziende USL regionali, uno solo dei quali incardinato nel SERT (Azienda USL Avezzano-Sulmona), con 1405 utenti in carico nel 2004 e un'espansione dell'utenza pari al 19,4% in un anno.

-Svolgimento in tutti i Servizi di Alcologia della Regione di attività di accoglienza, osservazione e diagnosi, definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi, coordinamento con il medico di famiglia, con i servizi ospedalieri e con il servizio sociale

e, limitatamente a n. 2 SERT, con strutture e servizi privati e di volontariato e altre strutture o servizi sanitari pubblici.

-Costituzione di un gruppo di lavoro di supporto agli uffici della Regione per le tematiche alcolistiche, formato dai referenti di Alcologia segnalati dalle 6 Aziende USL della Regione e dai rappresentanti del Privato Sociale, che ha avviato i propri lavori al fine di perseguire gli obiettivi di legge e, in particolare, curare il flusso dei dati, supportare la stesura di protocolli operativi condivisi, fornire consulenza tecnico-scientifica in merito a campagne informative e di sensibilizzazione promosse dalla Regione.

-Progetto *“Potenziamento della rete territoriale per la prevenzione, l’assistenza e il reinserimento sociale dei soggetti con diagnosi di dipendenza da sostanze e alcol”* realizzato in collaborazione tra il Comune di Barisciano (AQ) e il SERT della locale Azienda USL per attivare una rete assistenziale socio-sanitaria tra servizi sociali del Comune, medici di Medicina Generale, operatori del Distretto sanitario di base e del SERT, Comunità montana, scuole, Tribunale dei minori, Parrocchie, Forze dell’ordine.

-Progetto *“Servizio per l’ascolto alle famiglie”* (SAF) , realizzato dal SERT di L’Aquila in collaborazione con l’Assessorato alle Politiche sociali del Comune di L’Aquila e rivolto alle famiglie con problemi di abuso di sostanze legali e illegali, per offrire un servizio di *counseling* familiare e uno strumento di prevenzione per la popolazione.

-Iniziativa del SERT dell’Azienda USL di Pescara per l’organizzazione di un corso per operatori di Call Center rivolto a 10 pazienti alcoldipendenti riabilitati disoccupati, in collaborazione con l’Agenzia di formazione ASFOR di Pescara.

-N. 2 corsi di formazione su *“I problemi alcolcorrelati nell’ambulatorio del Medico di Medicina Generale”*, obbligatori per tutti i medici di Medicina Generale della Azienda USL di Avezzano-Sulmona, per complessive 80 ore di formazione.

-Avvio del progetto *“Attivazione Risorse Familiari”* gestito dal Servizio di Alcologia di Avezzano-Sulmona.

Regione Campania

-Costituzione, tramite Delibera di Giunta Regionale n. 970/2004, delle *“Unità A.”*, équipes alcolistiche territoriali dedicate all’intervento sui problemi alcolcorrelati nell’ambito dei Dipartimenti per le dipendenze, con risorse umane, strutturali, progettuali ed economiche adeguate alla complessità dei problemi alcolcorrelati (censite 40 unità operative che nell’ambito delle diverse Aziende USL svolgono specifiche e documentate attività alcolistiche tramite gruppi di lavoro formali o informali).

- Attivazione in ogni Azienda USL della "Linea", linea telefonica gestita dall'Equipe alcologica territoriale per offrire ascolto e informazioni sui problemi alcolcorrelati e sui servizi e programmi alcologici del territorio, e creare coordinamento tra i servizi e le realtà di servizio solidale presenti nella comunità locale.
- Stanziamento di risorse finanziarie adeguate, pari a circa 465.000 Euro, per il funzionamento di una Unità A e una Linea A. in tutte le 13 Aziende USL della Regione.
- Promozione e supporto, nelle realtà territoriali di ogni Azienda USL, di iniziative e programmi di intervento finalizzati a creare "rete" tra gli operatori dei servizi pubblici, le realtà del Privato Sociale e le altre espressioni della comunità locale per porre in atto adeguati programmi di prevenzione, trattamento e riabilitazione.
- Espansione della tipologia degli interventi e delle risorse logistiche e umane disponibili nell'ambito dei servizi per le problematiche alcolcorrelate (censiti 455 operatori addetti, 31, 2% dei quali attivi a tempo pieno per la prevenzione, cura e riabilitazione in ambito alcologico, con una espansione del 6,2% del numero degli utenti in trattamento e un numero di nuovi utenti pari al 40,9% del totale).
- Lavoro di accoglienza e trattamento svolto presso altre strutture pubbliche o private accreditate quali i Servizi per l'assistenza sanitaria di base, i Servizi di salute mentale, le Unità operative ospedaliere di Medicina, Gastroenterologia, Malattie Infettive, le cliniche psichiatriche.

Regione Puglia

- Costituzione di uno specifico gruppo di lavoro regionale per la definizione di un documento programmatico di base da sottoporre agli organi istituzionali ai fini di un più organico recepimento della legge 125/2001.
- Approvazione, con L.R. 28 maggio 2004 n. 8 e successivi regolamenti attuativi, della disciplina regionale in materia di autorizzazione e accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, che ha definito, tra l'altro, i requisiti minimi standard per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso.
- Prosecuzione del funzionamento, nell'ambito della maggior parte dei 12 Dipartimenti delle dipendenze patologiche già costituiti con la legge regionale 27/99, di una équipe multidisciplinare di operatori con il compito, tra l'altro, di favorire l'accesso anche dei soggetti alcolisti ai trattamenti sanitari e assistenziali.

-Costituzione, nell'ambito di alcuni Dipartimenti delle dipendenze patologiche, di un apposito servizio di Alcologia in cui operano, a tempo parziale, gli stessi operatori dei SERT dipartimentali.

-Sviluppo di forme di collaborazione innovativa tra i SERT dipartimentali e i reparti ospedalieri di varia specializzazione (Medicina, Lungodegenza, Psichiatria) nonché i Dipartimenti di salute mentale.

-Adesione al progetto nazionale *“Un progetto sperimentale per l’alcoldipendenza: autogestione teleassistita, tecniche cognitivo-comportamentali e trattamento individualizzato per ottimizzare, a livello quantitativo e qualitativo, gli interventi integrati di prevenzione secondaria dell’abuso alcolico”*, promosso e finanziato dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga e coordinato dalla Regione Lazio.

Regione Basilicata

-Prosecuzione del funzionamento degli ambulatori alcologici e dei SERT, con complessive 55 unità di personale preposto ai problemi alcologici, di cui il 27,3% addetto esclusivamente.

-Prosecuzione del funzionamento sul territorio regionale di n. 49 enti e associazioni del Volontariato e del Privato Sociale, con n. 22 comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali e n. 22 gruppi di auto-mutuo aiuto.

-Incremento e potenziamento dei rapporti di collaborazione tra i servizi alcologici territoriali e i reparti ospedalieri, i medici di Medicina Generale, gli operatori socio-sanitari di base, i gruppi di auto-mutuo aiuto, con un notevole aumento del numero degli alcolisti in carico ai SERT, pari a 355.

-Garanzia di ricovero ospedaliero, anche in collaborazione con i SERT, per i pazienti alcolisti con patologie alcolcorrelate (652 ricoveri in totale nell’anno 2004 per diagnosi totalmente attribuibili all’alcol).

Regione Calabria

-Prosecuzione del funzionamento di n. 4 Unità operative di Alcologia nell’ambito dei

Dipartimenti per le dipendenze di n. 3 Aziende USL (Cosenza, Vibo Valentia, Crotone), con un aumento del 34% dell'utenza nell'ultimo anno.

-Previsione, nell'ambito del Piano Sanitario Regionale 2004/2006, di competenze specifiche dei servizi in relazione alla prevenzione, cura e riabilitazione dei problemi e delle patologie alcolcorrelate, con obiettivi e azioni finalizzate, tra l'altro, a favorire un approccio coordinato tra servizi sanitari, servizi sociali, sistema giudiziario, Volontariato.

Regione Sicilia

-Elaborazione e realizzazione di un programma di ricerca ai sensi dell'art.12 del Decreto Legislativo 502/92 dal titolo "Costi, qualità ed efficacia in Medicina generale: avvio di un sistema basato sull'Evidence-Based Medicine e il Disease Management", finalizzato allo sviluppo di una sperimentazione sulla gestione dei pazienti affetti da epatopatie, da diabete mellito e da scompenso cardiaco, con il coinvolgimento di circa 150 medici di base, ospedalieri e ambulatoriali.

Metodologie e strumenti: messa a punto e sperimentazione in una Azienda USL di grandi dimensioni (A.U. 6 di Palermo, una delle più grandi d'Italia) di nuovi modelli di pratica clinica in Medicina Generale, e di un approccio integrato su larga scala tramite il ricorso a metodologie di intervento partecipative.

-Prosecuzione delle attività in materia di alcoldipendenza in 45 dei 52 SERT attivi nella Regione, con un incremento del numero dei soggetti presi in carico pari a 36,7 casi per 100.000 abitanti nell'anno 2004.

Regione Sardegna

-Prosecuzione e consolidamento delle attività alcolologiche nell'ambito di tutti i 14 SERT regionali.

-Attivazione di n. 3 nuovi Centri alcologici pubblici presso le Aziende USL di Iglesias, Senorbì e Cagliari, ubicati in sedi diverse dal SERT per consentire agli alcoldipendenti un accesso ai servizi più commisurato alle loro peculiarità.

-Attivazione a Dorgali (NU) di un "Centro di ascolto per le problematiche alcolcorrelate", con specifico Numero Verde gestito in collaborazione con il locale Club di alcolisti in trattamento (CAT), finalizzato anche all'invio degli alcolisti al SERT di riferimento.

-Implementazione del progetto *"Il cambiamento possibile"*, condotto dal Comune di Nuoro in collaborazione con il locale SERT (che ha in carico circa 250 alcolisti) per la costituzione di una rete finalizzata a valorizzare le risorse e le potenzialità di cura della comunità, dando spazio all'utilizzo delle risorse informali, al loro potenziamento e alle attività di sensibilizzazione e formazione della stessa comunità.

4.2. Iniziative adottate dalle Regioni per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcolcorrelati

Regione Piemonte

-Iniziative informative e campagne di comunicazione rivolte a diversi target: popolazione giovanile, scuola, luoghi di aggregazione, popolazione adulta, medici di famiglia (censite 218).

Metodologie utilizzate: ricorso ai media locali; formazione degli insegnanti; promozione di indagini locali sul consumo di alcolici fra i giovani; sensibilizzazione della popolazione generale.

-Iniziative per migliorare il livello di informazione e di sensibilizzazione dei *decision makers* sui temi di interesse.

Metodologie utilizzate: richiesta di patrocinio alle varie istituzioni interessate e invito dei loro rappresentanti a tutte le iniziative di studio o di sensibilizzazione sui temi alcolcorrelati.

Regione Valle D'Aosta

-Incontri/dibattito rivolti alla popolazione anziana, svolti nelle sedi parrocchiali.

-Incontri/dibattito rivolti agli studenti ed agli insegnanti, svolti nelle scuole.

-Incontri pubblici rivolti alla popolazione generale.

L'obiettivo generale di tali iniziative è stato quello di migliorare le conoscenze sulle bevande alcoliche e prevenire comportamenti ed abitudini a rischio; nonché di creare le premesse per un consumo corretto di bevande alcoliche nell'ambito di una sana alimentazione.

Regione Lombardia

-Interventi di prevenzione nelle scuole medie superiori e inferiori, rivolti a docenti, studenti e genitori, con finalità sia di tipo informativo/preventivo generale che specifiche, quali promozione di *opinion leader* etc. (in totale 53 interventi con un coinvolgimento di circa 28.000 soggetti).

Metodologie e strumenti: attivazione di siti web, uso di kit multimediali, preparazione e diffusione di opuscoli, distribuzione di questionari.

-Interventi di prevenzione nell'area dell'aggregazione giovanile, rivolti a giovani di gruppi informali, giovani di gruppi formali (associazioni sportive, associazioni scout, oratori), giovani con comportamenti a rischio (in totale 9 interventi con un coinvolgimento di circa 3.000 giovani).

Metodologie e strumenti: intervento nei centri di aggregazione giovanile, intervento nel corso di eventi quali concerti, manifestazioni sportive, attività ricreative *alcol free, peer education*, lavoro di gruppo, unità mobile, spazi di ascolto (es. *box educational*), materiale informativo dedicato.

-Interventi nell'area della guida finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali alcolcorrelati e rivolti agli operatori e agli iscritti delle Scuole Guida, agli operatori sociali e sanitari, alle persone inviate alle Commissioni Patenti, ai violatori del Codice della strada, ad adulti *opinion leaders*, alle Forze dell'ordine, ai giovani dai 18 ai 24 anni, alla popolazione generale (in totale 7 interventi con un coinvolgimento di circa 2.700 soggetti).

Metodologie e strumenti: formazione di "operatori della salute" fra le persone che, a vario titolo, possono svolgere una funzione preventiva (insegnanti, istruttori di Scuola Guida, agenti di polizia municipale e stradale, animatori di locali notturni, operatori dell'informazione, rappresentanti di centri d'aggregazione giovanile, rappresentanti di associazione di volontariato, sindacalisti del SILB etc.); specifica informazione nelle lezioni di teoria delle Scuole Guida; distribuzione di materiale informativo ad hoc; addestramento all'uso di specifici supporti didattici multimediali da parte degli operatori di Scuola Guida; organizzazione di momenti formativi in collaborazione con Consorzi ed associazioni di categoria; collaborazione con le Commissioni Patenti, per programmi di sensibilizzazione e trattamento di persone segnalate per infrazione all'art. 186 del Codice della strada.

-Interventi nell'area del divertimento notturno, rivolti sia ai giovani frequentatori dei locali di varie città che ai gestori e operatori di questi ultimi, finalizzati in particolare a creare rapporti di collaborazione e a sviluppare concrete progettualità nell'ambito del settore (in totale 4 interventi con un coinvolgimento di circa 8.000 soggetti).

Materiali e metodi: realizzazione e diffusione di adeguato materiale informativo all'interno dei locali; sinergia e integrazione tra i vari attori interessati (gestori di *happy hours*, discoteche, pub, disco bar, etc.); sperimentazione di nuovi strumenti di divulgazione dei messaggi di prevenzione; realizzazione di eventi ad alto impatto in grado di potenziare la visibilità degli interventi preventivi.

-Interventi nell'area dell'informazione della popolazione generale, finalizzati a modificare l'approccio culturale al bere e a contenerne gli aspetti di eccessiva approvazione sociale e tolleranza (in totale 28 interventi con il coinvolgimento di circa 140.000 cittadini). Metodologie e strumenti: coinvolgimento di Aziende USL, SERT, Distretti socio-sanitari, medici di Medicina generale, Ordini dei Farmacisti, Croce verde, Comuni ed altri enti locali, enti ausiliari, Onlus, associazioni di volontariato e di mutuo aiuto, associazioni di familiari, Polizia di Stato e municipale, Carabinieri, Prefettura, Provveditorato agli Studi, Autoscuole, Sindacati locali da ballo, Comunità peruviana, Aziende, adulti *opinion-leader*. Tutti gli interventi di prevenzione, informazione ed educazione sono stati realizzati in partnership tra servizio pubblico e servizi del Terzo Settore, e le aziende USL hanno assunto un ruolo di promozione e coordinamento. In totale gli interventi di prevenzione organizzati nelle varie aree nel corso dell'anno 2004 sono stati 125, ed hanno raggiunto un'utenza di almeno 190.000 soggetti. La maggior parte degli interventi hanno affrontato il tema generale delle sostanze d'abuso, riferendosi in modo coordinato sia alle sostanze stupefacenti che all'alcol, e alcuni sono stati dedicati all'alcol in maniera esclusiva.

Provincia Autonoma Bolzano-Alto Adige

-Progetti di prevenzione primaria finanziati dall'Assessorato alla Sanità, per la sensibilizzazione ed informazione nelle scuole, nel mondo del Privato Sociale e nei centri giovanili.

-Elaborazione di un progetto dell'Assessorato alla Sanità per la realizzazione di una campagna di prevenzione di prossima attuazione, in collaborazione con i servizi pubblici e privati.

-Interventi curati dal SERT di Bolzano in collaborazione con la associazione HANDS (ciclo di conferenze nei distretti destinate alla popolazione generale sull'uso consapevole di alcol; elaborazione del progetto transfrontaliero “*Io rinuncio-Meno è meglio*”, attuato insieme a diverse agenzie della Provincia di Bolzano e dell'Austria; collaborazione con la associazione Forum Prevenzione nei progetti di prevenzione attuati nei Comuni, nelle Aziende USL e nelle scuole medie e superiori).

-Interventi curati dal SERT di Merano (informazione della popolazione generale e degli studenti delle scuole medie inferiori e superiori; ideazione, organizzazione e partecipazione al progetto “*Clean mind-Festa senza alcol*”).

-Interventi curati dal Consultorio psico-sociale Caritas di Silandro (BZ) (attività di

prevenzione destinate a giovani ed adulti, informazione dell'opinione pubblica, consulenza

nei centri giovani e nelle scuole, realizzazione di uno specifico progetto che ha coinvolto circa 100 studenti di un liceo scientifico di Silandro e di una scuola professionale di Merano).

Provincia Autonoma Trento

-Progetto *“Salute, alcol e fumo”* per le scuole materne, elementari e medie, rivolto agli insegnanti per metterli in grado di trasmettere a bambini e ragazzi la capacità di leggere le proprie emozioni, aumentare la propria autostima e resistere alle pressioni del gruppo dei pari in contrasto con scelte di salute.

-Progetto di prevenzione per le scuole superiori, condotto dagli operatori dei Servizi di Alcologia in collaborazione con gli insegnanti delle classi interessate, prevedendo l'impegno degli stessi insegnanti a somministrare un questionario preventivo, a fare una lezione di educazione emotiva nonché lavori di gruppo e singoli sull'alcol.

-Progetto *“Alcol e fumo nei giovani: lo sport come strumento di protezione della salute”*, finalizzato, tramite un protocollo d'intesa tra Azienda provinciale per i servizi sanitari e il C.O.N.I., a valutare la diffusione dell'uso di alcol e fumo tra i giovani sportivi e ad effettuare incontri di sensibilizzazione-formazione con tutti gli allenatori delle squadre sportive giovanili per contenere i fenomeni rilevati.

-Progetto *“Alcol e mondo del lavoro”*, rivolto ai lavoratori dell'industria e dell'artigianato per la valutazione, tramite 2.000 interviste, degli stili di vita e della percezione del problema alcol.

-Progetto *“Scuole Guida”*, per la formazione-sensibilizzazione di tutti gli istruttori e insegnanti delle Scuole guida della Provincia tramite appositi corsi della durata di 4 ore e la fornitura di specifico materiale audiovisivo in tema di alcol e guida, per consentire che a tutti gli allievi delle autoscuole trentine possa essere fatta una lezione su alcol e guida.

-Progetto *“Pub-discoteche”*, finalizzato a scoraggiare la guida in stato di ebbrezza tramite azioni di comunicazione dissuasiva da parte di giovani operatori preventivamente preparati, che stazionano nelle ore notturne davanti a pub, discoteche o altri luoghi di divertimento utilizzando una postazione mobile dotata di etilometro.

-Progetto *“Coordinamenti alcol, sicurezza e promozione della salute”*, finalizzato a organizzare coordinamenti stabili dei Servizi di Alcologia con le autoscuole, le Forze dell'ordine, le scuole, i Comuni e le associazioni private, per iniziative comuni di prevenzione delle problematiche alcolcorrelate in tutto il territorio provinciale.

- Progetti di comunità condotti in due realtà territoriali di circa 8.000 abitanti (rione di Rovereto e Valle del Chiese) per la attuazione di interventi capillari di sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati, con valutazione dei consumi alcolici pre/post intervento.
- Interventi di sensibilizzazione della comunità, con l'utilizzo di strumenti vari quali conferenze serali, trasmissioni radio-televisive locali, conferenze stampa etc..

Regione Veneto

- Prosecuzione nelle 21 Aziende USL della Regione di 176 progetti finanziati con il Piano triennale 2003-2005 del Fondo per lotta alla droga, rivolti al mondo della scuola (studenti, docenti, genitori, personale non docente), al mondo del lavoro (lavoratori, apprendisti, dirigenti, sindacalisti, medici del lavoro, responsabili della sicurezza, associazioni di categoria), al mondo del tempo libero (adulti significativi, gruppi sportivi e ricreativi), ai frequentatori dei corsi di Scuola Guidae alla popolazione generale.
- Metodologie e strumenti: collaborazione attiva tra Aziende USL, mondo dell'associazionismo e del privato-sociale, Forze dell'ordine e Uffici territoriali del Governo, al fine di trasmettere informazioni corrette e coerenti tra loro, favorire il confronto interpersonale e intergruppi, stimolare e rafforzare i comportamenti tendenti ad evitare i danni derivanti dal consumo delle sostanze psicotrope e in particolare dell'alcol.
- Affidamento alla Azienda USL n. 13 di Dolo di un progetto di coordinamento regionale con la finalità di elaborare linee di indirizzo per la realizzazione di specifici progetti alcologici inseriti nei Piani triennali di intervento 2003-2005 nonché per l'organizzazione della prevenzione, trattamento e riabilitazione dei problemi alcolcorrelati.

Regione Friuli-Venezia Giulia

- Attivazione in tutte le Aziende USL di programmi di informazione, prevenzione ed educazione sanitaria in materia di alcol rivolti a tutte le scuole medie inferiori e superiori.
- Attivazione da parte delle Aziende USL di programmi di prevenzione a richiesta in altri contesti giovanili.
- Avvio di programmi di educazione sanitaria finalizzati alla acquisizione di stili di vita sani, finanziati con il Fondo nazionale per la lotta alla droga.

Regione Liguria

-Interventi di informazione/educazione nelle scuole.

Metodologie e strumenti adottati: condivisione con associazioni quali ARCAT, AA, comunità terapeutiche del Dipartimento (Azienda USL chiavarese); somministrazione di questionari su consumo e percezione del rischio (Azienda USL spezzino); collaborazione con il Provveditorato locale, con l'intervento di esperti e lavori di gruppo con i ragazzi (Azienda USL imperiese); progetto di ricerca-intervento, con la metodologia della *peer education*, sulla percezione degli effetti delle sostanze alcoliche (Azienda USL spezzino); formazione degli insegnati referenti alla salute per favorire l'individuazione dei soggetti a rischio e sviluppare metodiche di comunicazione con i ragazzi per accrescere la cultura del benessere (Azienda USL imperiese); corsi di preparazione per l'acquisizione del "patentino" necessario per la guida di ciclomotori (Azienda USL spezzino).

-Interventi di riduzione del danno e prevenzione del consumo di alcol all'interno dei luoghi del divertimento giovanile (discoteche, pub, luoghi ricreativi, ecc), tramite l'uso di unità mobili attrezzate con etilometro (Aziende USL chiavarese e imperiese).

Metodologie e strumenti: distribuzione di materiale informativo; contatto diretto con operatori; possibilità di sottoporsi alla misurazione dell'alcolemia.

-Realizzazione di concerti estivi con *bands* locali giovanili all'insegna della lotta alla diffusione di alcol e droghe (Azienda USL chiavarese).

-Realizzazione di n. 2 manifestazioni estive "Feste senza alcol", di tre giornate ciascuna, sui laghi di Giacopiane, con la partecipazione di tutte le associazioni territoriali, dei Comuni e delle scuole (Azienda USL chiavarese).

-Interventi con l'etilometro nelle sagre locali, per la riduzione del danno della popolazione generale (Azienda USL savonese).

-Giornata di informazione su "Alcol e guida" svoltasi presso i locali della Provincia della Spezia e rivolta alla popolazione generale e agli alunni delle scuole superiori (Azienda USL spezzino).

-Programmazione di interventi di coinvolgimento dei medici di Medicina Generale, in collaborazione con la F.I.M.M.G. (Azienda USL savonese).

Regione Emilia-Romagna

-Prosecuzione degli interventi attivati negli anni precedenti in adesione alle linee d'indirizzo sugli interventi per la prevenzione dei problemi alcol-correlati espresse nella Delibera di Giunta n. 1639/1996 e aggiornate nel 2003.

-Interventi specifici di prevenzione primaria nell'area "giovani".

-Interventi specifici di prevenzione degli incidenti alcolcorrelati.

-Interventi specifici di prevenzione dei rischi collegati al consumo di alcol nei luoghi pubblici e di lavoro.

-Realizzazione di un convegno nazionale finale a conclusione del progetto nazionale, promosso dal Ministero della Salute e finanziato con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga, "Corsi di formazione per gli insegnanti della scuola finalizzati alla prevenzione delle problematiche alcolcorrelate", che ha interessato in totale 468 soggetti fra docenti di scuola superiore di varie discipline e operatori socio-sanitari di 8 Regioni.

-Avvio di un progetto sperimentale di prevenzione alcologica di comunità nel distretto di Correggio (Reggio Emilia), rivolto alla popolazione generale con particolare riferimento ai giovani, con l'obiettivo di codificare un modello di intervento da diffondere in ambito regionale per modificare gli atteggiamenti della popolazione rispetto all'alcol e aumentare il livello di percezione dei rischi connessi al consumo non appropriato.

-Patrocinio della manifestazione "Mese di Prevenzione alcologica - Aprile 2004" e coordinamento delle iniziative organizzate in tutte le Aziende USL, anche con il contributo e la partecipazione attiva delle associazioni di auto-mutuo aiuto.

Metodologie e strumenti: diffusione al pubblico di materiale informativo sui danni alcolcorrelati, informazioni sull'offerta dei servizi territoriali.

Regione Toscana

-Promozione e sostegno della manifestazione "Mese di Prevenzione alcologica" per l'anno 2004, in collaborazione con la Società Italiana di Alcologia (SIA), l'associazione regionale dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (ARCAT) e il Centro Alcologico Regionale, finalizzata alla sensibilizzazione della popolazione generale, all'informazione di specifici target (donne in gravidanza, anziani, minori, assuntori di farmaci, alcoldipendenti) e alla promozione della rete regionale e nazionale dei principali attori del settore.

Metodologie e strumenti: produzione e distribuzione di manifesto, volantino e locandina utilizzabili dai diversi partner territoriali della manifestazione, tramite l'inserimento dei propri loghi e delle attività programmate; opuscolo "Alcol...sai cosa bevi?" rivolto alla popolazione generale con informazioni scientificamente corrette sulle conseguenze del consumo di bevande alcoliche; produzione e distribuzione di un regolo per la autovalutazione dell'alcolemia; lancio, su scala italiana, di una campagna di sensibilizzazione alcologica denominata "Conta i bicchieri perché loro contano", con realizzazione di manifesto e opuscolo stampabili, spot radio su CD ROM, spot video su CD ROM ,T-shirt, CD ROM per la pubblicità sulla stampa.

-Partecipazione delle diverse Aziende USL della Regione alla manifestazione "Mese di prevenzione alcologica" per l'anno 2004, con varie attività e iniziative locali.

Metodologie e strumenti: distribuzione di materiale informativo con camper attrezzato; organizzazione di una giornata di studio su alcol, guida e incidenti stradali; presentazione dell'etilometro ai ragazzi in collaborazione con la Croce Rossa Italiana; organizzazione di partite, tornei e manifestazioni sportive di vario tipo; serate di sensibilizzazione aperte alla cittadinanza; serate musicali e di ballo; feste analcoliche; concorsi a tema; distribuzione di bevande analcoliche e materiale informativo in collaborazione con la Polizia municipale; illustrazione dell'uso dell'etilometro; unità di strada per la sensibilizzazione dei giovani in vari ambienti del divertimento; ricerche sulle abitudini alcoliche di vari campioni di popolazione; stands informativi; produzione di video, CD ROM, manifesti e pieghevoli informativi da utilizzare nelle Scuole Guida; interventi nelle scuole; giornate di sensibilizzazione rivolte a Forze dell'ordine, operatori del 118 e altre agenzie come l'ACI.

-Organizzazione della Settimana di studio "La prevenzione in alcologia", in collaborazione con l'Azienda USL di Firenze, l'Università degli Studi di Firenze, il Centro Alcologico Regionale, la Società Italiana di Alcologia.

-Finanziamento del progetto "Promozione di una cultura della sobrietà nei contesti di socializzazione giovanile", rivolto alla popolazione giovanile e ai gestori dei locali notturni per la prevenzione delle morti del sabato sera.

-Finanziamento del progetto *“Divertimento sicuro”*, che si integra con analogo progetto dell’Istituto superiore di Sanità, focalizzato sugli stili di vita dei giovani e finalizzato alla prevenzione dell’uso di nuove droghe nei locali notturni.

-Progetti condotti dalle Aziende USL in tutti i settori (da quello scolastico a quello lavorativo, dal pubblico al privato) e per tutte le età, e in particolare per gli studenti delle scuole medie inferiori e superiori, per i partecipanti ai corsi di scuola-guida e i loro istruttori, per i frequentatori e gestori dei locali notturni, per gli agenti di Polizia municipale e, in generale, per tutta la popolazione.

Metodologie e strumenti: diffusione di materiale informativo (manifesti, brochures, video e CD-ROM), interventi di operatori in manifestazioni territoriali, organizzazione di seminari e incontri informativi, collaborazione con le associazioni di auto-mutuo aiuto.

-Interventi di prevenzione dell’uso di sostanze psicoattive legali e illegali nelle strutture carcerarie N.C.P. di Sollicciano e l’Istituto M. Gozzini per la prevenzione dell’uso di sostanze psicoattive legali e illegali fra i detenuti.

Regione Umbria

-Prosecuzione delle attività di prevenzione dei danni alcolcorrelati nell’ambito della scuola, della famiglia, delle Scuole Guida, dei luoghi di lavoro, del territorio, anche in collaborazione con i Consultori Giovani, i Centri di salute mentale, i consultori di Medicina di base, le associazione del Privato Sociale e di auto-mutuo aiuto.

Metodologie e strumenti: elaborazione e distribuzione di materiale informativo; incontri con i giovani; disponibilità di numeri telefonici di contatto ed informazione; progetti con i genitori; campagne di informazione; percorsi di sensibilizzazione e informazione rivolti ai leaders della popolazione e ad associazioni di varie tipologie.

-Attivazione di tavoli di coordinamento socio-sanitario tra i diversi soggetti interessati alla prevenzione dei problemi alcolcorrelati.

-Adozione, nell’ambito del nuovo Piano Sanitario Regionale, del *“Patto integrato per una scuola promotrice di salute”*, che tramite un’azione coordinata dei Comuni, dei servizi, delle associazioni e delle famiglie si propone di affrontare i problemi alla radice, con azioni positive finalizzate a produrre ambienti e stili di vita favorevoli alla salute.

- Realizzazione del progetto *“Alcol e Fumo”*, rivolto ai ragazzi delle scuole medie inferiori ai fini dell’educazione alla salute su alcol e fumo.

-Realizzazione del progetto *“Alcol e guida”*, rivolto ai ragazzi delle scuole medie superiori ai fini della prevenzione dei rischi legati all’alcol e alla guida.

-Progetto di *PeerEducation* nelle scuole medie superiori di Foligno e Spoleto.

-Progetto *“Community workers: dall’unità di strada alla comunità di Città di Castello”*.

-Realizzazione di un progetto di prevenzione dei danni alcolcorrelati rivolto alle donne in gravidanza di età compresa tra i 25 e i 40 anni e alle donne in menopausa, svolto in collaborazione con il Consultorio.

-Incontri su *“Alcol e guida”* e *“Stili di vita per la salute”* nelle scuole medie inferiori e superiori.

-Corsi per l’idoneità alla guida rivolti ai ragazzi che intendono conseguire il patentino.

Regione Marche

-Progetti di prevenzione e informazione nelle scuole sia nell’ambito di quelle elementari e medie inferiori, con il coinvolgimento anche degli insegnanti e dei genitori, che nell’ambito di quelle superiori, tramite una capillare attività dei Centri di Informazione e Consulenza (CIC) di cui al D.P.R. 309/90.

-Funzionamento di n. 10 Unità di strada operanti per la identificazione precoce delle problematiche di policonsumo nei luoghi del divertimento e della aggregazione giovanile informale, nonché per la prevenzione degli incidenti alcolcorrelati, tramite l’utilizzo dei test dei riflessi e di etilometri.

-Attivazione di un *“Servizio risposte alcologiche”*, con specifico Numero verde, da parte del Comune di San Benedetto del Tronto-Settore Attività Sociali ed Educative- per attività di ascolto ed orientamento, interventi nelle scuole e attività di prevenzione, anche in stretta collaborazione con i Gruppi di Alcolisti Anonimi ed i Clubs di Alcolisti in trattamento del territorio.

-Adesione alla manifestazione *“Mese di prevenzione alcologica 2004”*, con diverse iniziative locali e la collaborazione della associazione regionale dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (ARCAT).

-Realizzazione di n. 6 eventi informativi e preventivi da parte dell’associazione regionale dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (ARCAT), con campagne di informazione e promozione della salute mirate e fruibili da tutta la popolazione.

-Interventi della U.O. Dipendenze patologiche della Zona Territoriale n. 9 di Macerata relativi alla prevenzione dell'uso di alcol alla guida, nell'ambito del progetto *"Stammi Bene"*.

-Interventi dell'U.O. Dipendenze Patologiche della Zona Territoriale n.11 di Fermo nell'ambito del progetto finanziato dal Ministero della Salute *"Senza Ecstasy ragioni tu"*, con una campagna sul tema *"Sostanze e Guida"*.

Metodologie e strumenti: finanziamento prevalente delle attività di prevenzione e informazione con fondi sociali, attraverso il metodo della concertazione con gli Ambiti Territoriali sociali; inserimento delle attività relative all'alcol all'interno di progetti di più ampia portata, con azioni e materiali specificamente dedicati.

Regione Lazio

- Seminari di sensibilizzazione-informazione rivolti ai docenti delle scuole medie inferiori e superiori nell'ambito della prosecuzione del Progetto *"E sai cosa bevi"* promosso e finanziato dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga.
- Completamento della rilevazione epidemiologica dei consumi a rischio nella città di Roma, i cui dati sono in via di elaborazione e confermano la prevalenza di circa il 12% di persone a rischio nella popolazione di età superiore ai 18 anni.
- Attivazione di un servizio di osservazione/intervento sui contenuti dell'informazione dei mass-media sui problemi alcol-correlati, con la realizzazione di interventi correttivi, informativi, educazionali svolti attraverso interviste, comunicati stampa, etc..

Regione Abruzzo

Iniziative adottate nell'ambito della Azienda USL Pescara

- Informazione e sensibilizzazione rivolta alla popolazione generale e agli operatori socio-sanitari.
- Progetto per la promozione di stili di vita sani e la prevenzione dei comportamenti a rischio.
- Progetto *"Percorso esperienziale didattico"* (P.E.D), iniziativa riconosciuta dal Provveditorato regionale agli Studi, che prevede interventi per l'educazione alla salute e per gli stili di vita sani rivolti ad alunni e insegnanti della scuola dell'obbligo, per realizzare un apprendimento in cui si integrano cognizioni ed emozioni.

-Incontri con gruppi di genitori e insegnanti.

-Gruppi educazionali nelle due classi superiori in collaborazione con le associazioni AA e AlAnon.

Iniziative adottate nell'ambito della Azienda USL di L'Aquila.

-Progetto "Percorso esperienziale didattico" (P.E.D.) di L'Aquila, che ha interessato 159 alunni, 8 insegnanti referenti e 4 insegnanti.

-Progetto "Informalcol" condotto dal Comune di L'Aquila in associazione col SERT locale, per l'apertura di uno sportello informativo presso il locale Distretto sanitario di base, finalizzato a facilitare l'accesso ai servizi nei casi di difficile contatto con i servizi tradizionali, nonché per la realizzazione di attività di *counseling*, informazione e sensibilizzazione nelle scuole e autoscuole, collaborazione con i medici di Medicina Generale, interventi socio-sanitari con le famiglie di alcol dipendenti, produzione di opuscoli informativi.

-Avvio del Progetto "Per-corsi", condotto dal locale SERT in collaborazione con la Azienda USL Avezzano-Sulmona, per la formazione degli operatori socio-sanitari e degli insegnanti sulle dipendenze da sostanze legali e illegali, con l'obiettivo specifico di allestire un sito WEB per affrontare i problemi con i giovani studenti e realizzare corsi di formazione per gli insegnanti.

-Progetto-obiettivo "Attività di prevenzione sul tema dell'educazione alla salute con particolare riferimento ai danni dell'alcol e alle condotte dell'eccesso", condotto nel comprensorio dell'Azienda USL 4 di L'Aquila, rivolto soprattutto agli insegnanti e agli alunni, con incontri estesi alla popolazione locale, le autorità politiche, religiose, le Forze dell'ordine e l'uso di metodologie di *peer education* (impiego di ex alcolisti come testimonial) e di mezzi didattici multimediali.

Iniziative adottate nell'ambito della Azienda USL di Avezzano-Sulmona

-N. 2 corsi di formazione obbligatori per tutti i medici di Medicina Generale della Azienda USL su "I problemi alcolcorrelati nell'ambulatorio del medico di Medicina Generale".

-Conferenza interattiva con studenti, genitori e insegnanti ITIS di Avezzano "Il bere e le credenze comuni".

-Realizzazione del corso "Volontari efficaci" per il Centro Servizi del Volontariato, che ha riguardato n. 62 operatori volontari.

-Incontri di sensibilizzazione con gli alunni del Liceo classico.

-Corso di formazione "Problemi alcolcorrelati e giovani", realizzato con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità e rivolto agli operatori delle discoteche del circuito SILB.

-Conferenza interattiva "Il bere e il consumo di sostanze psicoattive" per operatori e utenti della Comunità terapeutica di Chieti.

-Progetto "Strada facendo", per la formazione degli operatori sui problemi droga-alcol correlati tramite un corso realizzato in collaborazione tra la cooperativa Prometeo e la

Comunità montana di Avezzano.

-Direzione del corso di formazione *“Metodologie di intervento per detenuti con problemi alcolcorrelati complessi”*, rivolto agli educatori delle carceri di Abruzzo e Molise.

Regione Molise

-Definizione e approvazione, con DGR n. 1770 del 30.12.2003, di alcune iniziative progettuali promosse da enti locali, Aziende USL, organismi del Privato Sociale, finalizzate a favorire informazione, prevenzione e ogni utile conoscenza sui problemi alcolcorrelati.

Regione Campania

-Coinvolgimento nelle attività di prevenzione di n. 38 Servizi alcologici su 40.

-Prosecuzione o avvio delle attività di progetti regionali finanziati con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga, di cui n. 5 nella specifica area alcolologica e n. 8 in quella generale della dipendenza da sostanze, con interventi diretti sia alla popolazione generale che ad alcuni gruppi più a rischio, quali adolescenti e giovani nei diversi luoghi di vita e aggregazione collettiva, condotti anche tramite la collaborazione dei SERT con gli enti del Privato Sociale, le Forze dell’ordine e i gestori di locali notturni.

-Implementazione, in attuazione della Delibera di Giunta Regionale n. 970/2004, di un programma di sensibilizzazione del territorio, denominato *“A come Appuntamenti”*, per l’attivazione su tutto il territorio regionale di n.13 *“appuntamenti formativi”* rivolti agli operatori sanitari, socio-sanitari e sociali, nonché all’opinione pubblica, denominati *“Campi A.”*, che prevedono l’allestimento di uno spazio organizzato con immagini, mostre, momenti formativi, incontri con personalità significative impegnate sul problema dell’alcolismo, per la durata di una settimana e con adeguata pubblicizzazione sul territorio, per la attuazione di un programma concordato con il Servizio regionale, Tossicodipendenze e Alcolismo, che coordina l’intera rete dei Campi sul territorio regionale.

-Prosecuzione della partecipazione a progetti nazionali promossi in anni precedenti dal Ministero della Salute e finanziati con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga.

-Partecipazione alle fasi preliminari dell'avvio di n. 2 nuovi progetti nazionali (in tema di autogestione teleassistita dell'alcolipendenza nonché di impatto dei problemi alcolcorrelati negli utenti del SSN), promossi dal Ministero della Salute e finanziati con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga, con attività relative alla definizione delle risorse umane e alle modalità di coinvolgimento operativo.

-Adozione e potenziamento, nei programmi territoriali di protezione e promozione della salute, di "strategie di comunità locale" conformi agli orientamenti dell'OMS e della legge 125/2001.

Regione Puglia

-Attivazione, nell'ambito delle 12 Aziende USL e delle 2 Aziende ospedaliere regionali, di varie iniziative di prevenzione, informazione ed educazione sui danni alcolcorrelati ispirate ai principi della legge 125/2001, sia presso le strutture sanitarie che nelle scuole medie di 1° e 2° grado nonché presso associazioni culturali, rivolte a vari target (studenti, genitori, insegnanti, educatori, medici di base, operatori sociali e sanitari pubblici e del Privato Sociale, operatori di discoteca, gestori di esercizi commerciali, Forze dell'ordine, popolazione generale, lavoratori).

Metodologie e strumenti: produzione e distribuzione di materiale informativo e divulgativo; manifestazioni di piazza; sospensione temporanea di somministrazione di bevande alcoliche; assemblee; conferenze; attività di formazione per giovani e adulti; lavori in piccoli gruppi; ricerca-azione; studio e mappatura dei luoghi del divertimento; conferenze-spettacolo; presenza di unità mobili nei luoghi del divertimento giovanile.

-Progetto "*Patentino*" (svolto nell'ambito della Azienda USL TA/1), finalizzato ad integrare il programma di educazione stradale nella scuola per il conseguimento del patentino, con un programma di incontri su temi quali il comportamento, l'atteggiamento e gli stili di vita, la forza del gruppo, l'alcol e la guida, le sostanze psicoattive e la guida.

-Progetto "*I modelli del buon bere*", condotto nell'ambito della Azienda USL FG/2, rivolto ai genitori degli alunni delle scuole materne ed elementari, che sono stati coinvolti in uno specifico corso.

-Progetto condotto nell'ambito della Azienda USL LE/1 per la sensibilizzazione dei detenuti e la formazione degli operatori del carcere di Lecce.

Progetto *“Intervento di Prevenzione del consumo delle sostanze d’abuso”*, condotto nell’ambito dell’Azienda USL BR/1 in collaborazione con la Polizia municipale, rivolto agli studenti degli istituti di istruzione secondaria superiore.

Regione Basilicata

- Realizzazione in ciascuna Azienda USL, tramite i SERT, di progetti di prevenzione ed educazione alla salute diretti a genitori, insegnanti e ragazzi delle scuole medie inferiori e superiori.
- Realizzazione e pubblicazione di una ricerca sulle abitudini alcolcorrelate degli studenti delle scuole superiori del territorio dell’Azienda USL n. 2 di Potenza.
- Promozione di interventi di sensibilizzazione e informazione rivolti a tutta la popolazione tramite le Scuole Alcologiche Territoriali.
- Realizzazione, tramite i SERT delle Aziende USL della Regione, nell’ambito della manifestazione *“Mese della prevenzione alcolologica”*, di una serie di interventi informativi sulle patologie alcol-correlate nei mezzi di comunicazione di massa di maggiore diffusione regionale (TV e giornali) ed allestimento di stand informativi negli atrii degli ospedali e nelle piazze principali delle città.

Regione Calabria

- Previsione, nell’ambito del Piano Sanitario Regionale 2004/2006, di competenze specifiche dei servizi in relazione alla prevenzione, con obiettivi e azioni ben definiti finalizzati a ridurre la prevalenza dei consumatori e dei consumi eccedentari e a rischio, in particolare tra i giovani.
- Implementazione di n. 22 progetti e interventi realizzati dai SERT e dai Servizi alcologici per la prevenzione e l’informazione della popolazione adulta, della popolazione giovanile e studentesca delle scuole medie inferiori e superiori, delle donne e degli anziani, con il finanziamento delle Aziende USL, del Fondo nazionale per la lotta alla droga, del Ministero della Salute, dei Comuni, della Scuola, della Diocesi.

Regione Sicilia

- Adesione al progetto *“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”*, promosso dal Ministero della Salute nell’ambito dei progetti finanziati con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga.

Regione Sardegna

- Realizzazione di n. 6 corsi di sensibilizzazione (nei Comuni di Abbasanta, Alghero, Dorgali, Cagliari, Nuoro, Carbonia).
- Realizzazione di n. 1 corso di formazione per formatori.
- Progetto di informazione nelle scuole medie inferiori e superiori condotto dal Centro alcologico della Azienda USL di Cagliari in collaborazione con il Centro di Salute mentale.
- Elaborazione dell'opuscolo divulgativo "Progetto alcohol-Imprinting", appunti di alcologia ad uso di insegnanti e studenti, al quale hanno collaborato varie professionalità e ricercatori della Azienda USL di Cagliari e della locale Facoltà di Medicina.
- Ricerca curata dagli operatori del Centro alcologico di Iglesias per il coinvolgimento di soggetti immigrati di diverse nazionalità, con somministrazione di questionari, organizzazione di incontri ed elaborazione di un opuscolo ("Il fenomeno alcol e immigrazione nella provincia di Cagliari") rivolto agli operatori socio-sanitari del settore pubblico e privato in frequente contatto con l'utenza degli immigrati.

4.3. Iniziative adottate dalle Regioni per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto**Regione Piemonte**

- Programmazione di un prossimo Progetto regionale di formazione degli operatori dell'alcologia da parte della rinnovata Commissione Alcologica Regionale.
- Inserimento di tematiche relative ai problemi alcolcorrelati nei piani di formazione del personale socio-sanitario.
- Promozione di specifiche iniziative formative per gli operatori addetti (operatori dei SERT, etc.).
- Promozione di iniziative destinate a operatori non specifici (medici di base, personale ospedaliero, personale socio-assistenziale).
- Iniziative varie e molteplici di livello locale.

Regione Valle D'Aosta

-Organizzazione di corsi di aggiornamento per il trattamento dei problemi alcolcorrelati, realizzati dall'Azienda USL in collaborazione con il competente Assessorato alla Salute e Politiche Sociali.

-Seminario monotematico sulle problematiche alcolcorrelate destinato agli allievi della Scuola Regionale per infermieri.

-Corso di aggiornamento per medici di Medicina Generale sui nuovi markers e le nuove tecnologie utilizzate per la diagnosi di abuso alcolico, proposto dalla sezione regionale della FIMMG, in collaborazione con il Laboratorio d'analisi dell'Ospedale regionale.

Regione Lombardia

-Interventi di formazione degli insegnanti delle scuole medie superiori e inferiori per le attività di prevenzione e informazione rivolte agli studenti.

-Interventi di formazione di soggetti con ruoli di "operatori di salute" in relazione alla prevenzione degli incidenti alcolcorrelati (istruttori di Scuola Guida, agenti di Polizia municipale e stradale, animatori di locali notturni, operatori dell'informazione, rappresentanti di centri d'aggregazione giovanile, rappresentanti di associazioni di volontariato, sindacalisti del SILB etc.).

Provincia Autonoma Bolzano-Alto Adige

-Corso di aggiornamento sulla doppia diagnosi, rivolto al personale del SERT di Bolzano e dell'Ambulatorio della associazione HANDS, della durata di 6 giornate.

-Stages formativi presso strutture dell'Associazione HANDS e presso il Centro terapeutico di Bad Bachgart rivolti agli operatori del SERT di Bolzano e dell'Ambulatorio HANDS.

-Corso di Epidemiologia finalizzato all'utilizzazione di un nuovo sistema informativo provinciale, organizzato dall'Assessorato alla Sanità.

-Implementazione del Progetto "*Implis*", finalizzato a migliorare lo standard di qualità del servizio offerto nell'ambito del SERT di Bolzano e Ambulatorio HANDS.

- Organizzazione di n. 2 corsi di formazione sul *counseling* motivazionale breve, suddivisi in corso di base e corso di approfondimento, per complessive 40 ore, rivolti a medici ospedalieri, medici di Medicina Generale e operatori territoriali di SERT e associazioni, con la finalità di far apprendere le tecniche di base del colloquio motivazionale e migliorare la collaborazione tra ospedale e territorio.
- Corso *“Depressione e alcol nell’ambulatorio del medico di Medicina Generale”*, della durata di 3 ore, rivolto ai medici di Medicina Generale.
- Organizzazione di corsi di formazione e aggiornamento degli operatori locali e provinciali presso l’Azienda USL di Bolzano (n.1 corso di aggiornamento in farmacologia; discussione e supervisione dei casi; approfondimento di tematiche riabilitative).
- Promozione della partecipazione degli operatori a seminari e convegni di formazione e aggiornamento nazionali e locali.

Provincia Autonoma Trento

- Realizzazione di n. 3 “Settimane di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi”.
- Realizzazione di n. 6 giornate di aggiornamento per operatori dei Servizi di Alcologia e dei Clubs degli Alcolisti in trattamento da parte dell’Azienda provinciale per i servizi sanitari.

Regione Veneto

- Prosecuzione del Programma di formazione per Operatori delle tossicodipendenze (PFT).
- Specifici corsi curati dai singoli Dipartimenti per la formazione obbligatoria del personale sanitario ed ospedaliero (infermieri professionali, caposala, tecnici di laboratorio e di radiologia) con l’obiettivo principale di sensibilizzare e formare la maggior parte degli operatori socio-sanitari sul problema dell’alcoldipendenza e delle patologie correlate.

Regione Friuli-Venezia Giulia

-Attuazione di corsi specifici di secondo livello rivolti agli operatori dei Servizi di Alcologia dei Dipartimenti delle dipendenze.

-Attuazione di corsi di formazione di primo livello per operatori del Volontariato, del Privato-Sociale e delle comunità terapeutiche, e in particolare per gli iscritti alle associazioni dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (ACAT).

Regione Liguria

-Corsi di aggiornamento per gli operatori socio-sanitari di tutte le aziende ASL.

Metodologie e strumenti: formazione di tutti gli operatori del SERT sull'approccio motivazionale alle problematiche di dipendenza, con crediti ECM (Azienda USL spezzino); collaborazione con ARCAT, AA, comunità terapeutiche del Dipartimento (Azienda USL chiavarese).

-Formazione degli insegnanti referenti alla salute delle scuole della Provincia ai fini di fornire specifici strumenti per l'individuazione dei soggetti a rischio e per lo sviluppo di metodiche di comunicazione in grado di accrescere nei ragazzi la cultura del benessere (Azienda USL imperiese).

Regione Emilia Romagna

-Realizzazione a Maranello MO), nell'ambito dei programmi di aggiornamento e formazione degli operatori, del convegno nazionale "Alcol e Lavoro", a conclusione delle attività dell'omonimo progetto pilota regionale, condotto dall'Azienda USL di Modena, che nell'arco di un triennio ha coinvolto 20 aziende produttive medio-grandi e 14 Comuni afferenti ai distretti sanitari di Sassuolo e Pavullo (MO).

Regione Toscana

-Costituzione di uno specifico gruppo di lavoro presso il Centro Alcologico Regionale.

-Finanziamento di eventi formativi in collaborazione con le Aziende USL e le Università

degli Studi della Regione.

-Finanziamento della realizzazione della “Rete Cedro”, rete regionale tra i centri di documentazione che operano in materia di alcol e tossicodipendenza, finalizzata a favorire l’accesso all’informazione e documentazione da parte degli operatori e l’integrazione fra le attività di formazione e aggiornamento permanente degli stessi, anche tramite l’invio di una newsletter bimestrale.

-Proseguimento del funzionamento della Scuola Nazionale di Perfezionamento in Alcologia di Arezzo, ispirata al metodo ecologico sociale del Prof. V. Hudolin, per attività formative di secondo livello, con 150 ore di formazione in aula ed altrettante di tirocinio pratico nei Clubs degli Alcolisti in trattamento, cui partecipano ogni anno circa 40 operatori dei servizi pubblici e del Volontariato.

-Avvio delle attività formative destinate ai medici del Lavoro e ad altre figure professionali interessate nell’ambito del progetto *“Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell’uso inadeguato di alcol, diretto al personale dipendente di aziende”*, promosso dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga e coordinato dalla Regione Toscana.

-Iniziative di formazione e aggiornamento svolte in ambito territoriale da tutte le Aziende USL e ospedaliere, nonché dalle associazioni del Privato Sociale quali ARCAT, AA, AlAnon, AlAteen, cooperative sociali.

Regione Umbria

-Realizzazione dei seguenti corsi:

“Accoglienza e relazione nel contesto del poliambulatorio”;

“I criteri scientifici nella pianificazione dell’assistenza. Aggiornamenti”;

“Mediazione familiare: supervisione”;

“Sensibilizzazione e formazione alla cultura e pratica di mutualità e formazione di gruppi di autoaiuto”;

“La tutela della privacy e trattamento dei dati personali nelle attività psicologiche”;

Corso di sensibilizzazione all’approccio ecologico/sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi (metodo Hudolin);

Corso di formazione sull’educazione socio-affettiva;

Corso di formazione su metodologie dell’educazione tra pari;

Corso di formazione per tutti i medici di Medicina Generale del territorio aziendale sul *counseling* nelle problematiche alcolcorrelate ed in particolare sulla metodologia dell’intervento breve.

-Creazione della Scuola Alcologica Territoriale di III modulo in collaborazione con il CESVOL di Terni, rivolta alle associazioni di volontariato, alle parrocchie e ai centri sociali.

Regione Marche

- Iniziative locali e corsi di formazione e aggiornamento destinati ai medici di Medicina Generale.
- Elaborazione, presso l'U.O. del SERT/Centro di Alcologia della Zona Territoriale n. 10 di Camerino, di una procedura operativa che descrive i processi terapeutici comuni tra medici di Medicina Generale e Centro di Alcologia, finalizzata all'implementazione di metodologie condivise, che consentano una presa in carico congiunta degli assistiti e la realizzazione di trattamenti integrati.

Regione Abruzzo

- Corso base sul colloquio motivazionale per operatori (Azienda USL Pescara).
- Corso di approfondimento in tema di doppia diagnosi (Azienda USL Pescara).
- Corso su approccio gestaltico alle malattie organiche (Azienda USL Pescara).
- Corso sulla terapia ipnotico-eriksoniana (Azienda USL Pescara).
- Master advanced in Programmazione neurolinguistica (Azienda USL Pescara).*
- Direzione del corso di formazione *“Metodologie di intervento per detenuti con problemi alcolcorrelati complessi”*, rivolto agli educatori delle carceri di Abruzzo e Molise (Azienda USL Avezzano-Sulmona).
- N. 2 edizioni del corso di formazione *“I problemi alcolcorrelati nell'ambulatorio del medico di Medicina Generale”*, obbligatorio per tutti i medici di Medicina Generale della Azienda USL, per complessive 80 ore di formazione (Azienda USL Avezzano-Sulmona).

-Avvio del Progetto “*Per-corsi*,” condotto dal SERT per la formazione degli operatori socio-sanitari e degli insegnanti sulle dipendenze da sostanze legali e illegali, con l’obiettivo specifico di allestire un sito WEB per affrontare i problemi con i giovani studenti e realizzare corsi di formazione per gli insegnanti (Azienda USL L’Aquila).

Regione Molise

- Finanziamento di progetti di formazione e aggiornamento del personale addetto ai servizi territoriali.
- Progetto “*Delfi*”, gestito dal SERT di Isernia -Azienda USL n.2 Pentria.
- Progetto “*Colloquio motivazionale*” gestito dal SERT di Campobasso-Azienda USL n.3 Centro Molise.
- Realizzazione di un percorso di formazione/informazione per gli operatori delle discoteche nell’ambito del “Progetto nazionale di formazione del personale delle discoteche ai fini della prevenzione dell’uso di sostanze psicotrope fra i giovani”, promosso dal Ministero della Salute.

Regione Campania

- Coinvolgimento di n. 32 servizi alcologici su 40 nelle attività di formazione.
- Implementazione degli “appuntamenti formativi” rivolti agli operatori sanitari, socio-sanitari e sociali previsti nel programma di sensibilizzazione del territorio “*A come Appuntamenti*”, in attuazione della Delibera di Giunta Regionale 970/2004.
- Realizzazione di numerosi eventi formativi ECM per il personale medico e non medico in quasi tutte le Aziende USL della Regione.

Regione Puglia

- Realizzazione di un percorso di formazione e aggiornamento degli operatori nell’ambito di ciascuna Azienda USL.
- Metodologie e strumenti: corsi condotti da esperti in Alcologia; settimane di sensibilizzazione secondo il metodo Hudolin.

Regione Basilicata

-Partecipazione di un'équipe del SERT di Potenza, tramite i finanziamenti del Fondo nazionale per la lotta alla droga, a uno stage sui problemi alcolcorrelati e sui metodi riabilitativi tenutosi presso il Centro alcolologico di Auronzo di Cadore.

Regione Calabria

-N. 6 progetti e interventi realizzati dai SERT e dai servizi alcologici per la formazione del personale socio-sanitario o dei medici di base.

-N.2 corsi di 4 giornate gestiti dai Clubs degli Alcolisti in trattamento (“Corsi servitori CAT”), finalizzati alla formazione di adulti per la conduzione del gruppo di auto-mutuo aiuto.

Regione Sardegna

-Elaborazione dell'opuscolo “Il fenomeno alcol e immigrazione nella provincia di Cagliari”, curato dagli operatori del Centro alcolologico di Iglesias e pubblicato dalla Azienda USL di Carbonia, frutto di una ricerca che ha coinvolto più di 100 soggetti immigrati di diverse nazionalità e culture, rivolto agli operatori socio-sanitari del settore pubblico e privato in frequente contatto con l'utenza degli immigrati.

4.4. Iniziative adottate dalle Regioni per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario**Regione Piemonte**

-Studio e valutazione, in accordo con le Istituzioni e Società Scientifiche, della possibilità di sostenere la ripresa in sede regionale dei Corsi universitari di perfezionamento sulle problematiche alcolcorrelate.

Provincia autonoma Trento

-Inserimento di attività di ricerca nell'ambito dei progetti citati ai precedenti punti 4.1 e 4.2.

-Collaborazione con l' Università per l'organizzazione di tirocini e seminari sui problemi alcolcorrelati nell'ambito dei corsi di laurea breve in Scienze infermieristiche e per Assistenti sociali.

Regione Veneto

-Prosecuzione dello studio epidemiologico affidato all'Istituto di Fisiologia Clinica del C.N.R. di Pisa per l'attivazione di un sistema di rilevazione dati capace di fotografare nel modo più preciso gli effettivi bisogni territoriali e la domanda di intervento a livello di ogni singola Azienda USL, in base alla popolazione dei soggetti intercettati dalle istituzioni preposte (Dipartimenti per le dipendenze, comunità terapeutiche, Uffici territoriali di Governo). Lo studio consente in particolare di rilevare le caratteristiche e l'entità del consumo di alcol e droghe illecite secondo gli indicatori epidemiologici "standard" definiti a livello europeo dall'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze e di fornire indicatori utili alla programmazione degli interventi e alla ripartizione delle risorse della Regione Veneto.

Regione Friuli-Venezia Giulia

Durante l'anno 2004 non sono state adottate iniziative per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario.

Regione Liguria

-Ricerca su "Alcol e medici di base" commissionata dalla Regione Liguria (Azienda USL spezzino).

-Progetto "NetDrug" per la realizzazione di un sistema di ricerca epidemiologico-statistica basato sulla filosofia del *Local Monitoring* del Centro Pompidou, attuato in collaborazione con il CNR di Pisa (Azienda USL spezzino).

-Ricerca su abitudini, stili di consumo e abuso di alcol su un campione di 2000 soggetti di età compresa tra 18 e 32 anni, intervistati in modo anonimo sul territorio (Azienda USL chiavarese).

Regione Toscana

- Prosecuzione del *Master* di primo livello “Patologie e problemi alcolcorrelati” dell’Università degli Studi di Firenze, rivolto agli operatori dei servizi, con la realizzazione di due seminari di specializzazione, rispettivamente sulle psicoterapie e sulla prevenzione in campo alcolologico.
- Attività del Centro di Alcologia dell’Azienda ospedaliero-universitaria Careggi per la realizzazione di ricerche di base e psicosociali in vari ambiti, anche in collaborazione con le più importanti istituzioni di livello nazionale e internazionale, e relative pubblicazioni scientifiche e presentazioni a convegni e giornate di studio.

Regione Umbria

- Attività di formazione nell’ambito del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche.
- Attività di formazione nell’ambito del Corso di Laurea in Scienze Sociali.
- Collaborazione con la Facoltà di Medicina.
- Partecipazione al progetto nazionale “*Alcol, meno e meglio*”.

Regione Marche

- Collaborazione dell’équipe del Centro di Alcologia del Dipartimento per le dipendenze della Zona Territoriale n. 7 di Ancona con l’Università di Urbino, Facoltà di Psicologia, Cattedra di Psicologia delle Dipendenze, per la promozione di attività di ricerca sulle tematiche alcolcorrelate, e per la realizzazione di tesi di laurea e pubblicazioni di articoli e testi specialistici sul tema.
- Ricerca “*Osservando.....Nuove Droghe*”, realizzata dall’Osservatorio epidemiologico delle dipendenze della Zona Territoriale n. 7 di Ancona in collaborazione con la cooperativa sociale COOSS MARCHE, finanziata dal Ministero della Salute e finalizzata alla definizione di una metodologia di identificazione, registrazione e comprensione rapida dei fenomeni di consumo relativi all’uso e abuso di sostanze legali e illegali, ivi compreso l’alcol.

Regione Lazio

-Conclusione di un progetto pilota (primo progetto dell'Europa Occidentale) volto a determinare la prevalenza della Sindrome Feto Alcolica (FASD) in una popolazione generale a rischio e a porre le basi per l'adozione di misure preventive nell'ambito della popolazione femminile; avvio della pubblicazione dei relativi dati su varie riviste scientifiche di livello internazionale.

Regione Abruzzo

-Collaborazione del SERT di L'Aquila con il Dipartimento di Medicina Sperimentale dell'Università di L'Aquila per la conduzione di studio su un campione di utenti tossicodipendenti e alcolisti finalizzato a evidenziare un'eventuale relazione tra impulsività e processamento dell'informazione di contesto in tali tipologie di pazienti.

Regione Campania

-Sostegno all'Università, secondo le previsioni della "Azione A" approvata nell'ambito della Delibera di Giunta Regionale n. 970/ 2004, per la formazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari e sociali interessati al lavoro alcolologico, in conformità con la legge 125/2001.

-Sviluppo di forti sinergie, sul piano della didattica, della ricerca e della formazione, con l'Università, le società scientifiche e le agenzie specializzate del settore.

Regione Puglia

-Impegno di operatori del Dipartimento delle dipendenze patologiche (Azienda USL TA/1) per il Corso di perfezionamento universitario in Alcologia, c/o l'Università di Bari, della durata di un intero anno accademico.

Regione Calabria

-Insegnamento in tema di Epidemiologia dell'alcolismo, destinato a medici, farmacisti e biologi (4 ore), nell'ambito di un Master di I livello gestito dall'Università di Cosenza, Facoltà di Farmacia.

-Ricerca della durata di 24 mesi condotta in collaborazione tra il SERT di Soverato e la Facoltà di Farmacia dell'Università di Catanzaro.

-Indagine sul consumo di sostanze ricreazionali dei giovani fra i 15 e i 30 anni, della durata di 12 mesi, promossa dall'Osservatorio per le dipendenze della Azienda USL 4, nell'ambito del progetto *“Explorer”* finanziato con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga.

4.5. Iniziative adottate dalle Regioni per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del Privato Sociale *no profit***Regione Piemonte**

-Nuovo Atto d'intesa regionale finalizzato a promuovere significative sinergie con il Privato Sociale per il trattamento degli alcolisti.

-Sostegno operativo strutturato, in diverse Province (soprattutto quella di Cuneo), alle associazioni private impegnate nel settore e in particolare alle associazioni dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (ACAT), anche tramite convenzionamento con le Aziende USL.

-Integrazione del lavoro dei Servizi pubblici territoriali (SERT) ed ospedalieri con quello delle associazioni dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (ACAT) in molte parti della

Regione, finalizzata in particolare a favorire la segnalazione e presa in carico delle persone con problemi alcolcorrelati ricoverate a vario titolo in ospedale.

-Inserimento di utenti con necessità di percorsi residenziali in comunità di varia tipologia (dai Centri crisi alle comunità terapeutiche). Le strutture residenziali che ospitano alcoldipendenti risultano in costante crescita sia a livello di quantità che di qualità, anche in conseguenza della stretta collaborazione e integrazione con i servizi pubblici che garantiscono una crescente professionalità.

Regione Valle d'Aosta

- Non sono state adottate nuove e specifiche iniziative in tale ambito.
- Sono proseguiti gli orientamenti e le attività dei servizi pubblici regionali finalizzati a favorire l'integrazione dei servizi e delle attività, la consultazione ed il confronto con le associazioni del Privato Sociale.

Regione Lombardia

-Usuale pratica di collaborazione dei servizi pubblici con gli enti del Privato Sociale e le associazioni di volontariato e auto-mutuo aiuto per gli interventi di cura e reinserimento effettuati a livello territoriale, anche in forma integrata con i medici di Medicina Generale e le Aziende ospedaliere.

-Sostegno al funzionamento di n. 4 associazioni di auto-mutuo aiuto (Alcolisti Anonimi, C.A.T., Al.Anon., Alateen) nell'ambito delle quali funzionano 546 gruppi, che hanno preso in carico in totale 8.360 soggetti alcolisti e familiari di alcolisti.

Provincia Autonoma Bolzano-Alto Adige

-Proseguzione degli usuali rapporti di collaborazione con associazioni riconosciute (A.A., Clubs degli Alcolisti in trattamento, Caritas, Strada-Der Weg, San Vincenzo).

-Inserimento di alcoldipendenti presso le cooperative sociali.

-Collaborazione degli operatori alla conduzione dei gruppi di auto-aiuto e alla supervisione degli operatori dei Clubs di Alcolisti in trattamento(C.A.T.).

-Funzionamento dei gruppi HANDS a conduzione professionale per pazienti dimessi da centri terapeutici e comunità terapeutiche, con la finalità di completare il lavoro psicoterapeutico avviato nelle strutture e inserire i pazienti nei gruppi di auto-aiuto.

-Progetto transfrontaliero finanziato dal Fondo Sociale Europeo per l'attivazione, in collaborazione con l'associazione austriaca del Tirolo del Nord "B.I.N.", di gruppi di sostegno a conduzione professionale per familiari, in lingua italiana e tedesca.

-Incontro di collaborazione tra i gruppi di auto-aiuto ed i medici di Medicina Generale dell'Alta Val Venosta (Malles), organizzato dal Consultorio psico-sociale Caritas di Silandro (Bz).

-Funzionamento di specifici gruppi di auto-aiuto, gestiti secondo il concetto modulare di J.Körkel & C. Schinder, per l'offerta di un servizio ambulatoriale post-assistenziale di "profilassi contro la ricaduta" a soggetti che abbiano concluso positivamente un progetto terapeutico.

Provincia Autonoma Trento

-Prosecuzione degli usuali stretti rapporti di collaborazione con le associazioni dei Clubs degli Alcolisti in trattamento e i gruppi di Alcolisti Anonimi.

Regione Veneto

-Convenzioni e protocolli d'intesa in tutti i Dipartimenti per le dipendenze ai fini del trattamento dei pazienti alcoldipendenti e delle famiglie e per la stesura di programmi riabilitativi residenziali e/o semiresidenziali di reinserimento socio-lavorativo, in particolare con le cooperative sociali e le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali specifiche per soggetti alcoldipendenti.

-Ampio spazio alle progettualità specifiche per il trattamento riabilitativo integrato della comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza e per l'inserimento socio-lavorativo dei soggetti alcoldipendenti.

Regione Friuli-Venezia Giulia

-Accesso di tutte le associazioni di auto-mutuo aiuto e del Privato-Sociale *no profit* alla programmazione aziendale per gli interventi sul territorio.

-Sostegno alla promozione delle iniziative delle associazioni, anche con la diretta partecipazione degli operatori delle stesse Aziende USL.

-Collaborazione degli operatori del Servizio di Alcologia dell'Azienda USL n.2 "Isontina" di Gorizia alla iniziativa transnazionale degli operatori dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (CAT) della Provincia per la formazione congiunta di operatori per l'apertura di CAT in Romania.

Regione Liguria

-Attivazione di una rete di collaborazione e coordinamento degli interventi con i gruppi di auto-mutuo aiuto (CAT e AA), le organizzazioni del Terzo settore (in particolare Caritas), le strutture del Privato Sociale.

-Inserimento nell'organico del personale NOA di n. 2 operatori provenienti da una cooperativa sociale (Azienda USL spezzino).

-Coordinamento di Clubs di Alcolisti in trattamento (CAT) da parte di operatori del NOA (Azienda USL spezzino).

-Collaborazione delle associazioni AA, associazione regionale dei Clubs per gli Alcolisti in trattamento (ARCAT) e comunità terapeutiche del territorio dipartimentale all'organizzazione di corsi di aggiornamento per il personale dei NOA (Azienda USL chiavarese).

Regione Toscana

-Integrazione dei servizi pubblici con le associazioni di auto-mutuo aiuto nella conduzione di progetti e attività di promozione della salute e prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

-Coordinamento e collaborazione delle équipes alcologiche delle Aziende USL con l'associazione dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (ARCAT), degli Alcolisti Anonimi (AA), delle associazioni AlAnon e AlAteen, dell'associazione delle Pubbliche Assistenze (ANPAS).

-Possibilità di partecipazione degli enti ausiliari e delle associazioni di volontariato e auto-mutuo aiuto attivi in campo alcologico al Comitato tecnico scientifico che assiste la Giunta Regionale Toscana per l'indirizzo, il coordinamento e il supporto dell'azione programmata.

Regione Umbria

- Interventi per favorire la collaborazione della associazione regionale dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (ARCAT) con i servizi alcologici territoriali, soprattutto nell'ambito delle attività di sensibilizzazione nella scuola.
- Interventi per favorire la collaborazione dei Gruppi di Alcolisti Anonimi(AA) con gli Ospedali, i SERT, i medici di Medicina Generale, la scuola, le comunità terapeutiche, i Clubs degli Alcolisti in trattamento, i servizi sociali e altre associazioni ed enti vari.
- Realizzazione di corsi di formazione condivisi tra i Clubs degli Alcolisti in trattamento (CAT), i servizi territoriali e i Comuni.
- Riunioni di supervisione mensile degli operatori in collaborazione con l'associazione dei Clubs degli Alcolisti in trattamento.
- Partecipazione della Regione Umbria, della Azienda USL 2, dell'Agenzia regionale SEDES per la promozione alla salute e del Consorzio delle Cooperative Auriga al progetto *“Una marcia in più”*, promosso dai Clubs degli Alcolisti in trattamento (CAT) per la realizzazione di una campagna itinerante di promozione della salute sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati, attraverso un approccio di popolazione.
- Realizzazione di un corso di sensibilizzazione all'approccio “ecologico-sociale” per la formazione di operatori dei CAT.
- Organizzazione del convegno “Un'integrazione possibile: pubblico e privato” nel dicembre 2004 a Gubbio per il decennale dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (CAT).

Regione Abruzzo

- Collaborazione con almeno un ente o associazione del Volontariato o Privato Sociale da parte di n. 4 dei 5 Servizi di Alcologia della Regione.
- Frequente collaborazione con tutti i gruppi di auto-mutuo aiuto (31,9% degli utenti dei servizi alcologici).

-Incremento delle collaborazioni con le comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali (realizzate da n. 4 strutture).

Regione Molise

-Assegnazione di un ruolo attivo e, in alcuni casi, gestionale alle associazioni di auto-mutuo aiuto e alle organizzazioni del Privato Sociale *no profit* nell'ambito di alcuni progetti finanziati all'interno della programmazione regionale.

Regione Campania

-Sostegno allo sviluppo del lavoro di rete tra i SERT e il mondo del Volontariato e del Privato Sociale per l'attuazione di interventi di tipo non residenziale, con particolare riferimento al settore dell'auto-mutuo aiuto (28 Clubs di Alcolisti in trattamento attivi soprattutto nelle province di Salerno, Avellino, Benevento e Napoli; 15 Gruppi di Alcolisti Anonimi attivi soprattutto nell'area di Napoli; Gruppo Logos) ma anche al Terzo settore (n. 5 enti fra ONLUS, cooperative e centri di ascolto).

-Creazione a Salerno di un Centro diurno per la presa in carico di persone con problemi alcolcorrelati complessi, tramite il finanziamento di un'esperienza pilota con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga.

Regione Puglia

-Proseguimento delle attività di 60 sedi operative delle 36 organizzazioni del Privato Sociale e Volontariato operanti nella Regione.

-Avvio di n. 2 nuovi Clubs di Alcolisti in trattamento (CAT) all'interno dei SERT della Azienda USL LE/1.

-Attività di collaborazione con i Clubs di Alcolisti in trattamento (CAT) e con i gruppi di Alcolisti Anonimi (A.A.) in tutte le Aziende USL regionali, sia per favorire e strutturare interventi terapeutici ottimali che per il reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti alcoldipendenti.

Metodologie e strumenti: costanti e frequenti incontri tra operatori dei SERT e facilitatori di gruppi di auto-aiuto presenti sul territorio.

Regione Basilicata

-Proseguzione di stretti rapporti di collaborazione dei SERT e degli ambulatori alcologici ospedalieri con le 15 associazioni dei Clubs degli Alcolisti in trattamento e i 6 gruppi degli Alcolisti Anonimi.

-Finanziamento del progetto triennale *“Rete territoriale per l’alcolismo nella ASL n. 2”*, tramite le risorse del Fondo regionale per la lotta alla droga, nel cui ambito si è realizzata un’intensa collaborazione fra SERT e associazione dei Clubs degli Alcolisti in trattamento.

Regione Sardegna

-Sostegno al funzionamento di n. 87 Clubs di Alcolisti in trattamento(CAT) distribuiti in tutta la Regione.

-Sostegno al funzionamento di n. 10 associazioni di Clubs di Alcolisti in trattamento(ACAT) che organizzano e raccordano più CAT in ciascuna provincia.

-Collaborazione della associazione ACAT di Sassari alla realizzazione del progetto *“Alcol e Comunità”*, in collaborazione col Comune di Ploaghe, con organizzazione di incontri pubblici presso strutture pubbliche comunali quali il Padiglione dell’artigianato di Sassari, con la partecipazione dei medici di Medicina Generale.

-Partecipazione dell’ACAT di Alghero, tramite l’organizzazione di uno specifico corso di sensibilizzazione, al progetto *“Formazione in campo alcologico, con particolare riferimento all’approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati”*.

-Collaborazione dell'ACAT di Senorbì (che segue 90 famiglie in tutta la zona del Sarribus-Gerrei) con la Provincia Autonoma di Trento tramite l'invito di esperti per i corsi di sensibilizzazione e l'acquisto di video, manifesti e pieghevole da distribuire nei corsi di sensibilizzazione gestiti dai Clubs di Alcolisti in trattamentoe nelle attività di Interclub.

4.6. Strutture di accoglienza eventualmente realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'art.11 della legge 30.3.2001 n. 125

Regione Piemonte

-Progettazione di una nuova struttura di accoglienza per acuzie situata nella città di Torino, i cui risultati saranno valutabili tra qualche anno.

-Funzionamento di strutture deputate al trattamento e riabilitazione di soggetti alcoldipendenti (Centro Crisi San Lorenzo di Caraglio (Ass. Papa Giovanni XXIII) ; CUFRAD di Sommariva Bosco).

-Presentazione di un progetto della Azienda USL 15 di Cuneo per l'apertura, con i finanziamenti previsti dalla legge 45/99, di una specifica struttura di accoglienza post-acuzie per alcoldipendenti, da gestire in collaborazione fra il servizio pubblico e una associazione privata, attualmente in attesa della valutazione da parte della Commissione tecnica regionale addetta.

Regione Valle D'Aosta

-Struttura del Privato Sociale non specifica per le alcoldipendenze, accreditata nel 2004, che offre un servizio specialistico residenziale per persone dipendenti da sostanze legali ed illegali con patologie gravemente invalidanti, quali, ad esempio, demenza alcolica e AIDS.

-Inserimento in almeno un programma di comunità residenziale di 74 utenti alcoldipendenti nell'anno 2004, di cui ben 33 in strutture extra regionali, non essendovi strutture di accoglienza specifiche ed esclusivamente dedicate alle alcoldipendenze.

Regione Lombardia

- Funzionamento di 19 strutture residenziali.
- Accreditamento di n. 100 posti presso strutture del Privato Sociale distribuite nel territorio delle diverse Province, funzionanti in sinergia con le strutture pubbliche.

Provincia Autonoma Bolzano-Alto Adige

-Realizzazione del progetto *“Equal Goal”* per la creazione di una rete operativa integrata tra i servizi ai fini dell'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. Nell' ambito di questo progetto è stata progettata e attivata l'apertura di un centro a bassa soglia, di un servizio di segretariato sociale gestito dalla Caritas, di un centro di valorizzazione per l'impiego gestito dall'Azienda Servizi Sociali di Bolzano e di alloggi protetti di secondo livello gestiti dalla S. Vincenzo.

-Prosecuzione del funzionamento delle strutture HANDS, della comunità terapeutica residenziale e semiresidenziale di Bolzano, dell'alloggio protetto HANDSHOM di Bolzano, dei laboratori protetti HANDSWORK di Bolzano e Cermes (Merano), del laboratorio della comunità terapeutica di Bolzano.

Provincia Autonoma Trento

-Prosecuzione del funzionamento di un Reparto di Alcologia con 11 posti letto presso l'Ospedale S.Pancrazio di Arco.

Regione Veneto

-Funzionamento, nell'ambito della rete alcologica regionale, di n.1 comunità terapeutica residenziale pubblica per alcolisti e di n. 1 comunità del Privato-Sociale specifica per alcolisti, nonché di altre comunità terapeutiche non specifiche ma con appositi i moduli per il trattamento di alcoldipendenti.

Regione Friuli-Venezia Giulia

-Prosecuzione del funzionamento di n. 2 strutture di accoglienza a valenza socio-assistenziale-alcologica , con sede a San Daniele del Friuli e a Trieste, che servono tutto il territorio regionale.

-Riserva di posti letto dedicati alla riabilitazione alcologica nei reparti di Medicina Generale degli ospedali di Sacile e Cormons.

Regione Liguria

-Progetto per l'attivazione di una struttura di cui all'art. 11 della legge 30.3.2001 n. 125 (Azienda USL chiavarese).

-Struttura di accoglienza CARITAS per persone senza fissa dimora con problemi alcolcorrelati, che offre possibilità di pernottamento e pasti giornalieri (Azienda USL spezzino).

-Struttura a bassa soglia di accesso “Casa Nuova”, gestita in modo coordinato dal CEIS di La Spezia e dal SERT spezzino, rivolta a persone alcoldipendenti in fase post acuta, non ancora pronte per il trattamento ambulatoriale o l'inserimento in struttura comunitaria (Azienda USL spezzino).

-Progetto per l'istituzione di una struttura di accoglienza per alcolisti senza fissa dimora o privi di una rete familiare e sociale, in fase di organizzazione con la collaborazione tra servizi sociali del Comune di Sanremo, Servizio di salute mentale, Caritas e centro Ascolto (Azienda USL imperiese).

-Disponibilità di n. 20 posti a contratto nella comunità terapeutica “La Fattoria” di Orero per trattamenti comunitari, con previsto invio in altre strutture regionali o extra regionali per tipologie di pazienti non trattabili in tale comunità (Azienda USL chiavarese).

-Piano di coordinamento con le strutture terapeutiche residenziali della Regione Liguria per incrementare il numero di posti residenziali per pazienti con disturbi alcolcorrelati e sostenere progetti di reinserimento sociale (Azienda USL imperiese).

Regione Emilia-Romagna

-Struttura residenziale per alcolisti “L’Orizzonte”, gestita nel territorio di Parma dal CEIS quale ente ausiliario accreditato, che sta concludendo la fase sperimentale di funzionamento e che costituisce il modello di riferimento da valutare ai fini dell’attivazione di altre strutture di tale tipologia nel territorio regionale.

Regione Toscana

-Comunità di Serravalle Pistoiese, gestita dall’Associazione genitori Comunità Incontro di Pistoia, specificamente dedicata al recupero degli alcolisti, con 14 posti letto.

-Comunità di Altopascio, gestita dal CEIS di Lucca, specificamente dedicata al recupero degli alcolisti, con 12 posti letto.

-N. 7 strutture di accoglienza rivolte in maniera non esclusiva al recupero di alcolisti, operanti in stretta collaborazione con le Aziende USL di Empoli, Valdera, Val di Cecina, Viareggio, Val di Nievole, Amiata senese, Firenze, Massa.

-N. 3 Centri diurni di trattamento e recupero, funzionanti come servizi di cura intermedi fra il trattamento ambulatoriale e l’inserimento in comunità terapeutica, gestiti dalle Aziende USL di Firenze, Pistoia e Massa Carrara, rivolti a quei pazienti in carico ai servizi alcologici territoriali che, pur aderendo ad un programma di trattamento, non riescono ad ottenere una astinenza significativa.

-Struttura di accoglienza residenziale gestita dal SERT dell’Azienda USL 8 di Arezzo-Zona Valtiberina per ospitare anche Alcolisti in trattamento bisognosi di momentanea protezione prima di intraprendere un progetto di vita autonoma.

-Centro Diurno “Il Timone”, finalizzato a programmi educativo-riabilitativi per utenti alcolisti e gestito da personale del SERT dell’Azienda USL 8 di Arezzo-Zona Aretina.

-Struttura residenziale dell’associazione Arcobaleno (in località Faltona-Borgo San Lorenzo), in via di specializzazione per la pronta accoglienza di pazienti alcolisti in collaborazione con l’Azienda USL 10 di Firenze – Zona Mugello.

-Disponibilità di posti letto di accoglienza per soggetti con problemi alcolcorrelati all’interno di n. 2 strutture (“Centro Le Colmate” e “Centro Colmate 2000”) di proprietà dell’Azienda USL 3 di Pistoia-Distretto Val di Nievole, gestite in collaborazione con il Privato Sociale.

-Disponibilità di complessivi 90 posti residenziali presso vari enti ausiliari che effettuano attività alcolologiche.

Regione Umbria

-Proseguimento del funzionamento di n. 2 strutture residenziali (Gruppo Famiglia "Pindaro" di Perugia e struttura residenziale per problemi alcolcorrelati di Narni-Terni) nell'ambito del "Servizio specialistico residenziale per persone con problemi alcolcorrelati", introdotto da specifica delibera regionale per accogliere utenti maggiorenni, italiani o stranieri, con specifiche problematiche alcolcorrelate, senza disturbi psichiatrici gravi, anche in trattamento farmacologico. Vengono offerti interventi terapeutici e riabilitativi individuali e di gruppo personalizzati, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche, finalizzati alla riabilitazione, anche tramite il coinvolgimento del nucleo familiare.

Regione Marche

-Funzionamento di n. 13 enti ausiliari con attività di assistenza residenziale e semi residenziale a soggetti tossicodipendenti, con n. 29 sedi residenziali e n. 5 semiresidenziali accreditate, molte delle quali accolgono anche pazienti alcoldipendenti, alcune con programmi riabilitativi specifici, spesso in collaborazione con i Clubs degli Alcolisti in trattamento (CAT) e altri gruppi di auto-mutuo aiuto del territorio.

-Funzionamento di n. 2 strutture pubbliche residenziali e di n. 7 strutture pubbliche semiresidenziali.

-Funzionamento di n. 2 Case di cura private convenzionate (Villa Silvia di Senigallia e Casa S. Giuseppe di Ascoli Piceno).

-Rete delle associazioni, cooperative sociali e organizzazioni di auto-mutuo aiuto (A.A. e Alcolisti in trattamento) per le attività di sostegno alle famiglie e il reinserimento sociale.

-Avvio, tramite l'adozione della DGR 747/04, di un processo di riqualificazione e indirizzo dell'assistenza verso una maggiore specificità anche all'interno del settore residenziale dell'alcoldipendenza.

Regione Abruzzo

-Centro diurno terapeutico, struttura semiresidenziale della Azienda USL di L'Aquila finalizzata a programmi di recupero.

-Case di cura e comunità residenziali convenzionate che collaborano con alcuni servizi pubblici.

Regione Campania

-Funzionamento di alcune comunità terapeutiche per l'accoglienza residenziale di utenti con problemi di dipendenza da sostanze d'abuso di vario tipo.

-Funzionamento di n. 7 progetti regionali, finanziati con il Fondo nazionale per la lotta alla droga, finalizzati essenzialmente al potenziamento delle attività di accoglienza e presa in carico degli utenti alcoldipendenti.

Regione Puglia

-Riserva di posti letto per utenti alcoldipendenti, con programmi di recupero concordati con i SERT del territorio, in tutte le 40 sedi operative residenziali delle organizzazioni del Privato Sociale e Volontariato che provvedono ai problemi della generale dipendenza da sostanze.

Regione Basilicata

-Comunità "Emmanuel" di Salandra, per l'accoglienza di utenti alcoldipendenti che necessitano di un programma riabilitativo comunitario.

Regione Calabria

-Struttura di accoglienza e comunità terapeutica "Arcobaleno", ubicata a Catanzaro e convenzionata con il SERT.

Regione Sardegna

-Centro residenziale per alcolisti "Don Vito Sgotti", con sede a Carbonia e n. 6 posti letto, gestito da un'équipe di 2 medici, 3 educatori e 1 operatore alcolologico, autorizzato al funzionamento, accreditato e finanziato nel 2004 con i fondi del Fondo nazionale per la lotta alla droga, operante in rapporto di convenzione con la Azienda USL di Carbonia, che ha accolto nel corso dell'anno n. 53 utenti alcolisti, di cui 37 hanno completato il previsto programma.

4.7. Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge**Regione Piemonte**

-Convenzioni con le associazioni dei Clubs per gli Alcolisti in trattamento (ACAT) per sostegno e rimborso spese.

-Convenzioni con le strutture residenziali per inserimenti in comunità.

-Protocolli interaziendali con Aziende USL e Aziende ospedaliere (solo in alcune aree territoriali).

Regione Valle D'Aosta

-Convenzioni e/o protocolli di collaborazione con strutture extra regionali per l'invio di utenti.

-Convenzioni e/o protocolli con associazioni del Privato Sociale (C.A.T., cooperative etc.) per l'effettuazione di progetti comuni di formazione e aggiornamento di specifiche figure professionali e per l'informazione della popolazione in generale.

-Assegnazione di un progetto ad una cooperativa del Privato Sociale per la sperimentazione di un modello di percorso finalizzato all'inserimento/reinserimento lavorativo di alcoldipendenti.

Provincia Autonoma Bolzano-Alto Adige

- Convenzione con l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano per l'aumento (da 10 a 12) dei posti a disposizione dell' utenza nel Laboratorio protetto del SERT di Bolzano- Ambulatorio HANDS.
- Convenzione con la Comunità comprensoriale Burgraviato per l'aumento (da 8 a 10) dei posti a disposizione dell' utenza nel Laboratorio protetto di Cermes.
- Avvio dei contatti con l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano per il convenzionamento dell'alloggio protetto "HANDSHOME" ai fini dell'inserimento di pazienti alcoldipendenti residenti nel Comune di Bolzano.
- Elaborazione di protocolli di intesa/collaborazione fra il SERT di Merano ed alcuni servizi al fine di individuare adeguati progetti socio-lavorativi e gestire casi multiproblematici con gravi problemi di alcoldipendenza.
- Protocolli di intesa per la collaborazione fra il Consultorio psico-sociale Caritas di Silandro (Bz) e il Consultorio, il Servizio psicologico ed il Servizio di salute mentale della Azienda USL di Merano.
- Attivazione di incontri tra il Consultorio psico-sociale Caritas di Silandro (Bz) e l'Ufficio del Lavoro per la gestione di problematiche derivanti dall'inserimento lavorativo dei pazienti.

Provincia Autonoma Trento

- Convenzioni dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari con l'Associazione Provinciale dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (APCAT) e l'Associazione Alcolisti Trentini (Alcolisti Anonimi) per il finanziamento delle attività svolte da tali associazioni a favore di persone con problemi alcolcorrelati.

Regione Veneto

- Convenzioni e protocolli d'intesa in tutti i Dipartimenti per le dipendenze con le cooperative sociali e le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali specifiche per

soggetti alcoldipendenti, ai fini del trattamento dei pazienti alcoldipendenti e delle famiglie e per la stesura di programmi riabilitativi residenziali e/o semiresidenziali di reinserimento socio-lavorativo.

-Prosecuzione e intensificazione dei protocolli operativi di collaborazione con le Commissioni mediche Patenti, per l'attivazione di incontri formativi a frequenza obbligatoria precedenti la visita medica dei soggetti interessati al riottenimento della patente e per l'inserimento in tali Commissioni di personale medico specialistico di ambito alcologico.

-Stipula di protocolli di collaborazione con i gestori di locali pubblici e con le associazioni di categoria per limitare la distribuzione di bevande alcoliche nelle fasce orarie a maggiore frequenza di giovani e giovanissimi.

-Attuazione di progetti di inserimento lavorativo protetto di pazienti alcoldipendenti seguiti dai servizi pubblici, in attiva collaborazione col personale aziendale.

Regione Friuli-Venezia Giulia

-Prosecuzione e consolidamento dei protocolli di collaborazione o di specifiche convenzioni tra alcune Aziende USL ed enti e associazioni *no profit*.

Regione Liguria

-Protocolli di collaborazione con le associazioni di A.A., con i CAT e con la Caritas per la definizione di percorsi di cura e riabilitazione degli alcolisti, di modalità di reciproco invio e di incontri periodici di coordinamento.

-Protocollo di collaborazione con le locali Commissioni mediche Patenti per concordare procedure adeguate (Azienda USL spezzino).

-Protocollo d'intesa con la Casa circondariale di Chiavari e con il Servizio sociale Adulti del Tribunale di Genova (Azienda USL chiavarese).

Regione Emilia-Romagna

-Prosecuzione dell'apposito Accordo, sancito con Delibera di Giunta 2360/02 e successive modificazioni, che disciplina i rapporti di collaborazione con gli enti del Privato Sociale, stabilendo che tali enti siano presenti all'interno dei Comitati locali, sia nella fase di progettazione degli interventi, che in quella di realizzazione. La collaborazione si attua anche nell'ambito della definizione dei Piani regionali per la salute e dei Piani di zona, dove sono inseriti i progetti per la prevenzione alcologica.

Regione Toscana

-Protocollo di collaborazione e convenzione del SERT di Pistoia con l'associazione dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (ACAT), l'associazione onlus "Synthesis", il CEIS di Pistoia, l'associazione Genitori Comunità Incontro.

-Convenzione dell'Azienda USL 4 di Prato con l'associazione dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (ACAT).

-Convenzione dell'Azienda USL 8 di Arezzo-Zona Aretina con varie cooperative per l'inserimento lavorativo di utenti con problemi alcolcorrelati in trattamento presso il SERT.

-Convenzione dell'Azienda USL 9 di Grosseto con le Case circondariali presenti sul territorio per un rapporto di collaborazione e consulenza per programmi terapeutici con detenuti alcoldipendenti.

-Rinnovo del protocollo d'intesa del Centro di Alcologia dell'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi con la Commissione medica Patenti per il trattamento delle persone individuate alla guida di autoveicoli con alcolemia superiore ai limiti legali.

Regione Umbria

-Convenzione del Gruppo famiglia "Pindaro" con il Comune di Perugia.

-Convenzione dei Servizi pubblici con le Cooperative sociali per la gestione dei servizi residenziali e dei progetti di prevenzione e riabilitazione.

-Protocollo di collaborazione con l'associazione ARCI Ragazzi di Amelia per iniziative di sostegno alle famiglie.

-Protocollo di collaborazione con l'associazione dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (ACAT).

Regione Lazio

-Proseguimento della collaborazione istituzionale e coordinamento con alcune istituzioni estere (Università del New Mexico, Centro Alcologico di Albuquerque) per la definizione di specifici protocolli di trattamento farmacologico e psicologico.

Regione Abruzzo

-Protocollo di collaborazione con gli Istituti Penitenziari per le problematiche alcolcorrelate.

-Protocolli di collaborazione con vari enti per il reinserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati (Azienda USL Pescara).

-Convenzioni con le Università per il tirocinio di psicologi ed assistenti sociali presso il Servizio di Alcologia (Azienda USL Pescara).

-Convenzioni con varie comunità terapeutiche (Azienda USL Pescara).

-Collaborazione con il Comune nell'ambito dei progetti del Piano di zona per l'assistenza alle famiglie con problemi di alcol e droga, l'assistenza ai figli minori di genitori con problemi alcolcorrelati, e per l'avvio del Centro Alcologico Funzionale (Azienda USL Avezzano-Sulmona).

-Collaborazione con il Comune per la realizzazione del progetto "*Centro di pronto intervento per persone con problemi di alcol e droga*", finanziato con i fondi della legge 45/99 (Azienda USL Avezzano-Sulmona).

-Collaborazione con l'associazione regionale dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (ARCAT) per l'implementazione del progetto "*Alcol, meno è meglio*" (Azienda USL Avezzano-Sulmona).

Regione Molise

-Protocolli di intesa tra gli enti attuatori di alcuni progetti regionali e le associazioni del Privato Sociale (in particolare l'associazione regionale dei Clubs degli Alcolisti in trattamento) e del Volontariato sociale.

Regione Campania

- Prosecuzione dei protocolli formali di collaborazione o delle collaborazioni sostanziali già in atto tra i SERT delle Aziende USL e i Clubs degli Alcolisti in trattamento, i Gruppi di Alcolisti Anonimi e le associazioni e comunità del Privato Sociale (Gruppo Logos, comunità terapeutiche iscritte nell'albo degli enti ausiliari) operanti nella Regione Campania, ai fini della realizzazione di programmi terapeutico riabilitativi prevalentemente non residenziali, ispirati ai principi ed alla metodologia del *self help*.
- Prosecuzione dello sviluppo e funzionamento, tramite progetti finanziati con il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, di una rete territoriale di Centri di ascolto e orientamento specificamente dedicati ai problemi alcolcorrelati nonché all'integrazione socio-lavorativa, gestiti da associazioni di volontariato o cooperative sociali che hanno una formazione specialistica nel campo dell'alcolismo.
- Collaborazione tra SERT, enti del Privato Sociale, Forze dell'ordine e gestori di locali notturni per la prosecuzione di progetti di prevenzione diretti sia alla popolazione generale che ad alcuni gruppi più a rischio quali adolescenti e giovani, nei diversi luoghi di vita e aggregazione collettiva.
- Avvio dello sviluppo, nell'ambito delle previsioni della "Azione A." varata con la Delibera di Giunta Regionale n. 970/2004, di programmi territoriali integrati ed omogenei, correlati agli interventi promossi nel campo dei problemi alcolcorrelati dai Piani sociali di zona previsti dalla legge 328/2000 e dal D.Lg.vo 229/99, da realizzare in regime di *partnership* con gli enti locali, i gruppi di auto-mutuo aiuto e gli enti del Privato-Sociale.
- Collaborazione tra Centri alcologici e medici di Medicina Generale per lo sviluppo delle reti di contatto e dei programmi di individuazione precoce dei problemi e delle patologie alcolcorrelate.
- Collaborazione di enti del Privato Sociale, adeguatamente attrezzati e specializzati, alla gestione operativa della linea telefonica "LINEA A.", finalizzata a offrire ascolto e informazioni sui problemi alcolcorrelati e sui relativi servizi e programmi.

Regione Puglia

- Avvio di forme di collaborazione tra molte Aziende USL e ospedaliere con i Dipartimenti di salute mentale, i Servizi sociali dei Comuni, i sindacati degli operatori dei locali

pubblici e dei centri di aggregazione giovanile (ASCOM, SILB) e le Case circondariali in relazione alle previsioni normative dell'art. 8 del Decreto legislativo 230/99 recante disposizioni sul riordino della medicina penitenziaria.

Regione Basilicata

- Attivazione di programmi terapeutico-riabilitativi destinati ai detenuti alcoldipendenti delle carceri di Potenza, Matera e Melfi.
- Attivazione di un Centro di Assistenza Territoriale all'interno del C.S.S.A. (Centro Servizio Sociale Adulti) di Potenza, rivolto agli utenti alcoldipendenti con programmi di cura alternativi al carcere.

Regione Calabria

- Collaborazioni di tutti i servizi alcologici con le Aziende ospedaliere e le Case circondariali.
- Collaborazione tra alcuni SERT e servizi alcologici (Cosenza e Soverato) con le Facoltà di Farmacia delle Università di Cosenza e Catanzaro.

Regione Sicilia

- Proseguzione della collaborazione dei SERT con le associazioni di mutuo aiuto (31 Clubs di Alcolisti in trattamento, 7 Gruppi di Alcolisti Anonimi e 2 gruppi di altro tipo), con 31 comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali, 11 cooperative sociali e 11 cooperative per l'inserimento lavorativo.

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

Regione Piemonte

- Costruzione di generali sinergie ai fini di garantire la sicurezza stradale rispetto agli incidenti alcol/droga correlati.
- Attivazione di Campagne per la sicurezza stradale (fra le quali la “*Campagna Bob*” per la responsabilizzazione e individuazione del guidatore designato, e la “*Campagna con la Polizia municipale*”).
- Inserimento, ai sensi della legge 125/2001, in alcune macro aree regionali, dei medici dei servizi alcologici all'interno delle Commissioni provinciali Patenti, secondo un protocollo concordato fra i responsabili della Commissione e i Direttori dei servizi interessati.

Regione Valle D'Aosta

- Interventi periodici di collaborazione del personale della Polizia stradale con le 10 Scuole Guida regionali, organizzati di concerto con il SERT, per specifici incontri in cui vengono illustrati agli aspiranti alla patente di guida i pericoli derivanti dall'abuso di bevande alcoliche (nonché da droghe e psicofarmaci) e le relative normative del Codice della Strada. Interventi più specifici sono previsti per gli aspiranti alla patente per mezzi pesanti.

Regione Lombardia

- Attività di collaborazione con le Prefetture e le Forze dell'ordine per la prevenzione degli incidenti alcolcorrelati.

Provincia Autonoma di Bolzano

- Collaborazione con l'Assessorato al Commercio e Turismo, i vari Comuni e il

Commissariato di Governo per il controllo del rispetto delle normative in materia di pubblicità, licenze varie, vendita di bevande alcoliche ai minori, guida in stato di ebbrezza.

-Partecipazione alla elaborazione della nuova legge provinciale sulle dipendenze che disciplinerà anche tali materie.

-Prosecuzione nel SERT Bolzano-Ambulatorio HANDS dell'attività certificativa di supporto al Servizio di Medicina Legale della locale Azienda USL in merito alle patenti di guida (500 accertamenti medico legali per casi di ritiro della patente di guida nell'anno 2004).

-Prosecuzione degli incontri periodici del Servizio di Medicina Legale dell'Azienda USL di Bolzano con la Commissione Patenti al fine di consentire un migliore coordinamento.

-Organizzazione di una conferenza stampa del SERT di Bolzano-Ambulatorio HANDS per informare e sensibilizzare l'opinione pubblica sulle attività svolte in tale ambito.

Provincia Autonoma Trento

-Protocollo di intesa tra Azienda provinciale per i Servizi Sanitari e locale Commissione medica Patenti per l'invio ai Servizi di Alcologia, ai fini di una consulenza alcologica, delle persone fermate per guida in stato di ebbrezza, preliminare alla prevista visita da parte della stessa Commissione. La convenzione prevede che i Servizi di Alcologia propongano a tutti la frequenza di un ciclo di 3 incontri in cui vengono spiegati i pericoli della guida sotto l'effetto dell'alcol. Alcuni giudici di pace hanno emesso sentenze che prevedono l'obbligatorietà della frequenza di tale ciclo di incontri per le persone giudicate colpevoli di guida in stato di ebbrezza.

Regione Veneto

-Prosecuzione della collaborazione con le Forze dell'ordine e con le istituzioni municipali ai fini della sensibilizzazione e informazione della popolazione generale e giovanile sulla normativa relativa al tasso alcolemico legale e sugli effetti delle bevande alcoliche durante la guida, nonché per l'uso dell'etilometro come strumento di individuazione dei soggetti a rischio, in particolare fra i giovani.

-Proseguo e intensificazione dei protocolli operativi di collaborazione con le Commissioni mediche Patenti, per l'attivazione di incontri formativi a frequenza obbligatoria precedenti la visita medica dei soggetti interessati al riottenimento della patente e per l'inserimento nelle Commissioni mediche di personale medico specialistico di ambito alcolologico.

-Mantenimento e consolidamento delle collaborazioni avviate negli anni precedenti in materia di pubblicità e di vendita di bevande alcoliche ai minori.

Regione Friuli-Venezia Giulia

-Organizzazione in tutte le Aziende USL di corsi di informazione e sensibilizzazione per gli automobilisti sanzionati con sospensione di patente per cause alcolcorrelate.

-Organizzazione in gran parte delle Aziende USL di corsi di formazione rivolti agli istruttori di Scuola Guida, anche con la collaborazione del CUAT (Centro Unico Autoscuole Triestine).

Regione Liguria

-Attività di collaborazione con la Prefettura di Imperia per attività di informazione sui rischi dell'uso di alcol alla guida (Azienda USL imperiese).

-Interventi con unità mobile attrezzata di etilometro, in particolare nelle ore notturne, anche in autostrada, per disincentivare la guida in stato di ebbrezza (Azienda USL chiavarese).

-Progetto *NetDrug*, con tavolo tecnico congiunto tra Assessorato alla sicurezza, rappresentanti della Polizia di Stato e municipale, assistente sociale della Prefettura, operatori del SERT e del NOA, per la elaborazione di proposte finalizzate a migliorare la sicurezza urbana (Azienda USL spezzino).

Regione Emilia-Romagna

-Emanazione, con Delibera di Giunta regionale n.1423/04, delle *“Linee d’indirizzo alle*

Regione Emilia-Romagna

-Emanazione, con Delibera di Giunta regionale n.1423/04, delle *“Linee d’indirizzo alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna per la valutazione dell’idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica”*, finalizzate a uniformare in ambito regionale le procedure adottate dalle Commissioni mediche locali Patenti nel giudizio di idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza, ad indicare possibili percorsi di approfondimento diagnostico nei casi a più alto rischio e ad accrescere il valore preventivo dell’intero percorso di valutazione, intensificando i momenti di informazione/educazione con la collaborazione dei servizi alcologici aziendali, per indurre nei soggetti segnalati la modifica del comportamento a rischio.

-Inserimento del medico alcologo all’interno della Commissione medica locale Patenti.

Regione Toscana

-Attività di collaborazione di tutte le Aziende USL regionali con la Commissione Patenti, la Prefettura, le autoscuole e gli uffici della Motorizzazione Civile, i distretti, gli enti territoriali come la Croce Rossa, i sindacati etc. per le attività di sensibilizzazione e informazione sull’alcol quale fattore di rischio per la guida.

Metodologie e strumenti: effettuazione di test tramite l’etilometro durante varie manifestazioni; interventi della Polizia municipale nell’ambito di manifestazioni musicali organizzate dal SERT; interventi nelle scuole; corsi di formazione in alcologia rivolti al personale della Polizia stradale; interventi nell’ambito delle procedure legate al rinnovo della patente.

Regione Umbria

-Attivazione di un *“Protocollo patente”* quale nuova procedura comune da utilizzare da parte delle Commissioni mediche locali Patenti su tutto il territorio regionale, ai fini della formulazione del giudizio medico-legale sulla idoneità psico-fisica alla guida di soggetti con problemi alcolcorrelati.

Regione Campania

-Sviluppo di collaborazioni stabili e continuative tra SERT, mondo del Volontariato e Forze dell'ordine (Polizia stradale e Polizia municipale) per la prevenzione degli incidenti stradali alcolcorrelati, tramite interventi nei luoghi del divertimento notturno o in occasione di campagne di sensibilizzazione locali o nazionali (quali il "Mese della prevenzione alcologica").

-Collaborazione degli operatori esperti in Alcologia con le Commissioni mediche Patenti, tramite consulenze o stabile partecipazione alle attività delle medesime Commissioni.

Regione Puglia

-Previsione di corsi di formazione e collaborazioni con la Polizia stradale in alcune specifiche realtà.

Regione Calabria

-Il Piano Sanitario Regionale 2004-2006 prevede, fra le azioni finalizzate alla riduzione dei bevitori eccedentari e degli adolescenti con consumi a rischio, il rafforzamento delle attuali misure nel settore alcol e guida, la promozione di una forte visibilità nell'uso del test alcolemico, la limitazione della pubblicità delle bevande alcoliche, il controllo della disponibilità di alcol durante i maggiori eventi pubblici e la proibizione del consumo durante le attività di svago rivolte ai minorenni durante eventi sportivi.

Regione Sardegna

-Realizzazione di corsi di formazione per titolari, docenti e allievi delle Scuole Guida in n. 3 Aziende USL (Macomer, Nuoro e Olbia).

4.9. Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro.**Regione Piemonte**

-Prosecuzione della partecipazione della Regione Piemonte al Progetto nazionale promosso dal Ministero della Salute e finanziato con il Fondo nazionale per la lotta alla droga *"Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell'uso inadeguato di alcol, diretto al personale dipendente di aziende"*, intervento pilota che coinvolge diverse realtà lavorative (OO.SS., datori di lavoro, tecnici della sicurezza) e formative (scuole edili, scuole di formazione professionale).

-Progetto specifico della Azienda USL 20 di Alessandria finanziato dal competente Assessorato con i fondi della legge 45/99 relativi al 2002.

Regione Valle D'Aosta

-Prosecuzione della partecipazione al Progetto nazionale promosso dal Ministero della Salute e finanziato con il Fondo nazionale per la lotta alla droga *"Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell'uso inadeguato di alcol, diretto al personale dipendente di aziende"*, di cui è capofila la Regione Toscana, nell'ambito del quale sono stati attivati interventi di sensibilizzazione nei luoghi di lavoro in merito all'abuso di bevande alcoliche.

Regione Lombardia

-Realizzazione di n. 23 progetti-intervento, con il coinvolgimento di 8.767 lavoratori, per la realizzazione di percorsi formativi rivolti a delegati sindacali, lavoratori responsabili della sicurezza, lavoratori di categorie a rischio di problemi alcolcorrelati.

Provincia Autonoma Bolzano-Alto Adige

-Progetto *"Einfach Zuviel"* - *"Semplicemente di troppo"*, realizzato dalla Associazione HANDS in collaborazione con *"Forum Prevenzione"*, che ha coinvolto varie agenzie

operanti nel mondo del lavoro (Associazione Industriali, Associazione Artigiani ed altre) per l'organizzazione di incontri informativi rivolti ai responsabili del personale di varie realtà produttive, finalizzati ad aumentare le competenze comunicative nell'affrontare situazioni problematiche legate all'alcol in ambito lavorativo.

Provincia Autonoma Trento

-Prosecuzione del progetto *“Alcol e mondo del lavoro”*, rivolto ai lavoratori del mondo dell'industria e dell'artigianato.
Metodologie e strumenti: somministrazione di interviste per valutare l'entità del fenomeno dell'abuso di alcol (1.000 interviste su 50.000 addetti); inserimento di 4 ore di corso sui problemi alcolcorrelati nel Corso base previsto per le rappresentanze dei lavoratori per la sicurezza (RLS) e i responsabili del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP) delle aziende.
-Estensione dei suddetti moduli formativi nell'ambito dei servizi pubblici.

Regione Veneto

-Consolidamento delle attività finalizzate alla sicurezza sui luoghi di lavoro, rivolte a lavoratori, datori di lavoro, delegati sindacali, medici del lavoro, addetti alla sicurezza, associazioni di categoria.
Metodologie e strumenti: formazione e sensibilizzazione dei target sui rischi personali, professionali e collettivi associati al consumo di bevande alcoliche e sui problemi alcolcorrelati in ambito lavorativo; *counseling*.

Regione Friuli-Venezia Giulia

-Avviamento di programmi di educazione sanitaria per l'acquisizione di stili di vita sani in contesti lavorativi quali le fabbriche (es. "Fantoni" di Udine), finanziati con il Fondo nazionale per la lotta alla droga.
-Affidamento delle competenze di prevenzione in materia di sicurezza del lavoro ai Dipartimenti di prevenzione delle Aziende USL.

Regione Liguria

-Attivazione di un gruppo di lavoro misto per la sicurezza sui luoghi di lavoro (Azienda USL chiavarese).

-Collaborazione con l'Arsenale Militare di La Spezia per progetti di prevenzione nel mondo del lavoro civile e militare, focalizzati in particolare sulla percezione del rischio dell'uso di droghe e alcol (Azienda USL spezzino).

Regione Emilia-Romagna

-Avvio del progetto regionale *“Alcol e Lavoro”*, coordinato dall'Azienda USL di Modena in continuità con un precedente progetto pilota sullo stesso tema, finalizzato a realizzare interventi di prevenzione nelle aziende del territorio di riferimento e a definire adeguati modelli di intervento per la prevenzione e riduzione delle problematiche alcolcorrelate negli ambienti di lavoro, tramite l'integrazione e collaborazione tra i Servizi per le dipendenze patologiche (SERT) e il Servizio Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).

Regione Toscana

-Produzione del CD-ROM *“SERT in fabbrica”* con materiale informativo in tema di alcol, droghe e lavoro (Azienda USL 8 di Arezzo-Zona Aretina).

-Proseguzione della collaborazione dei servizi della Azienda USL 7 di Siena-Zona Val d'Elsa con il servizio di Medicina del Lavoro della medesima Azienda.

-Introduzione di uno specifico pacchetto di interventi relativi alla prevenzione, informazione e formazione sull'alcol quale fattore di rischio per la salute e sicurezza nell'ambito di un progetto del SERT dell'Azienda USL 10 Firenze-Zona Mugello, realizzato in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro della stessa Azienda, in materia di rischi psico-sociali nelle grandi opere.

-Ricerca del SERT di Lucca sulle percezioni relative all'alcol e ai problemi alcolcorrelati nell'ambiente lavorativo, con somministrazione di un questionario a tutti i dipendenti della Azienda USL, realizzata nell'ambito della partecipazione al progetto nazionale *“Alcol e*

Lavoro” promosso dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga, di cui la Regione Toscana è capofila.

-Incontri di formazione e sensibilizzazione sull’alcol e i problemi alcolcorrelati realizzati dal Centro di Alcologia dell’Azienda USL 3 di Pistoia-Zona-Distretto Val di Nievole per i dipendenti dell’Ipercoop Montecatini, della stessa Azienda USL e del Comune di Monsummano Terme, nell’ambito del progetto Euridice *“Prevenzione delle dipendenze sui luoghi di lavoro”*.

-Attività realizzate dall’Azienda USL 4 di Prato per la prevenzione della dipendenza da sostanze nelle piccole e medie imprese del distretto industriale di Prato.

Regione Umbria

-Proseguzione del progetto *“Realizzazione di un osservatorio regionale integrato per la prevenzione nei luoghi di lavoro”*, finalizzato alla costruzione di reti locali interne alle Aziende USL che, in collegamento con la banca dati regionale, permettano di dare informazioni utili per la programmazione regionale ed aziendale e di valutare l’efficacia degli interventi per la prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro.

-Avvio del progetto *“Alcol e lavoro”* in collaborazione tra il Servizio territoriale per l’Alcologia dell’Azienda USL n.2 e il locale Dipartimento di Prevenzione, nell’ambito del quale sono stati attivati contatti con i dirigenti, i medici competenti e le RSU delle aziende e delle fabbriche partecipanti e sono stati somministrati ai lavoratori i questionari di rilevazione delle abitudini alcoliche.

Regione Marche

-Realizzazione del sottoprogetto regionale *“Il lavoro alla guida e l’Alcol”*, rivolto al target del settore trasporti (trasporto pubblico, privato e su rotaie) nell’ambito del più ampio progetto nazionale *“Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell’uso inadeguato di alcol, diretto al personale dipendente di aziende”*, finanziato dal Ministero della Salute con il Fondo nazionale per la lotta alla droga e coordinato dalla Regione Toscana, a cui hanno collaborato, in stretto coordinamento, operatori dei SERT, dei Dipartimenti di Prevenzione, di Medicina del Lavoro e di Igiene e Sanità Pubblica, nonché le associazioni di categoria e le organizzazioni sindacali.

Metodologie e strumenti: distribuzione di questionari conoscitivi e di informazione e sensibilizzazione; costituzione di un gruppo tecnico formale a livello regionale, composto da operatori dei servizi interessati; formazione congiunta degli operatori; produzione di materiale informativo; acquisto di etilometri; organizzazione di due giornate formative destinate a operatori del SERT e dei Servizi di Prevenzione e Medicina del Lavoro nonché a rappresentanti sindacali, per un totale di 40 partecipanti.

Regione Molise

-Realizzazione di alcuni seminari informativi e formativi relativi alla sicurezza nei luoghi di lavoro per il tramite dell'Assessorato al Lavoro.

Regione Puglia

-Adesione al progetto nazionale *“Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell’uso inadeguato di alcol, diretto al personale dipendente di aziende”* promosso e finanziato dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga e coordinato dalla Regione Toscana.

Regione Calabria

-Previsione, nell’ambito del Piano Sanitario Regionale 2004-2006, di azioni per la promozione di politiche sull’alcol nei luoghi di lavoro, basate sull’educazione, prevenzione, identificazione precoce e trattamento degli alcoldipendenti.

-Adesione, tramite i Servizi di Alcologia di Cosenza, Rogliano e Pizzo Calabro, al progetto nazionale *“Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell’uso inadeguato di alcol, diretto al personale dipendente di aziende”*, promosso e finanziato dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga e coordinato dalla Regione Toscana.

Regione Sicilia

-Adesione al progetto nazionale “Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell’uso inadeguato di alcol, diretto al personale dipendente di aziende”, promosso e finanziato dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga e coordinato dalla Regione Toscana.

Regione Sardegna

-Stabile rapporto di collaborazione dell’Azienda USL di Sanluri con il Servizio di Medicina del lavoro della stessa Azienda, nell’ambito del quale sono state visitate le aziende del territorio e sono stati effettuati incontri di formazione con i dirigenti aziendali e i referenti aziendali per la salute e sicurezza.

-Realizzazione di incontri tra operatori dell’unità alcologica del SERT di Sassari e i dirigenti delle aziende del territorio, in qualche caso anche continuativi (con l’ex SPRISAL di Sassari).

-Formalizzazione di un accordo tra unità alcologica del SERT di Sassari e i dirigenti dell’Azienda Regionale Trasporti (ARST).

4.10. Provvedimenti adottati per assicurare l’erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* dell’alcolismo**Regione Piemonte**

-Prescrizione ed erogazione diretta dei farmaci agli assistiti dai Servizi alcologici a carico del S.S.N. dietro presentazione di un piano terapeutico prescritto dal medico del Servizio.

-Certificazione specialistica dei Servizi di Alcologia ai propri pazienti per l’accesso alla esenzione del pagamento del ticket relativo alle prestazioni previste dalla normativa vigente.

Regione Valle D'Aosta

-Regolare erogazione dei farmaci per le terapie antiabuso e/o *anticraving* dell'alcolismo a carico dell'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta. I trattamenti medico-farmacologici sono molto diffusi, data l'entità delle patologie organiche alcolcorrelate, e vi è una significativa prevalenza dei trattamenti farmacologici con *Alcover* (49,7%) e *Antabuse* (23,4%).

Regione Lombardia

-Proseguizione della possibilità di erogazione in forma totalmente gratuita (anche in ambito carcerario) dei trattamenti farmacologici necessari, in alternativa al trattamento residenziale.

Provincia Autonoma Bolzano-Alto Adige

-Proseguizione della prescrizione o dell'erogazione ambulatoriale, presso il SERT Bolzano-Ambulatorio HANDS, di farmaci avversivanti (Disulfiram) e *anticraving* (sodio oxibato), nonché di altre terapie farmacologiche di supporto, a carico del S.S.N. (134 gli utenti cui sono stati somministrati farmaci *anticraving*; 28 gli utenti che hanno assunto con regolarità farmaci alcol-avversivanti).

-Fornitura direttamente all'utente o ad un suo familiare, nel SERT di Merano, dei farmaci previsti per tali terapie, usando anche, in alcuni casi, un protocollo di somministrazione giornaliera.

Provincia Autonoma Trento

E' prevista la prescrivibilità del farmaco *Etiltox* a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Regione Veneto

-Proseguizione della erogazione diretta dei farmaci per le terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo da parte dei Servizi per le dipendenze e dei Presidi ospedalieri.

Regione Friuli-Venezia Giulia

-Prosecuzione in tutte le Aziende USL della erogazione a carico del Servizio Sanitario Regionale dei farmaci necessari per le terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo.

Regione Liguria

-Prosecuzione della somministrazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale delle terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo da parte dei NOA.

Regione Emilia-Romagna

-Prosecuzione della diretta erogazione dei farmaci per il trattamento dell'alcolismo da parte dei Servizi per le dipendenze patologiche e dei Presidi ospedalieri.

Regione Toscana

-Somministrazione e prescrizione dei farmaci a carico del Servizio Sanitario Regionale da parte delle équipes alcolologiche e dei servizi alcologici ospedalieri, a livello prevalentemente ambulatoriale, nell'ambito di protocolli di trattamento ad ampio raggio che prevedono, oltre alle terapie farmacologiche per le specifiche patologie alcolcorrelate, alle terapie di disintossicazione, *anticraving* e di supporto nella fase cronica dell'alcolismo, anche interventi psicoterapici e socio-riabilitativi.

Regione Umbria

-Inserimento nell'elenco terapeutico ospedaliero regionale dei farmaci per la terapia antiabuso, destinati ai servizi territoriali ed ospedalieri (fascia C).

-Erogazione gratuita delle terapie farmacologiche ai soggetti alcoldipendenti da parte dei Servizi di Alcologia.

Regione Marche

- Erogazione diretta da parte dei SERT che trattano alcolisti delle terapie antiabuso e *anticraving*, a carico del S.S.N.
- Somministrazione del farmaco GHB nell'ambito del ricovero ospedaliero previa consulenza del medico del SERT.

Regione Lazio

- Erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale di farmaci utili per il trattamento dell'abuso e del *craving* per l'alcol.

Regione Campania

- Prescrizione ed erogazione, nell'ambito del trattamento medico-farmacologico dei SERT, di tutti i farmaci anti-abuso o *anticraving* messi a disposizione dal Prontuario farmaceutico del S.S.N..

Regione Basilicata

- Erogazione in forma gratuita delle terapie farmacologiche antiabuso ed *anticraving* nell'ambito dei servizi alcologici.

Regione Calabria

- Erogazione di farmaci *anti craving* dell'alcolismo a carico del Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito dei Servizi di Alcologia esistenti e nel SERT di Castrovilliari.

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

Hanno inviato documentazione relativa a progetti di particolare rilevanza per l'attuazione della legge 125/2001 alcune Regioni, per ognuna delle quali si riassume brevemente il contenuto delle iniziative adottate.

Ai successivi punti 4.11.1. e 4.11.2 vengono altresì integralmente riportati i contributi inviati da due Regioni, scelti tra quelli ritenuti più significativi per le aree, rispettivamente, settentrionale, centrale e meridionale del Paese.

Regione Piemonte

- 1) *“Bob, responsabilizzazione e individuazione del guidatore designato”* (V. punto 4.11.1).
- 2) *“Feedback: Adolescenti e sostanze psicoattive. Percezioni e rappresentazioni del fenomeno, impatto dei messaggi informativo- preventivi”* (solo fase programmativa).
- 3) *“VideoIndipendenti”* (progetto per la realizzazione di filmati con gli studenti della scuola secondaria sul tema della dipendenza).
- 4) Progetto della Azienda USL 15 di Cuneo per la realizzazione di percorsi informativo-educazionali o di recupero per i soggetti con consumi a rischio segnalati dalla locale Commissione Patenti.
- 5) Adesione al Progetto nazionale *“Un progetto sperimentale per l’alcoldipendenza: autogestione teleassistita, tecniche cognitivo comportamentali e trattamento individualizzato per la prevenzione secondaria dell’abuso alcolico”*, promosso dal Ministero della Salute, finanziato con il Fondo nazionale per la lotta alla droga e coordinato dalla Regione Lazio.

Regione Valle D’Aosta

- 1) *“Pit stop–una sosta ai box”*, progetto finanziato dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, elaborato dal SERT dell’Azienda Valle d’Aosta in collaborazione con la ccooperativa sociale “Ombre con l’Acca” per la prevenzione delle problematiche giovanili.

Regione Lombardia

1) *"Prevenzione... in corso"*, progetto dell'Azienda USL Città di Milano per l'attivazione di un percorso formativo rivolto ai delegati sindacali e ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, ai fini di favorire lo sviluppo di una rete territoriale di "moltiplicatori dell'azione preventiva" che collaborino al contrasto dell'abuso di alcol e altre sostanze negli ambienti di lavoro. Nell'ambito del progetto è stato pubblicato l'omonimo manuale di formazione.

Provincia Autonoma Bolzano

1) Progetto *"HANDSHOME"* per l'avvio di un alloggio protetto per persone con gravi problemi di alcoldipendenza o comunque con gravi problematiche socio-sanitarie, privi di sufficienti risorse per condurre una vita autonoma, conosciuti da più servizi territoriali e precedentemente disoccupati. Il progetto è stato condotto in collaborazione tra Azienda Servizi Sociali di Bolzano e la associazione HANDS.

Regione Liguria

1) Progetto della Azienda USL 2 "Savonese"-Dipartimento delle dipendenze-, finalizzato alla sensibilizzazione e formazione degli insegnanti per l'inserimento della tematica "alcol" all'interno dei programmi scolastici, con materiali e metodi prodotti nell'ambito di un più vasto progetto interregionale promosso dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga.

Regione Emilia Romagna

1) Progetto *"Linee d'indirizzo alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna per la valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica"* (di cui alla D.G.R. 19.07.2004 n. 1423), finalizzato ad uniformare in ambito regionale le procedure adottate dalle Commissioni mediche locali nel giudizio di idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza, nell'ambito del quale sono stati elaborati:

- protocollo operativo per la valutazione dell'idoneità alla guida nei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica;
- percorso valutativo per l'accertamento dell'idoneità alla guida nei soggetti segnalati per ebbrezza alcolica;

- modello di scheda clinica;
- modello di certificazione con legenda;
- criteri di orientamento per la Commissione medica locale ai fini dell'individuazione della classe di rischio;
- fac-simile di informativa sul percorso valutativo.

Regione Toscana

- 1) Progetto *“Bacco e Tabacco... all’Ospedale”*, indagine sulla diffusione del consumo di alcol e di sigarette di tabacco nei degenti del Presidio ospedaliero di Livorno (V. punto 4.11.2).
- 2) Progetto nazionale *“Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell’uso inadeguato di alcol, diretto al personale dipendente delle aziende”*, promosso dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga, nell’ambito del quale la Regione Toscana ha un ruolo di capofila. Il progetto prevede il coinvolgimento dei Dipartimenti delle dipendenze, dei Dipartimenti per la prevenzione nei luoghi di lavoro, delle Organizzazioni sindacali e datoriali e delle figure professionali con ruoli di responsabilità nella tutela della salute nei luoghi di lavoro.
- 3) Progetto *“Divertimento sicuro-Promozione di una cultura della sobrietà nei contesti di socializzazione giovanile”*, promosso in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità e finalizzato a prevenire la diffusione delle droghe e dell’abuso di alcol accrescendo la qualità e la sicurezza del divertimento dei frequentatori delle discoteche e di altri luoghi di aggregazione giovanile notturna, mediante la valorizzazione delle professionalità operanti in tali contesti, con lo sviluppo di conoscenze utilizzabili per esercitare il ruolo di “attori della prevenzione”.
- 4) Progetto *“Non solo Bacco e Tabacco... nelle abitudini dei giovani livornesi”*, indagine condotta nelle classi quarte delle scuole medie superiori di Livorno per approfondire le conoscenze sull’entità e le caratteristiche dell’uso e abuso di bevande alcoliche, di tabacco, di droghe “ricreative” e di forme di *addiction drug free* (senza utilizzo di sostanze) tra i giovani livornesi.
- 5) Progetto *“Bacco e Tabacco... in carcere”*, indagine sulla diffusione del consumo di bevande alcoliche e del tabagismo tra i detenuti e operatori penitenziari della Casa circondariale “Le Sughere” di Livorno.

6) Progetto *“La fatica di crescere...10 anni dopo”*, indagine epidemiologica sulla popolazione giovanile dell’Alta Val di Cecina ai fini di valutare, a distanza di 10 anni da una precedente analoga indagine, la prevalenza dell’uso di bevande alcoliche e altre sostanze d’abuso e la percezione della loro pericolosità.

Regione Lazio

- Progetto *“Un progetto sperimentale per l’alcoldipendenza: autogestione teleassistita, tecniche cognitivo-comportamentali e trattamento individualizzato per ottimizzare, a livello quantitativo e qualitativo, gli interventi integrati di prevenzione secondaria dell’abuso alcolico”*, condotto, in qualità di Regione capofila, dalla Regione Lazio sulla base di un progetto promosso e finanziato dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga. Il progetto è finalizzato a potenziare, nei servizi alcologici delle varie Regioni, la capacità di gestione dell’utenza tramite la diffusione di una metodologia di intervento, sperimentata e validata dagli stessi operatori, mirata a promuovere e rafforzare le risorse di autogestione dei pazienti alcolisti, ottimizzando l’intervento delle risorse professionali disponibili e ampliando gli interventi rivolti ad un target medio di utenza, risultato come quello più numeroso.

Regione Marche

- Progetto regionale *“Guida sicura”*, finanziato dall’Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Marche e condotto in collaborazione tra la Regione Marche e l’associazione culturale *“Salute&Guida”*, finalizzato alla promozione della cultura della sicurezza stradale tra i giovani, con particolare riferimento all’uso di sostanze legali (alcol) ed illegali, nell’ambito del quale sono state svolti i seguenti interventi :

- formazione del team e definizione dello slogan
- tour della sicurezza stradale
- corso di guida sicura (teoria e pratica) in autodromo
- realizzazione di un prodotto multimediale interattivo di grande diffusione
- realizzazione di un talk-show televisivo in discoteca
- realizzazione di una pubblicazione.

Regione Molise

- Progetto triennale *“Andromede”*, promosso dalla Provincia di Campobasso e finalizzato

a contrastare nel territorio provinciale l'abuso di bevande alcoliche, favorire una corretta informazione, evitare la diffusione di luoghi comuni e stereotipi radicati nella cultura molisana, realizzare una rete locale e nazionale di supporto e comunicazione tra operatori sociali, insegnanti, medici di Medicina Generale, educatori, animatori di comunità e cittadini.

Regione Puglia

-Progetto *“Corsi territoriali di formazione del personale delle discoteche ai fini della prevenzione dell’uso di sostanze psicotrope”*, per l’attuazione di un’attività formativa articolata in n. 4 incontri della durata di 10 ore per un totale complessivo di 40 ore di formazione, condotta da operatori già formati e di comprovata esperienza su tematiche individuate e concordate con il Sindacato regionale locali da ballo (SILB) e con i gestori dei locali, al fine di aumentare le competenze degli operatori della notte rispetto al consumo di sostanze e di analizzare gli stili di vita e comunicazione tra i giovani per influire positivamente sui comportamenti a rischio.

Regione Sardegna

-Elaborazione del documento *“Linee di indirizzo in materia di Alcologia”*, attualmente all’esame dell’Assessore alla Sanità.

4.11.1. Contributo originale della Regione Piemonte



PROGETTO BOB

RICERCA DI VALUTAZIONE

SINTESI PRELIMINARE



Coordinamento campagna "Bob": Regione Piemonte

Direzione Trasporti: Aldo Manto, Gianni Rosa e Olga Quero

Direzione Comunicazione Istituzionale: Roberto Salvio, Angelo Soria, Silvia Maria Venutti, Davide Ricca, Silvana Bellomo

Documento redatto da: Franca Beccaria, Marina Marchisio

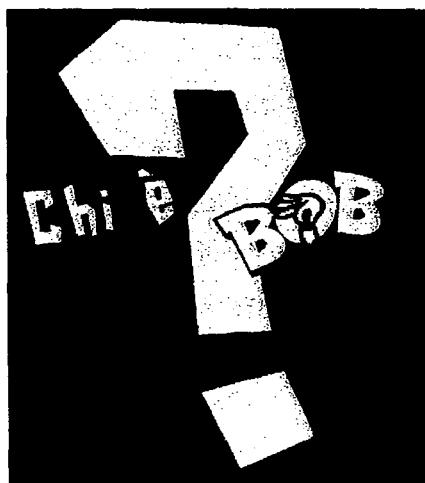
Gruppo di ricerca: Franca Beccaria, Marina Marchisio, Antonella Ermacora, Sara Della Pietra

Organizzazione della ricerca: Eclectica Snc, piazza Statuto 16, Torino

Gli intervistatori - hostess e steward – sono stati indicati dall'agenzia Hydra di Samuele Rocca.

Torino, 10 febbraio 2005

1. Introduzione



"Bob è l'amico che non beve e accompagna a casa gli altri in tutta sicurezza".

Così recita il *pay off* degli spot cinematografici e radiofonici programmati durante la campagna invernale realizzata nell'ambito del Primo Programma Regionale Sicurezza Stradale. L'obiettivo di questa iniziativa è aumentare la consapevolezza dei rischi connessi alla guida sotto l'effetto di alcol, droghe o farmaci e di diffondere tra i giovani l'abitudine a scegliere il guidatore designato, ossia la persona che si assume l'impegno di arrivare lucido alla fine della serata e di accompagnare a casa gli amici.

L'iniziativa è già stata sperimentata in altri Paesi europei e si sta diffondendo anche in Italia. Il nome assegnato al guidatore designato (*Bob*) deriva da un'esperienza belga. Una prima sperimentazione del progetto è avvenuta tra giugno e settembre con l'allestimento di uno spazio informativo, presso i più importanti festival musicali della Regione, nel quale operatori sociosanitari dei Servizi per le Dipendenze delle ASL offrivano la possibilità di sperimentare l'alcoltest e di ricevere informazioni nonché gadget appositamente realizzati per l'occasione.

Successivamente, tra novembre 2004 e gennaio 2005, l'iniziativa si è ripetuta in dieci discoteche individuate nelle diverse province della Regione.

La distribuzione dei gadget (magliette e portachiavi) è stata curata da hostess e steward, cioè da ragazzi di età compresa tra i 18 e i 27 anni, anagraficamente vicini al target della campagna e formati sul tema dei rischi della guida sotto l'effetto di alcol e droghe. Contattando i clienti dei locali, hostess e steward avevano l'occasione di diffondere informazioni, illustrare la figura del guidatore designato (depliant e cartoline) e invitare i ragazzi a sottoporsi all'alcoltest nelle postazioni e negli stand gestiti da operatori dei servizi sociosanitari. A chi era interessato a essere *Bob* veniva proposto di sottoporsi al test dell'etilometro, alla presenza di un medico e di un infermiere, e alle persone con esito negativo veniva consegnato uno zainetto o una palla Torino 2006 e offerta la possibilità di partecipare all'estrazione di un corso di guida sicura presso la Pista di Guida Sicura di Susa (To). Sono stati offerti 30 corsi in tutto, tre per ogni serata.

Hanno completato la campagna due spot cinematografici e due spot radiofonici trasmessi a inizio novembre e a metà dicembre e annunci sulle principali testate giovanili e di spettacolo.

La "sessione invernale" della campagna è stata caratterizzata dalla realizzazione di una ricerca di valutazione parallela all'evolversi dell'iniziativa. Tale ricerca ha visto hostess e steward coinvolti in qualità di intervistatori e ha determinato un utilizzo dei gadget integrato e "funzionale" ai diversi momenti della ricerca.

Sebbene l'obiettivo principale della ricerca fosse quello di valutare le ricadute dell'iniziativa e il gradimento del target, gli strumenti sono stati predisposti in modo che fosse possibile indagare anche altri atteggiamenti e comportamenti (abitudini di utilizzo del tempo serale e notturno, modalità di spostamento, abitudini di consumo alcolico, percezione del rischio e della sicurezza alla guida, conoscenze ed esperienze in materia di sicurezza stradale e prevenzione dei rischi legati all'alcol) nella convinzione che da queste informazioni si possano trarre indicazioni utili sia per interventi di prevenzione propriamente detti sia per attività relative ad altri settori.

In ogni serata le attività di ricerca si sono articolate in due momenti che si differenziavano per i seguenti aspetti:

1. lo strumento utilizzato (questionario/ intervista)
2. la modalità di raccolta delle informazioni (presenza / assenza del ricercatore)

3. il gadget distribuito (portachiavi /magliette).

Momento	Strumento	Presenza intervistatore	Gadget distribuito
Ingresso	Questionario	No: lo strumento era autocompilato ma gli intervistati potevano interagire con gli operatori pubblici che gestivano la postazione all'ingresso della discoteca	Portachiavi
Quando il locale cominciava ad essere affollato (indicativamente tra l'una e le due)	Intervista strutturata	Si: Gli intervistati venivano contattati da hostess e steward che, oltre ad informare, avevano il compito di realizzare l'intervista e segnalare agli operatori gli eventuali candidati Bob	Maglietta

Gli intervistatori avevano ricevuto indicazioni affinché gli intervistati fossero persone di età compresa tra i 18 e i 35 anni (target dell'iniziativa). Il criterio è stato interpretato con una certa flessibilità anche a causa del contesto di realizzazione delle interviste; per questo, come si vedrà più avanti, il campione degli intervistati comprende anche persone al di sopra dei 35 anni.

Una parte delle attività di ricerca ha visto coinvolti anche gli operatori Sanitari dei Servizi per le Dipendenze che hanno partecipato alle serate. A tutti è stato chiesto di riportare le loro impressioni su una scheda (griglia di valutazione) attraverso la quale abbiamo raccolto indicazioni sulle criticità, sulle curiosità e sull'interesse del pubblico verso l'iniziativa e sui possibili suggerimenti per interventi futuri.

2. Una “serata Bob”

Ogni evento realizzato durante la campagna informativa sui rischi della guida sotto l'effetto di alcol e droghe (5 novembre 2004 – 8 gennaio 2005) poteva prevedere da uno a tre momenti di contatto tra i frequentatori delle discoteche e le persone coinvolte nel progetto sul versante della ricerca o dell'informazione.

All'ingresso di ogni discoteca era possibile trovare una postazione – gestita da operatori ASL – presso la quale erano in distribuzione materiali informativi e gadget sulla campagna *guidatore designato*. Presso la stessa postazione gli interessati potevano:

- ricevere dagli operatori informazioni più dettagliate sui rischi della guida sotto l'effetto di alcol e droghe
- effettuare l'alcoltest – anche più volte nel corso della stessa serata – per verificare il livello di alcolemia e le sue variazioni a seconda dei consumi della serata
- compilare un questionario che rappresenta il primo degli strumenti utilizzati nel corso del lavoro di valutazione della campagna e che raccoglie informazioni semplici ed essenziali in merito ad alcune caratteristiche socio-demografiche degli intervistati, alla ricostruzione della serata e alle conoscenze sul tema alcol e guida.

Inoltre i frequentatori delle discoteche venivano contattati dagli steward e dalle hostess coinvolti nel progetto in qualità di intervistatori. Una volta accertata la disponibilità e l'interesse della persona contattata, hostess e steward procedevano alla realizzazione di un'intervista durante la quale venivano raccolte informazioni un po' più approfondite sulle caratteristiche dell'intervistato, sulle abitudini di guida, sui consumi alcolici ed elementi utili alla valutazione dell'impatto della campagna *Bob - guidatore designato* sul target.

Conclusa l'intervista era possibile “candidarsi ad essere Bob” per quella serata e per il proprio gruppo di amici. Tale candidatura consentiva agli interessati di essere coinvolti nella terza fase dell'intervento durante la quale gli operatori Asl, medico e infermiere, verificavano che il “candidato” avesse effettivamente i requisiti per essere Bob e fornivano informazioni più dettagliate sul tema alcol e guida. L’ “idoneità” del guidatore designato o Bob veniva data a coloro che non superavano lo 0,5 g/l di alcolemia rilevata con etilometro. A questo punto il giovane era anche informato sul significato di essere Bob, non solo per la propria sicurezza, ma anche per quella degli amici e sull'opportunità di

diffondere questo tipo di abitudine - ossia di avere sempre nel gruppo una persona che si astenga dall'alcol o che ne consumi una minima quantità - anche tra gli amici e i conoscenti. Al Bob era anche offerto un gadget (uno zainetto o una palla griffati Torino 2006) e la possibilità di partecipare a un'estrazione di 3 corsi di guida sicura per ogni serata.

Tutti gli operatori sociosanitari al termine della serata hanno compilato una griglia di valutazione finalizzata a rilevare l'interesse dimostrato dai ragazzi nei confronti dell'iniziativa, a individuare i problemi organizzativi e a raccogliere eventuali suggerimenti per future iniziative di prevenzione.

Come si evince da quanto appena descritto, l'articolazione di ogni evento è stata complessa, ma questa complessità e questa differenziazione delle fasi dell'intervento e degli strumenti di indagine ha consentito di raccogliere una quantità notevole di dati e informazioni.

Nella descrizione di quanto emerso è opportuno iniziare dagli strumenti utilizzati (domande presenti e variabili rilevate nel questionario, nell'intervista e nella griglia compilata dagli operatori), e proseguire con i dati veri e propri: distribuzioni di frequenza, incroci tra variabili rilevate all'interno dello stesso strumento e raffronto tra le variabili rilevate con strumenti diversi.

3. Il questionario di ingresso

Il questionario poteva essere compilato dai frequentatori presso una postazione allestita della discoteca all'ingresso del locale ed è stato elaborato tenendo in considerazione la peculiare situazione contestuale: rumore, affollamento, spazi ridotti, situazione di svago, scarsa illuminazione. Lo strumento utilizzato per la rilevazione dei dati è caratterizzato da:

- essenzialità delle informazioni
- semplicità di compilazione
- brevità dei tempi di compilazione.

Il risultato di tale elaborazione è un questionario articolato in 18 domande – tutte a risposta chiusa – suddivise nelle seguenti sezioni:

- a) Identikit: contiene informazioni quali genere, età, condizione occupazionale, contesto relazionale-abitativo di riferimento, mezzi di trasporto abitualmente utilizzati per le uscite serali, disponibilità all'utilizzo di mezzi pubblici in queste situazioni;
- b) Tempi e mobilità della serata: trovano posto in questa sezione informazioni relative alla durata dell'uscita serale, alle diverse tappe della serata, alla mobilità – ampiezza degli spostamenti e mezzi di trasporto utilizzati - e ai consumi alcolici precedenti l'arrivo in discoteca di cui abbiamo cercato di rilevare tipologie, quantità e contesti;
- c) Alcol e guida: è l'ultima sezione del questionario e contiene sei domande relative alle conoscenze degli intervistati in merito agli strumenti di controllo/prevenzione dei rischi alcol-guida, alla figura del guidatore designato e al livello massimo di alcolemia previsto dal Codice della Strada.

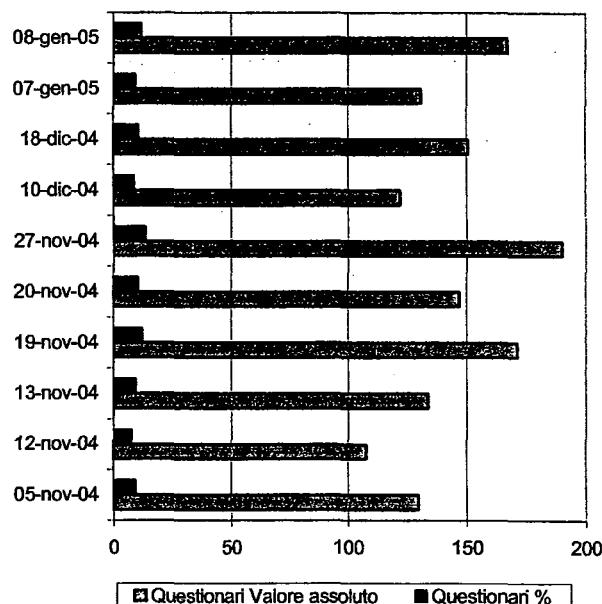
Dati di sfondo

I questionari risultati validi alla fine della rilevazione sono stati complessivamente 1.451. Il dato disaggregato per locali mostra una sostanziale equità nella ripartizione. Tuttavia, perché tale equità fosse perfettamente rispettata, ogni locale avrebbe dovuto "contribuire"

al totale con una quota pari al 10%. I valori reali non si distaccano di molto da quelli attesi anche se, tra i locali coinvolti, si possono individuare tre sottogruppi:

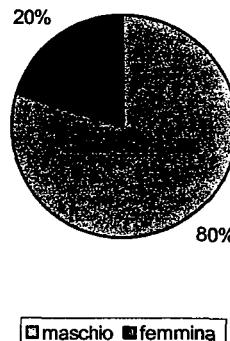
- Locali la cui quota è al di sotto del 10% del totale ("La Rocchetta" 7,4%, "Rock City" 8,4%, "The beach" e "Luna Rossa" 9%, "Altro mondo" 9,2%).
- Locali la cui quota è attorno al 10% ("Parsipha" 10,4%, "Maneggio" 10,1%).
- Locali che superano la quota del 10% ("Evita" 13,1%, "Globo" 11,5%, "Cubo" 11,8%).

Grafico 1: Questionari disaggregati per locale



Il dato relativo alla variabile di genere fa registrare una netta prevalenza dei maschi (79,8%) sulle femmine (20,2%).

Grafico 2: Genere



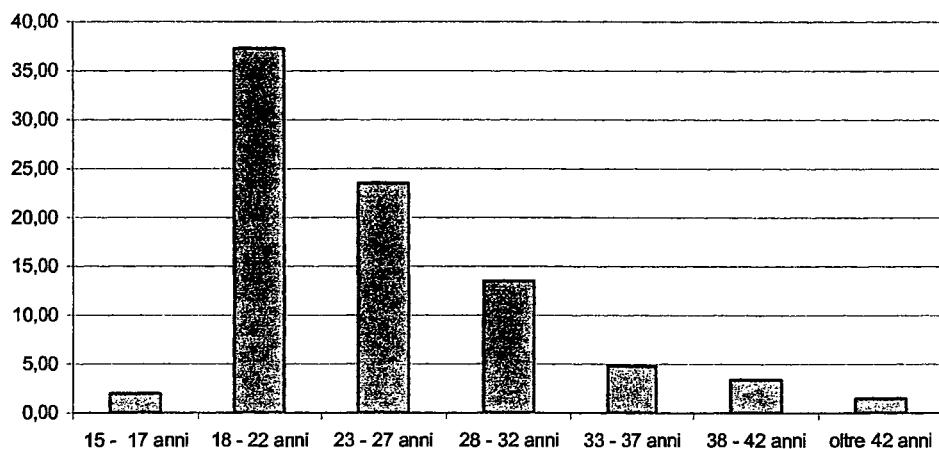
L'incrocio della variabile di genere con i dati relativi ai consumi alcolici e all'utilizzo della propria auto, per gli spostamenti della serata in cui il questionario è stato compilato, può fornire una interessante lettura di questo scarto. Tra le donne, infatti, è molto più bassa che tra gli uomini sia la percentuale di coloro che prima di arrivare in discoteca avevano già consumato bevande alcoliche (39% contro il 69% dei maschi) sia la quota di coloro che per raggiungere la discoteca si erano spostate con la propria auto (39% contro 59%).

In altri termini è ipotizzabile che la puntuale condizione di "non guidatrice" e "non consumatrice di bevande alcoliche" abbia portato molte ragazze a non avvicinarsi, più o meno consapevolmente, alla postazione di ingresso o almeno a non compilare il questionario. Questa ipotesi sembrerebbe confermata dal dato relativo alla stessa variabile rilevato durante le interviste. Anche in questo, infatti, caso si ripropone lo stesso scarto (30% donne - 70% uomini), il che confermerebbe una minore curiosità o interesse delle ragazze soprattutto nel momento in cui non sono né consumatrici di bevande alcoliche né guidatrici.

Per quanto riguarda l'età degli intervistati si osserva che il valore minimo rilevato è 15 anni (2 casi) e il valore massimo è 51 (1 caso). La distribuzione di frequenza non organizzata per classi consente di rilevare con precisione l'età media – di poco inferiore ai 25 anni – e il valore modale – 18 anni segnalato da ben 1.234 casi.

La classe più rappresentata è sicuramente quella tra i 18 e i 22 anni che raggruppa oltre il 40% delle risposte valide. Seguono le classi 23 – 27 anni (27,3%) e 28 – 32 (15,3%). In sostanza, la maggioranza assoluta del nostro campione ha un'età compresa tra i 18 e i 32 anni (86,3%), che rappresenta il target di questa iniziativa di prevenzione. Residuali le percentuali fatte registrare dai minorenni (2,3%) e dagli ultraquarantenni (1,8%). Un po' più consistenti, ma comunque ridotte, le percentuali fatte registrare dalle classi 33 – 37 e 38 – 42 anni che, insieme, non raggiungono il 10% (le quote delle due classi sono rispettivamente 5,6 e 3,4%).

Grafico 3: Età



La maggioranza assoluta del campione raggiunto da questo strumento di indagine è rappresentata da lavoratori (60,7%), seguono gli studenti (25,5%) e gli studenti lavoratori (10,8%). Decisamente molto bassa la percentuale di persone in cerca di occupazione (3%).

La maggioranza degli intervistati (67,6%) ha dichiarato di vivere con la famiglia di origine, il 21,4% vive da solo e il 7,4% è sposato o convive con un partner. Altre situazioni relazionali-abitative sono state segnalate complessivamente da 54 intervistati pari al 3,7% del totale. Le situazioni più frequenti nell'ambito di questa modalità di risposta sono le convivenze con amici e/o coinquilini, le convivenze con altri parenti (zii, cugini) e, soprattutto per gli intervistati che si collocano nelle classi di età più elevate, le situazioni di famiglia acquisita (figli). Ovviamente, l'andamento di questa variabile risente sia dell'età sia della situazione occupazionale degli intervistati.

La percentuale di coloro che vivono da soli sale progressivamente man mano che ci si sposta da una classe di età a quella successiva (si va dal 10,7% dei 18-22enni a percentuali superiori al 40% per gli intervistati che hanno tra i 33 e i 42 anni).

La relazione tra il contesto abitativo e la situazione occupazionale sembra meno netta: vive da solo il 14,6% degli studenti e il 23,3% dei lavoratori; vive con la famiglia di origine il 79% degli studenti e il 64% dei lavoratori.

Gli ultimi due dati rilevati nella sezione “identikit” del questionario di ingresso sono relativi al **mezzo di trasporto** più utilizzato per gli spostamenti serali e alla disponibilità all'uso dei mezzi pubblici in queste circostanze.

Quasi tutti gli intervistati (1058 – pari al 72,9% del totale) ha dichiarato di utilizzare la propria auto. Abbastanza numerosi (19%) anche coloro che di sera si spostano sfruttando i passaggi degli amici; decisamente meno utilizzate altre modalità di spostamento quali l'auto di famiglia (5,9%), i passaggi degli adulti (2,1%), lo scooter (1,4%), il taxi (0,7%) o i mezzi pubblici (1,4%).

A proposito di quest'ultimo dato va segnalato che sulla disponibilità ad utilizzare i mezzi pubblici per gli spostamenti serali, il campione si divide più o meno in parti uguali con una leggera predominanza dei favorevoli (50,7%) sui contrari (49,3%).

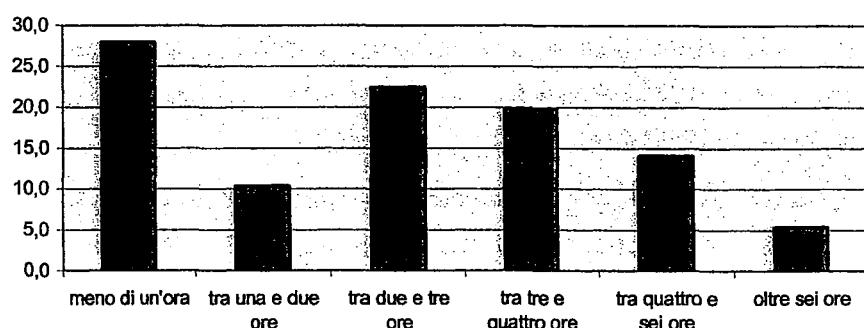
La ricostruzione della serata

Per la maggior parte degli intervistati l'uscita da casa è propriamente serale o notturna essendo iniziata tra le 0 e le 22 (per il 47,4%), tra le 22 e le 24 (per il 31,8%) oppure dopo le 24 (per il 2,6%).

Qualunque sia l'ora di inizio dell'uscita, l'arrivo in discoteca avviene per tutti dopo le 22. Il 52,2% degli intervistati ha detto di essere arrivato in discoteca tra le 22 e le 24 e il 44% è arrivato dopo le 24.

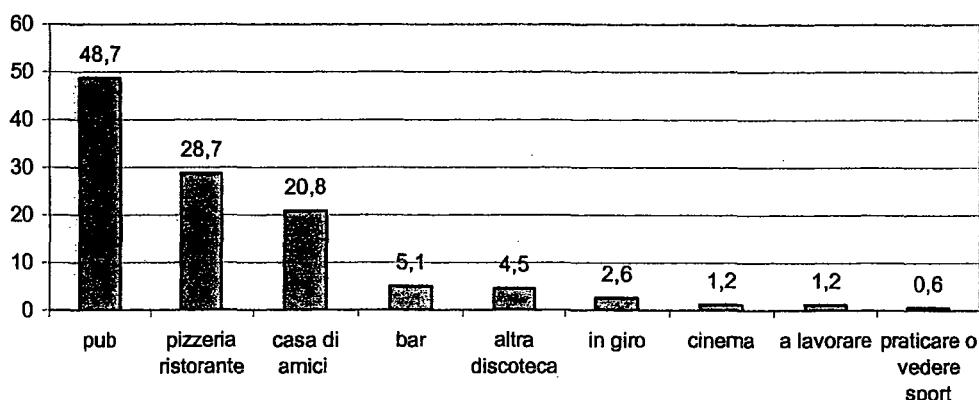
La maggioranza degli intervistati ha trascorso fuori meno di un'ora prima dell'arrivo in discoteca, ma sono relativamente elevate anche le percentuali di coloro la cui uscita pre-discoteca è durata tra le due e le tre ore (22,4%) o tra le tre e le quattro ore (19,8%). Meno numerosi, ma comunque ben rappresentate, le classi "tra quattro e sei ore" (14,1%) e "tra una e due ore" (10,8%).

Grafico 4: "durata dell'uscita" prima dell'arrivo in discoteca



I luoghi più frequentati prima dell'arrivo in discoteca sono i pub (segnalati dal 46,7% degli intervistati), i ristoranti e le pizzerie (28,7%); abbastanza diffuso è anche il ritrovo pre-discoteca a casa di amici (20,8%).

Grafico 5 : Tappe precedenti l'arrivo in discoteca



Dall'incrocio dei dati relativi alla durata della serata e di quelli relativi ai luoghi frequentati emerge un quadro con due modalità prevalenti:

- si esce di casa intorno alle 22 per recarsi in un altro locale – di solito una birreria – o a casa di amici dove si trascorre la prima parte della serata per arrivare in discoteca intorno alle 24;
- si anticipa l'uscita intorno alle ore 20 e si dà inizio alla serata con una cena che può avvenire in pizzeria, al ristorante, o anche a casa di amici, per arrivare, anche in questo caso, in discoteca intorno alle 24.

I **chilometri** complessivamente percorsi dagli intervistati nei viaggi di andata sono 47.077, l'ampiezza media di uno spostamento è di 35 km e il valore modale, ossia più frequente, è 30.

Per i viaggi di ritorno (chilometri da percorrere dopo la discoteca) il valore complessivo è 37.771 chilometri, la media è 38,74 e la moda 20. Per quanto sintetici e poco raffinati questi indicatori autorizzano a pensare che, nell'ambito della mobilità e degli spostamenti di una serata, la discoteca si trovi in posizione finale, quasi già sulla strada del ritorno verso casa.

Il numero di chilometri compiuti in direzione andata, infatti, è maggiore – in termini di somma media e moda - rispetto a quelli da percorrere in direzione ritorno.

Gli spostamenti della serata sono avvenuti per tutti in macchina, che può essere propria (54,8%) o di un amico (40,8%). In sostanza ci si sposta in gruppo e se ne sfruttano tutte le potenzialità in termini di posti disponibili: per gli spostamenti serali e notturni, quindi, sembra accadere esattamente il contrario rispetto a quanto capita di giorno quando nelle strade urbane non è infrequente vedere code interminabili di auto popolate dal solo autista.

Mezzi di trasporto diversi dall'auto privata non vengono praticamente utilizzati da nessuno, per ragioni che possono avere a che fare con la sicurezza (lo scooter 1,6%), i costi (il taxi 1%) o con ragioni di carattere logistico (mezzi pubblici 0,4%).

I consumi di bevande alcoliche

Il 61,5% del campione ha dichiarato che aveva già consumato bevande alcoliche prima di arrivare in discoteca.

Tipo	Consumatori		Consumazioni	Consumazioni medie x consumatore
	Valore ass.	%		
Birra	380	42,4	631	1,60
Superalcolici	364	40,4	674	1,8
Vino	315	35,5	937	2,9
Aperitivi	241	27,2	386	1,5
Amari	151	16,9	227	1,5
<i>Softdrink</i>	42	4,6	50	1,2

Gli alcolici più consumati, sia dal punto di vista delle quantità (numero di consumazioni) sia dal punto di vista della diffusione (numero di consumatori) sono birre, superalcolici e vino.

Alcol e guida

La conoscenza degli strumenti di controllo e prevenzione si può definire buona. L'89,9% degli intervistati conosce l'alcoltest e l'86,6% conosce l'etilometro.

Meno frequenti, invece, i casi in cui si è fatta diretta esperienza dell'uso di questi strumenti. Soltanto 265 intervistati (18,3%) avevano sperimentato l'alcoltest prima della serata Bob e soltanto 241 (16,6%) avevano già sperimentato l'etilometro.

Per molti intervistati, dunque, questa iniziativa è stata anche l'occasione per conoscere e sperimentare questi strumenti.

Nel corso di tutte le serate sono stati utilizzati complessivamente 1.588 alcotest: 828 sono risultati positivi, 104 dubbi e 656 negativi.

Numero alcoltest distribuiti			
<i>Locale</i>	<i>Prima rilevazione</i>	<i>Rilevazioni successive</i>	<i>Totale</i>
Maneggio	156	19	175
Globo	172	3	175
Luna Rossa	150	20	170
Cubo	166	2	168
Rock city	136	30	166
Evita	158	5	163
Parsiphal	152	9	161
L'Altro Mondo	149	7	156
La Rocchetta	131	0	131
The Beach	121	2	123
Totale	1491	97	1588

Gli alcotest positivi, sui 1.491 distribuiti in prima rilevazione, sono stati 769 pari al 51,6%. Nelle rilevazioni successive sono stati distribuiti 97 alcoltest e ne sono risultati positivi 59, pari al 60,1%. Si registra dunque un aumento abbastanza consistente che, probabilmente risulta dall'effetto combinato dei due fattori consumo alcolico e curiosità. In sostanza può essere accaduto abbastanza spesso che i frequentatori delle discoteche più incuriositi dall'evento abbiano chiesto di ripetere il test dopo avere consumato alcolici per verificare il modificarsi dell'esito.

Meno della metà degli intervistati conosceva la figura del *Bob* prima della serata informativa, mentre le conoscenze sul tasso di alcolemia consentito dal Codice della Strada sembrano più diffuse: il 78,2% degli intervistati sa che il limite è 0,5 g/l. Le altre due modalità di risposta indicate dal questionario erano 0,8 g/l (ritenuto esatto dal 13,8% degli intervistati) e 1,5 g/l di sangue indicato da 45 intervistati., mentre 71 intervistati non hanno risposto.

4. *L'intervista*

Nell'ambito delle serate di sensibilizzazione sui rischi connessi alla guida sotto l'effetto di alcol e droghe, il secondo strumento di valutazione era rappresentato da un'intervista strutturata realizzata da hostess e steward appositamente formati.

Lo strumento predisposto per la raccolta delle informazioni di questa seconda fase doveva tenere conto di due elementi fondamentali: il contesto di effettuazione delle interviste, che poco si prestava all'approfondimento e alla narrazione, e le caratteristiche degli intervistatori, più vicini ad "operatori grezzi" o a "operatori pari rispetto al target" che non a ricercatori in senso proprio.

Questi due elementi ci hanno portato ad optare per uno strumento un po' più lungo e approfondito del questionario proposto all'ingresso del locale (28 domande anziché 18), ma che consentisse comunque una trattazione agevole delle informazioni e una loro elaborazione quantitativa.

Le sezioni della traccia di intervista sono cinque:

- *dati di sfondo*
- *guida e sicurezza*
- *consumi di bevande alcoliche e sigarette*
- *serata in discoteca*
- *valutazione della campagna*.

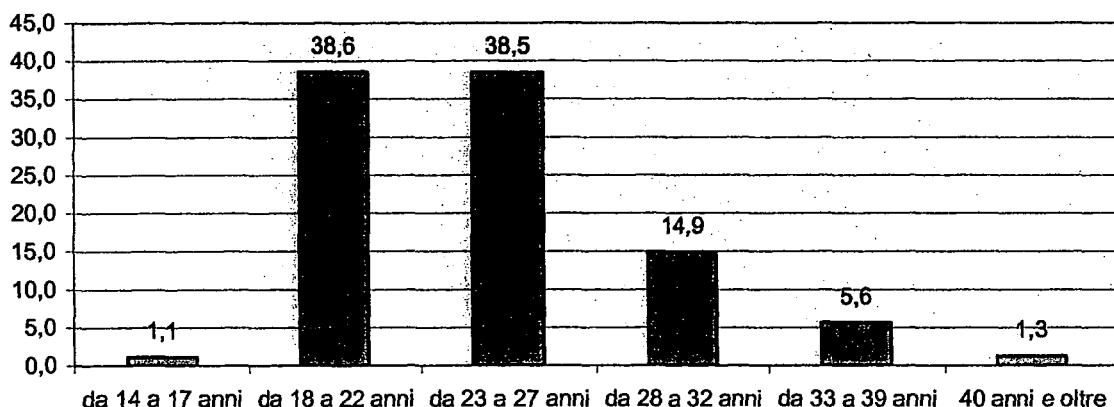
Va detto in apertura che alcuni dei dati raccolti e delle variabili rilevate con questo strumento sono analoghe a quelle rilevate nel questionario di ingresso, la parziale sovrapposizione delle due popolazioni di riferimento però sconsiglia una lettura dei dati di tipo cumulativo e impone cautele nelle analisi comparate.

Dati di sfondo

Nel corso del progetto sono state realizzate 1.235 interviste.

La variabile di **genere** ripropone lo stesso scarto che si era notato nei questionari di ingresso: i maschi sono 877 (71%) e le femmine 358 (29%).

La variabile **età**, invece, fa registrare un dato più completo rispetto al questionario di ingresso e una diversa distribuzione per classi di età.

Grafico 6: interviste - variabile età

Dal dato sul **domicilio** emerge che non tutte le persone intervistate abitano in Piemonte, 151 di essi sono provenienti da altre regioni (11,6%) con una preminenza della Lombardia (7,7%). Più basse le percentuali fatte registrare dalle altre regioni raggruppate per area geografica; l'1,8% degli intervistati proviene da altre regioni del nord, lo 0,3% proviene dal Centro e l'1,8% dal sud o dalle isole.

Limitatamente ai 1.084 intervistati provenienti dal Piemonte, la provincia più rappresentata è Cuneo che raccoglie il 31% del campione (va segnalato che si tratta della Provincia più estesa del Piemonte, nonché dell'unica per cui sono stati realizzati due eventi in punti territorialmente distanti tra loro), segue Torino con il 29% (anche qui sono stati realizzati due eventi, ma entrambi in discoteche piuttosto centrali). Tutte le altre province fanno registrare percentuali nettamente al di sotto del 20% (Novara 11%, Alessandria 11,3%, Asti 9,4%) o addirittura al di sotto del 5% (Vercelli 4,7%, Verbania 2,3%, Biella 1,3%).

Il dato relativo alla dimensione del Comune di provenienza degli intervistati è stato rilevato solo per coloro che hanno detto di abitare in Piemonte. Il Comune più piccolo è Albaretto Terme (252 abitanti), la maggioranza degli intervistati proviene da cittadine di medie dimensioni. Solo due i comuni al di sopra dei 100.000 abitanti (Torino e Novara).

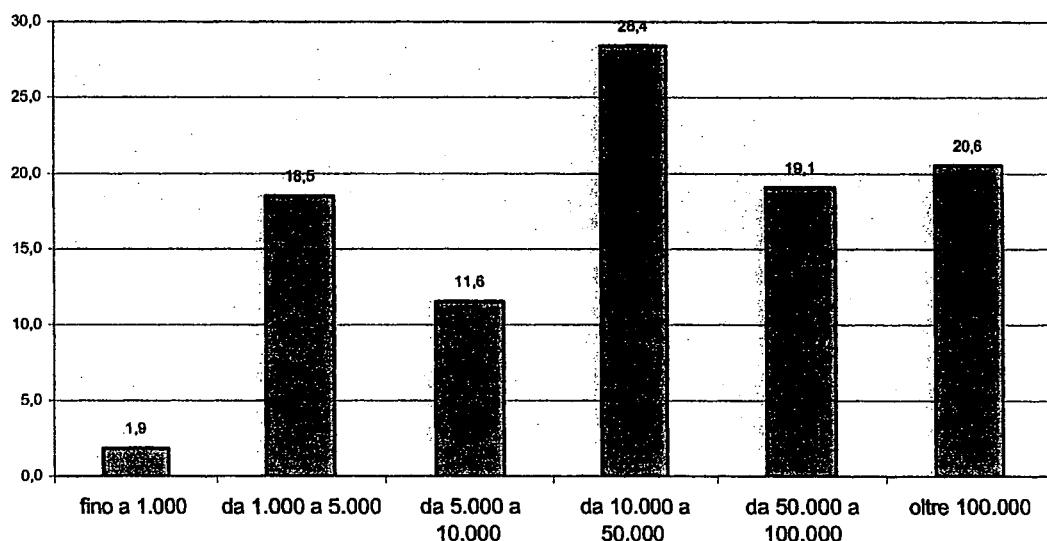
Un quarto degli intervistati si colloca in un contesto propriamente rurale, provenendo da comuni al di sotto dei 10.000 abitanti.

Per quegli intervistati che vivono in comuni tra i 10.000 e i 50.000 abitanti (28,4%) si può ancora parlare di contesto rurale anche se non di rado i comuni che stanno in questa categoria si avvicinano ad un contesto di tipo urbano per la contiguità con i grandi centri

(stanno in questa categoria tutti i comuni della prima cintura torinese) o per la loro natura di capoluogo di provincia (Verbania, Vercelli, Biella).

Decisamente urbano il contesto di provenienza per quegli intervistati che abitano in comuni tra i 50.000 e i 100.000 abitanti (19,5%) o al di sopra dei 100.000 abitanti (20,5%). In queste due categorie, infatti, si collocano tutti i rimanenti capoluoghi di provincia e alcuni grandi centri della prima cintura torinese.

Grafico 7: Contesto di provenienza degli intervistati



Il dato relativo al **contesto relazionale e abitativo** di riferimento è analogo a quello dei questionari di ingresso: la maggioranza degli intervistati ha detto di vivere con la famiglia di origine (72,1%), seguono coloro che vivono da soli (17,7%) e, a grande distanza, coloro che hanno detto di vivere con il partner (4,4%), con amici (4,3%) o con altri parenti (1,5%).

Il **titolo di studio** più presente all'interno del nostro campione è il diploma di scuola media superiore, detenuto dal 59,9% degli intervistati; il 27,4% è in possesso del titolo di licenza media inferiore, mentre l'11,4% è in possesso di una formazione universitaria. Residuali le percentuali di coloro che hanno detto di non avere nessun titolo (0,2%) o di possedere soltanto la licenza elementare (1,1%).

Per quanto riguarda l'attività svolta, questa seconda fase della ricerca ha visto coinvolti soprattutto lavoratori (62,3%) e studenti (25,9%). Decisamente meno rappresentate e presenti le figure degli studenti lavoratori (8,3%) o delle persone in cerca di occupazione (3,4%).

Il **mezzo di trasporto** maggiormente utilizzato per gli spostamenti è l'automobile, indicato da ben 1.137 intervistati poco più di 150 gli intervistati che guidano lo scooter (13%) o la moto (13,5%). I mezzi indicati come "altri" sono soprattutto autocarri e autobus.

Guida e sicurezza

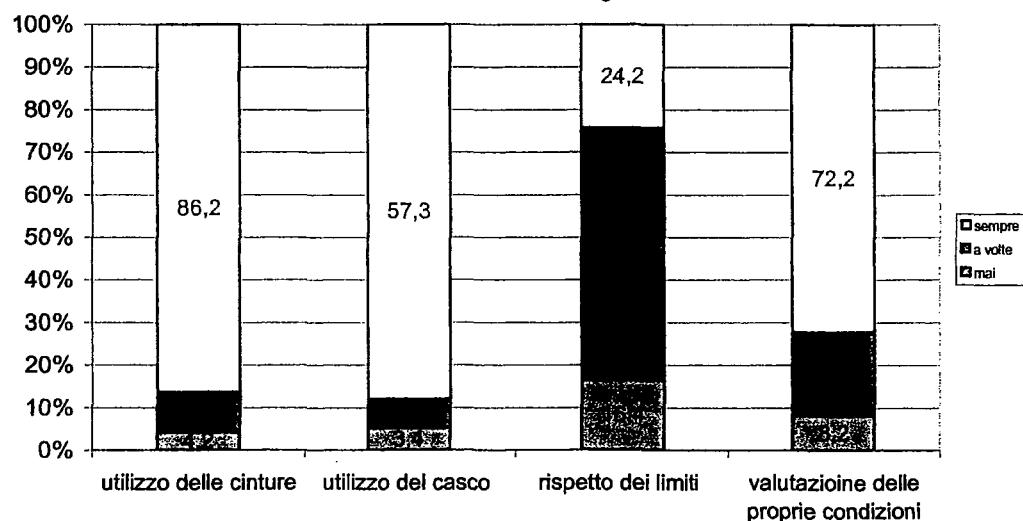
Abbiamo chiesto agli intervistati se in qualità di guidatori di auto e moto hanno l'abitudine di allacciare le cinture, utilizzare il casco, rispettare i limiti di velocità e valutare le proprie condizioni prima di mettersi alla guida .

Per ognuno di questi variabili abbiamo chiesto di scegliere una delle tre modalità di risposta: mai – a volte – sempre.

I risultati più confortanti vengono dagli *item* relativi alle **cinture di sicurezza** e alla valutazione delle proprie condizioni prima di mettersi alla guida; al primo ha risposto "sempre" l'86,2% degli intervistati e ha risposto "a volte" il 9,5% degli intervistati; per il secondo le percentuali sono rispettivamente 72,2% e 19,6% .

Meno diffuse le abitudini ad usare il casco e a rispettare i limiti di velocità. Il **casco** è utilizzato "sempre" dal 57,3% degli intervistati che hanno detto di guidare una moto e "a volte" dal 4,5%. Per quanto riguarda i **limiti di velocità** la quota di coloro che li rispettano abitualmente è decisamente minoritaria (24,2%) mentre ha risposto "sempre" il 16,4% e a volte il 59,4%.

Grafico 8: Abitudini alla guida



Per indagare sull'interferenza di alcune **sostanze psicoattive** sulla prestazioni alla guida, abbiamo sottoposto agli intervistati un elenco di sostanze (hashish, marijuana, ecstasy, eroina, cocaina, alcol) e abbiamo chiesto loro di collocare ogni sostanza su una scala a quattro livelli (per nulla, abbastanza, molto, non so).

Per tutte le sostanze la modalità di risposta "molto" fa registrare percentuali altissime (si va dal 54,7% dell'hashish all'83,2% dell'ecstasy passando per il 63,9% dell'alcol, il 76,1% della cocaina, l'82,7% dell'eroina).

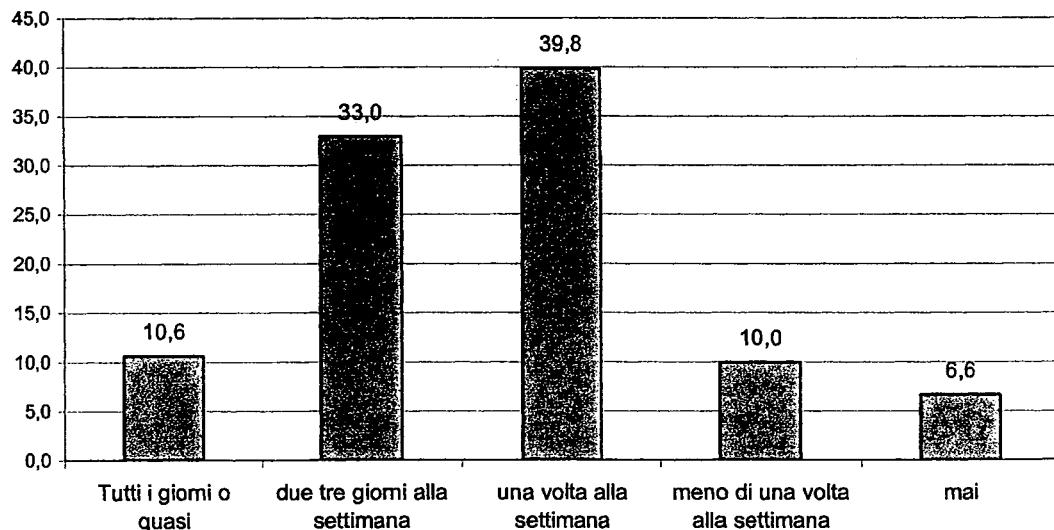
Solo l'hashish e la cocaina sono state considerate rispettivamente dall'8,7% e dal 4,9% degli intervistati non pericolose per la guida. La modalità di risposta "non so" è invece più alta per eroina, ecstasy e cocaina (rispettivamente 11,6%, 7,3% e 7,7%) che per hashish (4,4%) e alcol (2,2%).

Tra gli intervistati il 45,7% ha affermato che per raggiungere il limite di alcolemia stabilito dalla legge è sufficiente una consumazione alcolica; il 26,2% ha indicato che sono necessarie due consumazioni e il 15% ha risposto che sono necessarie tre consumazioni o più. E' interessante osservare che 106 intervistati (8,6%) ritengono che il limite "dipenda dalla persona" e 52 (4,2%) hanno apertamente detto di non essere in grado di rispondere a questa domanda.

Consumi di bevande alcoliche e sigarette

Le frequenze di **consumo di bevande alcoliche** negli ultimi tre mesi sono rappresentate nel grafico seguente:

Grafico 9: Frequenze di consumo di alcolici negli ultimi tre mesi



I consumatori abituali rappresentano poco più del 10% del campione, gli astemi il 6%. La maggioranza degli intervistati dunque è costituita da consumatori saltuari che bevono alcolici due o tre giorni alla settimana (33%), una volta alla settimana (39,8%) o meno di una volta alla settimana (10%).

Le situazioni problematiche, riferite a gli ultimi tre mesi, indicate dalla traccia di intervista sono:

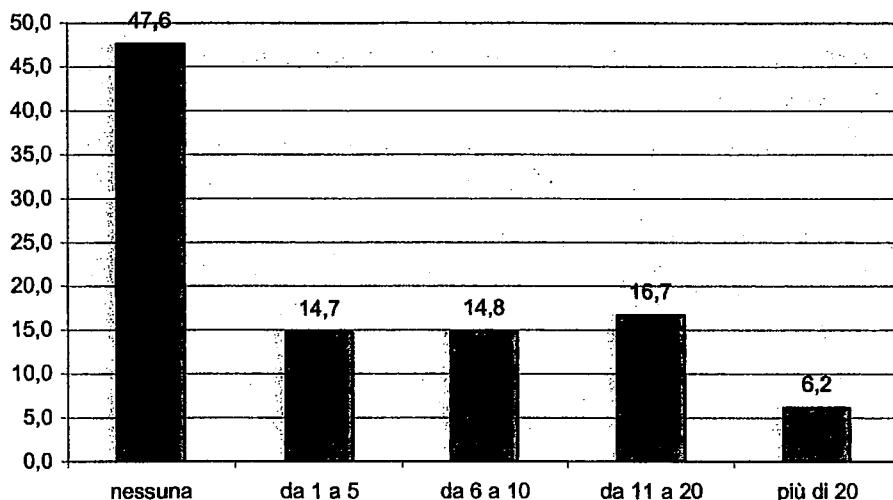
- aver bevuto troppo senza ubriacarsi
- avere bevuto fino ad ubriacarsi
- essere stato alla guida di un mezzo avendo bevuto troppo
- essere stato passeggero di una persona che aveva bevuto troppo.

Alla maggioranza assoluta degli intervistati (68,6%) è capitato di bere troppo, senza ubriacarsi. A molti di questi (42,8% del totale) è successo più volte di trovarsi in situazioni del genere, mentre coloro a cui è successo una volta sola sono in tutto 314 (25,4%). Le percentuali calcolate sui soli consumatori di bevande alcoliche sono rispettivamente 45,9% e 27,3%.

Coloro ai quali è capitato di bere fino ad ubriacarsi negli ultimi tre mesi sono 635 (corrispondenti al 51,4% degli intervistati e al 55,1% dei consumatori di bevande alcoliche). Episodi di ubriachezza sono capitati una volta a 292 intervistati (23,6% del totale - 25,3% dei consumatori) e più volte a 343 (27,8% del totale - 29,8% dei consumatori).

Quando si beve troppo non si guida e, in genere, si cerca di non salire in macchina con qualcuno che ha bevuto troppo. Questo sembrano suggerire i dati in base ai quali, negli ultimi tre mesi, il 63,5% degli intervistati non si è mai messo al volante avendo bevuto troppo (tra i soli consumatori la percentuale sale al 68,1%) e il 55,9% non è mai salito su un mezzo guidato da una persona che aveva bevuto troppo (il 22,1% è stato passeggero una volta di chi aveva bevuto, il 22,1% lo è stato più volte).

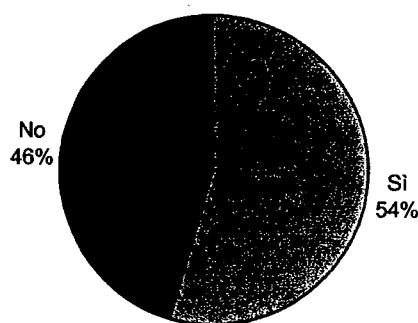
La maggioranza assoluta degli intervistati è costituita da non fumatori (47,6% del totale) o da fumatori moderati (il 14,7% ha detto di fumare un massimo di 5 sigarette e il 14,8% ha detto di arrivare al massimo a 10). I fumatori più costanti sono complessivamente il 22,2% del totale, a loro volta divisi in due sottogruppi: coloro che fumano tra le 11 e le 20 sigarette al giorno (16,7% del totale) e quelli che superano le 20 sigarette (6,2%).

Grafico 10: Consumo giornaliero di sigarette

I non fumatori sono prevalenti in tutte la categorie di consumo alcolico e raggiungono la maggioranza assoluta tra i consumatori saltuari (51%) e tra i non consumatori (64%).

La serata in discoteca

In tema di consumi alcolici abbiamo anche chiesto agli intervistati se al momento dell'intervista avevano già consumato bevande alcoliche in discoteca, in caso di risposta affermativa li abbiamo invitati a descrivere il tipo e le quantità di bevande consumate e in chiusura abbiamo chiesto loro quale comportamento avrebbero adottato se alla fine della serata si fossero accorti di non essere in grado di guidare.

Grafico 11: Consumi alcolici in discoteca

Rispetto al consumo alcolico in discoteca il campione si divide più o meno a metà con una leggera prevalenza del sì. La prima osservazione va fatta in relazione ai dati emersi dal questionario di ingresso. In quel caso avevamo chiesto agli intervistati se prima del loro arrivo in discoteca avessero già consumato bevande alcoliche e la risposta era stata affermativa per il 61,5% e negativa per il 38,5%. Sembra dunque che i consumi di bevande alcoliche siano più frequenti al di fuori delle discoteche che non al loro interno.

Tipo di bevanda	Numero consumatori	% sul totale degli intervistati	% sul totale dei consumatori	Numero consumazioni	N. medio consumazioni per consumatore
Superalcolici	288	23,32	42,79	482	1,7
Aperitivi – cocktail	243	19,68	36,11	359	1,5
Birra	138	11,17	20,51	216	1,6
Vino	123	9,96	18,28	397	3,2
Amari	36	2,91	5,35	54	1,5
Softdrinks	13	1,05	1,93	16	1,2

I superalcolici rappresentano la bevanda più diffusa e consumata in maggiore quantità dagli intervistati (482 consumazioni per 288 consumatori) seguono gli aperitivi, la birra e il vino, decisamente pochi i consumatori di amari e di softdrink.

La distribuzione per numero medio di consumazioni fa registrare una preminenza netta del vino (3,2 bicchieri per consumatore); seguono, più o meno sullo stesso livello aperitivi, superalcolici, amari e birra (un bicchiere e mezzo circa per consumatore) e da ultimo i softdrink consumati da poche persone e in quantità di poco superiore a una bottiglietta.

La stessa variabile, rilevata con modalità analoghe nel questionario di ingresso, aveva dato risultati alquanto differenti in particolare per quello che riguarda la birra che qui sta al terzo posto per livelli di consumo mentre nei dati del questionario di ingresso era l'alcolico più consumato. La ragione di questa differenza ha a che fare, probabilmente,

con la dimensione temporale. Nel questionario di ingresso avevamo chiesto che cosa era stato consumato nella prima parte della serata mentre nell'intervista ci siamo concentrati sulla seconda parte della serata. Come dire che la birra viene consumata ad inizio serata in altri locali; quando si arriva in discoteca si opta per altri consumi, in particolare per i superalcolici e per i cocktail.

A chiusura della sezione dedicata ai consumi abbiamo chiesto agli intervistati giunti in discoteca con la propria auto che cosa avrebbero fatto se a fine serata si fossero accorti di non essere in grado di guidare.

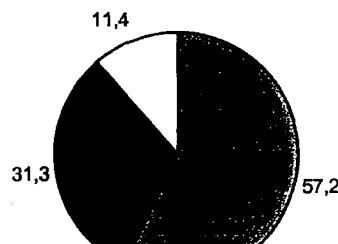
Sulla base delle risposte date, gli intervistati possono essere suddivisi in due sottogruppi:

- i *prudenti* rappresentati da coloro che non si metterebbero al volante
- i *fatalisti* che si metterebbero comunque al volante della loro auto pur adottando attenzioni e precauzioni particolari.

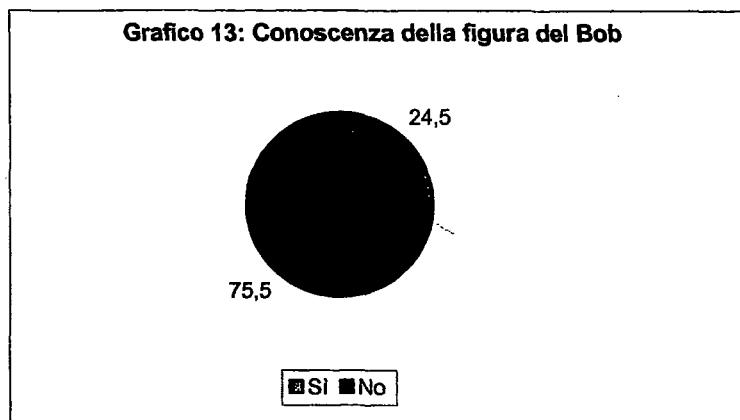
Rientrano nel primo gruppo coloro che chiederebbero a qualcuno di essere accompagnati a casa (20,7%) e coloro che cederebbero ad altri il posto di guida (41,8%); fanno parte del secondo gruppo, invece, coloro che dimostrano di avere molta fiducia nel controllo delle proprie prestazioni di guida avendo risposto che tornerebbero a casa facendo attenzione (17,5%) e quegli intervistati che eserciterebbero un'opzione di prudenza aspettando di riprendersi prima di intraprendere il viaggio di ritorno (19,9%).

L'abitudine a designare una persona che non beve e porta a casa gli altri sembra decisamente molto diffusa e, quando questa non c'è, si tende comunque a non far guidare chi ha bevuto.

Grafico 12: Diffusione della figura del guidatore designato



- Sì
- No ma chi a bevuto non guida
- No ognuno torna a casa come è venuto



Al di là delle abitudini consolidate all'interno dei diversi gruppi non si può non segnalare, in sede di valutazione, che gli intervistati a conoscenza dell'iniziativa prima dell'incontro con operatori, hostess e steward erano decisamente pochi (meno di un terzo).

Gli intervistati che sembrano avere una maggiore conoscenza della campagna sono quelli provenienti dalle province di Torino e da Asti (in entrambi i casi la percentuale di risposte positive è del 27,7%). Coloro che sembrano conoscere l'iniziativa in maniera minore sono gli intervistati provenienti dalla provincia di Novara (14,4% di risposte positive).

La valutazione della campagna

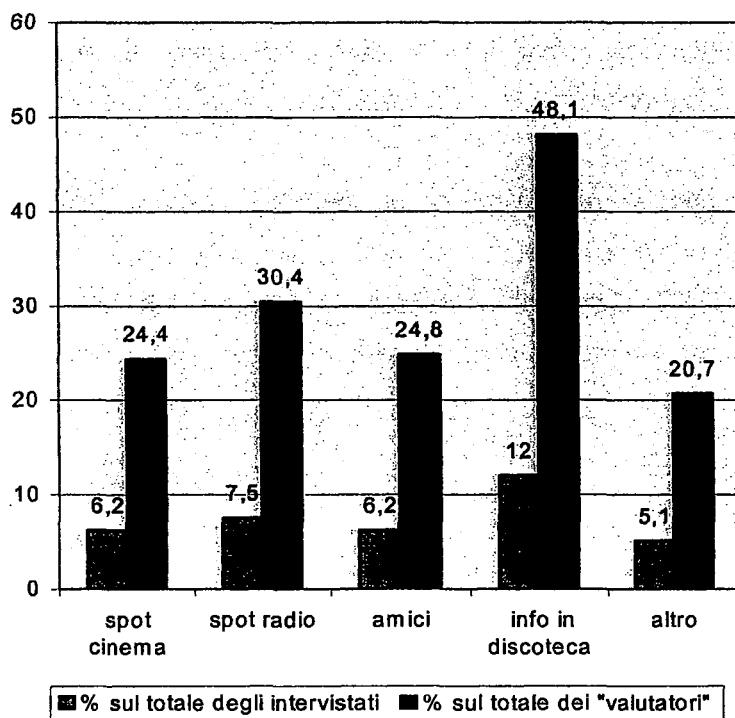
L'universo dei "valutatori" dell'iniziativa "Bob guidatore designato" si riduce a 303 unità.

La **modalità** che meglio degli altri, sia pure nell'ambito di percentuali comunque molto contenute, sembra raggiungere l'obiettivo è rappresentata dalla distribuzione di informazioni in discoteca; seguono gli spot radiofonici e quelli cinematografici. In una ipotetica terza fascia di efficacia si collocano le fonti che potremmo definire informali o "impreviste". Rientrano in questa categoria gli "amici" segnati come fonte di informazione dal 6,2% degli intervistati e dal 24,2% degli intervistati e tutte le "altre fonti" (informazioni provenienti da iniziative simili realizzate all'estero, lanci della stampa o della Tv, comunicazioni informali in ambienti di studio o lavoro).

Limitatamente agli spot, la radio sembra più efficace del cinema sia in termini assoluti sia osservando il dato disaggregato per area territoriale di provenienza degli intervistati. Gli spot cinematografici, infatti, sono stati visti in tutte le province dal 20% circa dei valutatori. Fanno eccezione le province di Asti (37%), Verbania e Biella (rispettivamente 0% e 50% ma su valori assoluti molto piccoli).

Per quanto riguarda la fruizione degli spot radiofonici permangono le eccezioni di Biella e Verbania ma in tutte le altre province gli ascoltatori degli spot ammontano al 30% di coloro che hanno sentito parlare di *Bob*.

Grafico 14: Valutazione della campagna: il dato quantitativo



Abbiamo chiesto agli intervistati che avevano sentito parlare di *Bob*, e che quindi erano in grado di esprimere una **valutazione**, di attribuire un punteggio da 1 a 5 ai seguenti aspetti:

- gradimento degli spot radiofonici
- gradimento degli spot cinematografici
- efficacia degli spot (valutazione generale)
- utilità delle informazioni ricevute

- efficacia degli interventi di questo tipo.

Un indicatore di sintesi di questa valutazione si può ottenere leggendo il valore medio e il valore modale (più frequente) fatti registrare da ogni item.

	<i>Punteggio medio</i>	<i>Moda</i>
Gradimento degli spot radiofonici	3,56	3
Gradimento degli spot cinematografici	3,48	3
Efficacia degli spot (valutazione generale)	3,17	3
Utilità delle informazioni ricevute	3,13	3
Efficacia degli interventi di questo tipo	3,48	3

I diversi item non fanno registrare differenze significative; per tutti la moda, cioè il punteggio espresso con maggiore frequenza, è 3 e per tutti la media è decisamente alta. Ci si muove sul filo dei decimali: gli spot radiofonici che sulla base dei dati precedentemente esposti sembravano i più efficaci nel raggiungere il target ora sembrano anche i più graditi; buona anche la valutazione di efficacia degli interventi simili a quello di cui ci stiamo occupando; un po' più deludente – ma siamo sempre al di sopra dei 3 punti – la valutazione relativa all'efficacia degli spot (senza distinzione tra radio e cinema) e all'utilità delle informazioni ricevute.

Ricadute e suggerimenti

Altre indicazioni utili per la valutazione della campagna possono trarsi dalle domande conclusive dell'intervista tese a:

- verificare la disponibilità dell'intervistato o degli amici di questi ad essere Bob
- capire se vi è già stata una sensibilizzazione sul tema alcol e guida
- raccogliere suggerimenti per altre iniziative di prevenzione.

La maggioranza assoluta degli intervistati ha detto di essere disponibile a fare il **Bob** (57,7%).

Il dato disaggregato per locale non sembra mostrare differenze significative tra una serata e l'altra. In tutti i locali la percentuale dei "candidati Bob" oscilla tra il 50 e il 60%. L'unico

elemento degno di nota è relativo alle serate del *Globo* (7 gennaio 2005) e del *Luna Rossa* (8 gennaio 2005) che si collocano nettamente al di sopra di questa soglia (rispettivamente 64,9% e 66,1%) che, probabilmente non a caso, hanno rappresentato le ultime due tappe della campagna. Questo dato è in controtendenza rispetto a quelli visti prima, sulla base dei quali si era esclusa l'esistenza di una relazione tra il progredire temporale dell'iniziativa e l'accrescimento della conoscenza di *Bob* da parte del pubblico. La percentuale di coloro che hanno detto di poter individuare tra i propri amici dei possibili *Bob* è più elevata rispetto a quella dei candidati (63,4%).

Il 76,5% degli intervistati si è detto favorevole all'uso di alcoltest gratuiti all'uscita dalle discoteche.

In particolare l'atteggiamento favorevole nei confronti dell'uso dell'alcoltest è più frequente tra i consumatori saltuari (80%) che tra quelli abituali (70%). Non necessariamente il verificarsi di situazioni problematiche o di pericolo induce ad essere più prudenti o più attenti nella valutazione delle proprie condizioni. In particolare rispetto alla guida si è detto favorevole e disponibile all'uso dell'alcoltest il 79% di coloro che non si sono mai trovati alla guida avendo bevuto troppo, il 74,3% di coloro a cui una situazione del genere è capitata almeno una volta e il 64,8% di coloro che si sono trovati al volante avendo bevuto troppo due o più volte negli ultimi tre mesi.

La conclusione dell'intervista era dedicata a raccogliere dagli intervistati **suggerimenti** per future iniziative di prevenzione. Quella conclusiva era la sola risposta aperta prevista dalla traccia di intervista; le indicazioni venivano sinteticamente annotate dall'intervistatore e sono state raggruppate per categorie in sede di elaborazione dei dati.

Gli intervistati che hanno dato suggerimenti per iniziative future sono stati complessivamente 232 e le risposte pervenute sono state raggruppate in 7 categorie che si riportano qui di seguito con l'indicazione dei valori fatti registrare da ognuna di esse e con qualche esempio di risposta degli intervistati:

1. **Diminuzione della distribuzione di bevande alcoliche** (22,8% dei suggerimenti)
“aumentare i prezzi degli alcolici” “non dare alcolici dopo una certa ora” “chiedere l'età a chi va al bar” “non includere l'alcol nelle consumazioni omaggio” “chiudere anticipatamente le discoteche”
2. **Diffusione dell'alcoltest** (18,5% dei suggerimenti)

"fare a tutti il palloncino" "distribuire alcoltest gratuito" "dare alcoltest come servizio pubblico"

3. Azioni di informative / comunicazione (18,5% dei suggerimenti)

"più spot" "pubblicità shockanti" "dare maggiore informazione" mostrare gli effetti della guida in stato di ebbrezza" "informazione capillare"

4. Potenziamento delle iniziative simili a Bob (14,2% dei suggerimenti)

"fare più spesso iniziative come questa" "andare anche in locali diversi dalle discoteche" "continuare così"

5. Aumento dei controlli (9,1% dei suggerimenti):

"più posti di blocco", "più polizia" , "maggiore severità nei controlli" "etilometro prima di uscire dalla discoteca"

6. Realizzazione di servizi di trasporto (8,6% dei suggerimenti)

"istituire servizi di navetta" "autobus notturni più sicuri" "taxi gratis o a prezzo ridotto" "servizio di Bob offerto dai gestori dei locali"

7. Iniziative di altro tipo (8,3% dei suggerimenti)

"rimborso del biglietto a chi fa il Bob" "lasciare un posto in discoteca dove puoi far passare la sbronza" "ingresso gratuito a chi fa il bob" "bibita analcolica omaggio per chi fa il test" "iniziativa su altri temi ad esempio le droghe leggere"

Il parere degli operatori

Al termine della serata abbiamo chiesto agli operatori coinvolti di compilare una griglia articolata in quattro punti con l'obiettivo di arricchire ulteriormente il materiale disponibile per la valutazione di questa campagna e per la progettazione di quelle future:

- livello di interesse percepito
- domande più frequenti
- maggiori criticità
- suggerimenti.

Le schede raccolte sono complessivamente 66 e restituiscono un quadro confortante dal punto di vista dell'interesse percepito e ricco di spunti per iniziative future.

Il livello di interesse percepito, che poteva essere espresso con punteggi da un minimo di uno a un massimo di cinque, è per tutti molto alto: non si scende mai sotto i 3 (punteggio

attribuito dal 19,7% degli operatori) ed è molto alta anche la percentuale di coloro che hanno attribuito a questo aspetto il punteggio massimo (30,3%). Soltanto in 4 non si sono espressi.

Il valore medio dei punteggi relativi all'interesse percepito è 4,11.

La domanda in assoluto che i giovani hanno più frequentemente rivolto agli operatori è: *“Quanto si può bere per rimanere nei limiti?”* (80,3% dei casi).

Tutte le altre domande proposte dalla griglia di valutazione fanno registrare percentuali molto più basse:

- le domande sul tema alcol e guida sono state segnalate da 13 operatori (19,7%);
- due soli operatori hanno segnalato domande sui servizi per le tossicodipendenze;
- le domande attinenti alle informazioni sulle droghe o al tema droghe e guida sono state oggetto di una sola segnalazione.

Tra le criticità indicate spiccano il rumore (60,6%), la carenza di illuminazione (54,5%) e gli spazi ristretti (51,5%). Decisamente meno percepite le difficoltà legate all'affluenza del pubblico (21%) e alla collocazione della postazione (19,7%). Praticamente non percepite come criticità la gestione dei questionari (6,1%) e la presenza di persone ubriache (3%).

Gli operatori che hanno dato indicazioni per la realizzazione di iniziative future sono stati complessivamente 15. I suggerimenti ricevuti hanno a che fare con la logistica (spazi più agibili, postazioni migliori per l'etilometro), la visibilità dell'iniziativa (collaborazione dei DJ pubblicizzazione nei giorni precedenti l'evento) e la possibilità di estendere iniziative analoghe anche ad altri temi (interventi sulle nuove droghe).

4.11.2. Contributo originale della Regione Toscana

Regione Toscana – Azienda USL 6 Livorno – SERT Zona Livornese

Bacco e Tabacco... all’Ospedale

Indagine sulla diffusione del consumo di alcool e di sigarette nei degenzi del Presidio Ospedaliero di Livorno

Il presente contributo espone i risultati di una indagine sulla diffusione del consumo di bevande alcoliche e del tabagismo condotta su un campione rappresentativo della popolazione adulta ricoverata presso il Presidio Ospedaliero (P.O.) di Livorno. La ricerca è stata effettuata nell’ambito di un progetto triennale denominato *"Servizio e Struttura innovativa/Centro di documentazione per la gestione delle problematiche alcoolcorrelate"* promosso dall’U.F. SERT. di Livorno e finanziato dalla Regione Toscana con il Fondo Nazionale Lotta alla Drogena, rivolto ai degenzi del P.O., alla realtà giovanile e alla popolazione carceraria del territorio livornese. Uno dei principali obiettivi del progetto triennale consiste nell’acquisizione di dati aggiornati sulla prevalenza di due fenomeni di rilevante impatto sociale e sanitario, quali la dipendenza da alcool e da nicotina, finalizzata alla pianificazione di strategie di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) e riabilitazione adeguate alla evoluzione di tali problematiche.

La definizione di *problematiche e patologie alcoolcorrelate* (PPAC) trova un ampio e crescente consenso nella letteratura scientifica contemporanea e tende a sostituirsi al termine più generico di *alcolismo*, in quanto ritenuto più idoneo a sottolineare la complessità delle ripercussioni di natura sanitaria, sociale e familiare dell’abuso alcolico cronico. Si impone, in effetti, da parte delle istituzioni sanitarie, la necessità di adottare modelli di intervento multidisciplinare integrato sulle PPAC (medico, psicologico, sociale) che tengano conto delle numerose implicazioni socio-sanitarie dell’assunzione di bevande alcoliche.

Metodologia

Per stimare la diffusione del consumo di alcool e la prevalenza delle PPAC nella popolazione adulta dell’Ospedale di Livorno è stato impiegato il *Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)*, un questionario composto da 25 domande con risposte di tipo dicotomica (SI-NO) che consente di evidenziare le seguenti categorie:

- punteggio minore o uguale a 4: assenza di problemi legati all’alcool (bevitori moderati);
- punteggio pari a 5-6: forme di alcolismo borderline (bevitori problematici, con consumi medio-elevati e possibili episodi di abuso alcolico);

- punteggio uguale o maggiore di 7 - dipendenza da alcool.

Sono state aggiunte alcune domande volte a rilevare le conoscenze degli effetti dell'alcool sulla salute e delle strutture territoriali preposte al trattamento delle PPAC (*livelli di informazione*), nonché l'abitudine al fumo di sigaretta. Previa autorizzazione della Direzione Sanitaria della ASL6 e da accordi presi con i Caposala delle varie divisioni ospedaliere coinvolte nel progetto, i questionari sono stati consegnati al personale sanitario dei singoli reparti insieme ad un'urna dove venivano raccolti i protocolli compilati. Il questionario è stato proposto ad ogni degente: la compilazione è avvenuta in forma anonima, nel pieno rispetto dei principi di cui alla legge n° 675/96 (tutela della privacy). La somministrazione ha avuto inizio nel Gennaio 2001 ed è stata completata a Ottobre 2001.

Descrizione del campione

Hanno aderito all'indagine 18 reparti del P.O. di Livorno (il 94.7% del totale a cui è stato presentato il progetto): Pronto Soccorso, Rianimazione, Radiologia e Pediatria non sono stati inclusi nello studio per evidenti motivi di carattere metodologico e clinico.

Nel grafico 1 e nelle tabelle 1 e 2 viene presentata la composizione del campione esaminato (N=2077), distinto per sesso ed età, in totale e nei singoli reparti.

Grafico 1

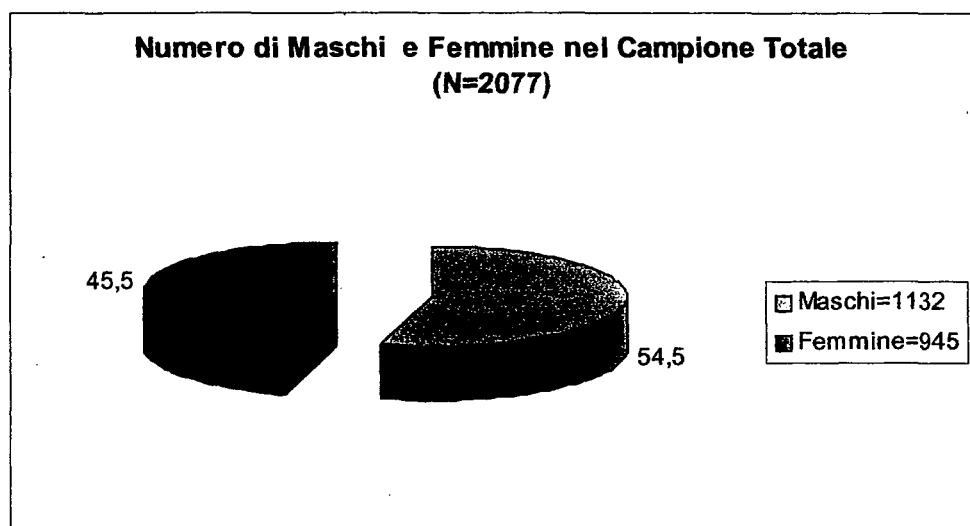


Tabella 1

Distribuzione dei maschi e delle femmine nei singoli reparti

REPARTO	F	M	TOT.
UTIC	36	100	136
PSICHIATRIA (SPDC)	25	29	54
NEUROLOGIA	72	86	158
RADIOTERAPIA	36	64	100
CHIRURGIA GENERALE 1° II	56	71	127
ORTOPEDIA	76	75	151
DERMATOLOGIA	52	74	126
MALATTIE INFETTIVE	65	89	154
OCULISTICA	33	57	90
UROLOGIA	44	120	164
OTORINO	82	92	174
CHIRURGIA GENERALE 6° II	37	42	79
NEFROLOGIA-DIALISI	44	63	107
FISIOPATOLOGIA			
RESPIRATORIA	47	56	103
GINECOLOGIA	160	0	160
MEDICINA GENERALE 5° II	24	33	57
MEDICINA D'URGENZA	27	34	61
NEUROCHIRURGIA	29	47	76
Totale	945	1132	2077

Per quanto riguarda l'età dei degenzi che hanno compilato il questionario, i dati riportati in Tabella 2 sono riferiti ad 1483 soggetti (71.4% del totale), poiché 594 (28.6%) non hanno indicato la loro età.

Tabella 2

Età media dei degenzi esaminati nei singoli reparti ospedalieri

REPARTO	Età Media	N
MEDICINA GENERALE 5°II	48	48
CHIRURGIA GEN. 6° II	45	57
CHIRURGIA GEN. 1° II	53	81
DERMATOLOGIA	53	97
GINECOLOGIA	37	111
MALATTIE INFETTIVE	46	104
MED. D'URGENZA	44	43
NEFROLOGIA-DIALISI	45	91
NEUROCHIRURGIA	48	66
NEUROLOGIA	52	117
OCULISTICA	61	63
ORTOPEDIA	45	108
OTORINO	43	130
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	61	50
PSICHIATRIA	41	31
RADIOTERAPIA	57	63
UROLOGIA	55	113
UTIC	65	110
CAMPIONE TOTALE	50	1483

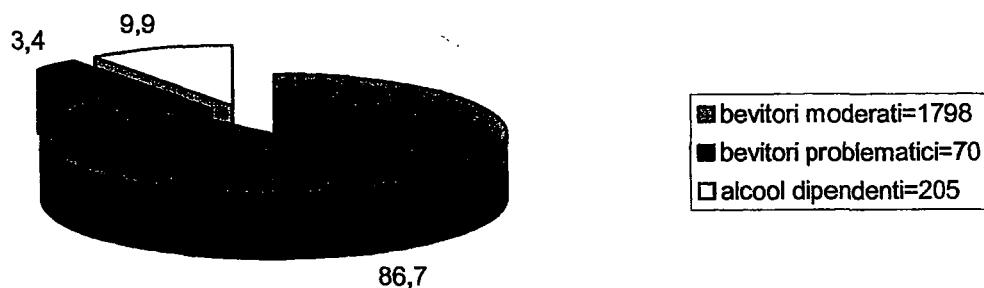
Risultati

1) *Alcool: i consumi e la diffusione delle PPAC*

Nel grafico 2 vengono illustrati i risultati del MAST nel campione totale (N=2073; 4 questionari non sono stati completati e quindi sono stati esclusi dal conteggio) mentre nelle tabelle 3, 4 e 5 sono riportati i valori e le categorie del MAST di ogni reparto e distinti in base al sesso.

Grafico 2

Percentuali di bevitori moderati, problematici e dipendenti nel Campione Totale



La media del MAST nel campione totale corrisponde a 2.7 e rientra pertanto nel *range* del consumo alcolico moderato (punteggi inferiori a 4); i maschi hanno ottenuto una media più elevata rispetto alle femmine (2.9 vs 2.3). La percentuali dei bevitori problematici ed alcoldipendenti si attesta al 13,3%.

Tabella 3

Medie, Deviazioni Standard, numero di degenzi e valori massimi del MAST nei reparti ospedalieri

REPARTI	Media	N	Ds	Valore massimo
UTIC	1.4	136	4.2	44
PSICHIATRIA (SPDC)	8.2	54	11.5	42
NEUROLOGIA	2.1	158	6.4	49
RADIOTERAPIA	0.7	100	1.4	7
CHIRURGIA GEN. 1° II	1.6	127	3.3	17
ORTOPEDIA	3.3	151	7.0	42
DERMATOLOGIA	1.5	126	3.7	25
MALATTIE INFETTIVE	4.9	154	11.0	65
OCULISTICA	1.0	90	2.0	8
UROLOGIA	1.6	160	6.4	53
OTORINO	1.8	174	5.7	40
CHIRURGIA GEN. 6° II	2.8	79	8.1	47
NEFROLOGIA-DIALISI	5.6	107	9.3	40
FISIOPATOLOGIA				
RESPIRATORIA	0.3	103	1.2	8
GINECOLOGIA	0.7	160	1.8	13
MEDICINA GENERALE 5° II	5.8	57	9.9	40
MEDICINA D'URGENZA	3.5	61	8.9	40
NEUROCHIRURGIA	9.1	76	11.1	40
CAMPIONE TOTALE	2.7	2073	7.0	65

Tabella 4

Distribuzione delle categorie del MAST nei singoli reparti ospedalieri

REPARTO	Numero di bevitori moderati	Numero di bevitori problematici	Numero di bevitori dipendenti	% bevitori moderati	% bevitori problematici	% bevitori dipendenti
UTIC	125	4	7	91.9	2.9	5.1
PSICHIATRIA	33	3	18	61.1	5.6	33.3
NEUROLOGIA	143	2	13	90.5	1.3	8.2
RADIOTERAPIA	98	0	2	98.0	0	2
CHIRURGIA GEN. 1° II	115	1	11	90.6	0.8	8.7
ORTOPEDIA	121	12	18	80.1	7.9	11.9
DERMATOLOGIA	115	6	5	91.3	4.8	4
MALATTIE INFETT.	115	15	24	74.7	9.7	15.6
OCULISTICA	82	6	2	91.1	6.7	2.2
UROLOGIA	151	0	9	94.4	0	5.6
OTORINO	161	3	10	92.5	1.7	5.7
CHIRURGIA GEN. 6° II	67	5	7	84.8	6.3	8.9
NEFROLOGIA-DIAL.	77	4	26	72.0	3.7	24.3
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	101	0	2	98.1	0	1.9
GINECOLOGIA	154	4	2	96.3	2.5	1.3
MEDICINA GENERALE 5° II	42	3	12	73.7	5.3	21.1
MEDICINA D'URGENZA	55	1	5	90.2	1.6	8.2
NEUROCHIRURGIA	43	1	32	56.6	1.3	42.1

Dalle tabelle 3 e 4 si nota che i degenzi di Neurochirurgia hanno ottenuto la media più alta al MAST (9.1), che si colloca al di sopra del punteggio *cut-off* discriminante la presenza di dipendenza da alcool (7) e presentano la percentuale più elevata di bevitori dipendenti (42,1%); come facilmente prevedibile, anche i pazienti ricoverati in SPDC hanno ottenuto al MAST valori medi superiori a 7 (8.2), con una considerevole proporzione di bevitori problematici (5,6%) e alcooldipendenti (33,3%).

Percentuali elevate di bevitori problematici e/o dipendenti si riscontrano, inoltre, nei reparti di Malattie infettive, nelle Chirurgie e in

Ortopedia; le proporzioni minori di degenti con PPAC si osservano (in ordine decrescente) nei reparti di Fisiopatologia respiratoria, Radioterapia, Ginecologia, UTIC, Dermatologia).

I risultati confermano la presenza di una significativa comorbidità fra disturbi psichiatrici e dipendenza da alcool: l'elevata proporzione di bevitori problematici e dipendenti riscontrata in Neurochirurgia e, seppure in misura nettamente minore, in Ortopedia, potrebbe essere connessa alla relazione fra alcool e propensione agli incidenti (stradali, sul lavoro, domestici, ecc.) ampiamente documentata in letteratura.

Tabella 5

Percentuali delle categorie del MAST nei due sessi in ciascun reparto

	FEMMINE			MASCHI		
	Bevitori moderati	Bevitori problematici	Bevitori dipendenti	Bevitori moderati	Bevitori problematici	Bevitori dipendenti
UTIC	88.9	5.6	5.6	93.0	2.0	5.0
PSICHIATRIA	72.0	0.0	28.0	51.7	10.3	37.9
NEUROLOGIA	93.1	2.8	4.2	88.4	0.0	11.6
RADIOTERAPIA	100.0	0.0	0.0	96.9	0.0	3.1
CHIRURGIA GEN. 1° II	85.7	0.0	14.3	94.4	1.4	4.2
ORTOPEDIA	85.5	5.3	9.2	74.7	10.7	14.7
DERMATOLOGIA	90.4	5.8	3.8	91.9	4.1	4.1
MALATTIE INFETTIVE	76.9	6.2	16.9	73.0	12.4	14.6
OCULISTICA	81.8	12.1	6.1	96.5	3.5	0.0
UROLOGIA	95.5	0.0	4.5	94.0	0.0	6.0
OTORINO	92.7	2.4	4.9	92.4	1.1	6.5
CHIRURGIA GEN. 6° II	86.5	5.4	8.1	83.3	7.1	9.5
NEFROLOGIA-DIALISI	79.5	4.5	15.9	66.7	3.2	30.2
FISIOPATOLOGIA						
RESPIRATORIA	95.7	0.0	4.3	100.0	0.0	0.0
GINECOLOGIA	96.3	2.5	1.3	0.0	0.0	0.0
MEDICINA GENERALE 5° II	70.8	12.5	16.7	75.8	0.0	24.2
MEDICINA D'URGENZA	96.3	0.0	3.7	85.3	2.9	11.8
NEUROCHIRURGIA	58.6	0.0	41.4	55.3	2.1	42.6
CAMPIONE TOTALE	88.3	3.4	8.4	85.5	3.4	11.2

Nel Campione Totale si osserva (tabella 5) una leggera prevalenza del sesso maschile nella dipendenza da alcool (11.2%) rispetto a quello femminile (8,3%), in linea con il dato epidemiologico generale. Circa le differenze fra

sessi nel consumo di alcool in relazione ai reparti si nota che, mentre la proporzione dei bevitori dipendenti si distribuisce in eguale misura fra maschi e femmine ricoverati in Neurochirurgia (che presenta, come si è detto, la percentuale più elevata di bevitori dipendenti), si registrano percentuali superiori di bevitori dipendenti maschi rispetto alle femmine in SPDC, Neurologia, Nefrologia e Medicina Generale 5°II. Si verifica la tendenza contraria, ovvero una maggiore rappresentanza delle femmine, in Chirurgia Generale e in Oculistica (dove peraltro non risulta nessun maschio alcoldipendente). Non si evidenziano, infine, differenze di rilievo negli altri reparti.

2) Alcool: i livelli di informazione

Nelle tabelle 6-7-8-9-10-11 vengono riportate le risposte alle domande sulla conoscenza degli effetti dell'alcool e delle strutture territoriali preposte al trattamento delle PPAC (Campione Totale).

Tabella 6

L'alcool è una sostanza utile all'organismo?

	Frequenza	%
NON RISPOSTO	25	1.2
NO	1437	69.2
NON SO	84	4.0
QUALCHE VOLTA	353	17.0
SI	178	8.6
Totale	2077	100

Tabella 7

L'alcool è dannoso per la salute?

	Frequenza	%
NON RISPOSTO	26	1.2
NO	250	12.0
NON SO	86	4.1
SI	1715	82.6
Totale	2077	100

Tabella 8

Crede che l'alcool possa causare problemi in famiglia?

	Frequenza	%
NON RISPOSTO	28	1.4
NO	178	8.6
NON SO	63	3.0
SI	1809	87.0
Totale	2077	100

Tabella 9
Sa che a Livorno è attivo un Gruppo Operativo di Alcologia presso il Ser.T.?

	Frequenza	%
NON RISPOSTO	38	1.8
NO	1220	58.7
NON SO	19	0.9
SI	800	38.5
Totale	2077	100

Tabella 10
Ha mai preso contatto con il Ser.T. di Livorno per problemi di alcool?

	Frequenza	%
NON RISPOSTO	20	0.9
NO	1986	95.6
NON SO	2	0.1
SI	69	3.3
Totale	2077	100

Tabella 11
Si è mai rivolto ad associazioni del territorio per il trattamento degli alcolisti (Alcolisti Anonimi, ACAT)?

	Frequenza	%
NON RISPOSTO	21	1.0
NO	2002	96.4
SI	54	2.6
Totale	2077	100

Le risposte dei degenti mostrano un'adeguata cognizione delle potenziali conseguenze negative dell'alcool sulla salute e in famiglia. Si osserva, tuttavia, una discrepanza fra i livelli di informazione sugli effetti dell'alcool, la prevalenza delle PPAC e la conoscenza delle strutture preposte al loro trattamento che merita, nostro avviso, una attenta riflessione. Infatti, sebbene la proporzione delle PPAC si aggiri intorno al 13,4% e poco meno del 40% degli intervistati risponde di essere a conoscenza del Servizio di Alcologia del Ser.T., i degenti che affermano di essersi rivolti al Ser.T. o alle associazioni presenti nel territorio rappresentano, rispettivamente, il 3.3% e il 2.6% degli intervistati. Si conferma, pertanto, la presenza di una dimensione "sommersa" delle problematiche alcolcorrelate, da tempo sottolineata in campo alcologico a livello nazionale e internazionale, stimabile nel nostro campione intorno al 10%.

3) Tabacco: i consumi

Le risposte alla domande "negli ultimi tre mesi ha fumato qualche sigaretta?" e sul numero di sigarette fumate sono state suddivise nelle seguenti classi:

- degenti che riportano di non fumare sigarette
- degenti che fumano meno o uguale a 5 sigarette al giorno
- da 6 a 10
- da 11 a 15
- da 16 a 20
- da 20 a 30
- >30
- degenti che non hanno risposto.

Le tabelle 12 e 13 illustrano la frequenza dei degenti fumatori, non fumatori e la quantità di sigarette/die fumate nel campione totale e nei singoli reparti.

Tabella 12

Consumo di sigarette suddiviso in classi
Campione Totale (N=2077)

N° sigarette	Frequenza	%
0 (non fumatori)	1295	62.3
< 5	80	3.8
da 6 a 10	114	5.5
da 11 a 15	82	3.9
da 16 a 20	19	0.9
da 20 a 30	26	1.3
> 30	8	0.3
non hanno risposto	453	21.8

I fumatori rappresentano il 15.7% del campione, il 62.3% ha risposto di non fumare (comunque di non aver fumato sigarette nei 3 mesi precedenti la somministrazione del questionario), mentre rimane ben il 21.8% di pazienti che non hanno risposto al quesito (escludendo dal calcolo i pazienti che hanno omesso la risposta, la percentuale dei fumatori ammonta al 20.2%).

Tabella 13

Numero di sigarette fumate nei singoli reparti (riferite ai soli fumatori)						
	N	Media sig/die	Minimo	Massimo	% di fumatori	Media sig/die (compresi i non fumatori)
UTIC	27	12.0	2	25	19.8	2.7
PSICHIATRIA (SPDC)	17	13.6	4	45	31.9	8
NEUROLOGIA	32	14.2	4	25	20.3	3.6
RADIOTERAPIA	12	11.7	5	25	12	1.6
CHIRURGIA GENERALE 1° II	11	10.7	5	20	8.7	1.2
ORTOPEDIA	31	11.6	1	25	20.5	3.0
DERMATOLOGIA	16	12.2	5	15	12.7	2.0
MALATTIE INFETTIVE	26	14.6	5	40	16.9	3.5
OCULISTICA	7	8.0	5	15	7.8	0.7
UROLOGIA	23	14.3	5	30	14.0	2.4
OTORINO	23	11.6	5	25	13.2	1.8
CHIRURGIA GENERALE 6° II	9	10.6	5	15	11.4	1.6
NEFROLGIA-DIALISI	24	13.3	2	45	22.4	4.2
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	14	8.6	4	20	13.6	1.3
GINECOLOGIA	18	6.4	1	15	11.2	1.0
MEDICINA GENERALE 5° II	17	17.0	2	45	29.8	6.3
MEDICINA D'URGENZA	7	10.9	5	25	11.5	1.5
NEUROCHIRURGIA	15	14.8	2	45	19.7	4.2

Dalla tabella 13 si osserva che la percentuale più elevata di tabagismo (numero di fumatori e media di sigarette giornaliere complessiva) riguarda la Psichiatria, seguita da Medicina Generale 5°II, Neurologia e Nefrologia; registriamo il minor numero di fumatori in Oculistica e Radioterapia. Troviamo invece i fumatori più accaniti in Medicina Generale 5° II, con una media di 17 sig/die al giorno, seguita da Neurochirurgia (14.8), Malattie Infettive (14.6), Urologia (14.3), Neurologia (14.2), SPDC (13.6).

Questi risultati presentano una significativa corrispondenza con i dati emersi da una indagine preliminare sulla diffusione del tabagismo nel personale sanitario del Presidio Ospedaliero di Livorno, effettuata nel 2002 dal Centro Antifumo della U.O. di Fisiologia Respiratoria nell'ambito del progetto *Health Promoting Hospital* (gruppo operativo multidisciplinare "Ospedale senza fumo").

Tale ricerca, infatti, ha riscontrato la maggior percentuale di operatori sanitari fumatori in Medicina 5° II (oltre la metà del personale fumatore, 52.6%; seguita dalla Medicina d'Urgenza con il 50% e dalla Ostetricia-Ginecologia con il 45.5%)¹, dove si concentra una elevata proporzione di tabagismo nei degenzi (29.8%), seconda solo a quella rilevata in SPDC (31.9%). E' possibile, pertanto, ipotizzare una assimilazione di condotte disfunzionali da parte dei degenzi attraverso meccanismi imitativi legati alle abitudini tabagiche, che sottolinea l'importanza della funzione dell'operatore sanitario quale modello di comportamento coerente con il suo ruolo di agente promotore di corretti stili di vita.

4) Relazioni fra consumo di alcolici e di tabacco

E' stata, infine, verificata l'ipotesi di una associazione fra tendenza al consumo di alcool e tabacco, confrontando (*unpaired t-test*) i valori riportati al MAST dei degenzi fumatori e non fumatori: nei primi ritroviamo, infatti, una media più elevata al MAST (lievemente superiore al *range* di normalità: 4.4) rispetto ai non fumatori (media=1.6) che raggiunge la significatività statistica ($t=8.9$ $p<.001$). Inoltre, nei fumatori il numero di sigarette risulta significativamente correlato ai valori del MAST (*Pearson-product-moment*: $r=.32.1$ $p<.001$) confermando la forte connessione fra assunzione di bevande alcoliche e tabagismo che, notoriamente, configura uno stile di vita a rischio per le numerose patologie legate all'alcool e al tabagismo.

Conclusioni

L'indagine ha evidenziato la presenza di dipendenza da alcool nel 9.9% del campione e nel 3.4% una forma di alcolismo di tipo borderline (bevitori problematici): complessivamente, quindi, la prevalenza delle PPAC riguarda il 13.3% dei degenzi del Presidio Ospedaliero di Livorno esaminati nel corso del 2001, mentre la percentuale di fumatori (15.7%) risulta lievemente inferiore alla media della popolazione italiana adulta (solitamente compresa fra il 25% e il 30%).

I risultati confermano la rilevanza delle problematiche alcoolcorrelate nel territorio livornese e la necessità di migliorare le procedure atte a favorire l'accesso ai servizi, nonché di stimolare interventi coordinati sia fra le istituzioni

¹ Le più basse percentuali di fumatori fra il personale sanitario rilevate dalla stessa indagine riguardano l'UTIC con il 9.5%, e la Fisiopatologia Respiratoria con il 34.6%.

sanitarie deputate al trattamento delle patologie alcol e fumo correlate (SERT., Ospedale, Centro Antifumo del P.O., Medici di base), sia delle medesime con le Associazioni di volontariato sociale, nell'ottica del lavoro di rete e del miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati al cittadino.