ATTI PARLAMENTARI

XVI LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **CC**
n. **2**

RELAZIONE

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

(Anni 2007 e aggiornamenti anno 2008)

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

Presentata dal Ministro della salute

(FAZIO)

Trasmessa alla Presidenza il 14 gennaio 2010

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

PRESENTAZIONE
PREMESSA

PARTE PRIMA

1. **Il quadro epidemiologico**
1.1 I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo 3
1.2 La mortalità e la morbilità alcolcorrelate 34
1.3 Considerazioni critiche 44
2. **Gli interventi del Ministero della Salute in attuazione della legge 30.3.2001 n. 125**
2.1 Gli interventi di indirizzo 50
2.2 L'utilizzo dei finanziamenti previsti per il monitoraggio dei dati 58
2.3 Gli interventi in materia di informazione e prevenzione 61
2.4 L' implementazione dei progetti finanziati a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga 66
2.5 L'attuazione dell'art. 6 del decreto-legge 3 agosto 2007 n. 117 66
2.6 La partecipazione alle politiche internazionali 73
3. **La spesa farmaceutica per la terapia farmacologica delle patologie alcolcorrelate** 75
4. **Le attività della Consulta nazionale sull'alcol e i problemi alcolcorrelati** 79
5. **La I Conferenza nazionale sull'alcol** 88

PARTE SECONDA

6. **I servizi alcologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30.3.2001 n. 125 -Anno 2007-**
6.1 Il personale dei servizi 94
6.2 Le caratteristiche demografiche dell'utenza 95
6.3 I consumi alcolici dell'utenza 96
6.4 I modelli di trattamento 97
6.5 I modelli organizzativi dei servizi 97
6.6 La collaborazione dei servizi con gli enti e le associazioni del volontariato, privato sociale e privato 98
Tabelle e grafici 99

PARTE TERZA

7. **L'attuazione della legge 30.3.2001 n. 125 nelle Regioni e Province Autonome**
7.1 Gli interventi e le attività delle Regioni e Province Autonome in attuazione della legge 30.3.2001 n. 125 131
7.2 Iniziative adottate per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali nonché per migliorarne la qualità 133
7.3 Iniziative adottate per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcolcorrelati 147
7.4 Iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto 167
7.5 Iniziative adottate per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario 177
7.6 Iniziative adottate per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del privato sociale *no profit* 182
7.7 Strutture di accoglienza eventualmente realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'art.11 della legge 30.3.2001 n. 125 190
7.8 Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge 195
7.9 Attività di collaborazione con le competenti istituzioni dell'Amministrazione dell'Interno, municipali o altre per il rispetto delle disposizioni in materia di pubblicità, vendita e guida 200

7.10 Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro 207

7.11 Provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo 211

7.12 Progetti o iniziative di particolare rilevanza realizzati dalle Regioni in adesione agli orientamenti e ai principi della legge 125/2001 214

PRESENTAZIONE

La legge 125/2001 continua ad essere un importante strumento di orientamento per le politiche alcologiche del nostro Paese a livello nazionale e regionale, per il contenimento dei danni derivanti dal consumo dannoso di alcol e per l'accrescimento della consapevolezza sui rischi alcolcorrelati.

Sempre più nei diversi contesti istituzionali e sociali si sta prendendo atto che l'alcol è un importante fattore di rischio per la salute e che le conseguenze del consumo dannoso hanno pesanti ripercussioni non solo di ambito sanitario ma anche sociale ed economico, con gravissime conseguenze in termini di perdita di anni di vita e di lavoro, di sofferenza individuale e familiare, di disadattamento,violenza, incidenti. C'è una consapevolezza sempre maggiore sulla responsabilità sociale di tutti coloro che in qualsiasi modo svolgono un ruolo nel consumo di alcol da parte di adulti e giovani e settori sempre più ampi della società sono chiamati a dare un contributo alla prevenzione dei danni alcolcorrelati.

L'Italia è ancora un Paese in cui l'assunzione moderata di alcol e in particolare di vino costituisce un comportamento molto diffuso, socialmente accettato e ben radicato nella tradizione culturale alimentare; ma una buona parte della popolazione maschile di età anziana consuma alcolici e soprattutto vino senza rispettare la moderazione richiesta per l'età, non attenendosi alle linee guida proposte dagli organi di tutela della salute. Inoltre i giovani, anche attraverso i contatti sempre più intensi con gli altri Paesi dell'Europa non mediterranea, stanno adottando modelli di consumo alcolico nuovi e di notevole potenziale di rischio, quali i consumi fuori pasto, i consumi occasionali ad alta intensità (*binge drinking*), la ricerca dell'ubriachezza. I giovani italiani consumano alcol per la prima volta ad un'età che è la più bassa in Europa, poco più di 12 anni; e al di sotto dei 13 anni consumano bevande alcoliche con una prevalenza tra le più alte d'Europa. Nel tempo i giovani consumatori appaiono in costante aumento e fra i giovani al di sotto dell'età legale i consumatori sono più del 17%; la diffusione dei consumi fuori pasto è alta in entrambi i sessi e quella del *binge drinking* è alta fra i maschi.

I nuovi consumi a rischio d'altra parte stanno interessando sempre più anche la popolazione adulta, sia pure in un contesto di abitudini ancora prevalentemente mediterranee; la propensione al *binge drinking* appare più diffusa tra le persone con più alto titolo di studio e fra chi si sente in buono stato di salute, evidenziando una lacuna nella diffusione di informazioni corrette e scientificamente fondate sui rapporti tra alcol e salute.

Particolarmente preoccupante appare anche il crescente coinvolgimento nel consumo di bevande alcoliche della popolazione femminile, soprattutto di giovane età, che fino a qualche anno fa appariva poco esposta al rischio alcolcorrelato.

In Italia dunque una quota importante di popolazione è esposta a una vasta gamma di rischi alcolcorrelati. Abbiamo un tasso di mortalità per cirrosi epatica ancora superiore alla media europea e le diagnosi di ricovero ospedaliero per cirrosi alcolica negli ultimi anni sono in aumento in rapporto alle altre diagnosi; fino al 2006 si è registrato un costante aumento degli alcoldipendenti in trattamento presso i servizi alcologici territoriali e fra essi appare ancora in crescita la percentuale dei giovani di età inferiore

ai 20 anni. Abbiamo inoltre un tasso di mortalità per incidente stradale superiore a quello dei Paesi europei con le migliori *performances*, con un alto coinvolgimento di morti e feriti nelle fasce di età più giovane. Gli incidenti stradali causati da abuso di alcol hanno registrato quasi 2000 casi in più tra il 2006 e il 2007, nonostante la diminuzione del totale degli incidenti.

Per contrastare i danni alcolcorrelati, in attuazione della legge 125/2001, questo Ministero è impegnato nella implementazione dei programmi di prevenzione recentemente avviati, d'intesa con le Regioni, tramite il Piano Nazionale Alcol e Salute e il Programma "Guadagnare Salute", entrambi basati su un approccio interistituzionale alla prevenzione che chiama alla responsabilità, in coerenza con il programma europeo "*Salute in tutte le politiche*", tutte le istituzioni, gli enti e gli interlocutori in qualsiasi modo coinvolti nel consumo di alcol e nei problemi alcolcorrelati. In particolare l'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute ha visto l'attivazione di iniziative e progetti per il rafforzamento del coordinamento delle Regioni, per il monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati, per l'identificazione precoce e l'intervento breve sui bevitori a rischio nei contesti lavorativi e nell'assistenza sanitaria di base.

Anche le attività di informazione e comunicazione previste dalla legge 125/2001 si sono ormai consolidate con l'attuazione di una campagna annuale molto articolata, che prevede interventi tramite i mass media ma anche tramite le istituzioni scientifiche e le Regioni, per la diffusione di informazioni scientificamente corrette e un coinvolgimento più diretto della popolazione a livello territoriale.

L'emanazione del decreto 30 luglio 2008 in attuazione della legge 160/2007, finalizzato ad incrementare i livelli di sicurezza nella circolazione stradale, ha consentito inoltre a questo Ministero di far conoscere al vasto pubblico degli utenti dei locali di divertimento e spettacolo i dati scientificamente evidenti sugli effetti dell'alcol alla guida e di diffondere, nel rispetto dei principi sanciti dalla legge 125/2001, alcune avvertenze necessarie per un consumo più sicuro.

Molto intensa è stata l'attività della Consulta nazionale sull'alcol costituita ai sensi dell'art. 4 della legge 125/2001, che ha elaborato e approvato importanti documenti ma sopratutto ha dato un insostituibile impulso e supporto al Ministero per l'organizzazione della I Conferenza nazionale sull'alcol. La Conferenza, tenutasi a Roma il 20 e 21 ottobre 2008, è stata il primo appuntamento di livello nazionale per un confronto tra tutti gli interlocutori coinvolti nelle tematiche relative all'alcol, sia nel mondo delle istituzioni che in quello scientifico, dei servizi, del volontariato e della produzione-distribuzione. Molto attiva è stata la partecipazione alle varie sessioni di lavoro e i documenti finali approvati costituiscono un riferimento importante per le politiche del Ministero in campo alcologico.

Sempre più rilevante appare il ruolo svolto dalle Regioni, che hanno rafforzato il loro coordinamento con la costituzione di un sottogruppo tecnico per l'alcologia nell'ambito della Commissione Salute degli Assessori regionali alla Sanità. Il coordinamento interregionale, favorito anche dal Ministero tramite il finanziamento di uno specifico progetto, ha facilitato l'adozione di interventi secondo linee comuni, nel rispetto dei diversi modelli di consumo, tipologie di rischio e problemi presenti a livello delle

singole Regioni.

Anche nelle Regioni si stanno consolidando gli approcci intersettoriali attraverso lo stimolo e il coordinamento di risorse in ampi settori della società, la collaborazione con la Scuola, con le Forze di Polizia, con lo stesso mondo della produzione e distribuzione, con l'associazionismo presente nel territorio.

I servizi alcologici rappresentano ormai una realtà presente in tutto il territorio nazionale e il loro numero è quasi raddoppiato dal 1996. La maggior parte di essi è di tipo territoriale e realizza una vasta gamma di interventi che vanno dalle attività di prevenzione a quelle di accoglienza, diagnosi e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi, ma anche, sebbene con minore frequenza, di rilevazione epidemiologica e di formazione. Un elemento di criticità è rappresentato quasi ovunque dalla bassa percentuale di addetti esclusivi, soprattutto tra i medici e gli psicologi, in calo negli ultimi anni nonostante un generale aumento dell'ammontare del personale addetto; negli ultimi anni inoltre si registra un calo anche nelle funzioni svolte dai servizi, in parte compensato dalla crescita del coordinamento con i servizi e le strutture del privato non profit e del volontariato. Sempre molto attiva, nello spirito della legge 125/2001, è la collaborazione dei servizi alcologici con i gruppi di auto-mutuo aiuto, in particolare i Clubs di alcolisti in trattamento e i gruppi di Alcolisti Anonimi, che risulta in crescita nell'ultimo anno.

Allo sviluppo dei servizi territoriali fa riscontro il calo continuo dei ricoveri ospedalieri per patologie totalmente alcolcorrelate, anche se nelle singole Regioni si rileva un andamento più articolato, con un aumento dei ricoveri in alcune Regioni del Centro e del Sud. Va peraltro notato che le Regioni con i più alti e i più bassi tassi di ospedalizzazione sono le stesse in cui si rilevano, rispettivamente, i valori massimi e minimi della prevalenza del consumo a rischio.

Data l'evoluzione in atto delle tradizionali modalità del bere e la rapidità di diffusione di nuovi comportamenti a rischio, che creano problemi nuovi e nuovo impatto sulla salute, il Ministero è chiamato a svolgere un ruolo di grande responsabilità e ad affrontare compiti impegnativi, attivando una sempre più intensa collaborazione con le Regioni ma anche con le istituzioni dell'Unione Europea.

Nonostante i problemi rilevati, negli ultimi anni sembra emergere qualche tendenza positiva che dovrà essere confermata ma che comunque incoraggia a proseguire nella direzione indicata dalla legge. Nella popolazione generale i consumi a rischio registrano un calo negli ultimi due anni, continuano a diminuire il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica e i ricoveri ospedalieri per patologie totalmente alcolcorrelate, si registra per la prima volta un calo nel numero totale di alcoldipendenti in trattamento nei servizi territoriali, si registra una notevole riduzione delle vittime da incidente stradale e il tasso di mortalità per questa causa è attualmente allineato a quello europeo. Tra gli anziani il consumo giornaliero in quantità superiori a quelle consigliate, benché diffuso in maniera preoccupante, appare in calo negli ultimi anni. Anche tra i giovani, in controtendenza rispetto agli anni precedenti, sembrano registrarsi ultimamente alcune tendenze positive riferite soprattutto alla diminuzione dei consumi fuori pasto e di quelli in quantità eccessive, alla diminuzione dei giovani alcoldipendenti in trattamento nei servizi alcologici, alla diminuzione di atteggiamenti di tolleranza nei confronti

dell'ubriachezza. Resta ferma inoltre la minore diffusione tra i nostri giovani, rispetto ai coetanei europei, di consumi a rischio quali consumi frequenti, *binge drinking* e ubriacature.

Per il consolidamento di questi dati positivi occorre lavorare, in linea con gli orientamenti della legge 125/2001 e tenendo conto della grande importanza che la legge riconosce alle esigenze della prevenzione. In questa direzione Ministero e Regioni sono attualmente impegnati attivamente per inserire il tema alcol e salute nell'ambito del prossimo Piano Nazionale triennale di Prevenzione, con la previsione di interventi regionali e di azioni centrali finalizzati a promuovere stili di vita sani anche in relazione al consumo di alcol.

Ferruccio Fazio

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 annualmente tenute a trasmettere al Ministero ai sensi dell'art. 9 comma 2 della medesima legge.

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

La presente Relazione al Parlamento si riferisce a interventi effettuati nel corso degli anni 2007 e 2008. Alla sua realizzazione ha collaborato, nell'ambito di uno specifico progetto finanziato dal CCM del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, l'Istituto Superiore di Sanità-CNESPS- Osservatorio Nazionale Alcol, con un contributo originale di elaborazione e analisi di dati.

PARTE PRIMA

I più importanti organismi di tutela della salute di ambito nazionale e internazionale, sulla base di evidenze scientifiche ed epidemiologiche ormai consolidate, considerano il consumo di bevande alcoliche un importante fattore di rischio per malattie croniche, incidentalità stradale, domestica e lavorativa, violenza e omicidi.

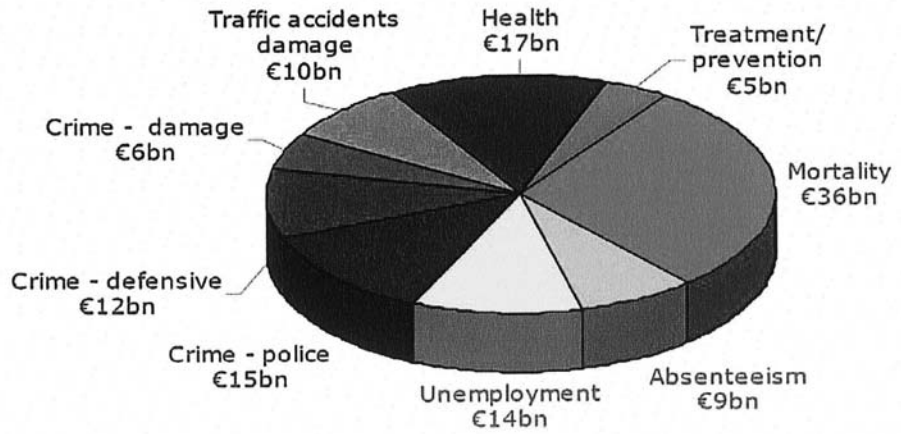
In Europa l'alcol causa 195.000 morti l'anno ed è inoltre la terza causa di mortalità prematura, dopo l'ipertensione e il consumo di tabacco. In particolare l'alcol risulta essere la principale causa di cirrosi epatica nonché di 60 malattie e condizioni patologiche, incluso il cancro.

Il rischio di danni sanitari e sociali cresce generalmente con la quantità di alcol consumata.

Le evidenze relative alla diminuzione del rischio di patologie cardiocircolatorie e diabete nei casi di consumo alcolico molto ridotto (circa 10 grammi ogni due giorni) sono tuttora oggetto di discussione e in ogni caso, secondo recenti studi effettuati nel Regno Unito, il livello di consumo alcolico che si associa al minore rischio di morte è notevolmente basso, prossimo allo zero per le donne fino ai 65 anni, pari a 5 grammi al giorno per i maschi al di sotto dei 65 anni e a meno di 10 grammi al giorno per i maschi oltre i 65 anni.

In termini economici, i costi tangibili dell'alcol nell'Unione Europea sono stati stimati in 124 miliardi di euro l'anno (l'1,3 % del PIL europeo)(graf.1), cui vanno aggiunti altri 270 miliardi di euro relativi ai costi intangibili.

Graf. 1- I COSTI TANGIBILI DELL'ALCOL NELL'UNIONE EUROPEA. ANNO 2003



Fonte: Anderson, P. & Baumberg, B. (2006) Alcohol in Europe: A Public Health Pertspective- Report to the European Commission. London: Institute of alcohol Studies

Per l'Italia l'OMS ha stimato che i costi dell'alcol siano compresi tra il 2% e il 5 % del PIL (in media il 3,5 % per anno).

L'andamento dei consumi alcolici rappresenta pertanto anche per il nostro Paese un importante indicatore della possibile evoluzione delle condizioni di salute e sicurezza della popolazione, nonché dei relativi costi evitabili in termini umani, sociali ed economici.

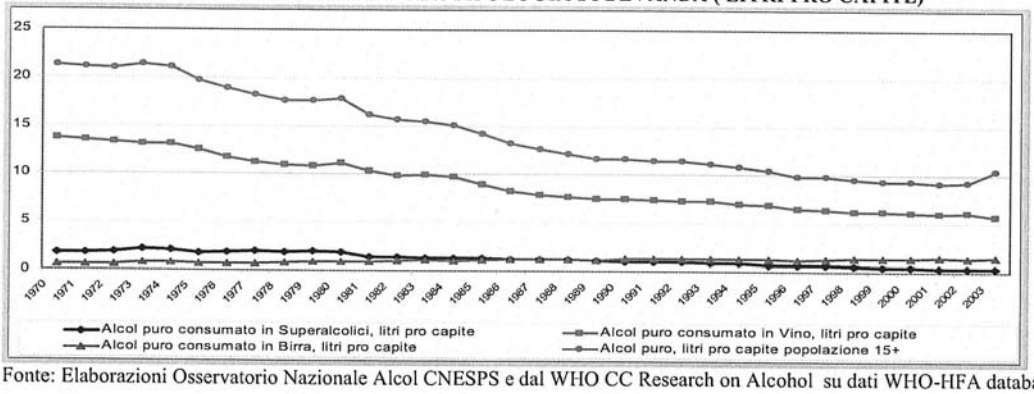
1. Il quadro epidemiologico

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

Il trend dei consumi annui pro capite

Negli ultimi trent'anni in Italia si è verificata una drastica diminuzione (-33,3%) dei consumi alcolici annui medi pro-capite di alcol puro (alcol consumato tramite tutti i tipi di bevande alcoliche)(graf. 2).

Graf. 2- ALCOL PURO CONSUMATO E PER TIPOLOGIA DI BEVANDA (LITRI PRO CAPITE)



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

Come evidenziato dal grafico, tale diminuzione si spiega principalmente con la diminuzione dei consumi di vino, in quanto i consumi di superalcolici e birra si mantengono, rispettivamente, costanti o in lieve aumento.

Peraltro, più recentemente, la tendenza al calo dei consumi sembra interrompersi nella popolazione al di sopra dei 15 anni di età, dove, tra il 2001 e il 2003, il consumo medio annuo pro capite di alcol puro è passato da 9,14 litri a 10,45 litri.

Tale livello di consumi resta comunque al di sopra di quello raccomandato dall'O.M.S. ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015 (6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e 0 litri per quella di età inferiore).

Il confronto con gli altri Paesi europei

Nel 2001 il consumo medio pro capite di alcol puro era nettamente inferiore alla media dell'Europa dei 25, ma nel 2003 esso ha quasi raggiunto il dato medio europeo, facendo passare l'Italia dalla 6^ alla 9^ posizione nella graduatoria dei Paesi. Tale consumo resta peraltro ancora inferiore a quello di Paesi a noi vicini quali Spagna, Francia e Germania (tab.1).

Tab.1 - CONSUMO ANNUO PRO-CAPITE DI ALCOL PURO NELLA POPOLAZIONE CON PIU' DI 15 ANNI DI ETA' DEI PAESI EUROPEI-

CONFRONTO ANNI 2001-2003

(valore in litri pro capite)

Paesi		Consumo pro capite 2001
1	Malta	6,74
2	Svezia	6,86
3	Polonia	7,7
4	Lituania	8,4
5	Finlandia	8,95
6	**Italia**	**9,14**
7	Grecia	9,3
8	Lettonia	9,31
9	Paesi Bassi	9,76
10	Estonia	9,97
11	Cipro	10,27
12	Belgio	10,48
	EU25	**10,68**
13	Regno Unito	10,73
14	Spagna	11,43
15	Slovenia	11,66
16	Danimarca	11,93
17	Slovacchia	12,05
18	Portogallo	12,06
19	Austria	12,25
20	Germania	12,86
21	Ungheria	13,53
22	Francia	13,55
23	Irlanda	14,44
24	Repubblica Ceca	16,21
25	Lussemburgo	17,56

Paesi		Consumo pro capite 2003
1	Malta	6,58
2	Svezia	6,88
3	Polonia	8,15
4	Grecia	8,99
5	Finlandia	9,31
6	Paesi Bassi	9,56
7	Lettonia	9,92
8	Lituania	10,44
9	**Italia**	**10,45**
	EU25	**10,60**
10	Belgio	10,86
11	Portogallo	11,13
12	Cipro	11,36
13	Regno Unito	11,37
14	Slovacchia	11,58
15	Slovenia	11,66
16	Estonia	11,68
17	Spagna	11,7
18	Danimarca	12,08
19	Francia	12,25
20	Austria	12,57
21	Germania	12,66
22	Irlanda	13,47
23	Ungheria	13,81
24	Repubblica Ceca	16,15
25	Lussemburgo	18

Fonte: WHO-HFA database

Nell'indagine "*Special Eurobarometer-Attitudes towards Alcohol*" condotta tra ottobre e novembre 2006 l'Italia risulta essere il Paese con un numero di astemi nettamente al di sopra della media dei 25 Paesi dell'Unione Europea, con una percentuale del 40% di individui che non hanno consumato bevande alcoliche negli ultimi 12 mesi.

Contestualmente in Italia, come in tutti gli altri Paesi con un più basso numero di consumatori, sono più numerosi coloro che bevono con una maggiore frequenza: fra coloro che dichiarano di aver consumato bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, i

consumatori che bevono 4-5 volte alla settimana risultano essere il 14%, percentuale che appare la più alta tra i Paesi europei e di molto superiore alla media europea (8%) (tab. 2). Elevata anche la percentuale dei consumatori che bevono quotidianamente, pari al 26%, che rappresenta il doppio della percentuale media dei Paesi europei (13%) ed è tra le più elevate, insieme a quelle di Portogallo (47%) e Spagna (25%).
Di contro, la percentuale di coloro che dichiarano di aver bevuto una sola volta a settimana, pari al 17%, è la più bassa in Europa dopo il Portogallo e di molto inferiore alla media europea (25%) (tab.2).

Tab. 2- CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI ULTIMI 30 GIORNI

	Tutti i giorni	4 – 5 volte a settimana	2 – 3 volte a settimana	Una volta a settimana	2 – 3 volte al mese	Una volta
EU25	13%	8%	23%	25%	17%	13%
Belgio	14%	7%	26%	22%	19%	12%
Repubblica Ceca	4%	7%	20%	34%	20%	15%
Danimarca	12%	7%	25%	25%	20%	11%
Germania	9%	6%	25%	27%	19%	14%
Estonia	3%	3%	14%	25%	26%	29%
Grecia	10%	7%	21%	29%	17%	15%
Spagna	25%	8%	27%	23%	9%	7%
Francia	18%	5%	17%	28%	19%	13%
Irlanda	2%	8%	29%	**41%**	12%	7%
Italia	**26%**	**14%**	**26%**	**17%**	**10%**	**6%**
Cipro	8%	5%	16%	31%	20%	20%
Lettonia	1%	2%	6%	25%	29%	**36%**
Lituania	1%	3%	11%	23%	27%	35%
Lussemburgo	15%	6%	24%	25%	16%	12%
Ungheria	14%	11%	13%	21%	20%	21%
Malta	14%	3%	22%	38%	13%	10%
Paesi Bassi	18%	10%	25%	22%	17%	8%
Austria	7%	13%	27%	29%	15%	8%
Polonia	1%	4%	9%	28%	27%	28%
Portogallo	**47%**	8%	13%	15%	7%	9%
Slovenia	9%	7%	19%	29%	18%	17%
Slovacchia	5%	6%	14%	29%	26%	20%
Finlandia	2%	7%	19%	31%	25%	16%
Svezia	1%	3%	19%	28%	**31%**	17%
Regno Unito	8%	9%	33%	26%	14%	9%
Repubblica Turca di Cipro del Nord	8%	10%	22%	24%	20%	14%
Bulgaria	12%	12%	21%	29%	15%	11%
Romania	9%	9%	21%	31%	17%	11%
Croazia	18%	6%	18%	22%	19%	16%
% più alte nel paese				% più alte in Europa		

La tabella si riferisce a coloro che hanno dichiarato di aver bevuto alcol negli ultimi 30 giorni (16.450 respondents)
Fonte: Special Eurobarometer 272b

Il *binge drinking* (consumo di 5 o più unità alcoliche in un'unica occasione) è in Italia meno diffuso rispetto agli altri Paesi europei. Fra coloro che hanno consumato alcol

nell'ultimo anno ben il 46% ha dichiarato di non aver mai assunto 5 o più *drinks* in un'unica occasione, a fronte di una media europea del 31%. Valori simili a quelli italiani o di poco superiori si hanno solo in Portogallo, Lussemburgo, Grecia, Lettonia e Cipro (tab. 3).

Tab. 3- "QUANTE VOLTE NEGLI ULTIMI 12 MESI HAI BEVUTO 5 O PIÙ DRINKS IN UN'UNICA OCCASIONE?"

	Più volte a settimana (a)	Una volta a settimana (b)	almeno una volta a settimana (a+b)	Una volta al mese	Meno di una volta al mese	Mai
EU25	**13%**	**15%**	***28%***	**16%**	**24%**	**31%**
Belgio	9%	15%	*24%*	17%	22%	37%
Repubblica Ceca	7%	18%	*25%*	17%	26%	31%
Danimarca	8%	14%	*22%*	23%	37%	18%
Germania	15%	19%	*34%*	20%	23%	23%
Estonia	4%	17%	*21%*	21%	30%	28%
Grecia	6%	9%	*15%*	15%	23%	46%
Spagna	28%	21%	*49%*	11%	16%	22%
Francia	6%	9%	*15%*	16%	30%	39%
Irlanda	17%	37%	*54%*	14%	20%	11%
Italia	**21%**	**13%**	***34%***	**7%**	**12%**	**46%**
Cipro	6%	7%	*13%*	12%	21%	54%
Lettonia	2%	8%	*10%*	15%	22%	52%
Lituania	4%	8%	*12%*	16%	31%	40%
Lussemburgo	10%	9%	*19%*	14%	21%	46%
Ungheria	14%	11%	*25%*	14%	25%	36%
Malta	4%	22%	*26%*	11%	33%	30%
Paesi Bassi	8%	12%	*20%*	17%	27%	36%
Austria	24%	20%	*44%*	17%	18%	20%
Polonia	4%	13%	*17%*	22%	37%	21%
Portogallo	14%	6%	*20%*	6%	18%	55%
Slovenia	7%	14%	*21%*	17%	23%	39%
Slovacchia	10%	16%	*26%*	19%	26%	28%
Finlandia	5%	16%	*21%*	25%	31%	23%
Svezia	1%	11%	*12%*	20%	33%	34%
Regno Unito	12%	19%	*31%*	16%	24%	29%
Rep. Turca di Cipro Nord	19%	14%	*33%*	17%	20%	29%
Bulgaria	14%	13%	*27%*	9%	18%	45%
Romania	14%	18%	*32%*	15%	23%	29%
Croazia	10%	11%	*21%*	14%	24%	40%

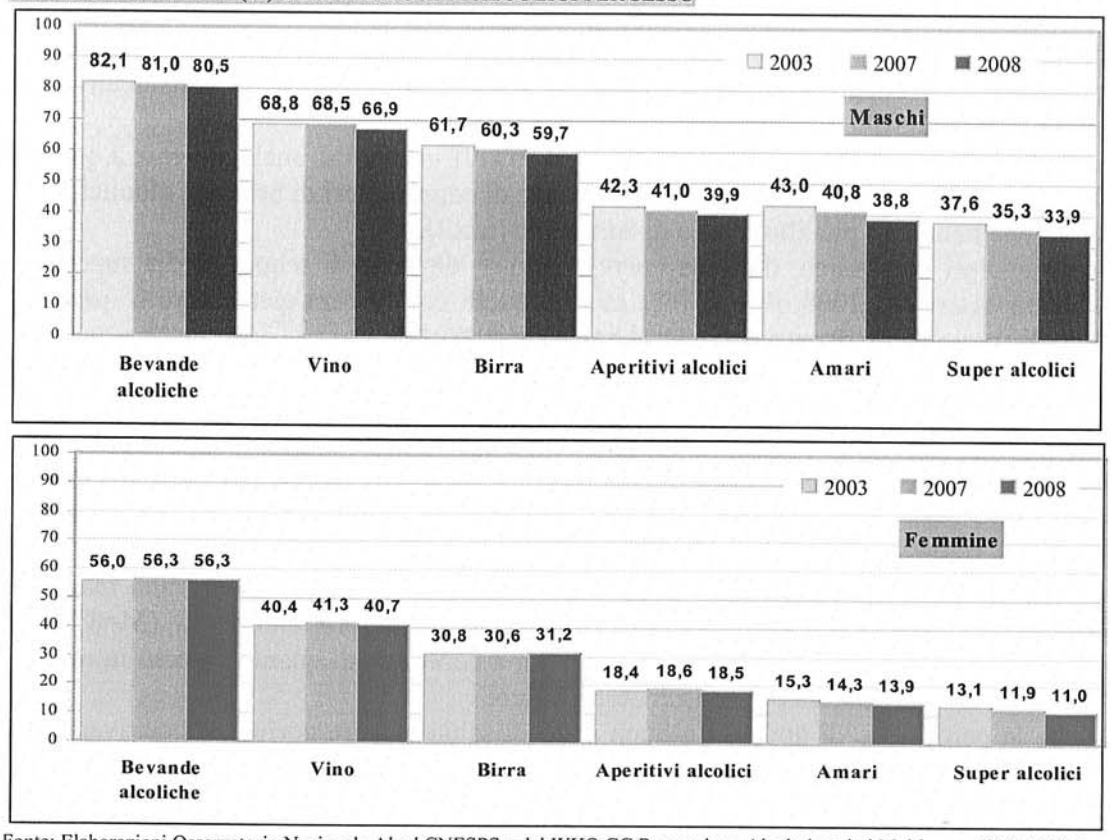
La Tabella si riferisce a coloro che hanno dichiarato di aver bevuto alcol negli ultimi 12 mesi (BASE: 18895 rispondenti)
Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati Special Eurobarometer

Tuttavia in Italia, a fronte di una buona quantità di persone che non praticano il *binge drinking*, coloro che lo praticano lo fanno con una buona frequenza: il 34% almeno una volta a settimana e il 21% più volte a settimana, con valori che si presentano quindi superiori alla media europea (pari, rispettivamente, al 28% e al 13%), analogamente a quanto accade in Germania, Austria, Spagna e Irlanda (tab.3).

Consumi nella popolazione generale

Nel corso del 2008 il 68,0% degli individui di età superiore ad 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica, con prevalenza notevolmente maggiore tra gli uomini (80,5%) rispetto alle donne (56,3%) (graf. 3).

Graf. 3-PREVALENZA(%) CONSUMATORI DI ALCOLICI PER SESSO



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati Multiscopo ISTAT 2004-2009

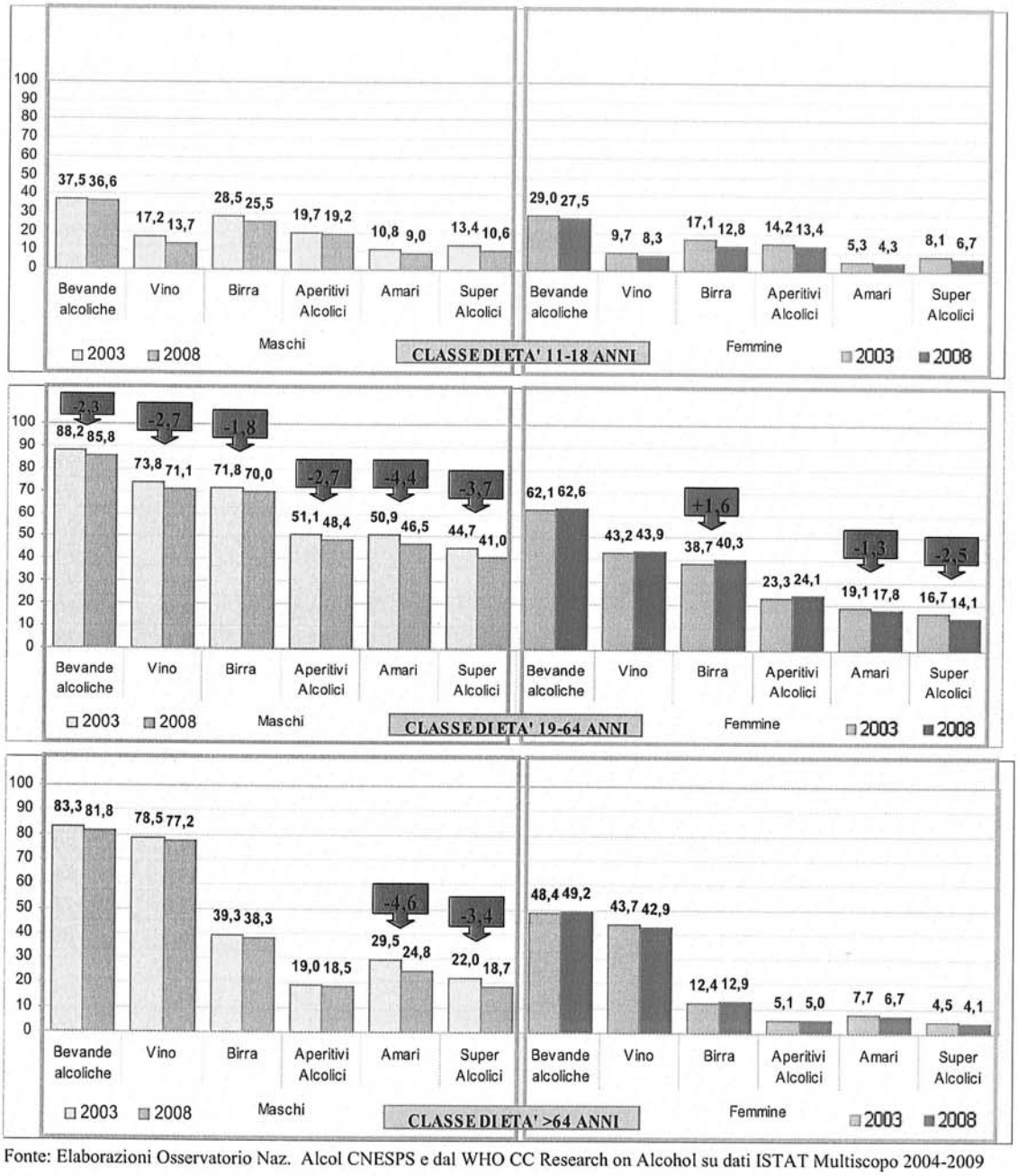
I consumatori di vino sono quelli più numerosi (53,4% della popolazione al di sopra degli 11 anni) immediatamente seguiti da quelli di birra (45,0%); meno numerosi sono i consumatori di aperitivi alcolici (28,8%), amari (25,9%), liquori e super alcolici (22,1%).

Tra il 2003 e il 2008 si registra tra i maschi una diminuzione dei consumatori di tutte le bevande alcoliche: vino (1,9 punti percentuali), birra (2 punti percentuali), aperitivi

alcolici (2,4 punti percentuali), amari (4,2 punti percentuali), liquori e super alcolici (3,7 punti percentuali).
Tra le donne nello stesso periodo si registra una diminuzione delle consumatrici di amari (1,4 punti percentuali) e di liquori-super alcolici (2,1 punti percentuali), mentre un lieve aumento (inferiore a 0,5 punti percentuali) si registra per le consumatrici di vino, birra e aperitivi alcolici (graf.3). Nella fascia di età 19-64 anni tuttavia l'aumento delle consumatrici di birra è più consistente (1,6 punti percentuali).
L'analisi per classi di età evidenzia che le riduzioni dei consumatori delle diverse bevande alcoliche registrate rispetto all'anno 2003 sono in particolar modo concentrate in alcune classi di età (graf. 4).
In particolare, tra gli uomini di 19-64 anni e ultra 65enni appare particolarmente accentuata la diminuzione dei consumatori di amari (rispettivamente, -4,4 e -4,6) e superalcolici (rispettivamente, -3,7 e -3,4); tra i giovani maschi di 11-18 anni quella dei consumatori di vino (-3,5) e di birra(-3); tra le giovani donne di 11-18 anni quella delle consumatrici di birra (-4,3); tra le donne di 19-64 anni quella delle consumatrici di superalcolici (-2,5).
Anche per l'anno 2008 l'Indagine Multiscopo ISTAT conferma, analogamente a quanto emerso nel 2006 e 2007, la maggiore prevalenza di consumatori di bevande alcoliche fra coloro che hanno un più alto livello di istruzione (tab.4).
I consumatori con laurea, diploma universitario o diploma di scuola media superiore risultano essere nel 2008 oltre il 76% mentre quelli con licenza elementare o privi di titolo di studio sono, rispettivamente, il 54,5% e il 46,1%.
Relativamente alla condizione lavorativa, fra i maschi la più elevata proporzione di consumatori (87,6%) si riscontra tra gli individui occupati, seguiti da pensionati o inabili (82,6%).
Anche tra le donne la proporzione più elevata di consumatrici si registra tra le occupate (68,0%). Le casalinghe appaiono la categoria professionale che meno consuma bevande alcoliche (50,9%).
In relazione alla principale fonte di reddito dichiarata, nel 2008 emerge una maggior propensione a bere tra gli individui con reddito da lavoro autonomo (M=87,9%; F=67,5,%) o dipendente (M=87,4%; F=68,1%), a conferma di quanto emerso in merito alla condizione lavorativa dei consumatori di alcol.
Anche la percezione di godere un buon stato di salute appare correlarsi positivamente alla propensione al consumo. La percentuale più elevata di consumatori, infatti, dichiara di sentirsi bene (M=84,1%; F=62,0%) o discretamente (M=86,2%; F=58,0%), seguita da quella di chi dichiara di sentirsi molto bene (M=72,6%; F=51,4%); diminuisce invece in modo consistente tra chi dichiara di sentirsi male (M=69,2%; F=38,9%) o molto male (M=52,8%; F=28,1%).
La percentuale di consumatori di bevande alcoliche è più elevata tra uomini in sovrappeso o obesi (86,0%) rispetto a quelli normopeso (83,6%) mentre, al contrario, tra le donne, la percentuale è più elevata tra le normopeso (61,4%) rispetto alle donne in sovrappeso o obese (53,9%).
Per quanto riguarda l'influenza dello stato civile, la percentuale più bassa dei consumatori di sesso maschile si registra tra i celibi (70,8%) mentre la più alta tra i

coniugati (87,0%); tra le donne la percentuale più alta di consumatrici si registra tra le separate o divorziate (65,5%), seguite dalle coniugate (59,2%), dalle nubili (53,8%) ed infine dalle vedove (47,0%).

Graf. 4-PREVALENZA (%) CONSUMATORI DI ALCOLICI PER SESSO E CLASSI DI ETÀ. ANNO 2003 - 2008



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Naz. Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2004-2009

Tab. 4 - DISTRIBUZIONE (%) DEI CONSUMATORI DI BEVANDE ALCOLICHE PER CARATTERISTICHE SOCIALI – ANNO 2008

Variabili socio-demografiche		Consumatori(%)		
		Maschi	Femmine	Totale
Titolo di studio (validi 100%)	dottorato laurea o diploma universitario	86,6	72,9	79,5
	diploma scuola media superiore	86,4	65,8	76,0
	diploma media	80,5	55,1	68,6
	Licenza elementare	69,8	43,4	54,5
	Nessun titolo	63,6	37,1	46,1
	Totale	**80,5**	**56,3**	**68,0**
Condizione professionale (validi 95,6%) (Età>15 anni)	Occupato	87,6	68,0	79,8
	in cerca di occupazione studente o in servizio di leva o civile sostitutivo	72,5	56,7	64,9
	Casalinga		50,9	50,9
	ritirato dal lavoro o inabile	82,6	54,8	70,5
	altra condizione	79,1	46,6	60,4
	Totale	**83,6**	**58,3**	**70,5**
Principale fonte di reddito (validi 94,9%) (Età>15 anni)	da lavoro dipendente	87,4	68,1	79,1
	da lavoro autonomo	87,9	67,5	82,0
	Pensione	82,5	51,2	66,3
	Indennità, provvidenze varie e patrimoniali	74,8	51,8	61,7
	Mantenimento dalla famiglia	66,5	52,9	57,0
	Totale	**82,6**	**57,6**	**69,7**
Percezione dello stato di salute (validi 97,8%)	Molto bene	72,6	51,4	63,0
	Bene	84,1	62,0	73,2
	Discretamente	86,2	58,0	70,4
	Male	69,2	38,9	50,2
	Molto male	52,8	28,1	38,1
	Totale	**81,8**	**57,1**	**69,0**
Indice di massa corporea (BMI) (validi 92,2%)	Sottopeso	72,5	62,2	63,3
	Normopeso	83,6	61,4	70,4
	Sovrappeso/Obesità	86,0	53,9	73,0
	Totale	**84,8**	**58,9**	**71,3**
Stato civile (validi 100%)	celibe/nubile	70,8	53,8	70,8
	coniugato/a	87,0	59,2	87,0
	separato/a o divorziato	81,4	65,5	81,4
	vedovo/a	78,5	47,0	78,5
	Totale	**80,5**	**56,3**	**80,5**
Ripartizione territoriale (validi 100%)	Italia Nord – Occidentale	81,6	59,8	70,4
	Italia Nord – Orientale	82,8	64,1	73,2
	Italia Centrale	81,7	58,9	69,8
	Italia Meridionale	78,6	49,5	63,5
	Italia insulare	75,5	44,7	59,5
	Totale	**80,5**	**56,3**	**68,0**

Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2009

La distribuzione territoriale vede oltre l'81% dei consumatori di sesso maschile residenti in Regioni del Centro o del Nord Italia, con la percentuale più elevata nell'Italia Nord orientale (82,8%).
Anche tra le consumatrici la percentuale più elevata si registra nelle Regioni dell'Italia Nord-Orientale (64,1%), seguita da quelle dell'Italia Nord-Occidentale e Centrale (59% circa). Le percentuali più basse di consumatori per entrambi i sessi si registrano nelle Regioni dell'Italia insulare (M=75,5%; F=44,7%) e meridionale (M=78,6%; F=49,5%).

Categorie di consumatori a rischio

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

I consumatori quotidiani non moderati

La quantificazione dei consumatori a rischio secondo il parametro della quantità di alcol assunta si basa primariamente sull'identificazione di coloro che superano le quantità che le agenzie per la tutela della salute indicano come "limite massimo" da non superare per non incorrere in rischi, pericoli o danni evitabili con la moderazione o l'astensione dal consumo.
Secondo le Linee Guida per una sana alimentazione elaborate dall'INRAN (Istituto Nazionale per la ricerca su Alimenti e Nutrizione), che recepiscono fra l'altro le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale di Sanità, sono da considerare consumatori non moderati i maschi che superano un consumo quotidiano di 40 grammi di alcol contenuti in una qualsiasi bevanda alcolica (2-3 unità alcoliche standard[1]) e le femmine che superano un consumo quotidiano di 20 grammi (1-2 unità alcoliche standard).
Nel 2008 secondo l'ISTAT ha consumato tutti i giorni quantità non moderate di alcol, considerate a rischio secondo i parametri sopra indicati, il 9,4% della popolazione al di sopra degli undici anni, con rilevanti differenze tra i sessi (15,4% tra i maschi e 3,8% tra le femmine). Si tratta di quasi 5 milioni di persone, di cui quasi 4 milioni sono maschi e circa un milione femmine.
La prevalenza di questi consumatori a rischio aumenta con l'età e raggiunge il più alto valore nella fascia di età degli ultrasessantacinquenni sia tra i maschi che tra le femmine, mentre fino ai 54 anni di età non si superano i valori medi.
Rispetto agli anni 2005 e 2006 i consumatori eccedentari risultano in calo in entrambi i sessi in quasi tutte le fasce di età. Fanno eccezione gli ultrasessantacinquenni, con

[1] L'unità alcolica standard considerata corrisponde a un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o a una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o a un bicchierino di superalcolico (40 ml).

valori in forte crescita, soprattutto fra i maschi, e i giovanissimi di 11-17, fra i quali la crescita è più moderata e riguarda maggiormente i maschi (tab.5).

Tab.5 - PERSONE DI 11 ANNI E PIU' PER CONSUMO QUOTIDIANO NON MODERATO DI BEVANDE ALCOLICHE PER SESSO E CLASSI DI ETA' – ANNI 2005-2006-2008
(per 100 persone della stessa età e sesso)

CLASSI DI ETA'	MASCHI			FEMMINE		
	4 e più unità alcoliche			3 e più unità alcoliche		
ANNI	2005	2006	2008	2005	2006	2008
11-17	1,4	0,7	2,6	0,3	0,5	0,6
18-24	7,2	3,7	3,3	1,7	0,5	0,6
25-34	14,7	5,3	10,2	3,3	1,0	1,8
35-44	10,3	7 ,9	8,0	2,2	1,8	1,1
45-54	13,8	10,4	11,8	2,9	2,1	2,2
55-64	31,3	12,6	30,0	6,9	2,1	5,7
65 e più	24,7	11,2	45,0	4,7	1,8	10,7
Totale	**10,3**	**8,2**	**15,4**	**2,2**	**1,6**	**3,8**

Fonte : -ISTAT - L'uso e l'abuso di alcol in Italia - anno 2005
-Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana-2006 "
-L'uso e l'abuso di alcol in Italia - anno 2008

I consumatori a rischio secondo il criterio ISS

Oltre la categoria suddetta, devono essere considerati a rischio anche soggetti con consumi più moderati, quali ad esempio gli anziani e i giovani di 16-18 anni, ai quali si raccomanda di non superare una unità alcolica al giorno, e gli adolescenti al di sotto dell'età legale (16 anni), ai quali si raccomanda l'astensione da qualsiasi tipo di consumo. Vanno inoltre considerati a rischio tutti coloro che concentrano grandi quantità di alcol in un arco di tempo limitato (*binge drinking*).

Per poter valutare in modo adeguato tutta la platea dei consumatori eccedentari è quindi necessario monitorare:

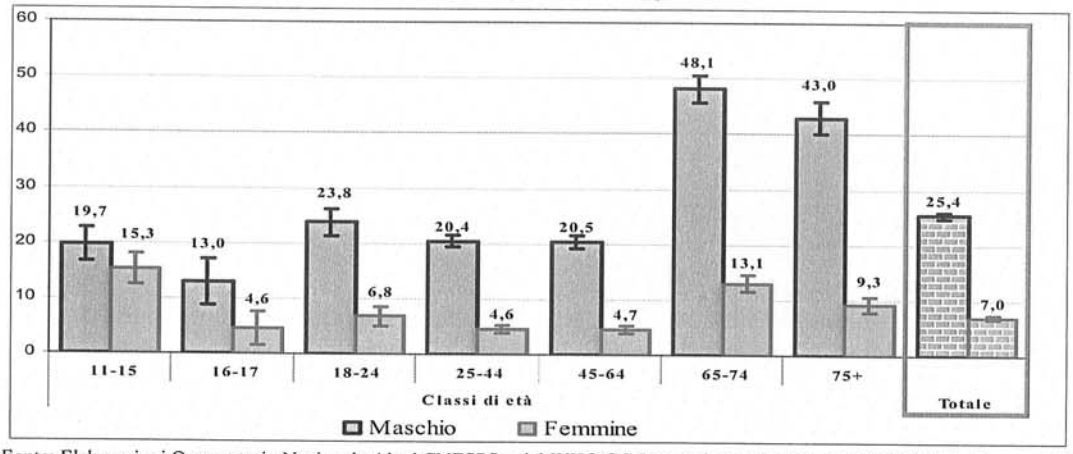
-le quantità in "eccedenza" consumate con frequenza regolare/persistente

-le quantità consumate giornalmente in eccedenza rispetto alle linee guida specifiche per sesso ed età

-la frequenza degli episodi di concentrazione di consumi eccessivi.

Tenendo conto di tutti questi parametri, la prevalenza dei consumatori a rischio elaborata dall'Istituto Superiore di Sanità riguarda nel 2008 il 15,9% della popolazione, con una evidente differenza in relazione al sesso, interessando il 25,4% della popolazione maschile e il 7,0% della popolazione femminile (graf.5), per un totale di più di 9 milioni di persone.

Graf.5- PREVALENZA(%) INDIVIDUI A RISCHIO (CRITERIO ISS) -ANNO 2008



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

L'analisi per classi di età mostra che nella fascia di età al di sotto di quella legale, in cui il consumo dovrebbe essere pari a zero, sono a rischio 1 ragazzo su 5 e 1 ragazza su 7, per un totale di oltre 500.000 minori, con differenze di sesso meno rilevanti rispetto alle altre fasce di età.

Molto diffuso appare il consumo a rischio tra gli anziani al di sopra dei 65 anni, soprattutto fra i maschi, che ha una prevalenza quasi doppia rispetto alla media nazionale e riguarda complessivamente circa 3.000.000 di individui, con rilevanti differenze in relazione al sesso (1 uomo over65 su 2 e 1 donna over65 su 10).

I consumatori che si ubriacano o "binge drinkers"

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

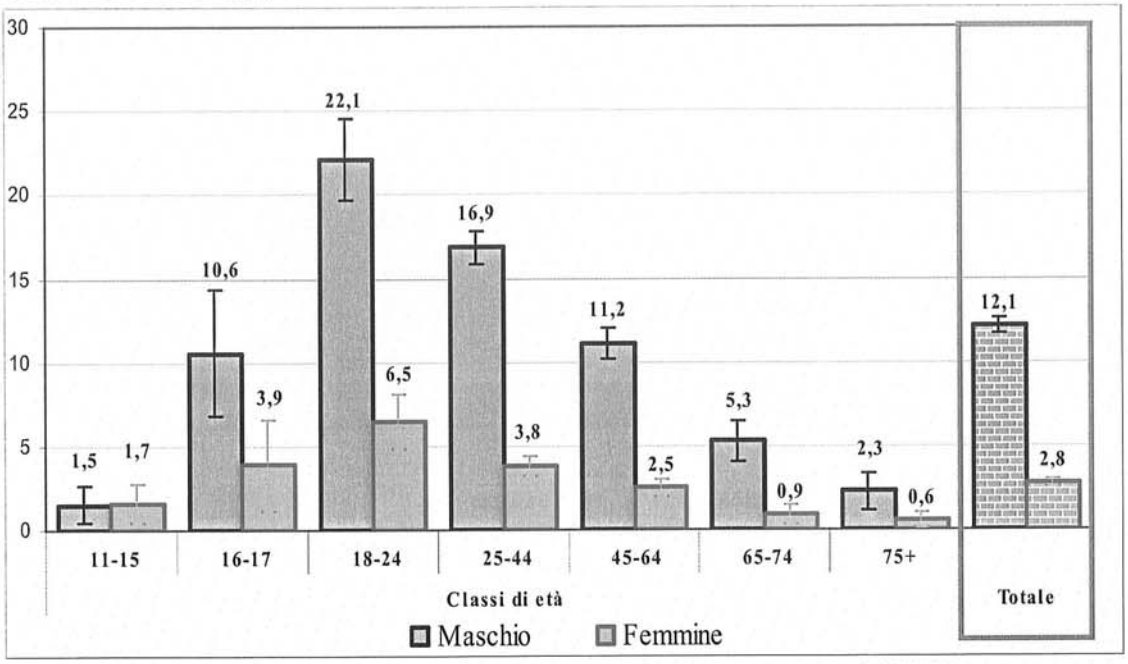
Nel 2008 il 7,3% della popolazione di 11 anni e più ammette di praticare tale comportamento almeno una volta l'anno, 12,1% tra i maschi e 2,8%tra le femmine (graf. 6).

Sono interessate dal fenomeno soprattutto le fasce di età più giovani della popolazione, con rilevanti differenze di genere a favore dei maschi. I valori massimi di prevalenza si raggiungono nella classe di età 18-24 anni per entrambi i sessi, mentre a partire dai 45 anni i valori scendono al di sotto della media nazionale.

Nella classe di età 11-15 la prevalenza, in controtendenza, appare lievemente superiore per le femmine.

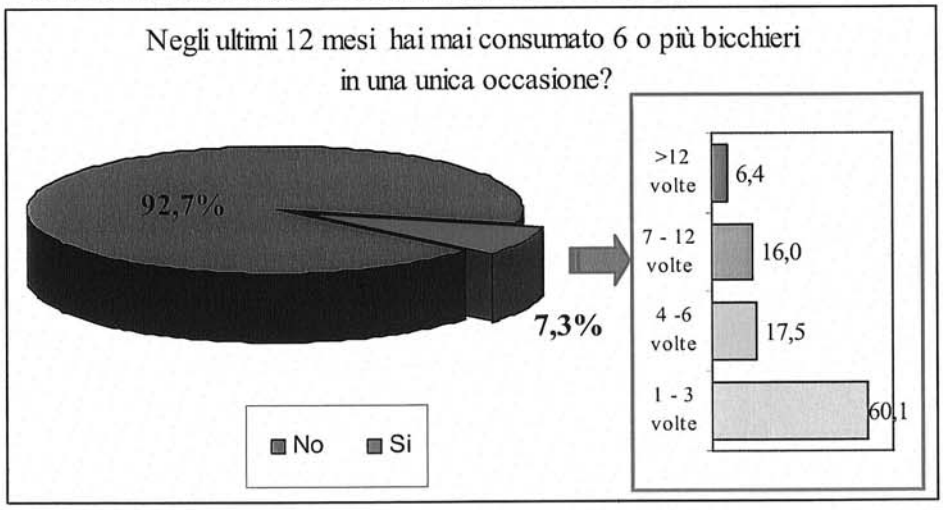
Tra coloro che hanno dichiarato di essersi ubriacati almeno una volta nel corso dell'ultimo anno (7,3%), il 60,1% lo ha fatto da 1 a 3 volte, il 17,5% da 4 a 6 volte, il 16% da 7 a 12 volte e il 6,4% più di 12 volte (graf. 7).

Graf. 6- PREVALENZA(%) BINGE DRINKERS ANNO 2008



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

Graf. 7-PREVALENZA(%) BINGE DRINKERS PER SESSO E CLASSE DI ETÀ - ANNO 2008



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

Nel tempo la prevalenza dei *binge drinkers* risulta in aumento a partire dal 2003 ed è rimasta sostanzialmente stabile tra il 2005 e il 2006, attestandosi all'8,4% della

popolazione; ha poi registrato una lieve diminuzione in entrambi i sessi nel 2007, attestandosi all'8% della popolazione, ed è ulteriormente diminuita, sebbene in modo lieve, nel 2008, sia tra i maschi che tra le femmine (tab. 6).

Tab. 6- PREVALENZA (%) DI BINGE DRINKERS –ANNI 2005-2008

	2005	2006	2007	2008
Maschi	14,2	13,9	13,1	12,1
Femmine	3	3,3	3,1	2,8
Totale	8,4	8,4	8	7,3

Fonti:-ISTAT -Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana-2006 "
-Abuso di alcol e binge drinking in Italia 2007
-L'uso e l'abuso di alcol in Italia - anno 2008
-Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on alcohol-Elaborazioni su dati ISTAT Multiscopo 2009

Dall' Indagine Multiscopo ISTAT per l'anno 2008 emergono alcuni interessanti dati circa le caratteristiche sociali dei *binge drinkers* (tab.7).

La proporzione di *binge drinkers* trai maschi è più bassa tra chi possiede un basso titolo di studio (licenza elementare=5,9%) o non lo possiede affatto (6,6%) rispetto a chi possiede un titolo di studio più alto (laurea = circa 13%). Anche per il *binge drinking* si conferma pertanto la correlazione già verificata per la propensione al consumo di bevande alcoliche.

Tra le femmine il trend ascendente della percentuale di *binge drinkers* all'aumentare del titolo di studio è più evidente.

I lavoratori o le persone in cerca di occupazione (oltre il 10%), per entrambi i sessi, sono più soggetti alla pratica del binge drinking rispetto ai pensionati (3,6%) o, per le sole donne, alle casalinghe (1,6%).

Tra gli uomini, la percentuale di *binge drinkers* è tuttavia più elevata tra coloro che non hanno mai lavorato nel passato, rispetto a quelli che invece hanno svolto un lavoro nel corso della vita (13,3 vs 8,3; dato non presentato). Questo tipo di informazione non presenta invece differenze statisticamente significative tra le donne.

In relazione alla principale fonte di reddito dichiarata, mostrano una maggior propensione al binge drinking gli individui con reddito da lavoro autonomo (M=15,0%; F=4,2%), quelli con redditi da lavoro dipendente (M=14,7%; F=3,2%) e i maschi mantenuti da familiari (15,6%) rispetto ai pensionati (M=5,7%; F=1,0%).

Relativamente alla percezione dello stato di salute, per entrambi i sessi si registra lo stesso trend evidenziato per la propensione al consumo di bevande alcoliche: migliore si percepisce la propria salute più si è propensi a consumare quantità di alcol eccessive in singole occasioni.

La percentuale dei *binge drinkers* infine risulta più elevata per entrambi i sessi tra celibi o nubili (10,8%) e separati/divorziati (8,1%) rispetto ai coniugati (6,0%). Peraltro i valori più bassi si riscontrano tra i vedovi (1,5%).

Il dato relativo alla distribuzione territoriale dei *binge drinkers* mostra i valori più elevati nell'Italia Nord-Orientale (9,4%) sia tra i maschi (15,5%) che tra le femmine (3,5%), seguita dall'Italia Nord-Occidentale.

Tab. 7 - DISTRIBUZIONE (%) DEI BINGE DRINKERS PER CARATTERISTICHE SOCIALI.-ANNO 2008

Variabili socio-demografiche		*Binge drinkers* (%)		
		Maschi	Femmine	Totale
Titolo di studio (validi 100%)	dottorato laurea o diploma universitario	12,7	5,4	8,9
	diploma scuola media superiore	14,2	3,6	8,9
	diploma media	13,8	2,7	8,6
	Licenza elementare	5,9	1,0	3,1
	Nessun titolo	6,6	1,5	3,2
	Totale	**12,1**	**2,8**	**7,3**
Condizione professionale (validi 95,6%) (Età>15 anni)	Occupato	15,0	4,0	10,6
	in cerca di occupazione studente o in servizio di leva o civile sostitutivo	16,5	5,3	11,1
	Casalinga		1,6	1,6
	ritirato dal lavoro o inabile	5,6	1,0	3,6
	altra condizione	11,2	0,9*	5,2
	Totale	**12,7**	**2,8**	**7,6**
Attività lavorativa svolta nel passato (validi 51,8%) (Età>15 anni)	No	13,3	2,2	5,1
	Si	8,3	2,1	5,0
	Totale	**9,6**	**2,1**	**5,0**
Principale fonte di reddito (validi 94,9%) (Età>15 anni)	da lavoro dipendente	15,0	4,2	10,3
	da lavoro autonomo	14,7	3,2	11,4
	Pensione	5,7	1,0	3,3
	indennità provvidenze varie e patrimoniale	8,0	1,9*	4,6
	mantenimento dalla famiglia	15,6	3,1	6,8
	Totale	**12,4**	**2,8**	**7,5**
Percezione dello stato di salute (validi 97,8%)	Molto bene	14,1	3,1	9,2
	Bene	14,1	3,5	8,9
	Discretamente	10,1	2,4	5,8
	Male	5,7	0,6	2,5
	Molto male	1,3*		0,5
	Totale	**12,3**	**2,8**	**7,4**
Stato civile (validi 100%)	Celibe/nubile	15,7	4,9	10,8
	coniugato/a	10,0	2,0	6,0
	separato/a o divorziato	13,8	3,1	8,1
	vedovo/a	4,2	0,9	1,5
	Totale	**12,1**	**2,8**	**7,3**
Ripartizione territoriale (validi 100%)	Italia Nord – Occidentale	12,5	3,1	7,7
	Italia Nord – Orientale	15,5	3,5	9,4
	Italia Centrale	9,7	2,4	5,9
	Italia Meridionale	12,3	2,7	7,3
	Italia insulare	9,1	1,6	5,3
	Totale	**12,1**	**2,8**	**7,3**

* valore non statisticamente significativo.

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

Valori inferiori alla media nazionale si hanno nell'Italia insulare, Centrale e, limitatamente alle femmine, nell'Italia meridionale.

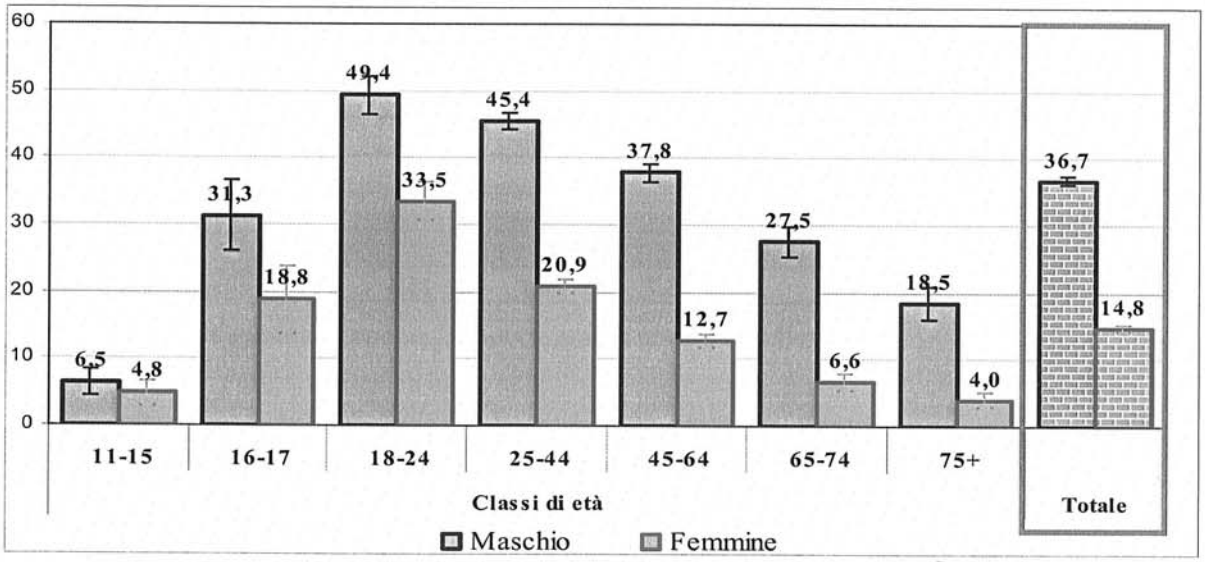
I consumatori fuori pasto

Il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti è sconsigliato a qualsiasi età e rappresenta un importante indicatore di esposizione a rischio alcolcorrelato.

Nel 2008 i consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati il 25,4% della popolazione ultra 11enne, con marcate differenze di genere a favore dei maschi (M=36,7%; F=14,8%) tranne che per la classe di età al di sotto di quella legale (11-15 anni), dove la differenza fra le percentuali di consumatori dei due sessi è più bassa e non statisticamente significativa (graf. 8).

La prevalenza di consumatori fuori pasto aumenta dall'età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi a 18-24 anni e inizia nuovamente a diminuire fino a raggiungere valori più bassi tra gli ultra 75enni. Nelle classi di età tra i 18 e i 44 anni si riscontrano comunque in entrambi i sessi prevalenze di consumatori fuori pasto superiori alla media nazionale (graf.8) .

Graf. 8 - PREVALENZA (%) CONSUMATORI DI VINO O ALCOLICI FUORI PASTO - ANNO 2008



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

Nel tempo, dopo la tendenza alla crescita in atto fin dal 1993 e una relativa stabilità tra gli anni 2005 e 2006, tra il 2006 e il 2008 la prevalenza dei consumatori fuori pasto registra una lieve diminuzione nella popolazione generale di entrambi i sessi, e in particolare tra i maschi (tab.8).

Peraltro, analizzando le variazioni per classi di età, tra il 2006 e il 2008 si registra un notevole incremento dei consumi fuori pasto sia tra i maschi che tra le femmine di 11-17 anni. Questo dato conferma del resto l'andamento da tempo registrato dall'ISTAT tra

i giovanissimi di 14-17 anni, tra i quali i consumatori fuori pasto sono passati nel corso di un solo decennio, tra il 1998 e il 2008, dal 12,6% al 18,7%.

Tab. 8- PREVALENZA (%) DI INDIVIDUI CON CONSUMO DI ALCOLICI FUORI PASTO - ANNI 2005-6-8

CLASSI DI ETA'	MASCHI		
	2005	2006	2008
11-17	22,5	26,2	37,8
18-24	49,7	50,2	49,4
25-44	45,8	47,2	45,4
45-64	38,3	37,7	37,8
65-74	27	30,3	27,5
75+	21	18,7	18,5
Totale	**37,3**	**37,9**	**36,7**
CLASSI DI ETA'	**FEMMINE**		
	2005	**2006**	**2008**
11- 17	17,2	18,4	23,6
18-24	33,7	32,2	33,5
25-44	20,3	21,3	20,9
45-64	13	12,4	12,7
65-74	5,7	6,7	6,6
75+	4,2	4,1	4
Totale	**14,9**	**15**	**14,8**
TOTALE M + F			
	25,7	**26,1**	**25,4**

Fonte: Elaborazione Ministero ex Salute su dati Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2009

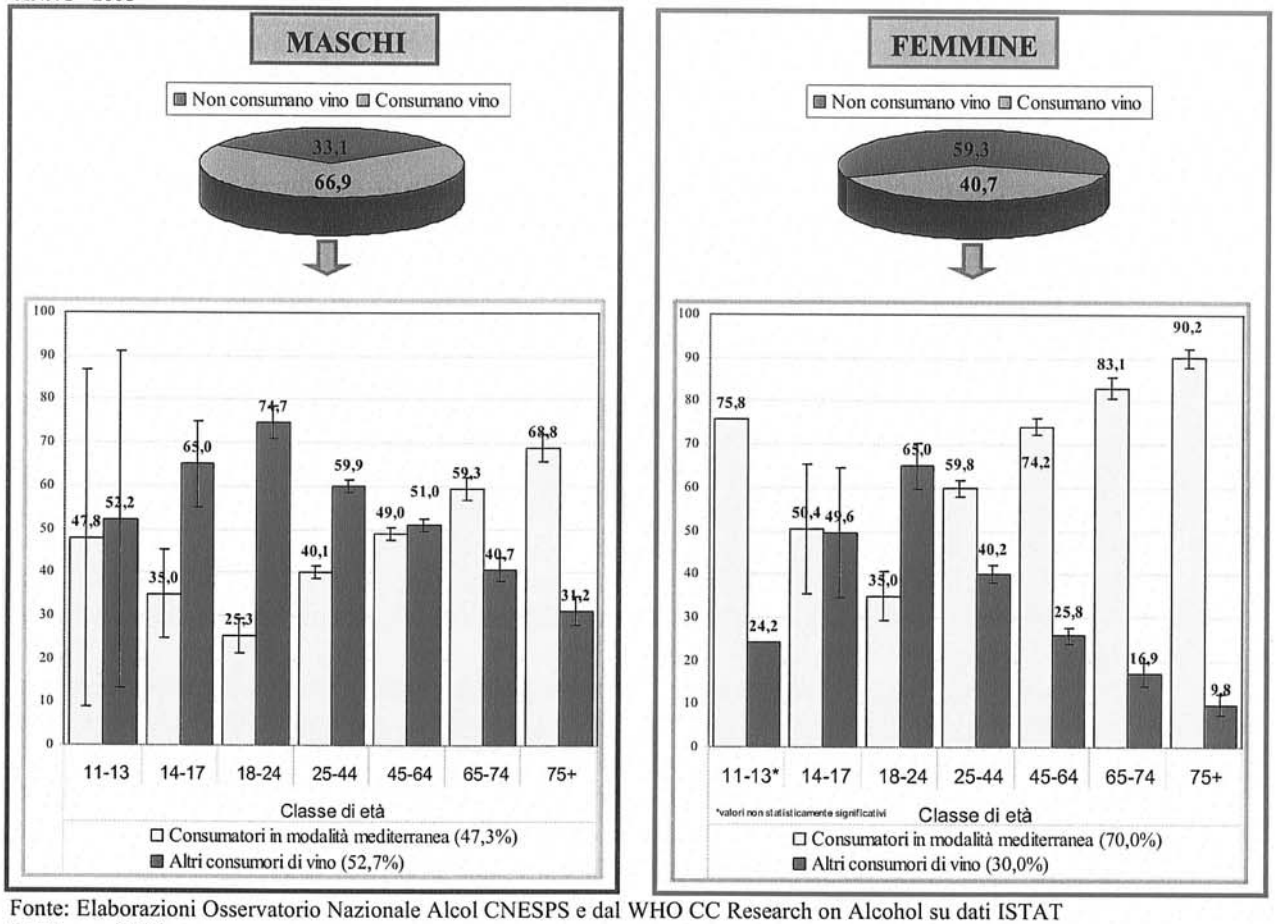
I consumatori " mediterranei" a rischio

Lo stile di consumo "mediterraneo"appartiene alla tradizione del nostro Paese e si caratterizza per alcune modalità quali il non bere mai lontano dai pasti, il bere con moderazione (non oltre due bicchieri al giorno per le donne e tre per gli uomini) in occasioni di convivialità familiare o sociale, soprattutto per esaltare il gusto dei cibi assunti.

Finora nel nostro Paese, come in tutta l'area mediterranea, l'*intake* alcolico prevalente nella popolazione adulta è caratterizzato da un contributo che vede nel vino la principale bevanda alcolica consumata. E' pertanto logico riferirsi al modello del bere tradizionale mediterraneo assimilandolo al consumo prevalente di vino e, in misura ridotta , a quello della birra, di più recente comparsa nelle abitudini italiane. Alla luce di tali considerazioni, la quantificazione dei consumatori di vino "mediterranei" appare di

rilievo nel tentativo di produrre una tipizzazione del consumo di alcol nella popolazione italiana (graf. 9).

Graf. 9- CONSUMATORI DI VINO (%) PER STILI/MODALITÀ DI CONSUMO, SESSO E CLASSI DI ETÀ -ANNO 2008



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

Il vino è consumato prevalentemente dai maschi (66,9%), ma solo il 47,3% dei maschi che consumano vino lo fa secondo il modello mediterraneo (consumo moderato, entro i limiti e ai pasti). Le donne seguono invece il modello mediterraneo in misura molto maggiore (70,0% delle consumatrici di vino).

L'analisi per classi di età mostra che per i maschi di tutte le classi di età sino ai 65 anni la percentuale di consumatori di vino secondo il modello mediterraneo è inferiore a quella dei consumatori di vino non mediterranei (consumo di vino oltre i limiti massimi

consigliati e fuori pasto) Solo a partire dai 65 anni si osserva il prevalere del consumo tradizionale.
Ciò potrebbe dipendere dall'influenza che anche nella popolazione adulta e anziana esercitano, sia pure in un contesto di abitudini ancora mediterranee, quei modelli e stili di consumo di stampo nord europeo che tanta adesione hanno trovato tra i giovani.
Mentre per le donne di tutte le classi di età prevale il consumo di vino secondo il modello mediterraneo, nella classe di età 18-24 anni si registrano prevalenze più elevate di consumatrici di vino secondo modalità non moderate, oltre i limiti e sicuramente fuori pasto.
Da questi dati emerge come il riferimento al modello di consumo mediterraneo nel nostro Paese non appare ormai garanzia sufficiente di consumo non a rischio, in quanto tale modello non sempre comprende quella moderazione nelle quantità e nelle modalità che ne costituisce aspetto fondamentale e indispensabile ai fini di una maggiore protezione dai rischi alcolcorrelati.

Il contributo delle diverse bevande alcoliche al consumo complessivo ed alle eccedenze

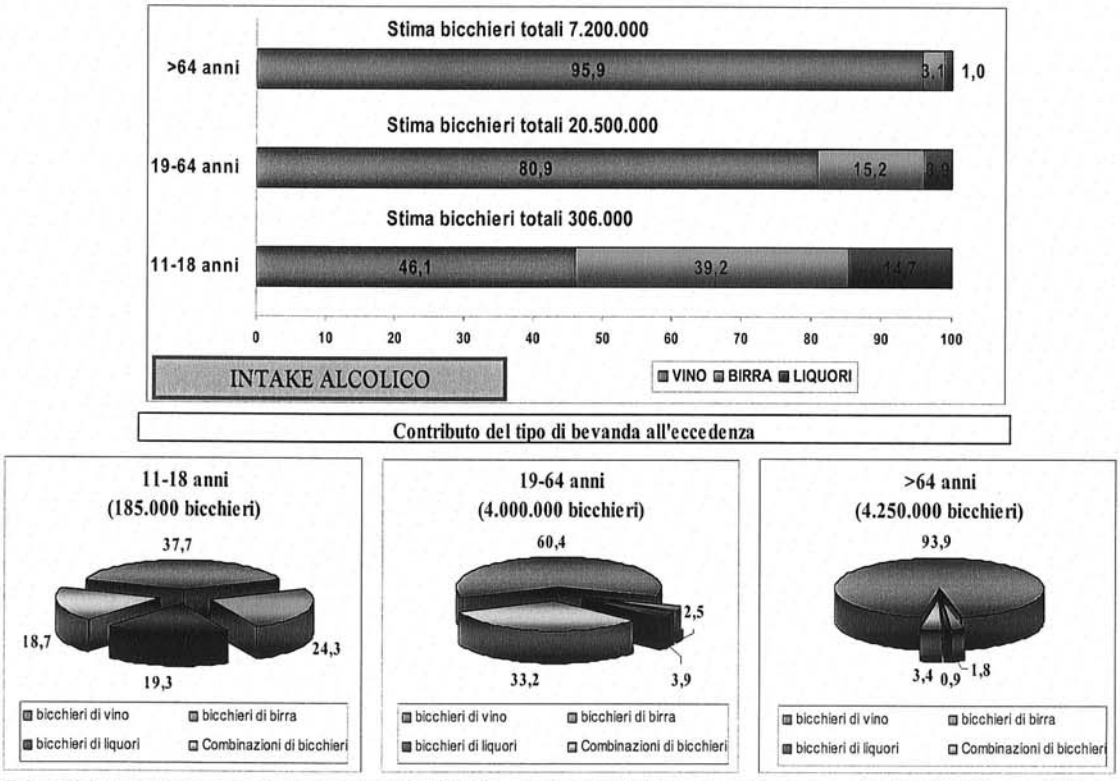
Al fine di predisporre adeguati e puntuali interventi di contrasto del danno alcolcorrelato è importante conoscere il relativo modello di rischio, definito dalle modalità, dalla frequenza e dai contesti del consumo stesso. In particolare nel nostro Paese appare importante confrontare l'entità dei consumi quotidiani delle diverse bevande alcoliche nelle diverse classi di età, stimando il loro contributo sulla assunzione e sulla eccedenza (graf. 10-11).
Il vino è la bevanda alcolica più consumata ed anche quella che maggiormente contribuisce, in relazione alle quantità quotidiane consumate otre i limiti consigliati, a determinare rischio e danno alla salute della popolazione.
Nella popolazione adulta ed in particolare tra gli ultra65enni, il contributo al consumo rischioso o dannoso è prevalentemente attribuibile al vino, assunto evidentemente in quantità non adeguate fisiologicamente all'età e alla presenza di condizioni non idonee alla prosecuzione di abitudini adottate in età più giovane.
I giovanissimi di entrambi i sessi si contraddistinguono per il policonsumo, a testimonianza di un uso delle bevande alcoliche che prescinde dal loro valore d'uso alimentare.
Interessante tra i giovanissimi anche il riscontro di un consumo eccedentario di vino, che dimostra l'avvenuto incrocio tra le tradizionali abitudini di consumo acquisite in famiglia e l'influenza dei nuovi stili di consumo provenienti dal Nord Europa.
Tra le femmine si evidenzia in particolare la prevalenza di eccedenze legate al consumo di birra.

Consumi e modelli di consumo nella popolazione giovanile

Mentre nel periodo 1998-2008 appare sostanzialmente stabile secondo l'ISTAT la prevalenza dei consumatori nella popolazione generale, che si è attestata attorno al 70%, è cresciuta nel tempo la prevalenza dei giovani consumatori, passati dal 68,5% al

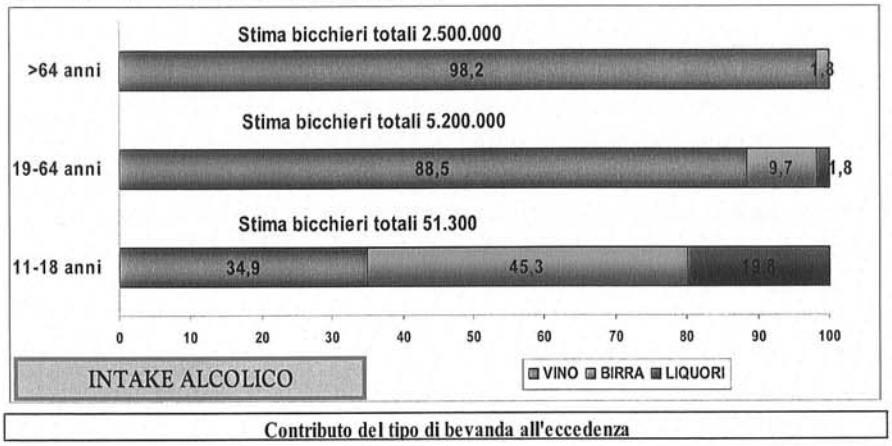
70,7% tra i giovani di 18-24 anni e dal 40,6% al 42,0% tra i giovani di 14-17 anni. Gli incrementi sono stati particolarmente significativi tra le ragazze di 14-17 anni (2,1 punti percentuali) e di 18-24 anni (4,6 punti percentuali).
Nell'anno 2008, nella fascia di età tra i 18 e i 24 anni, la prevalenza dei consumatori di entrambi i sessi (70,7%) supera quella della popolazione generale (69,9%).
Considerando la popolazione dei giovani tra gli 11 e i 24 anni (tab.9), nel 2008 dichiarano di aver consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno il 19,7% dei ragazzi e il 15,3% delle ragazze al di sotto dei 16 anni (età legalmente richiesta per la somministrazione); hanno consumato alcolici anche il 69,6% dei ragazzi e il 53,6% delle ragazze di 16-20anni, e l'81% dei ragazzi e il 63,9% delle ragazze di 21-24 anni. In questa fascia d età la prevalenza più elevata di consumatori si registra tra i consumatori di birra (M=43,9%; F=25,5%); quella più bassa tra i consumatori di amari (M=23,4%; F=10,7%).

Graf.10-BICCHIERI DI ALCOL CONSUMATI AL GIORNO DAI SOLI CONSUMATORI QUOTIDIANI DI ALCOLICI E STIMA DEL CONTRIBUTO (%) DELLE DIFFERENTI BEVANDE SULL'INTAKE E SULLE ECCEDENZE UOMINI 11+ PER CLASSI DI ETÀ-ANNO 2007

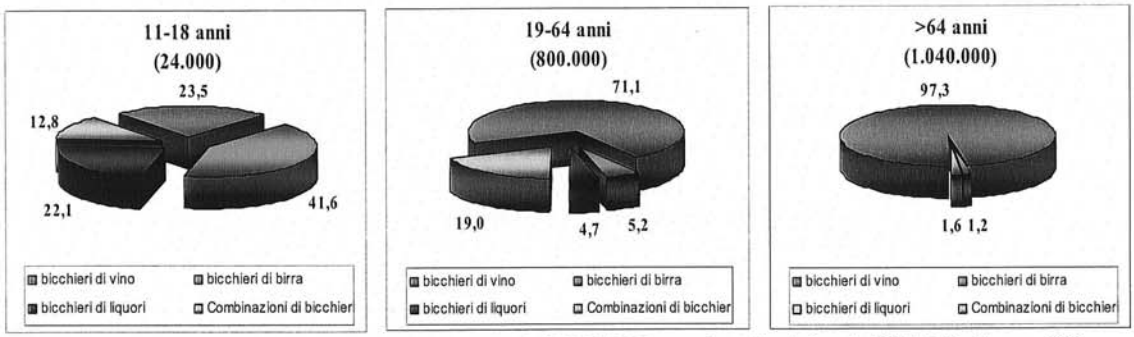


Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2008

Graf.11-BICCHIERI DI ALCOL CONSUMATI AL GIORNO DAI SOLI CONSUMATORI QUOTIDIANI DI ALCOLICI E STIMA DEL CONTRIBUTO (%) DELLE DIFFERENTI BEVANDE SULL'INTAKE E SULLE ECCEDENZE DONNE 11+ PER CLASSI DI ETÀ- ANNO 2007



Contributo del tipo di bevanda all'eccedenza



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2008

Tab. 9- PREVALENZA CONSUMATORI (%)11-24ENNI PER TIPOLOGIA DI CONSUMO - ANNO 2008

Tipologia di consumatore	11-15 anni		16-20 anni		21-24 anni		Tot. 11-24 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Consumatori di bevande alcoliche	19,7	15,3	69,6	53,6	81,0	63,9	55,5	43,1
Consumatori di vino	5,9	3,5	33,8	21,2	52,4	34,8	29,5	18,8
Consumatori di birra	10,7	5,6	55,3	30,1	69,6	44,3	43,9	25,5
Consumatori di aperitivi alcolici	7,5	4,7	44,7	33,1	59,3	40,4	36,0	25,2
Consumatori di amari	3,5	2,2	24,9	11,9	45,6	19,7	23,4	10,7
Consumatori di super alcolici	2,9	1,5	30,4	19,6	46,5	24,6	25,5	14,7
Consumatori fuori pasto	6,5	4,8	40,9	28,0	50,5	33,1	31,7	21,3
Binge drinkers	1,5	1,7	17,8	5,4	21,5	6,5	13,2	4,4
Consumatori a rischio (criterio ISS)	19,7	15,3	19,6	6,0	23,3	6,8	20,7	9,5

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

Il 13,2% dei ragazzi e il 4,4% delle ragazze ha praticato il *binge drinking* nel corso dell'anno. Nel complesso 1 ragazzo su 5 e 1 ragazza su 10 bevono secondo modalità a rischio e/o dannose per la salute e la sicurezza.
La tipologia di rischio prevalente nelle fasce di età giovanili è il consumo fuori pasto (31,7% tra i maschi e 21,3% tra le femmine).
La tendenza al consumo fuori pasto risulta in evidente crescita in particolare fra i giovanissimi di età compresa fra 14 e 17 anni (tab.10), fra i quali la prevalenza dei bevitori fuori pasto risulta praticamente raddoppiata tra il 1995 e il 2008, passando dal 12,9% al 22,7% tra i maschi e dal 6,0% al 14,4 % tra le femmine.
Tra il 2006 e 2008, peraltro, tra questi giovanissimi si registra una evidente diminuzione di tali consumi a rischio sia tra i maschi che tra le femmine.

Tab. 10 - PREVALENZA DEI CONSUMATORI (%) DI ALCOLICI FUORI PASTO NELLA CLASSE DI ETA' 14-17 – ANNI 1993-2007

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

Fonte:ISTAT -"Indagine multiscopo sulle famiglie-Aspetti della vita quotidiana"-Anno 2003;
-"L'uso e l'abuso di alcol in Italia"-Anni 2005-2007- 2008

La tipologia di rischio immediatamente seguente per prevalenza tra i giovani di 11-24 anni è il consumo a rischio secondo il criterio ISS (consumo giornaliero oltre i limiti specificamente consigliati). Anche per tale tipo di consumo a rischio si è registrata una diminuzione della prevalenza tra l'anno 2007 e l'anno 2008 pari a 2,6 punti percentuali (3 punti percentuali tra i maschi e 2,4 tra le femmine).
Dalle rilevazioni effettuate nel corso di una recente indagine realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità su finanziamento del Ministero allo scopo di valutare i consumi giovanili nell'ambito di una serata in discoteca e la percezione del rischio legato all'uso di alcol alla guida, emerge che il 52,0% dei ragazzi ed il 37,2% delle ragazze che frequentano pub e discoteche consumano bevande alcoliche, con prevalenze che salgono attorno all' 86% il sabato sera.
La media dei bicchieri di bevande alcoliche consumati in una serata tipo è risultata di 4 bicchieri per un ragazzo e di 3 per una ragazza. Il consumo medio risulta più elevato tra i giovanissimi al di sotto dei 18 anni (quasi 5 bicchieri tra i ragazzi e 6 per le ragazze).
I giovanissimi al di sotto dei 18 anni bevono fino a ubriacarsi (oltre 6 bicchieri) in percentuali più elevate rispetto ai ragazzi più grandi (41,7 % tra i maschi e 20,8% tra le femmine), seguiti dai 19-24enni (18,8% dei maschi e 9,4% delle femmine) e dai giovani di età superiore ai 25 anni (7,5% dei maschi e 5,5% delle femmine).
Le percentuali più elevate di consumatori si riscontrano tra i consumatori di aperitivi alcolici e breezer (67,0% del campione), seguiti da quelli di birra (43,4%), di vino (43,0%) di superalcolici (27,0%).
L'indagine ESPAD rileva a partire dal 2004 una prevalenza sostanzialmente stabile o in lieve crescita tra i giovani studenti italiani di 15-19 anni che si sono ubriacati almeno una volta nella vita (circa il 56,9%) o negli ultimi 12 mesi (42,8%-43,4%) (tab.11a e 11b).

Tab. 11a – UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA ANNI 1999-2008

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

Fonte:PROGETTO ESPAD®Italia

Tab. 11b– UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 12 MESI
ANNI 1999-2008

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

Fonte:PROGETTO ESPAD®Italia

Secondo lo studio ESPAD l'atteggiamento di "non disapprovazione" dei giovani studenti sia nei confronti del bere moderato che nei confronti delle ubriacature settimanali si conferma in diminuzione dal 2003.
Viene invece confermata anche per il 2008 la tendenza, in atto dal 2003, all'aumento di coloro che negano il rischio connesso al consumo quotidiano eccedentario (tab.11 c).

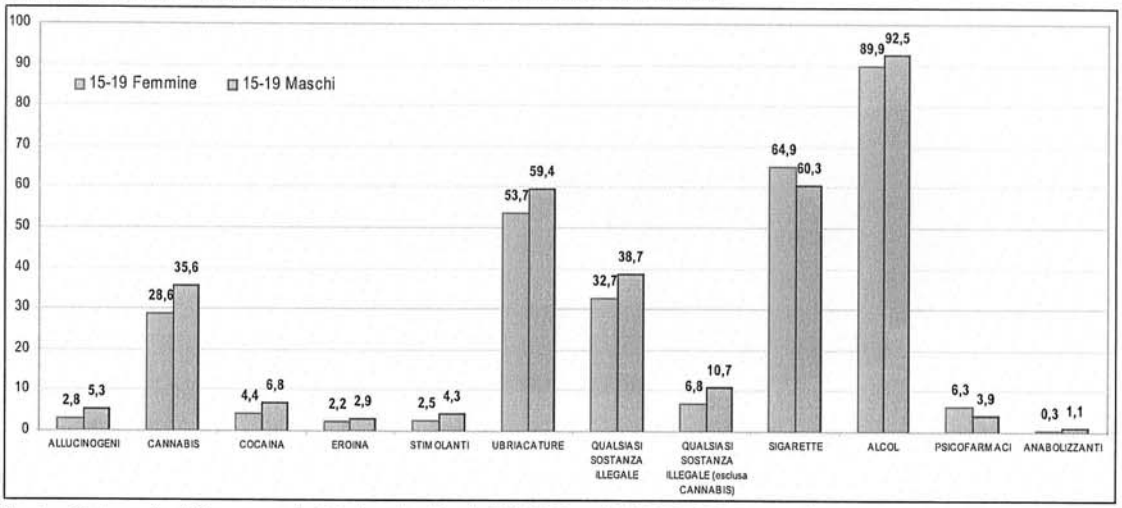
Tab.11 c - APPROVAZIONE E PERCEZIONE DEL RISCHIO NELL'USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI - ANNI 1999-2008

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

Fonte:PROGETTO ESPAD®Italia

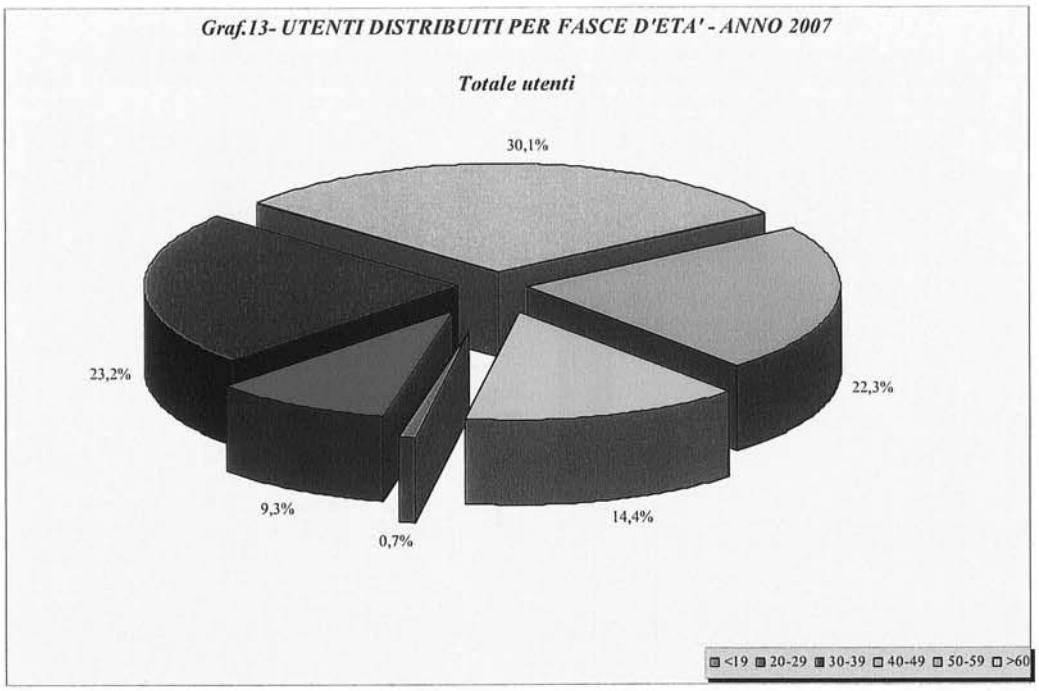
Dai dati Espad-Italia relativi all'anno 2006 elaborati dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche emerge una prevalenza molto alta dei giovani studenti che nella propria vita si sono ubriacati rispetto a quelli che fanno uso di altre sostanze illegali (graf.12).
Secondo l'ISTAT, tra i giovani di 18-24 anni in entrambi i sessi gli automobilisti abituali presentano comportamenti di consumo a rischio in percentuali più elevate rispetto agli automobilisti occasionali o alle persone che non guidano.
Tra i giovani di quest'età inoltre coloro che ammettono un comportamento di consumo a rischio sono più numerosi tra i frequentatori assidui di discoteche (ci vanno più di 12 volte l'anno).
Si configura pertanto tra i giovani guidatori abituali una forte associazione tra l'assidua frequentazione di locali da ballo e il consumo alcolico a rischio.

Graf. 12- PREVALENZA D'USO NELLA VITA DI: ALCOL, SIGARETTE, UBRIACATURE, QUALSIASI SOSTANZA ILLEGALE, QUALSIASI SOSTANZA ILLEGALE ESCLUSA LA CANNABIS, CANNABIS, COCAINA, EROINA, STIMOLANTI, ALLUCINOGENI, PSICOFARMACI E ANABOLIZZANTI DI GIOVANI CON ETÀ COMPRESA TRA I 15 ED I 19 ANNI ARTICOLATA PER SESSO. ANNO 2006



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ESPAD-ITALIA 2006

Il fenomeno della diffusione dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla situazione dell'utenza in carico presso i servizi sociosanitari per l'alcoldipendenza, nell'ambito della quale i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano nel 2007 il 10% degli utenti totali (0,7% di età inferiore a 20 anni e 9,3% di età 20-29 anni) (graf. 13).
La prevalenza di utenti al di sotto dei 30 anni nel 2007 registra peraltro una diminuzione rispetto al dato del 2006(10,5 %).
Distinguendo per fasce di età giovanili, nel tempo si osserva una continua tendenza all'aumento della frequenza della classe di età più giovane (<20 anni), sia nei nuovi utenti che in quelli già in carico; si conferma inoltre l'inversione di tendenza per la frequenza della classe di età 20-29 anni che, in crescita fino al 2005, dopo tale anno si presenta in calo(tab.12; graf. 14).
Secondo l'ISTAT sulla propensione al consumo a rischio dei giovani di età 11-17 anni influiscono i comportamenti di consumo a rischio da parte dei genitori; infatti tra i giovani di quest'età che praticano almeno un comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche risulta maggiore la percentuale di coloro che hanno almeno un genitore con comportamenti di consumi a rischio (22,7% nel 2008) rispetto a coloro i cui genitori non bevono o bevono moderatamente (15,0,8 % nel 2008) (tab.13).
Lo studio ESPAD ha messo in relazione, a fini interpretativi, l'uso dell'alcol nei giovanissimi con altre variabili che caratterizzano il loro contesto familiare quali, tra le altre, il livello di scolarità dei genitori e lo stato socio-economico (percepito).
Il livello di scolarità dei genitori appare ininfluente per gli episodi di ubriacatura e sono simili le percentuali di coloro che, con genitori di scolarità medio-alta, non hanno avuto



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali- Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione-
Direzione generale della Prevenzione Sanitaria- Ufficio VII dell'ex Ministero della Salute

Tab.12 - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

Totale utenti

CLASSI DI ETA'	Totale											
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<20	0,5	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7
20-29	7,9	8,8	8,3	9,1	8,7	8,5	9,1	9,3	9,8	11,0	9,8	9,3
30-39	22,5	24,4	22,6	23,4	24,0	23,7	24,8	23,7	24,0	24,3	23,7	23,2
40-49	30,0	29,3	28,4	27,4	27,5	28,2	28,3	28,8	29,1	28,9	29,3	30,1
50-59	25,3	23,4	24,6	24,9	24,6	23,4	23,7	23,9	22,3	21,6	22,3	22,3
>=60	13,8	13,4	15,5	14,6	14,6	15,6	13,6	13,9	14,2	13,5	14,2	14,4
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nuovi utenti

CLASSI DI ETA'	Totale											
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<20	0,8	0,9	1,1	1,1	1,1	1,0	0,7	1,1	1,0	1,3	1,4	1,3
20-29	10,0	10,9	10,7	11,8	11,8	11,8	12,2	13,2	14,0	15,7	13,5	13,9
30-39	23,5	25,4	24,0	25,1	25,5	25,6	25,9	25,4	25,6	26,1	25,2	25,5
40-49	29,5	27,7	26,7	25,7	25,4	26,3	27,8	27,2	27,4	26,8	27,6	28,2
50-59	23,1	22,3	22,4	23,3	23,9	20,7	21,7	19,9	19,4	18,4	19,8	18,6
>=60	13,1	12,8	15,0	13,1	12,4	14,6	11,6	13,2	12,6	11,6	12,5	12,5
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

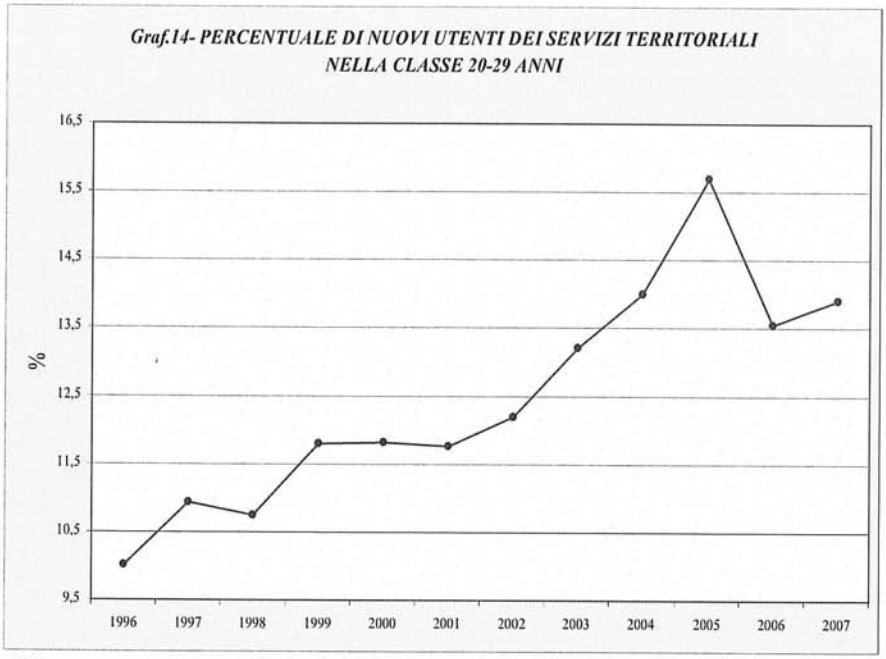
Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali- Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione-
Direzione generale della Prevenzione Sanitaria- Ufficio VII dell'ex Ministero della Salute

Tab.13- PERSONE DI 11-17 ANNI CON ALMENO UN COMPORTAMENTO A RISCHIO NEL CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE PER ABITUDINE AL CONSUMO DI ALCOL DEI GENITORI E SESSO. ANNO 2008 *(per 100 persone di 11-17 anni dello stesso sesso e con le stesse caratteristiche familiari)*

ABITUDINE AL CONSUMO DI ALCOL DEI GENITORI	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
Almeno uno dei genitori ha un comportamento di consumo a rischio	23,3	22,1	**22,7**
I genitori non bevono o fanno un uso moderato di alcol	18,1	11,7	**15,0**
Totale	18,3	12,2	**15,3**

Fonte:ISTAT- L'uso e l'abuso di alcol in Italia - anno 2008

Graf.14- PERCENTUALE DI NUOVI UTENTI DEI SERVIZI TERRITORIALI NELLA CLASSE 20-29 ANNI



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali- Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione -Direzione generale della Prevenzione Sanitaria- Ufficio VII dell'ex Ministero della Salute

e hanno avuto, rispettivamente, ubriacature almeno una volta nella vita. Esso appare, al contrario, avere una qualche influenza sull'uso di alcol almeno una volta nella vita; tra coloro che hanno genitori con scolarità medio-alta è più elevata la percentuale di utilizzatori (59,7%) rispetto ai non utilizzatori (53,7%) e il contrario si verifica tra coloro che hanno genitori con scolarità medio-bassa (tab.14 a e 14 b).

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

Tab. 14 a - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI 15-19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E SCOLARITA' DEI GENITORI - ANNO 2008

Bevande alcoliche	Bassa (licenza media)	Medio-Alta (diploma o laurea)	
non uso	46,3%	53,7%	100,0%
Uso	40,3%	59,7%	100,0%

Fonte: ESPAD®Italia2008

Tab. 14 b - UBRIACATURE NEGLI STUDENTI 15-19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E SCOLARITA' DEI GENITORI -ANNO 2008-

Ubriacarsi	Bassa (licenza media)	Medio-Alta (diploma o laurea)	
non uso	41,2%	58,9%	100,0%
Uso	40,3%	59,7%	100,0%

Fonte: ESPAD®Italia2008

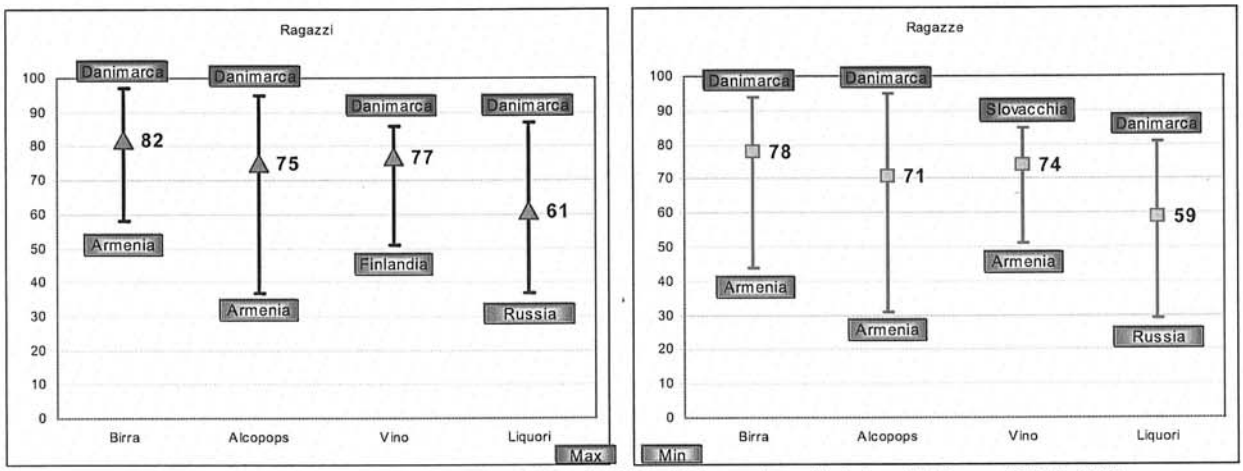
Il confronto con i giovani europei

Secondo i dati dello studio europeo Espad su un campione di circa 100.000 studenti di 15-16 anni di 35 Paesi europei, la percezione della difficoltà con cui i ragazzi dichiarano di procurarsi le diverse bevande alcoliche varia a seconda del tipo di bevanda consumata (graf. 15).

Fra i ragazzi italiani quattro su cinque hanno dichiarato che è "abbastanza facile" o "molto facile" reperire birra (variabilità europea 50%-95%), con valori leggermente al di sopra della media degli altri Paesi. Il vino è procurato "abbastanza facilmente " o "molto facilmente" dal 77% dei maschi e dal 74% delle femmine, con percentuali superiori ai valori medi europei per entrambi i sessi e vicine ai valori massimi registrati in Danimarca tra i ragazzi (86%) e in Slovacchia tra le ragazze (85%).

La prevalenza dei giovani consumatori ha in Italia valori vicini a quelli massimi in

Graf. 15 -DISPONIBILITÀ PERCEPITA DELLE VARIE BEVANDE ALCOLICHE PER SESSO. PERCENTUALE DI COLORO CHE HANNO RISPOSTO "ABBASTANZA FACILE" O "MOLTO FACILE" DA PROCURARE – ANNO 2007



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

Europa: il 90% del campione esaminato ha consumato alcol almeno una volta nel corso della vita, con percentuali vicine a quelle massime in Europa (97% di Lettonia, Isola di Man e Repubblica Ceca) (tab.15).

Tab. 15-ABITUDINI DI CONSUMO DEI GIOVANI ITALIANI DI 17-18 ANNI E RANGE EUROPEO NELL'INDAGINE ESPAD ANN0 2007

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

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

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

In relazione alla frequenza del consumo nella vita, i giovani italiani si collocano in una posizione media rispetto a quella degli altri Paesi: il 23% (quasi 1 su 4) dichiara di aver consumato alcol oltre 40 volte nel corso della sua vita, nell'ambito di un range europeo che va dal 9% al 52%.
In relazione alla frequenza del consumo nell'ultimo anno, i giovani italiani si collocano in una posizione tra le più basse tra i Paesi Europei per quanto riguarda il consumo a più alta frequenza: solo l'8% di loro (12% tra i ragazzi e 5% tra le ragazze) ha consumato bevande alcoliche oltre 40 volte, nell'ambito di un range europeo che va dal 2% al 30%.
Per quanto riguarda un consumo meno frequente (da 1 a 37 volte nell'anno) gli italiani si collocano in una posizione più intermedia nell'ambito del range europeo.
Anche in relazione alla frequenza del consumo negli ultimi trenta giorni i giovani italiani si collocano in posizione intermedia rispetto agli altri Paesi per tutte le frequenze di consumo.
Riguardo alla frequenza di consumo delle differenti bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, la prevalenza più vicina a quella massima europea si registra per il consumo di alcolpops .
Il 38% dei ragazzi italiani ha dichiarato di essersi ubriacato nel corso della vita, a fronte di un range europeo che va dal 15% (Armenia) al 79% (Danimarca).
In relazione alla frequenza delle ubriacature, i giovani italiani si collocano in una posizione medio-alta del range europeo per l'ubriacatura poco frequente (da 1 a 9 volte nella vita) e in posizione tra le più basse per l'ubriacatura molto frequente (da 10 a 40 volte e oltre nella vita).
In Italia la prevalenza dei giovani che hanno consumato bevande alcoliche prima dei 13 anni si colloca in posizione alta nell'ambito del range europeo per quanto riguarda il vino (41%; range europeo:13%-59%) e medio alta per quanto riguarda gli alcolpops (31%; range europeo: 4%-59%), la birra (44 %; range europeo: 22%-71%) e i liquori (20%; range europeo: 9%-34%).
Per quanto riguarda l'ubriacatura prima dei 13 anni, l'Italia registra una prevalenza tra le più basse del range (7%; range europeo: 2%-16%).
Per quanto riguarda il *binge drinking* negli ultimi 30 giorni, i giovani italiani si collocano in posizione medio bassa in relazione alla prevalenza (38%; range europeo: 22%-61%). In relazione alla frequenza del binge drinking i giovani italiani si collocano tra le posizioni più basse per quanto riguarda la frequenza più alta (oltre 6 volte) (5%; range europeo: 2%; 16%) (tab.15).

Consumi e modelli di consumo nella popolazione anziana

Nel 2008 dichiarano di aver consumato almeno una bevanda alcolica il 67,5% degli anziani di 65-74 anni ((M=84,5%; F=53,1%), il 59,8% di quelli di 75-84 anni (M=80,2%; F=46,0%) e il 50,0% degli over 85 (M=67,7%; F=42,3%) (tab.16).
Tra gli ultra-65enni la prevalenza più elevata di consumatori si registra tra i consumatori di vino, quella più bassa tra i consumatori di aperitivi alcolici e super alcolici.
La tipologia di consumi a rischio maggiormente presente in queste fasce di età in entrambi i sessi risulta il bere alcolici senza attenersi alle linee guida proposte dagli

Tab.16- PREVALENZA DI CONSUMATORI (%) ULTRA 64ENNI PER TIPOLOGIA DI CONSUMO - ANNO 2008

Tipologia di consumatore	65-74 anni		75-84 anni		>84 anni		> 64 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Consumatori di bevande alcoliche	84,5	53,1	80,2	46,0	67,7	42,3	81,8	49,2
Consumatori di vino	79,3	45,6	76,0	40,3	66,2	39,2	77,2	42,9
Consumatori di birra	45,2	17,2	29,9	9,5	21,2	5,5	38,3	12,9
Consumatori di aperitivi alcolici	22,8	7,3	13,4	3,0	7,7	1,8	18,5	5,0
Consumatori di amari	29,2	8,9	20,7	4,5	8,7	4,5	24,8	6,7
Consumatori di super alcolici	22,7	6,0	14,5	2,1	5,4	2,5	18,7	4,1
Consumatori fuori pasto	27,5	6,6	19,8	4,0	12,9	4,2	23,8	5,3
Binge drinkers	5,3	0,9	2,6	0,7	0,8	0,5	4,1	0,8
Consumatori a rischio (criterio ISS)	48,1	13,1	45,3	9,6	33,1	8,3	46,0	11,2

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

organi di tutela della salute (criterio ISS) (M=48,1%; F=13,1%).
Il vino risulta essere la bevanda che contribuisce in maniera pressoché esclusiva al bere problematico e a rischio degli anziani (vedi graf. 10 e 11).
Le percentuali di consumatori con consumi a rischio diminuiscono peraltro con l'aumentare dell'età; tra gli ultra 85enni l'assunzione di alcol in quantità rischiose per la salute (criterio ISS) riguarda solo un uomo su tre e una donna su dodici.
Tra il 2007 e il 2008 non si registrano variazioni rilevanti nella prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica, mentre si registra un leggero aumento rispetto al 2006 (nel 2006 aveva dichiarato di aver bevuto almeno una bevanda alcolica il 67,4% degli anziani di 65-74 anni, il 58,9% di quelli di 75-84 anni e il 48,2% degli over 85).
A partire dal 2003, mentre non si registrano differenze statisticamente significative nelle prevalenze dei consumatori di vino, birra e aperitivi alcolici, si registra una diminuzione per i consumatori di amari e super alcolici, pari, rispettivamente, a 4,6 e 3,4 punti percentuali.
Nel periodo 2003-2008 si registra anche una diminuzione della prevalenza dei consumatori a rischio secondo il criterio ISS, pari a 4,7 punti percentuali tra gli uomini e a 2 punti percentuali tra le donne.

I consumi e i modelli di consumo nelle Regioni

A livello territoriale si nota una differenza nelle abitudini di consumo tra le Regioni del Nord e quelle del Centro Sud (tab. 17).

L'Italia Nord-occidentale

Piemonte. La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica risulta superiore alla media nazionale per entrambi i sessi ma gli indicatori che evidenziano le situazioni più a rischio presentano valori in linea con il dato nazionale.

Tab. 17-TIPOLOGIE DI CONSUMATORI (%) PER REGIONE DI APPARTENENZA-ANNO 2008

REGIONE	Consumatori di bevande alcoliche (%)		Consumatori di vino in modalità NON mediterranea (%)		Consumatori fuori pasto (%)		*Binge drinkers* (%)		Consumatori a rischio criterioISS (%)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	84,2	59,2	54,4	28,7	37,1	13,5	12,8	2,6	29,8	8,2
Valle d'Aosta	86,5	63,1	67,2	34,3	54,1	19,0	19,9	2,8	38,1	7,1
Lombardia	80,5	60,7	59,8	36,2	42,7	20,2	12,8	3,5	26,5	8,5
Trentino Alto Adige	80,1	62,9	77,9	53,5	56,7	30,8	22,5	6,2	34,0	10,2
Bolzano	82,8	69,4	79,3	64,5	59,4	39,1	25,5	9,0	36,0	13,1
Trento	77,4	56,7	76,4	41,5	54,0	22,9	19,5	3,6	32,0	7,5
Veneto	82,9	66,5	65,2	34,7	48,6	22,5	15,4	3,2	29,4	8,7
Friuli-Venezia Giulia	82,7	62,1	74,6	40,7	57,4	23,1	20,1	5,0	32,6	10,5
Liguria	80,4	55,9	55,0	30,9	38,4	15,6	9,6	1,9	26,8	8,2
Emilia-Romagna	83,4	62,2	53,5	30,1	39,5	17,2	12,7	2,8	28,0	6,9
Toscana	81,4	61,1	50,1	31,3	32,7	16,2	10,2	2,6	28,4	9,9
Umbria	83,4	61,1	48,1	27,0	33,4	14,7	10,6	2,4	27,6	8,0
Marche	84,4	59,1	48,3	23,1	37,0	12,9	11,9	1,8	29,0	5,1
Lazio	80,8	57,0	47,0	33,0	33,2	16,1	8,5	2,4	19,7	6,3
Abruzzo	81,6	46,8	57,9	27,4	41,1	10,9	17,7	2,2	29,1	5,2
Molise	80,6	50,8	60,9	20,7	42,2	10,7	20,0	3,0	36,5	8,0
Campania	72,3	47,5	36,1	18,4	21,8	6,5	11,0	2,9	19,3	4,9
Puglia	83,9	52,1	43,6	22,7	29,4	8,7	9,7	2,4	25,4	6,5
Basilicata	77,8	49,4	53,6	21,7	35,4	9,7	18,4	2,7	32,1	6,0
Calabria	83,6	51,8	46,9	24,2	34,7	10,2	15,0	2,9	26,0	5,3
Sicilia	74,3	42,4	41,7	18,5	27,9	7,1	6,0	1,3	14,0	3,2
Sardegna	79,0	51,5	63,8	30,0	44,9	15,4	18,3	2,6	30,6	4,7
ITALIA	***80,5***	***56,3***	***52,7***	***30,0***	***36,7***	***14,8***	***12,1***	***2,8***	***25,4***	***7,0***

Legenda:	Minimo	⇓ Media Nazionale	Media nazionale	⇑ media nazionale	Massimo

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

Valle d'Aosta. In questa Regione si rilevano tra i maschi i valori in assoluto più alti dei consumatori di almeno una bevanda alcolica (86,5%) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (38,1%), e valori comunque al di sopra del dato nazionale degli altri indicatori di rischio. Tra le donne si rilevano prevalenze al di sopra della media nazionale delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica (63,1%) e delle consumatrici di vino o alcolici fuori pasto (19,0%).

Lombardia. Valori al di sopra del dato medio nazionale si rilevano sia per gli uomini che per le donne tra i consumatori di vino in modalità non mediterranea (M=67,2%; F=36,2%) e i consumatori di vino o alcolici fuori pasto (M=42,7%; F=20,2%).

Liguria. Tutti gli indicatori considerati risultano essere in linea con il dato medio nazionale e tra i maschi la prevalenza di *binge drinkers* è al di sotto della media (9,6%).

L'Italia Nord-orientale

Trentino Alto Adige. Nonostante la prevalenza dei consumatori di sesso maschile risulti essere nella P.A. di Bolzano in linea con il dato nazionale e nella P.A. di Trento al di sotto di questo, tutti gli indicatori di rischio presentano in assoluto il valore più elevato di tutto il Paese (ad eccezione dell'indicatore di rischio ISS che comunque rimane al di sopra del dato medio nazionale). Ancora più critica la situazione per le donne residenti nella P.A.di Bolzano, dove per tutti gli indicatori si raggiunge il valore massimo nazionale.

Veneto. Tutti gli indicatori analizzati in questa Regione per gli uomini risultano al di sopra del valore medio nazionale, mentre per le donne gli indicatori al di sopra del dato medio sono la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica (66,5%), di consumatori di vino non mediterranei (34,7%) e di consumatori fuori pasto (22,5%).

Friuli Venezia Giulia. Per entrambi i sessi tutti gli indicatori di rischio considerati risultano al di sopra del dato medio nazionale.

Emilia Romagna. La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è superiore al dato medio nazionale sia per gli uomini (83,4%) che per le donne (62,2%); tuttavia tutti gli indicatori relativi a situazioni di rischio rientrano nella media nazionale.

L'Italia centrale

Toscana. In questa Regione i consumatori a rischio definiti dal criterio ISS risultano superiori al dato medio nazionale nonostante che la prevalenza di *binge drinkers* e quella di consumatori di vino non mediterranei siano allineate con il dato medio nazionale.

Umbria. L'unico indicatore che per entrambi i sessi risulta al di sopra della media nazionale è la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica (M=83,4%; F=61,1%). Tra i maschi si registrano invece valori al di sotto del valore medio nazionale sia per i consumatori di vino in modalità non mediterranea (48,1%) che per consumatori fuori pasto (33,4%).

Marche. Gli unici indicatori al di sopra del valore medio nazionale sono tra i maschi la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica (84,4%) e la prevalenza di consumatori a rischio (criterio ISS) (29,0%). Tra le donne tutti gli indicatori sono in linea o al di sotto del valore medio nazionale.

Lazio. Tra le donne, tutti gli indicatori relativi a comportamenti di consumo a rischio risultano simili al dato medio nazionale, mentre tra gli uomini risultano tutti inferiori.

Abruzzo. Tra gli uomini la prevalenza dei consumatori di vino in modalità non mediterranea (57,9%), dei consumatori fuori pasto (41,1%), dei *binge drinkers* (17,7%) e dei consumatori a rischio in base al criterio ISS (29,1%) risulta al di sopra del valore medio nazionale, mentre tra le donne la situazione è migliore essendo tutti gli indicatori in linea o inferiori al valore medio.

Molise. Tra gli uomini le prevalenze dei consumatori di vino in modalità non mediterranea (60,9%), dei consumatori fuori pasto (42,2%), dei *binge drinkers* (20,0%) e dei consumatori a rischio in base al criterio ISS (36,5%) sono superiori ai valori medi

nazionali, mentre tra le donne sono tutte inferiori, ad eccezione che per le *binge drinkers* e le consumatrici a rischio secondo il criterio ISS (in media con il dato nazionale).

L'Italia meridionale

Campania. E' la Regione che mostra in assoluto i valori più bassi di consumatori di vino in modalità non mediterranea (M=36,1%; F=18,4%) e di consumatori di bevande alcoliche lontano dai pasti (M=21,8%; F=6,5%). L'indicatore di rischio secondo il criterio ISS (M=19,3%; F=4,9%) è inferiore al dato medio nazionale per entrambi i sessi e secondo solo al dato registrato in Sicilia. Tra gli uomini si registra anche il valore più basso di consumatori di almeno una bevanda alcolica (72,3%).

Puglia. L'unico indicatore al di sopra del valore medio nazionale è la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini (83,9%). Tutti gli altri indicatori, per entrambi i sessi, risultano minori o simili ai rispettivi dati medi nazionali.

Basilicata. Gli unici valori al di sopra del dato medio nazionale si registrano tra gli uomini per la prevalenza di *binge drinkers* (18,4%) e di consumatori a rischio secondo il criterio ISS (32,1%). Tra le donne questi stessi valori risultano allineati con il valore medio nazionale, mentre tutti gli altri sono inferiori.

Calabria. Tra gli uomini gli unici indicatori superiori alla media nazionale sono la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica (83,6%) e la prevalenza dei *binge drinkers* (15,0%). Tra le donne tutti gli indicatori (ad eccezione dei *binge drinkers*) risultano inferiori alla media nazionale.

L'Italia insulare

Sicilia. E' in assoluto la Regione meno esposta al rischio alcolcorrelato. Presenta per entrambi i sessi la più bassa concentrazione di bevitori *binge drinkers* (M=6,0%; F=1,3%) e di consumatori a rischio secondo il criterio ISS (M=14,0%; F=3,2%); gli altri indicatori risultano comunque inferiori al dato medio nazionale. Tra le donne si registra anche il valore più basso di consumatrici di almeno una bevanda alcolica.

Sardegna. Tra i consumatori di questa Regione ci sono notevoli differenze in relazione al sesso. Tra i maschi tutti gli indicatori di rischio risultano superiori ai valori medi nazionali: prevalenza di consumatori di vino in modalità non mediterranea (63,8%), di consumatori di bevande alcoliche lontano dai pasti (44,9%), di *binge drinkers* (18,3%) e di consumatori a rischio secondo il criterio ISS (30,6%). Tra le donne invece tutti questi valori sono allineati con i dati medi, e la prevalenza di consumatrici risulta inferiore al valore medio nazionale.

1.2. La mortalità e la morbilità alcolcorrelate

Mortalità

Nell'Unione Europea ogni anno l'alcol è responsabile della morte di 195.000 persone, per un'ampia gamma di cause e patologie totalmente e parzialmente alcolattribuibili, dagli incidenti stradali ad altri incidenti, omicidi, suicidi, cirrosi epatica, patologie neuropsichiatriche, depressione, cancro (tra cui 11.000 casi di cancro alla mammella).

In particolare è attribuibile all'uso dannoso di alcol un'alta percentuale della mortalità tra i giovani di 15-29 anni (il 25% tra i maschi e il 10% tra le femmine) in relazione soprattutto agli incidenti stradali.

In Italia le stime della mortalità alcolcorrelata si differenziano a seconda delle fonti e delle metodologie adottate e negli ultimi anni si sono collocate in un intervallo compreso fra 17.000 e 42.000 morti.

Una recente stima condotta per l'Italia con metodologie adottate dall'O.M.S. * indica in 24.061 il numero delle morti per cause alcolcorrelate fra i soggetti di età superiore ai 20 anni (17.215 tra i maschi e 6.846 tra le femmine). [1] Secondo tale stima la mortalità alcolcorrelata rappresenta in Italia il 6,23 % del totale di tutte le morti maschili e il 2,45% del totale di tutte le morti femminili nella popolazione superiore ai 20 anni.

A questa mortalità va aggiunta quella relativa ai minori di 20 anni, che non sono inseriti nel citato modello di valutazione per motivi di comparabilità internazionale.

Una valutazione complessiva porta pertanto a stimare in almeno 30.000 le morti causate dal consumo dannoso di alcol in tutta la popolazione.

Le condizioni che presentano la più elevata frequenza di mortalità alcol-attribuibile sono la cirrosi epatica e gli incidenti stradali.

La mortalità per cirrosi epatica

La mortalità per cirrosi epatica è uno dei più importanti indicatori di danno alcolcorrelato.

Sono attribuibili all'uso dannoso di alcol il 47,7 % dei decessi per cirrosi epatica tra i maschi, e il 40,0 % tra le donne.

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

In concomitanza con la diminuzione negli ultimi anni dei consumi medi pro capite di alcol puro si è verificata in Italia una progressiva diminuzione del tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica, passato dal 22,60 per 100.000 nel 1990 al 10,73 nel 2004 e al 9,61 nel 2006.

Tale dato risulta ancora superiore a quello di Paesi europei quali Irlanda, Grecia, Spagna, Olanda e Svezia ma tra il 2004 e il 2006 è passato a valori inferiori a quelli di Belgio, Francia, e Regno Unito.

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

La mortalità per incidente stradale

La mortalità per incidente stradale è uno dei più importanti indicatori di danno indirettamente causato dall'alcol. Secondo stime dell'Istituto superiore di Sanità-OMS è da considerarsi alcolcorrelato il 26,25 % della mortalità maschile e l'11,37 % di quella femminile causate da incidente, con percentuali ancora più elevate nella classe di età 20-44 anni di entrambi i sessi.

---

[1] * Jurgen Rehem
Centre for Addiction and Mental Health, Toronto,Canada
University of Toronto
(presentazione in occasione dell'Alcohol Prevention Day, Roma, 12 Aprile 2007)

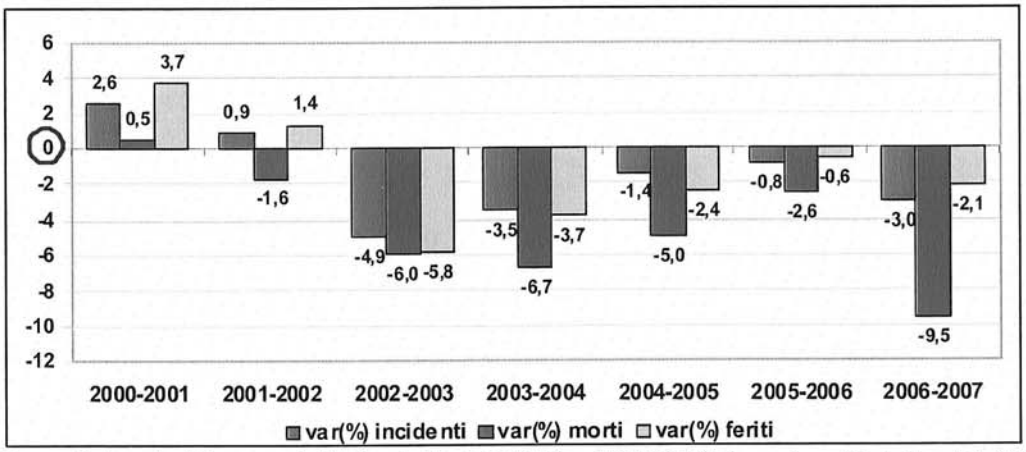
Nell'anno 2007 l'Istat ha rilevato 230.871 incidenti stradali che hanno provocato 5.131 morti e 325.850 feriti.
Nel corso degli ultimi anni si è assistito ad una notevole riduzione del numero degli incidenti, dei feriti e dei morti, particolarmente evidente nel corso dell'ultimo anno, in cui gli incidenti sono diminuiti del 3,0%, i morti del 9,5% e i feriti del 2,1%)(tab. 18; graf.16).

Tab.18- INCIDENTI STRADALI ,MORTI E FERITI ANNI 2003-2007

ANNI	Totale incidenti		
	N	Morti	Feriti
2003	252.271	6.563	356.475
2004	243.490	6.122	343.179
2005	240.011	5.818	334.858
2006	238.124	5.669	332.955
2007	230.871	5.131	325.850

Fonte: ACI-ISTAT -Incidenti stradali Anno 2007

Graf.16-VARIAZIONI (%) OSSERVATE ANNUALMENTE DI INCIDENTI STRADALI, MORTI E FERITI.

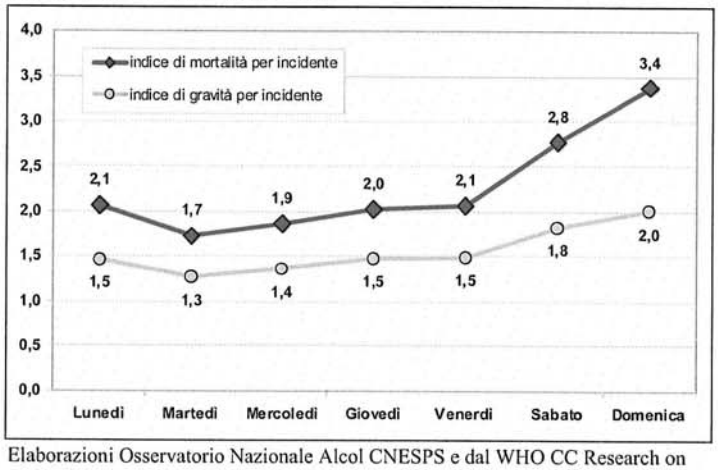


Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ACI-ISTAT –Incidenti stradali 2000-2007

Anche se il miglioramento della situazione ha portato il tasso di mortalità del nostro Paese (87 morti ogni milione di abitanti) ad allinearsi alla media europea (86 morti ogni milione di abituanti), il tasso di mortalità italiano resta ancora notevolmente superiore a quello di Paesi come Gran Bretagna, Olanda, Svezia e Francia, dove si hanno le migliori *performances* con tassi di mortalità che vanno da 45 a 73 decessi per milione di abitanti.
Anche nel 2007 tra i conducenti della fascia di età 25-29 anni si registra il più alto numero di morti (432) mentre tra quelli della fascia di età 30-34 anni si registra il più alto numero di feriti (29.672 feriti).

Il venerdì è il giorno in cui si concentrano il maggior numero di incidenti, seguito dal lunedì; mentre nel sabato e domenica si registrano le percentuali minori.
Peraltro nel fine settimana, a fronte di un minor numero di incidenti rispetto agli altri giorni, la gravità e la mortalità degli incidenti risultano le più elevate; il sabato si osserva la frequenza più elevata di morti (904 decessi) e la domenica si ha l'indice di mortalità più alto (ogni 100 incidenti, avvenuti verosimilmente nella nottata del sabato, si registrano 3,4 morti). Anche l'indice di gravità per incidente registrato in questa giornata risulta il più elevato di tutta la settimana (2.0%) (graf. 17).
Particolare allarme suscita l'elevata percentuale di incidenti notturni del venerdì e sabato, data l'elevata correlazione stimata tra questo tipo di incidente stradale e l'abuso di alcol o altre sostanze d'abuso, soprattutto da parte dei giovani.
Gli incidenti del venerdì e sabato notte nel 2007 hanno rappresentato il 44,6% del totale degli incidenti notturni (percentuale uguale a quella del 2006).
I morti e feriti in tali incidenti rappresentano, rispettivamente, il 44,4% e il 46,5 % del totale di morti e feriti negli incidenti notturni (percentuale complessivamente in diminuzione rispetto al dato del 2006).
Nel 2007 il maggior numero di incidenti e di morti si è registrato a Luglio, mentre l'indice di mortalità più elevato si è registrato in Agosto.
L'alterato stato psicofisico del conducente (malore, sonno, uso di sostanze stupefacenti

Graf. 17- INDICE DI MORTALITÀ E DI GRAVITÀ PER GIORNO DELLA SETTIMANA - ANNO 2007



Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su datiACI-ISTAT– Incidenti stradali 2007

o psicotrope, ebbrezza da alcol) ha rappresentato nel 2007 il 3,1% del totale di tutte le cause di incidente stradale nell'anno (percentuale in aumento rispetto al 2% rilevata nel 2006).
Nell'ambito di tali cause, l'ebbrezza da alcol ha rappresentato il 68% (contro il 71% del 2006), con 6.124 casi rilevati. Nel 2007 vi è stato un notevole incremento di casi rispetto ai 4.246 rilevati nel 2006, nonostante la diminuzione in percentuale rispetto alle altre cause di incidente da alterato stato psicofisico.

Rispetto al totale di tutte le cause di incidente stradale, l'ebbrezza da alcol rappresenta comunque il 2,09 %.
Secondo lo studio PASSI coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, che raccoglie informazioni nell'utenza delle ASL delle Regioni italiane anche sull'argomento alcol e guida, il 12% degli intervistati dichiara di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche (circa due bicchieri di vino o lattine di birra) nell'ora precedente. Inoltre, l'8% degli intervistati riferisce di aver viaggiato con un conducente in stato di ebbrezza. Tale comportamento risulta più diffuso tra i maschi e nelle Regioni del Nord rispetto a quelle del Sud, senza grandi differenze per età, istruzione o livello di reddito.
Su un campione individuato nell'ambito dello stesso studio in sette Regioni del Centro Nord, meno dell'1% di tutti gli intervistati riferisce di aver sperimentato occasioni di controllo del tasso alcolemico da parte della Polizia stradale.

Morbilità
Come riconosciuto nei documenti della Commissione Europea (2003), sia il consumo di alcol regolare e continuativo che quello occasionale in quantità eccessive (*binge drinking*) sono comportamenti in grado di causare problemi di salute o di aggravarli nonché di accrescere il rischio di danni per chi beve e per gli altri.
L'alcol risulta essere la principale causa di molte malattie considerate totalmente alcolcorrelate, fra cui in particolare la cirrosi epatica alcolica; ma anche causa concomitante di varie altre patologie, tra cui il cancro. In Italia secondo le stime dell'Istituto Superiore di Sanità il 5,31 % di tutti i tumori maligni maschili ed il 3,01 % di quelli femminili sono attribuibili all'uso dannoso di alcol.

Le diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcolattribuibili
Nell'anno 2006 il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcolattribuibili è di 102.367, di cui 79.295 riferite a maschi (77,5%) e 23.072 riferite a femmine (22,5%)(tab. 19a).
Il dato risulta inferiore a quello rilevato nel 2005 (104.400), confermando la tendenza in atto dal 2003.
Il numero delle dimissioni ospedaliere che presentano le suddette diagnosi (tanto in causa principale di ricovero che nelle cause successive) ammonta a 90.993 unità.
La tipologia diagnostica prevalente è la cirrosi epatica alcolica (32,9%) immediatamente seguita dalla sindrome da dipendenza da alcol (28,8%).
Anche per l'anno 2006 la diagnosi di ricovero prevalente per i maschi in rapporto alle femmine è la cardiomiopatia alcolica (87,7%), con percentuali superiori a quelle del 2005 (86,2%); seguono, con percentuali uguali, il danno epatico da alcol e l'epatite acuta alcolica.
Nel 2006 le diagnosi che interessano maggiormente le femmine riguardano, con percentuali notevolmente maggiori che nel 2005, l'avvelenamento da antagonisti dell'alcol (37,5 %) e gli effetti tossici dell'alcol (35,5%).
Nel 2006 il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili

Tab.19a - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO-ANNO 2006

CAUSE DI DIMISSIONE(*)		Valore assoluto			Valore percentuale		% tipologie diagnosi
		Maschi	*Femmine*	*Totale*	*Maschi*	*Femmine*	
291	Sindromi psicotiche indotte da alcool	4.158	1.082	5.240	79,4%	20,6%	5,1%
303	Sindrome di dipendenza da alcool	22.544	6.928	29.472	76,5%	23,5%	28,8%
305.0	Abuso di alcool	8.124	3.160	11.284	72,0%	28,0%	11,0%
357.5	Polineuropatia alcolica	1.694	405	2.099	80,7%	19,3%	2,1%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	530	74	604	87,7%	12,3%	0,6%
535.3	Gastrite alcolica	567	213	780	72,7%	27,3%	0,8%
571.0	Steatosi epatica alcolica	7.009	2.408	9.417	74,4%	25,6%	9,2%
571.1	Epatite acuta alcolica	3.330	763	4.093	81,4%	18,6%	4,0%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	26.723	6.930	33.653	79,4%	20,6%	32,9%
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato	4.433	1.010	5.443	81,4%	18,6%	5,3%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	10	6	16	62,5%	37,5%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcool	173	93	266	65,0%	35,0%	0,3%
Totale		**79.295**	**23.072**	**102.367**	**77,5%**	**22,5%**	**100,0%**

(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie
Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Scheda di dimissione ospedaliera

all'alcol (valore per 100.000 abitanti) è pari a 154,9, inferiore a quello del 2005 (159,0), e conferma l'andamento discendente in atto a livello nazionale dall'anno 2000 (tab.19 b).

Nel 2006, analogamente a quanto rilevato fin dal 2002, le Regioni a più alto tasso di ospedalizzazione sono P.A. di Bolzano, Valle D'Aosta e P.A. di Trento, seguite da Friuli V.Giulia, Abruzzo e Liguria.

Da notare come le Regioni con più alto tasso di ospedalizzazione siano quelle in cui la prevalenza del consumo a rischio risulta avere i valori massimi o comunque al di sopra della media nazionale. In particolare la P.A. di Bolzano risulta al primo posto fra le altre Regioni per la prevalenza di consumatori fuori pasto, *binge drinkers* e consumatori di vino con modalità non mediterranee (vedi tab.17).

Anche nel 2006 i tassi di ospedalizzazione più bassi si hanno, come nel 2004 e 2005, in Sicilia e in Campania, seguiti da Toscana, Umbria e Puglia. Si noti che in tali Regioni le prevalenze dei consumi a rischio sono prevalentemente al di sotto dei valori medi nazionali in quasi tutte le categorie; in particolare la Sicilia presenta i valori più bassi d'Italia nelle prevalenze di consumatrici, *binge drinkers* e consumatori a rischio secondo il criterio di rischio ISS, mentre la Campania presenta i valori più bassi in assoluto per i consumatori fuori pasto e i consumatori di vino con modalità non mediterranea (vedi tab.17).

Osservando la distribuzione delle diagnosi secondo le diverse classi di età (tab. 19 c), nel 2006 i soggetti con più di 55 anni sono interessati soprattutto, in ordine di prevalenza, da cirrosi epatica alcolica, cardiomiopatia alcolica, steatosi epatica e

Tab. 19 b - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI * ANNI 2000-2006 (Dimessi per 100.00 ab.)

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

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali-Scheda di dimissione ospedaliera
(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

gastrite alcolica.

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

I giovanissimi sono interessati prevalentemente da diagnosi di avvelenamento da antagonisti dell'alcol e da effetti tossici dell'alcol.

Osservando nel tempo la distribuzione delle diagnosi per classi di età, appaiono sostanzialmente stabili dal 2000 i valori relativi alla fascia di età più alta (oltre i 55 anni), dove si registrano le prevalenze più elevate di diagnosi in relazione alle altre fasce di età (45,1% nel 2006) (tab.19 d).

Nella fascia d'età 36-55 anni, dove si era registrato un lieve aumento delle diagnosi dal 2000 al 2005, tra il 2005 e il 2006 non si presentano praticamente variazioni.

Continua invece a diminuire la percentuale di diagnosi nella fascia di età 15-35 anni. Anche nel 2006, come nel 2005 e 2004, lo 0,3% delle diagnosi riguarda la fascia di età fino a 14 anni.

L'analisi per sesso, pur confermando che le diagnosi di ricovero ospedaliero riguardano per la gran parte la popolazione maschile, tuttavia evidenzia nel tempo una piccola crescita della percentuale di popolazione femminile interessata, che passa dal 21,5% del 2003 al 22,5% del 2006, con una corrispondente diminuzione delle percentuali di popolazione maschile (tab 19 e).

La distribuzione percentuale fra le diverse diagnosi totalmente alcolcorrelate si mantiene sostanzialmente stabile nel tempo fra il 2000 e il 2006, con la sola eccezione della diagnosi di cirrosi epatica alcolica, che passa dal 26,30 % del 2000 al 32,9% del 2006, aumentando di 6 punti e mezzo in rapporto alle altre diagnosi (tab 19 f).

Si osserva altresì nel tempo una diminuzione percentuale delle diagnosi per sindrome di dipendenza da alcol, che passano dal 31,80% del 2000 al 28,80% del 2006.

Tab.19 c - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI SECONDO LA CLASSE DI ETA' DEL DIMESSO – ANNO 2006*

CAUSE DI DIMISSIONE(*)		< = 14 anni	15 - 35 anni	36 – 55 anni	> 55 anni	Totale
291	Sindromi psicotiche indotte da alcool	0,3	13,0	49,6	37,1	100,0
303	Sindrome di dipendenza da alcool	0,2	17,5	54,6	27,8	100,0
305.0	Abuso di alcool	1,6	29,5	49,4	19,5	100,0
357.5	Polineuropatia alcolica	0,0	3,7	47,9	48,4	100,0
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,3	3,6	35,1	60,9	100,0
535.3	Gastrite alcolica	0,5	10,6	38,7	50,1	100,0
571.0	Steatosi epatica alcolica	0,1	7,6	39,9	52,4	100,0
571.1	Epatite acuta alcolica	0,0	11,0	48,3	40,7	100,0
571.2	Cirrosi epatica alcolica	0,0	1,6	31,2	67,2	100,0
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato	0,0	6,8	42,0	51,2	100,0
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	25,0	18,8	43,8	12,5	100,0
980	Effetti tossici dell'alcool	17,7	30,1	31,2	21,1	100,0
Totale		**0,3**	**11,2**	**43,4**	**45,1**	**100,0**

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali-Scheda di dimissione ospedaliera
(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

Tab.19 d - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI SECONDO LA CLASSE DI ETA' DEL DIMESSO - ANNI 2000-2006*

ANNI	<= 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
2004	0,3	12,4	43,2	44,1
2005	0,3	11,9	43,2	44,5
2006	0,3	11,2	43,4	45,1

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali-Scheda di dimissione ospedaliera
(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

Tab. 19 e - DISTRIBUZIONE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO -ANNI 2003 - 2006

ANNI	Maschi	Femmine
2003	78,50%	21,50%
2004	77,60%	22,40%
2005	77,40%	22,60%
2006	77,50%	22,50%

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Scheda di dimissione ospedaliera
(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

Tab. 19f - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI ANNI 2000-2006

CAUSE DI DIMISSIONE (*)		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi					
		2000	2002	2003	2004	2005	2006
291	Sindromi psicotiche indotte da alcool	5,40%	5,00%	5,10%	5,00%	5,00%	5,10%
303	Sindrome di dipendenza da alcool	31,80%	32,20%	31,40%	30,80%	30,10%	28,80%
305.00.00	Abuso di alcool	10,60%	9,10%	9,60%	10,20%	10,60%	11,00%
357.05.00	Polineuropatia alcolica	2,40%	2,60%	2,40%	2,10%	2,00%	2,10%
425.05.00	Cardiomiopatia alcolica	0,70%	0,70%	0,60%	0,60%	0,60%	0,60%
535.03.00	Gastrite alcolica	0,90%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%
571.00.00	Steatosi epatica alcolica	9,40%	9,50%	9,10%	9,20%	9,40%	9,20%
571.01.00	Epatite acuta alcolica	5,50%	4,70%	4,20%	4,00%	3,90%	4,00%
571.02.00	**Cirrosi epatica alcolica**	**26,30%**	**28,30%**	**30,00%**	**30,90%**	**31,70%**	**32,90%**
571.03.00	Danno epatico da alcool, non specificato	7,00%	6,70%	6,30%	5,90%	5,60%	5,30%
977.03.00	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
980	Effetti tossici dell'alcool	0,10%	0,40%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%
Totale		**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali-Scheda di dimissione ospedaliera

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

Alcoldipendenza *(Vedi Parte II della Relazione)*

Nell'anno 2007 gli alcoldipendenti presi in carico presso i servizi alcologici territoriali pubblici sono stati 58.378, valore in diminuzione rispetto a quello del 2006 (61.656).

Gli uomini rappresentano il 77,8% dell'utenza totale; il rapporto M/F è pari a 3,5 nel totale degli utenti e a 3,7 nei nuovi utenti.

Fra gli alcoldipendenti in trattamento risultano da tempo in aumento coloro che abusano di birra (dal 14,1% del 1996 al 23,6% del 2007) e in diminuzione coloro che abusano di vino (dal 68,3% del 1996 al 56,9% del 2007).

Nell'ultimo decennio fra gli utenti dei servizi alcologici risulta in forte crescita l'uso concomitante di stupefacenti (dal 5,7% del 1996 al 10,4% del 2007).

Nel 2007 l'età media, pari a 45,2 anni, risulta in aumento rispetto a quella rilevata nel 2006 (45 anni) e 2005 (44,5), confermando la tendenza ad un generale aumento dei valori dell'età media che, viceversa, fino al 2005 erano risultati in diminuzione.

Per quanto riguarda i più giovani, risulta in aumento nel tempo la frequenza dei soggetti al di sotto dei vent'anni, mentre la frequenza dei soggetti di età 20-29 anni, in aumento dal 1996 al 2005, dopo tale anno tende a diminuire, in controtendenza.

Nel complesso la percentuale di tutti gli utenti al di sotto dei 30 anni si presenta in calo tra il 2006 e il 2007, passando dal 10,5% del 2006 al 10% del 2007.

Per valutare l'entità del fenomeno alcoldipendenza va tenuto conto, oltre che degli alcoldipendenti in trattamento nell'ambito dei servizi pubblici, di coloro che frequentano a scopo riabilitativo i gruppi di auto-mutuo aiuto e le associazioni di volontariato/*non profit*, che operano sia in maniera autonoma che in collaborazione con i servizi alcologici delle strutture pubbliche.

Nel 2007 il 52,5% dei servizi alcologici del SSN ha collaborato con i gruppi dei Clubs di Alcolisti in trattamento, il 40,3% con i gruppi di A.A. e il 12,9% con altri gruppi.

Mediamente, nel corso del 2007, ogni servizio alcologico ha collaborato con circa 7 Clubs di Alcolisti in trattamento e con 2 gruppi di A.A .

Dai dati del Report 2006 curato dalla Associazione italiana dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento (AICAT) risultano censiti 1378 Clubs, distribuiti per lo più al Nord (80%) ma presenti comunque nella maggior parte delle Regioni.

Negli ultimi tre anni è stata rilevata una crescita del numero di Clubs di Alcolisti in trattamento, e in particolare nel 2006 sono state fondate 59 nuove unità.

I partecipanti ai Clubs rilevati a livello nazionale ammontano per il 2006 a 12.595, distribuiti in 15 Regioni e P.A.; la loro permanenza media nel programma va da un minimo di 2,4 anni nella Regione Sicilia a un massimo di 5,8 anni nella P.A. di Trento (tab.20).

Dai dati AICAT risulta che il 55,5% dei frequentatori dei Clubs è rappresentato da maschi e il 44,5% da femmine. L'età media è 52 anni, senza differenze fra genere. La distribuzione dei soggetti per classe di età non è influenzata dal sesso e oltre la metà dei partecipanti ha un'età compresa fra i 45 e i 64 anni, mentre è bassa (10%) la percentuale delle persone con meno di 35 anni.

Il 97% dei partecipanti vive in una residenza fissa, il 2% in comunità terapeutica o casa-famiglia e lo 0,3% non ha fissa dimora.

Il titolo di studio è prevalentemente basso; solamente il 15% dei partecipanti è diplomato e circa il 3% laureato.
Il problema per cui i soggetti hanno iniziato a frequentare il Club è nel 58% il bere dei soggetti stessi, nel 40% il bere di uno dei familiari e nel 2% quello di amici o conoscenti.
I principali canali di accesso ai Clubs sono gli ospedali o le cliniche (19,5%), seguiti dal suggerimento da parte di operatori di SERT (17,1%) o di familiari, conoscenti e medico di base (circa 14%).
Circa il 91% dei frequentatori dei Clubs valuta positivamente il cambiamento di stile di vita negli ultimi 12 mesi, mentre solo il 3,5% lo valuta negativamente e il 5% dichiara di non aver cambiato affatto stile di vita.

Tab.20 - DISTRIBUZIONE ASSOLUTA E PERCENTUALE DEI PARTECIPANTI AI CLUBS E FREQUENTAZIONE MEDIA IN ANNI.

Regione	Numero	Distribuzione (%)	Partecipazione media (anni)
Basilicata	85	0,7	2,5
Calabria	132	1	3,7
Emilia-Romagna	598	4,7	4,1
Friuli-Venezia	1.990	15,8	5,7
Lazio	192	1,5	4,1
Liguria	228	1,8	3,6
Lombardia	1329	10,6	4,1
Marche	103	0,8	3,7
Piemonte	1.452	11,5	4,8
Puglia	287	2,3	3,6
Sicilia	194	1,5	2,4
Toscana	636	5	3,6
Trentino	914	7,3	5,8
Valle D'Aosta	26	0,2	2,7
Veneto	4.429	35,2	5,3
Totale	**12.595**	**100**	**4,9**

Fonte: Report Dataclub2006 AICAT

1.3. Considerazioni critiche

In Italia il consumo di bevande alcoliche, e in particolare di vino, continua ad essere consuetudine culturale e alimentare molto diffusa e socialmente ben accettata. Il monitoraggio dei livelli e dei modelli di consumo alcolico e del relativo impatto sulla salute della popolazione assume pertanto una notevole importanza quale strumento di contenimento e contrasto dei possibili danni.

La situazione della popolazione generale: aspetti positivi

Nel confronto con l'Europa l'Italia presenta una situazione favorevole in relazione ad alcuni importanti parametri di rischio:

-consumo medio annuo pro capite inferiore a quello di Paesi a noi vicini quali Spagna, Francia e Germania;

-prevalenza di consumatori tra le più basse in Europa e percentuale di astemi nettamente al di sopra della media dei 25 Paesi dell'Unione Europea;

-minore diffusione del fenomeno del *binge drinking* (consumo di 5 o più unità alcoliche in un'unica occasione).

A livello nazionale alcune tendenze positive sembrano emergere nell'ultimo triennio in maniera più o meno marcata:

-la prevalenza di consumatori con consumi quotidiani non moderati risulta in calo, rispetto agli anni 2005 e 2006, per entrambi i sessi in quasi tutte le fasce di età fatta eccezione per gli ultrasessantacinquenni e i giovanissimi di 11-17 anni;

-la prevalenza dei *binge drinkers*, data in aumento dal 2003, registra una diminuzione a partire dal 2006 fino al 2008;

-la prevalenza dei consumatori fuori pasto tra il 2006 e il 2008 registra una lieve diminuzione in entrambi i sessi;

-la prevalenza dei consumatori a rischio secondo il criterio ISS (bevitori che non rispettano le linee guida degli organi di tutela della salute) registra una diminuzione tra il 2007 e il 2008;

-si registra una costante diminuzione nel tempo del tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente alcolattribuibili, confermata anche tra il 2005 e il 2006;

-si registra una costante diminuzione nel tempo della percentuale di diagnosi ospedaliere totalmente alcolcorrelate nella fascia di età 15-35 anni;

-si registra un costante calo nel tempo del tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica, confermato anche per il 2006 con un tasso di 9,61 per 100.0000 abitanti;

-si è registrata fra il 2006 e il 2007 una diminuzione del numero degli utenti alcoldipendenti in trattamento nei servizi alcologici del SSN, pari a più di 3000 soggetti;

-si registra negli ultimi anni una costante riduzione del numero di incidenti stradali e dei relativi morti e feriti.

La situazione della popolazione generale: criticità

Nel confronto con l'Europa l'Italia appare in posizione più sfavorevole in relazione ai seguenti parametri:

-alta prevalenza di consumatori con consumi quotidiani (26%, pari al doppio della media europea);

-alta prevalenza (14%) di consumatori con consumi molto frequenti (4-5 volte a settimana), la più alta in Europa e di molto superiore alla media europea (8%);

-bassa prevalenza (17%) di consumatori con consumi poco frequenti (una sola volta a settimana), la più bassa in Europa dopo quella del Portogallo;

-elevata prevalenza (34%) di consumatori con comportamento di *binge drinking* frequente (almeno una volta a settimana), superiore alla media europea (28%);

-tasso di mortalità per cirrosi epatica ancora superiore alla media europea e superiore a quello di Paesi europei vicini quali Irlanda, Grecia, Spagna, Olanda e Svezia.
A livello nazionale emergono alcune criticità collegate sia ai tradizionali modelli di consumo che a nuove tendenze comportamentali e trasformazioni socioculturali di varia origine e portata:
-alta prevalenza di consumatori con consumi quotidiani non moderati (9,4% della popolazione sopra gli undici anni);
-alta prevalenza di consumatori a rischio secondo il criterio elaborato dall'ISS (bevitori che non rispettano le linee guida degli organi di tutela della salute) (15,9%);
-alta prevalenza di *binge drinkers* nella popolazione maschile di età fino a 44 anni (22,1% nella classe di età 18-24 anni e 16,9% nella classe di età 25-44 anni);
-tendenza all'aumento nel tempo (2003-2008) della prevalenza di donne consumatrici, pari a 1,8 punti percentuali tra le donne di 19-64 anni;
-tendenza all'aumento nel tempo della percentuale di popolazione femminile, in rapporto a quella maschile, ricoverata per patologie totalmente alcolcorrelate (dal 21,5% del 2003 al 22,5% del 2006);
-aumento nel tempo della percentuale di diagnosi ospedaliere per cirrosi epatica alcolica in rapporto alle altre diagnosi (+ 6,5 punti percentuali dal 2000 al 2006);
-costante aumento fino al 2006 degli alcoldipendenti in trattamento presso i servizi alcologici territoriali del Servizio Sanitario Nazionale (+9,6 % tra il 2005 e il 2006);
-tasso di mortalità per incidente stradale ancora superiore a quello di Paesi vicini quali Francia, Gran Bretagna, Olanda e Svezia, benché ormai allineato alla media europea;
-notevole incremento tra il 2006 e il 2007 degli incidenti stradali rilevati come causati da abuso di alcol, passati dai 4.246 casi del 2006 ai 6.124 casi del 2007;
-alto numero di morti e feriti in incidenti stradali nelle fasce di popolazione fra i 26 e i 34 anni.

La situazione della popolazione giovanile: aspetti positivi
Nel confronto con l'Europa i giovani italiani di 17-18 anni presentano una situazione favorevole per i seguenti aspetti:
-prevalenza di consumi alcolici frequenti tra le più basse in Europa (solo l'8% dei giovani ha consumato bevande alcoliche oltre 40 volte nell'ultimo anno, in un range europeo che va dal 2% al 30%);
-prevalenza bassa (5%) dei giovani con comportamenti di *binge drinking* molto frequenti (oltre 6 volte in 30 giorni) (range europeo: dal 2% al 16%);
-prevalenza tra le più basse in Europa (5%) di soggetti che si sono ubriacati frequentemente nella vita (da 10 a 37 volte) (range europeo: 0%-21%);
-prevalenza tre le più basse in Europa (7%) dei soggetti che si sono ubriacati al di sotto dei 13 anni (range europeo dal 2% al 16%).
A livello nazionale alcune tendenze positive sembrano delinearsi nell'ultimo triennio in controtendenza rispetto all'andamento degli anni precedenti:
-diminuzione tra il 2006 e il 2008 della prevalenza dei consumatori fuori pasto tra i giovanissimi di 14-17 anni, che interrompe la tendenza all'aumento in atto fin dal 1993;

-diminuzione tra il 2007 e il 2008 della prevalenza dei consumatori a rischio secondo il criterio ISS nella classe di età 11-24 anni (-2,6 punti percentuali);
-diminuzione, in rapporto agli altri utenti, della percentuale di giovani tra i 20 e i 29 anni in trattamento presso i servizi alcologici del SSN; tale percentuale, interrompendo una tendenza all'aumento in atto fin dal 1996, è passata dall' 11% del 2005 al 9,3% del 2007;
-diminuzione dal 2003 della prevalenza dei giovani studenti di 15-19 anni che "non disapprovano" il bere moderato o le ubriacature settimanali.

La situazione della popolazione giovanile: criticità
Nell'ambito della popolazione giovanile si confermano alcuni fenomeni preoccupanti, che appaiono un risultato sia della diffusione di abitudini di consumo del Nord Europa sia della articolazione di queste ultime con la cultura del bere più tradizionale del nostro Paese.
Nel confronto con l'Europa l'aspetto di maggiore debolezza del nostro Paese appare la bassa età del primo contatto con le bevande alcoliche (in media 12,2 anni di età, contro i 14,6 della media europea), che risulta la più bassa in Europa.
Nei giovani italiani di 17-18 anni si possono inoltre rilevare le seguenti criticità:
-alta prevalenza di giovani che hanno consumato alcol almeno una volta nella vita (90%), con valori vicini a quelli massimi europei;
-prevalenza medio-alta (38%) di giovani con comportamenti di *binge drinking,* nell'ambito di un range europeo che va dal 22% al 61%;
-prevalenza alta e medio alta di giovani al di sotto dei 13 anni che hanno consumato vino (41%; range europeo:13%-59%), alcolpops (31%; range europeo: 4%-59%), birra (44 %; range europeo: 22%-71%) e liquori (20%; range europeo: 9%-34%).
A livello nazionale si rilevano le seguenti criticità:
-alta prevalenza di consumatori fra i giovani di 18-24 anni di entrambi i sessi, che supera quella rilevata nella popolazione generale;
-alta prevalenza di consumatori di bevande alcoliche in età al di sotto di quella legale, per la quale il consumo consigliato è pari a zero (17,6% dei giovani di 11-15 anni nel 2008);
-tendenza all'aumento nel tempo della prevalenza dei giovani consumatori di 14-24 anni, soprattutto fra le ragazze;
-alta prevalenza di consumatori fuori pasto fra i giovani di 18-24 anni di entrambi i sessi, con valori superiori alla media nazionale;
-alta prevalenza di comportamenti di *binge drinking* fra i giovani maschi di 16-20 anni (17,8%) e di 21-24 anni (21,5%);
-tendenza all'aumento nel tempo dei giovani studenti che negano il rischio connesso al consumo quotidiano eccedentario;
-alta percentuale di giovani alcoldipendenti al di sotto dei 30 anni tra gli utenti in trattamento nei servizi alcologici territoriali del SSN (10% degli utenti totali nel 2007);
-tendenza all'aumento nel tempo della percentuale di alcoldipendenti al di sotto dei 20 anni tra gli utenti in trattamento nei servizi alcologici del SSN;
-alta prevalenza di giovani di 25- 34 anni tra i morti e i feriti negli incidenti stradali.

La popolazione anziana: criticità e tendenze positive

La popolazione anziana è quella rimasta più fedele al modello di consumo tradizionale del nostro Paese e a consumi quotidiani tendenzialmente moderati, ma con alcune criticità preoccupanti:

-alta prevalenza di consumatori (nel 2008, il 67,5% degli anziani di 65-74 anni e il 59,8% di quelli di 75-84 anni);

-alta prevalenza di consumatori a rischio per un consumo superiore alle quantità raccomandate dagli organi di tutela della salute (criterio ISS), che riguarda il 48,1% tra i maschi e il 13,1% tra le femmine, e si riferisce soprattutto al consumo di vino;

-elevata prevalenza di diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcolcorrelate (e in particolare di cirrosi epatica alcolica) nella fascia di età oltre i 55 anni (45,1% del totale delle diagnosi nelle altre fasce di età);

-tendenza all'aumento nel tempo, in relazione alle altre diagnosi ospedaliere, delle diagnosi di cirrosi epatica alcolica, che interessano in larga parte la popolazione al di sopra dei 55 anni (67,2% delle diagnosi di cirrosi nel 2008).

Nel periodo 2003-2008 si registra peraltro un andamento positivo in relazione alla diminuzione della prevalenza dei consumatori a rischio secondo il criterio ISS, pari a 4,7 punti percentuali tra gli uomini e a 2 punti percentuali tra le donne.

Le diverse tipologie di consumi a rischio

Nel nostro Paese convivono attualmente diverse tipologie di rischio alcolcorrelato, collegate sia alla diffusione, soprattutto tra i giovani, di nuove abitudini di consumo importate dai Paesi del Nord Europa sia alla persistenza delle modalità di bere più tipiche della nostra tradizione culturale, nonché alla reciproca influenza di questi modelli.

Il tradizionale modello di consumo mediterraneo, caratterizzato da un bere frequente o quotidiano di bevande alcoliche a gradazione relativamente bassa (vini), interessa prevalentemente la popolazione più adulta e anziana. Tale modello di consumo, tendenzialmente moderato, non sempre implica il rispetto dei limiti consigliati dalle agenzie sanitarie per la tutela della salute, sia tra gli adulti sia, in particolare, tra gli anziani, per i quali le specifiche esigenze dell'età richiederebbero consumi particolarmente contenuti.

La mancata osservanza di tali limiti comporta pertanto, soprattutto nelle classi di età più anziane, la diffusione di un rischio per la salute di cui non sembra esservi ancora sufficiente consapevolezza nell'insieme della società. Nella popolazione anziana è stato ad esempio rilevato che i consumi eccedentari risultano crescere proporzionalmente proprio con la sensazione di godere di un buon stato di salute.

La tipologia di rischio collegata ai comportamenti di consumo importati dal Nord Europa interessa i più giovani ma sempre più anche gli adulti, con la diffusione di consumi fuori pasto, consumi eccedentari, *binge drinking*, ubriachezza. Contestualmente si osserva un crescente coinvolgimento della popolazione femminile, soprattutto quella di età più giovane, sia nel consumo di bevande alcoliche che nei comportamenti a rischio quali i consumi fuori pasto o il *binge drinking*. A questo

fenomeno fa riscontro la crescente percentuale di popolazione femminile, in rapporto a quella maschile, che viene ricoverata per patologie totalmente alcolcorrelate.

Per le diverse categorie di consumi a rischio dovrebbero essere studiati e attivati pertanto specifici interventi di prevenzione, tenendo conto anche della complessità derivante dalle reciproche interazioni dei diversi modelli di consumo, nonché delle specificità regionali e territoriali, promuovendo nei diversi contesti della società adeguati fattori protettivi di ambito sia istituzionale che sociale e individuale.

Per la protezione della popolazione adulta e anziana appaiono necessari interventi finalizzati a diffondere una puntuale informazione sui corretti parametri che, anche all'interno del tradizionale modello di consumo mediterraneo, definiscono un consumo compatibile con la salute, nonché a favorire comportamenti coerenti con le informazioni acquisite.

Per i più giovani è necessario contrastare maggiormente in entrambi i sessi il consumo precoce, il consumo fuori pasto, il *binge drinking* e le ubriacature, con interventi che consentano un più puntuale controllo delle pressioni sociali al bere presenti in vari contesti della società, un rafforzamento delle capacità individuali di autocontrollo e autonomia nonché una corretta informazione sui rischi correlati all'alcol.

Particolarmente importante appare nel nostro Paese consolidare una cultura in grado di orientare adeguatamente i consumatori di bevande alcoliche verso un consumo realmente responsabile e attento, che tenga conto delle esigenze di salute e sicurezza proprie e altrui; una cultura in cui le evidenze scientifiche sul consumo di alcol siano in grado di trasformarsi in sapere comune.

Non va sottovalutato il fatto che in Italia l'elevato livello di scolarizzazione risulti fattore positivamente correlato ad una maggiore propensione al consumo e al *binge drinking* ; proprio nella popolazione più "colta" sembra non esservi la consapevolezza attesa sulla necessità di contenimento del consumo alcolico e questo appare tanto più preoccupante in quanto la propensione al consumo da parte dei genitori risulta influenzare in una certa misura anche quella dei figli.

Perseguire un mutamento culturale nella direzione suddetta non potrà che avere ripercussioni positive sullo stato di salute dell'intera popolazione e nell'immediato di quella più giovane.

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

2.1. Gli interventi di indirizzo

Il Piano Nazionale Alcol e Salute

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

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

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

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

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

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

Per la sua implementazione è stata prevista una specifica collaborazione interistituzionale tra Ministero della Salute e Regioni e a questo scopo il Ministero ha costituito con D.D. 5 Aprile 2007 un sottocomitato tecnico-scientifico che ha operato assieme alle Regioni nell'ambito di uno specifico gruppo congiunto.

Si riporta di seguito un quadro sintetico delle aree strategiche, delle metodologie e delle modalità di collaborazione interistituzionale previste nel PNAS.

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

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

1. ***Informazione /educazione*** *(Risultati attesi: nella popolazione generale, maggiore conoscenza e consapevolezza del danno; nei giovani, sviluppo delle abilità necessarie a resistere alle*

pressioni al bere. Azioni : campagne tramite mass media; collaborazione con la scuola fin dalla materna, con programmi di prevenzione di ampia portata)

2. ***Bere e guida*** *(Risultati attesi: riduzione numero incidenti, morti e feriti, specie tra i giovani. Azioni: collaborazione per i controlli dell'aria espirata nei luoghi del divertimento giovanile e azioni preventive di comunità)*

3. ***Ambienti e luoghi di lavoro*** *(Risultati attesi: riduzione di incidenti e violenze sui luoghi di lavoro, soprattutto in quelli a rischio per la sicurezza di terzi. Azioni : collaborazione con imprese e organizzazioni sindacali per educazione alla salute e tempestiva identificazione e trattamento dei soggetti a rischio)*

4. ***Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza*** *(Risultati attesi: disponibilità di trattamenti accessibili ed efficaci per i singoli e per le famiglie. Azioni: formazione degli operatori della medicina di base per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio e per l' attuazione di interventi brevi di trattamento; approccio integrato ai problemi, che coinvolga, oltre ai servizi sociosanitari, i medici di medicina generale, i servizi sociali, i gruppi di autoaiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate)*

5. ***Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione*** *(Risultati attesi: maggiore responsabilizzazione e disponibilità alla collaborazione da parte del mondo della produzione e distribuzione, soprattutto per il rispetto dei limiti di età legali per la somministrazione e per il contrasto dell'accesso dei giovani alle bevande alcoliche; -riduzione degli incidenti alcolcorrelati all'uscita degli ambienti dove si beve. Azioni: monitoraggio permanente per la stima dell' impatto dell'alcol sulla salute e per la valutazione dei costi relativi, nonché per valutare l' affidabilità delle politiche sociali ed economiche relative all'industria degli alcolici; programmi di formazione per accrescere il senso di responsabilità personale, etica e legale degli addetti alla vendita e somministrazione)*

6. ***Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol*** *(Risultati attesi: incremento delle azioni di comunità finalizzate alla riduzione dei diversi problemi alcolcorrelati; maggiore sensibilità ai problemi da parte delle diverse istituzioni locali. Azioni: assicurare agli operatori del settore non sanitario, quale quello educativo, sociale e giudiziario, un training professionale in campo alcologico, che favorisca un effettivo approccio multisettoriale ai problemi; promozione di programmi socio-sanitari che rafforzino la mobilitazione della comunità, lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati)*

7. ***Potenzialità delle Organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto*** *(Risultati attesi: incremento del sostegno alle organizzazioni che promuovono iniziative di prevenzione o riduzione del danno alcolcorrelato. Azioni: supporto alle organizzazioni che operano non solo a livello professionale ma anche a livello di azione civile e che possono collaborare a migliorare l'informazione e a sostenere lo sviluppo di politiche efficaci)*

8. ***Monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto*** *(Risultati attesi: implementazione di un sistema informativo e di monitoraggio/sorveglianza sul consumo di alcol e sui modelli comportamentali connessi, sui danni alcolcorrelati e sulle politiche alcologiche realizzate a livello regionale e locale. Azioni: creazione, in collaborazione con tutte le Regioni, di una rete che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, del danno alcolcorrelato e dell'efficacia degli interventi adottati).*

L'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute

1) Il Piano nazionale di Monitoraggio Alcol e Salute

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

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

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

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

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

2) Il Progetto "Agorà"

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

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

Obiettivo specifico del progetto era promuovere e attivare le azioni previste dal PNAS e monitorare la corretta implementazione del PNAS nelle Regioni italiane, anche fornendo supervisione, assistenza tecnica e valutazione dei relativi documenti di progetto. Il progetto si proponeva inoltre di sostenere il dialogo tra i tecnici e i vari interlocutori coinvolti e di diffondere la cultura della progettazione promuovendo adeguate iniziative progettuali di prevenzione nelle Regioni.

Il progetto "Agorà" ha consentito preliminarmente di creare una banca dati dei referenti delle amministrazioni regionali e dei servizi locali addetti alle attività di prevenzione e monitoraggio sulle tematiche alcolcorrelate, da utilizzare per l'avvio di una rete di comunicazione e collaborazione fra tutti gli enti e servizi impegnati nella prevenzione delle problematiche alcolcorrelate. Tale rete potrà costituire un'utile risorsa per una più capillare diffusione delle informazioni e per il monitoraggio delle attività di prevenzione svolte.
Tramite la creazione di una specifica scheda di rilevazione inviata ai responsabili per la prevenzione dei Dipartimenti e delle Aziende sanitarie è stato possibile costruire un'analisi dettagliata delle iniziative di prevenzione promosse dalle singole Regioni nel biennio 2007-2008 in tema di alcol. E'stato creato un elenco dei progetti di prevenzione realizzati dalle Amministrazioni Regionali e dalle ASL per un target di destinatari di età dagli 11 ai 27 anni, analizzando e valutando i progetti da un punto di vista quali/quantitativo in relazione a vari parametri quali le metodologie utilizzate, il target di destinatari, le tecniche di intervento, i metodi di valutazione adottati, le criticità emergenti, i costi.

3) *Il progetto "Raccolta e analisi centralizzata di flussi informativi e dati per il monitoraggio dell'impatto dell'uso e abuso di alcol sulla salute in Italia, in supporto alla implementazione delle attività del Piano nazionale Alcol e Salute"*.
Il progetto, di durata biennale, è stato finanziato per 50.000 Euro con le risorse del Centro per il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero e si è concluso nell'Agosto 2009; la sua realizzazione è stata affidata all'Istituto Superiore di Sanità-CNESPS.
Il progetto si proponeva di consentire la messa a punto di una solida base conoscitiva in grado di orientare l'adozione di adeguate iniziative e azioni nell'ambito delle diverse aree strategiche per l'implementazione del PNAS. Obiettivo specifico era fornire strumenti conoscitivi e scientifici per sostenere e favorire, nell'ambito dell'implementazione del PNAS, un'attenta costruzione e un costante monitoraggio dei più importanti indicatori di problemi alcolcorrelati a livello nazionale e regionale.
Prodotto finale del progetto è stata la realizzazione di due successivi Report, riferiti rispettivamente agli anni 2007 e 2008, in cui sono stati raccolti e analizzati, anche con dettaglio regionale, i più recenti dati resi disponibili relativamente all'impatto dell'uso e abuso di alcol da fonti quali WHO, Commissione Europea, ISTAT, ACI-ISTAT, ESPAD, PASSI nonché da altre indagini realizzate da enti competenti in materia di alcol.
Sulla base di tali dati i Rapporti inviati al Ministero illustrano per le annualità suddette la situazione del nostro Paese in relazione ai seguenti aspetti del consumo di bevande alcoliche: i consumi e i modelli di consumo; il confronto con gli altri Paesi europei; i consumi alcolici e i modelli di consumo nelle Regioni; il consumo tra i giovani; il consumo tra gli anziani; la mortalità e la morbilità alcol-correlate.
Anche tramite le iniziative di pubblicazione e diffusione è stato in tal modo reso possibile acquisire da parte delle amministrazioni nazionale e regionali strumenti conoscitivi adeguati per promuovere, ai rispettivi livelli di competenza, le necessarie

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

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

Nell'ambito dei lavori del gruppo congiunto Ministero-Regioni per l'implementazione del PNAS è stata individuata l'area strategica "Alcol e Lavoro" quale area prioritaria per la realizzazione di ulteriori interventi.

E' stato pertanto predisposto uno schema di progetto finalizzato all'identificazione precoce e all'intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcolcorrelati nei contesti lavorativi, per promuovere un processo di cambiamento negli stili di vita in relazione al consumo di alcol.

Lo schema è stato successivamente approvato dalla Commissione di coordinamento delle Regioni, che ha individuato la Regione Toscana quale Regione capofila per l'implementazione del progetto.

Il progetto, che ha la durata di 18 mesi e si concluderà nel settembre del 2010, è stato finanziato per 100.000 Euro stanziati sulle risorse attribuite al Ministero della Salute ai sensi della legge 125/2001 - anno finanziario 2007- per le attività di informazione e prevenzione.

Il progetto esecutivo sviluppato dalla Regione Toscana prevede l'organizzazione di attività formative sulla metodologia dell'intervento breve, secondo il percorso validato e standardizzato nel progetto europeo *PHEPA* (*Primary Health Care European Project on Alcohol*), per diffondere l'uso di strumenti adeguati allo *screening* e all' identificazione precoce dei bevitori a rischio.

La formazione è finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

-acquisizione di competenze specifiche sui contenuti e sulle modalità tecniche di progettazione e attuazione di un programma per l'identificazione precoce e l'intervento breve sui bevitori a rischio o problematici;

-attuazione, tramite le competenze acquisite, di un programma di formazione di altri operatori;

-integrazione delle attività di identificazione precoce e intervento breve sui bevitori a rischio nelle correnti attività di pratica professionale.

La formazione è destinata prioritariamente a professionisti dei Dipartimenti della Prevenzione, delle Dipendenze, ai medici di medicina del lavoro e medici competenti nonché ad operatori sanitari e del mondo del lavoro interessati e individuati dalle Regioni e P.A. partners. Saranno in particolare coinvolti nelle attività formative i "medici competenti" delle aziende, che hanno la facoltà di effettuare l'intervento di identificazione precoce dei lavoratori con abitudini alcoliche a rischio e che possono, in stretta collaborazione con i servizi territoriali, attivare percorsi di trattamento per i lavoratori con problemi conclamati.

E' prevista la sistematizzazione di un pacchetto didattico con il materiale per la formazione in supporto elettronico e cartaceo, che verrà fornito ai discenti in modo da

mantenere il percorso standardizzato per quanto riguarda i contenuti e i tempi della formazione.
La possibilità di poter usufruire di un pacchetto formativo standardizzato da riproporre nei diversi contesti regionali rappresenta un valore aggiunto del progetto di formazione in relazione all'efficacia della valutazione e alla replicabilità da parte dei discenti del corso nei contesti di appartenenza.
Si prevede di promuovere sul tema sinergie, confronto e scambio di know-how regionali ed interregionali, anche per stimolare efficaci processi di valutazione.
Nel corso della prima riunione per la realizzazione del progetto, svoltasi nell'Aprile 2009, avevano aderito al progetto 12 Regioni e P.A., cui si è aggiunta nel mese di Luglio la Regione Lazio.

Il Programma "*Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari*"
Il programma "*Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari*" è un "programma quadro" governativo di iniziative, azioni, alleanze e comunicazione, finalizzato a promuovere, in modo globale e intersettoriale, gli stili di vita salutari che possono contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche e far guadagnare anni di vita in salute ai cittadini.
Obiettivo specifico del programma è quello di rendere più facile per i cittadini la scelta degli stili di vita salutari.
Il programma, presentato dal Ministro della Salute e frutto del confronto con ben nove ministeri interessati, è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 febbraio 2007 e approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 29 marzo 2007.
Esso prevede la promozione di alleanze tra ministeri, mondo della scuola e del lavoro, mondo delle aziende alimentari, rivenditori di tabacchi, produttori di bevande alcoliche, grandi catene di ristorazione e altri interlocutori di varie filiere che possono utilmente intervenire per la prevenzione di quattro grandi fattori di rischio (sedentarietà, scorretta alimentazione, fumo, uso dannoso di alcol). Obiettivo finale del programma è consentire al Paese di guadagnare salute aiutando contestualmente la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale in termini sia economici che di efficacia dei propri interventi.
Si riporta di seguito il paragrafo del programma relativo al consumo dannoso di alcol, dal titolo

"Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol"
Strategie e ipotesi di intervento

1 Ridurre la disponibilità di bevande alcoliche nell'ambiente di vita e di lavoro e lungo le principali arterie stradali
• *Favorire la limitazione del consumo di bevande alcoliche in tutti i luoghi di lavoro e controllare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro a rischio, individuati ai sensi della legge 30 marzo 2001 n.125.*
• *Definire categorie di ambienti e locali obbligatoriamente "alcol free" (strutture sanitarie, uffici pubblici, stadi, scuole).*

2 Favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche

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

3 Informare correttamente i consumatori

• Combattere l'abuso di bevande alcoliche non solo attraverso la veicolazione di messaggi di tipo sanitario e sociale, ma anche attraverso adeguate campagne di educazione sul "saper bere", diffondendo una profonda, solida e motivata consapevolezza su consumo responsabile del vino e salute. Infatti il vino non solo rappresenta un elemento importante del nostro patrimonio agroalimentare e contribuisce alla tutela e alla valorizzazione del territorio, ma è anche un elemento caratterizzante della dieta mediterranea.

• Adeguare l'etichettatura delle bevande alcoliche alle esigenze di protezione del consumatore, studiando e proponendo misure per inserire nella etichettatura delle bevande almeno una avvertenza semplice, in particolare per alcune categorie a rischio quali donne in gravidanza, persone alla guida, assuntori di particolari farmaci e giovani.

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

4 Evitare gli incidenti stradali alcolcorrelati

• Aumentare su tutto il territorio nazionale il numero e la frequenza dei controlli sul tasso alcolemico condotti su base casuale, preliminari agli opportuni accertamenti di valenza medico-legale, in modo che ogni conducente abbia la probabilità statistica di essere testato secondo le migliori pratiche almeno una volta ogni tre anni.

• Monitorare la frequenza e i risultati dei controlli e analizzare i relativi dati, per acquisire e diffondere conoscenze utili ai fini di una puntuale azione preventiva o per valutare l'opportunità di ulteriori misure normative (quali ad esempio l'abbassamento del tasso alcolemico per i conducenti principianti o per chi guida veicoli particolarmente a rischio).

• Accrescere la visibilità dei controlli sul tasso alcolemico, per amplificarne le finalità preventive. Questo obiettivo potrebbe essere raggiunto anche rendendo note le eventualità di controlli in alcuni luoghi e ambienti strategici, quali quelli del divertimento giovanile a rischio di abuso alcolico; o attivando una collaborazione fra istituzioni interessate per organizzare ad hoc specifiche azioni di comunità.

• Introdurre l'obbligatorietà di corsi di informazione/educazione a pagamento, preliminari alla restituzione della patente a soggetti individuati con tasso di alcolemia illegale.

• Favorire la disponibilità e/o gratuità di dispositivi per l'automisurazione del tasso alcolemico.

• Diminuire le occasioni di consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani e degli utenti della strada, estendendo alle 24 ore il divieto di somministrazione di superalcolici attualmente vigente nelle stazioni di servizio autostradali (ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125 art. 14).

• Introdurre l'obbligo di una adeguata trattazione del rischio alcol-correlato nei programmi di informazione/formazione delle Scuole Guida.

• Sollecitare ed esortare i medici di famiglia ad una maggiore informazione nei confronti degli assistiti circa i rischi della guida in stato di ebbrezza alcolica ed i rischi di interazione e sinergia dell'alcol con i farmaci.

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

• Provvedere alla sensibilizzazione e formazione degli operatori della medicina di base, e in particolare dei Medici di Medicina Generale, per consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counseling nei confronti del consumo alcolico nocivo. A tale fine dovrebbero essere sostenute nuove e adeguate strategie contrattuali e stanziate risorse finanziarie che consentano la più ampia disponibilità, accessibilità e produttività degli operatori e dei servizi di base in merito ai suddetti interventi.

• Favorire un approccio integrato che coinvolga nella individuazione precoce dei casi di abuso, oltre ai servizi e agli operatori sanitari, anche i servizi sociali, i gruppi di auto-aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate.

6 Trovare alleanze con il mondo del lavoro

• Utilizzare i luoghi di lavoro quale ambiente particolarmente adeguato, data l'alta e stabile concentrazione di persone di varia identità socio demografica, per la realizzazione di azioni di prevenzione fondate sull'informazione, l'educazione e la tempestiva identificazione o autoidentificazione dei soggetti a rischio, anche in collaborazione, date le implicazioni dell'abuso di alcol sulla produttività lavorativa, col mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali.

• Implementare azioni di prevenzione ad hoc nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e la sicurezza di terzi individuati ai sensi della legge 125/2001 art. 15, per supportare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche sancito dalla stessa legge. Sarebbe opportuno attivare in merito la collaborazione del mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le amministrazioni regionali del Lavoro e nell'ambito di quanto previsto anche dalle normative sulla sicurezza.

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

7 Proteggere i minori dal danno alcolcorrelato

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

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

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

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

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

8 Formare gli operatori

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

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

L'implementazione del Programma "*Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari*" nel settore "Alcol"

Nell'ambito del più vasto e generale impegno, promosso dal Ministero della Salute e assunto da numerose altre amministrazioni centrali e soggetti interessati, per l'attuazione del Programma intersettoriale "*Guadagnare Salute*", il citato Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) ha rappresentato lo specifico impegno che il

Ministero ha assunto per una collaborazione interistituzionale con le Regioni e le strutture del SSN ai fini della prevenzione del danno alcolcorrelato secondo gli orientamenti del programma stesso.
Oltre a questa iniziativa, che ha anche una sua valenza autonoma quale piano strategico adottato in attuazione della legge 125/2001, le altre iniziative assunte dal Ministero nel primo anno di vigenza del programma "Guadagnare Salute" riguardano soprattutto la consultazione con le associazioni dei produttori e commercianti di bevande alcoliche nonché l'adozione di protocolli d'intesa e la collaborazione interistituzionale con il Ministero della Pubblica Istruzione per la elaborazione di documenti e progetti congiunti.
Sono state inoltre accreditate come eventi nell'ambito del programma "Guadagnare Salute", con la attribuzione dello specifico logo, alcune manifestazioni autonomamente organizzate da vari soggetti, enti e associazioni per la prevenzione dei danni alcolcorrelati.
Tutte le citate iniziative sono già state illustrate in dettaglio nella Relazione al Parlamento dell'anno 2008.

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

L'art. 3 comma 4 della legge 125/2001 dispone uno stanziamento annuale di risorse su apposito capitolo di bilancio del Ministero della Salute ai fini del monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati, da realizzarsi secondo modalità che garantiscano l'elaborazione e la diffusione dei dati a livello regionale e nazionale.
I finanziamenti relativi all'anno finanziario 2006
Per l'anno 2006 sono stati stanziati ai fini del monitoraggio dei dati Euro 418.330.
Conformemente alle strategie previste nell'ambito del Piano Nazionale Alcol e Salute, il Ministero ha finalizzato le risorse dell'anno 2006 per sostenere con adeguati strumenti le amministrazioni regionali nella realizzazione di un efficace monitoraggio dei dati alcologici, rafforzandone il coordinamento e favorendo l'assunzione di più dirette responsabilità nella gestione delle risorse stanziate dalla legge.
A tali fini uno specifico ruolo è stato attribuito alla Regione Friuli Venezia Giulia, in quanto Regione titolare, su incarico della Commissione Salute delle Regioni, del coordinamento interregionale per il settore alcologico. Con la Regione Friuli V.G. il Ministero ha stipulato pertanto nel Dicembre 2008 uno specifico accordo di collaborazione per un progetto che prevede l'assunzione del ruolo di capofila per le attività di coordinamento e di gestione amministrativa delle risorse in relazione allo svolgimento delle attività di monitoraggio da parte di Regioni e P.A..
A favore della stessa Regione è stata quindi impegnata l'intera somma a tali fini stanziata per l'anno 2006 ai sensi della legge 125/2001, prevedendo che la Regione Friuli V.G. provveda a trasferire alle Regioni e P.A. la quota di risorse finanziarie spettante in base a un riparto secondo criteri da concordarsi fra tutte le Regioni.

Nel luglio 2009 la Regione Friuli V.G. ha comunicato al Ministero il criterio di riparto delle risorse concordato con le Regioni nonché la griglia di indicatori che sarà utilizzata per la raccolta dei dati e delle informazioni di fonte regionale.

I finanziamenti relativi all'anno finanziario 2007

Per l'anno 2007 sono stati stanziati per il monitoraggio dei dati ai sensi della legge 125/2001 Euro 320.315.

Nell'ambito dei lavori dell'apposito gruppo tecnico congiunto Ministero-Regioni per l'implementazione del PNAS, sono stati proposti nuovi indicatori per il monitoraggio dei dati alcologici e, in relazione ad essi, anche nuovi criteri di riparto delle risorse ex legge 125/2001, ritenuti più adeguati a favorire e sostenere l'adozione dei nuovi indicatori proposti.

Sono stati pertanto adottati, con l'approvazione da parte della Commissione Salute delle Regioni, nuovi criteri che prevedono

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

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

Tutte le Regioni hanno inviato in tempi utili i dati richiesti ed il Ministero, valutate positivamente le relazioni pervenute, ha completato entro il 4 settembre 2009 l'avvio delle procedure per l'erogazione a tutte le Regioni della quota di risorse spettante, secondo la sottostante tabella A.

I finanziamenti relativi all'anno finanziario 2008

Per l'anno 2008 sono stati stanziati per il monitoraggio dei dati ai sensi della legge 125/2001 Euro 314.040.

Le risorse sono state impegnate per un riparto tra le Regioni secondo la sottostante tabella B, in base ai criteri concordati con la Commissione Salute delle Regioni.

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

TABELLA A
QUOTE DA EROGARE ALLE REGIONI E P.A. PER LE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO DEI DATI RELATIVI ALL'ABUSO DI ALCOL E AI PROBLEMI ALCOLCORRELATI
-ANNO 2007-

REGIONI E P. A.	POPOLAZIONE	QUOTA FISSA	QUOTA CAPITARIA	TOTALE
Valle d'Aosta	122.868	7.626,55	336,60	7.963,15
Molise	321.953	7.626,55	881,99	8.508,54
Prov.Aut.Bolzano	477.067	7.626,55	1.306,92	8.933,47
Prov.Aut.Trento	497.546	7.626,55	1.363,03	8.989,58
Basilicata	596.546	7.626,55	1.634,24	9.260,79
Umbria	858.938	7.626,55	2.353,06	9.979,61
Friuli Venezia Giulia	1.204.718	7.626,55	3.300,32	10.926,87
Abruzzo	1.299.272	7.626,55	3.559,35	11.185,90
Marche	1.518.780	7.626,55	4.160,69	11.787,24
Liguria	1.592.309	7.626,55	4.362,13	11.988,68
Sardegna	1.650.052	7.626,55	4.520,31	12.146,86
Calabria	2.009.268	7.626,55	5.504,38	13.130,93
Toscana	3.598.269	7.626,55	9.857,45	17.484,00
Puglia	4.068.167	7.626,55	11.144,73	18.771,28
Emilia Romagna	4.151.369	7.626,55	11.372,66	18.999,21
Piemonte	4.330.172	7.626,55	11.862,49	19.489,04
Veneto	4.699.950	7.626,54	12.875,50	20.502,04
Sicilia	5.013.081	7.626,54	13.733,32	21.359,86
Lazio	5.269.972	7.626,54	14.437,07	22.063,61
Campania	5.788.986	7.626,54	15.858,91	23.485,45
Lombardia	9.393.092	7.626,54	25.732,35	33.358,89
TOTALE	**58.462.375**	**160.157,50**	**160.157,50**	**320.315,00**

TABELLA B
RIPARTIZIONE DEI FONDI PER LE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO DEI DATI RELATIVI ALL'ABUSO DI ALCOL E AI PROBLEMI ALCOLCORRELATI
-ANNO 2008

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

2.3. Gli interventi in materia di informazione e prevenzione

L'art. 3 comma 4 della legge 125/2001 prevede uno stanziamento annuale di fondi per le azioni di informazione e prevenzione da realizzarsi negli ambienti scolastici, militari, penitenziari e di aggregazione giovanile.
Per l'anno 2007 sono stati stanziati a tali fini Euro 560.098, di cui Euro 460.098 sono stati destinati ad attività di informazione e comunicazione di livello centrale, ed Euro

100.000 sono stati destinati ad attività di prevenzione e informazione da realizzarsi da parte delle Regioni per l'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute.
Per l'anno 2008 sono stati stanziati Euro 527.042,93, che sono stati destinati ad attività di prevenzione, informazione e comunicazione di livello centrale.

Attività di informazione e prevenzione di livello centrale

1) Campagna di comunicazione

Nel corso degli anni 2007-2008 la Direzione generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero, presso la quale sono allocate le risorse della legge 125/2001 destinate alla informazione e prevenzione, ha realizzato una campagna di comunicazione finalizzata a diffondere l'informazione sui danni alcolcorrelati e in particolare a sensibilizzare i soggetti più giovani sulla necessità di assumere comportamenti che tutelino la loro salute e sicurezza, evidenziando in particolare che gli eccessi comportano rischi molto gravi per sé e per gli altri.
La campagna si è articolata in un complesso d'interventi di particolare rilievo ed è stata condotta tramite un'apposita convenzione con l'Istituto Superiore di Sanità, per l'attuazione delle iniziative di seguito elencate.

-Funzionamento del Centro Servizi Documentazione Alcol – CSDA

In continuità con le attività già svolte nell'ambito dell'accordo di collaborazione precedente, il Centro Servizi di Documentazione Alcol ha garantito la raccolta, catalogazione e gestione del materiale prodotto dall'ISS e dal Ministero della Salute per l'informazione e prevenzione dei problemi alcolcorrelati. L'offerta da parte dell'ISS di materiale informativo (opuscoli , brochure ed altro) richiesto da operatori e strutture sociosanitarie pubbliche che svolgono attività di prevenzione in ambito regionale ha incrementato la capacità di rispondere adeguatamente alle attese di supporto tecnico-scientifico delle realtà che all'ISS si rivolgono. La predisposizione, inoltre, di una pagina WEB dedicata e condivisa sul Portale di Epicentro (*http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/alcol.asp*) consente l'acquisizione (libero dominio) dei prodotti.
La dotazione di fondi destinati alle traduzioni ha assicurato la disponibilità e fruibilità immediata delle evidenze diffuse a livello europeo riguardanti sia l'alcol che le strategie di contrasto all'abuso alcolico.
Sono stati realizzati i seguenti materiali:

A) Pieghevole e locandina "Proteggi il tuo bambino: in gravidanza non bere"

Questo slogan lancia una campagna che coinvolgerà i professionisti e le strutture dedicate al sistema di cura materno infantile con la collaborazione attiva di società scientifiche e professionali, finalizzata a contrastare la disinformazione e a costruire una cultura della prevenzione sul problema del consumo di alcol in gravidanza. In Italia infatti, nonostante l'esistenza di precise controindicazioni, oltre il 65 % delle donne in gravidanza consuma bevande alcoliche e si riscontra una carenza di informazione relativamente al rischio di disturbi fetali e alla sindrome feto-alcolica.
Il messaggio della campagna coinvolge direttamente la responsabilità delle madri e risponde a uno dei cinque target individuati dalla Risoluzione del Parlamento europeo

per l'avvio di una Strategia Comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol.

B) Locandina-poster "L'alcol può farti del male" rivolta ai bambini

Anche per i bambini delle elementari si è ritenuto opportuno realizzare una locandina da distribuire nelle scuole, che possa diventare, con la collaborazione di genitori e insegnanti, lo spunto per un confronto in grado di soddisfare le curiosità dei giovanissimi.

L'esigenza di materiale di semplice acquisizione, basato su immagini gradevoli, con colori e forme proprie della cultura dei bambini, è stata sollecitata anche dalla citata Risoluzione del Parlamento europeo, che pone come target prioritario di prevenzione i bambini e gli adolescenti.

C) Opuscolo "Un decalogo per i genitori", che si accompagna al poster per i bambini nell'ottica di favorire il coinvolgimento reale della famiglia.

D) Locandina "Non giocare con la vita, il calcio è un gioco, la vita no" che costituisce, come per la locandina destinata ai bambini, un semplice mezzo da distribuire nelle scuole e che, grazie ai *testimonials* coinvolti nella campagna, può attirare l'attenzione dei ragazzi per stimolare occasioni di dialogo sull'argomento.

D) Pieghevole "Alcol: qualche dritta per i più giovani", che integra la locandina sopra citata.

-Organizzazione della manifestazione nazionale "Alcol Prevention Day" per l'anno 2008

La manifestazione, alla sua settima edizione, è stata organizzata dall'Osservatorio Nazionale Alcol–CNESPS e dal Centro collaborativo OMS per la ricerca e la promozione della salute in materia di alcol, in stretta collaborazione con la Società Italiana di Alcologia, l'Associazione Italiana dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento (AICAT) ed Eurocare.

La qualificata partnership ha reso possibile realizzare un convegno con il coinvolgimento attivo dei diversi soggetti operanti in campo alcologico nelle varie realtà regionali e locali e di numerosi professionisti e operatori.

L'evento ha rappresentato un'occasione di aggiornamento tecnico-scientifico ed epidemiologico sulle tendenze in atto a livello nazionale, europeo ed internazionale, offrendo possibilità di confronto e dibattito interistituzionale sulle tematiche alcol-correlate. Sono stati presentati i dati più recenti sul consumo di alcol in Italia e sono state descritte le trasformazioni in atto a livello europeo.

In particolare, gli interventi sono stati modulati nel contesto programmatico delineato dalla Risoluzione del Parlamento Europeo del 5 settembre 2007 "Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol", e dai 5 target sensibili proposti nella stessa Strategia: protezione di giovani, bambini e nascituri; riduzione del numero di infortuni e morti per incidenti stradali causati dall'alcol; prevenzione dei danni alcolcorrelati tra gli adulti e nei luoghi di lavoro; informazione, educazione e sensibilizzazione dei cittadini sulle conseguenze di un consumo dannoso e pericoloso di alcol; sviluppo e aggiornamento di una base comune di conoscenze scientifiche a livello dell'Unione europea. In tale contesto sono

state delineate le priorità da perseguire, previste anche in strumenti programmatici nazionali quali il Piano Nazionale Alcol e Salute e il Programma Guadagnare Salute.
Nell'ambito del convegno sono state divulgate le nuove campagne ed i nuovi materiali dedicati alla prevenzione dell'abuso alcolico.

2) Campagna nazionale e regionale di informazione e prevenzione su target specifici di popolazione.

In tale ambito sono state realizzate le seguenti iniziative:

-DVD "I giorni perduti", film mirato a sensibilizzare la popolazione e soprattutto i giovani sulla gravità dei problemi derivanti dall'abuso di alcol. Alla produzione è stato concesso il patrocinio del Ministro della Salute, che ha affiancato il riconoscimento della Commissione Europea nell'ambito del programma comunitario "Eurosafe". Il patrocinio del Ministero risponde all'esigenza di sostenere strumenti e stili di comunicazione adeguati alle attuali esigenze dei giovani, che oggi trovano nell'audiovisivo uno dei mezzi preferiti e in grado di promuovere riflessione e discussione. Il film è stato integrato da una presentazione della situazione epidemiologica italiana a cura dell'Osservatorio nazionale alcol e del Centro Oms per la ricerca sull'alcol dell'Istituto Superiore di Sanità e ne sono state distribuite 20.000 copie in tutte le Regioni e Province autonome, quale integrazione e supporto di varie attività di prevenzione da attuare in ambito regionale. E' stata avviata, inoltre, la produzione di un kit di formazione multimediale per un progetto di promozione della salute da realizzare nelle scuole medie incentrato sul DVD e su un manuale per i docenti. Il DVD può essere richiesto all'indirizzo e-mail alcol@iss.it fino ad esaurimento

-" Italia Wave Love Festival"(17-22 Luglio 2007)

Nell'ambito della manifestazione, svoltasi a Sesto Fiorentino dal 17 al 22 luglio 2007 con un afflusso di pubblico di oltre 150.000 persone, è stata diffusa una specifica campagna informativa per la prevenzione dei danni alcolcorrelati attraverso la realizzazione e l'affissione di appositi striscioni, la trasmissione su due megaschermi di un'immagine creativa relativa allo slogan "Se guidi, non bere" e la presenza di uno stand informativo con due informatori che hanno distribuito 15.000 pezzi tra libretti, opuscoli e pieghevoli forniti dal CSDA dell'ISS.

-Fillboard - Circuito nazionale stazioni di servizio rifornimento carburante

E' stata realizzata la diffusione della campagna "Se guidi, non bere" attraverso il circuito nazionale delle stazioni di servizio per il rifornimento di carburante, al fine di raggiungere il target degli automobilisti, motociclisti e conducenti di veicoli in generale, per un periodo complessivo di quattro settimane.

-Promozione e cofinanziamento di attività di informazione e prevenzione organizzate in ambito regionale

Sono state definite nel corso di riunioni ad hoc presso il Ministero le possibili modalità attraverso cui promuovere nelle Regioni iniziative di informazione e prevenzione cofinanziate attraverso l'accordo di collaborazione ISS-Ministero.
Le Regioni interessate a partecipare all'iniziativa e a usufruire del finanziamento sono state invitate a presentare all'ISS un progetto con la descrizione delle attività di informazione e prevenzione da realizzare, da definire nell'ambito delle aree strategiche

indicate nel Piano Nazionale Alcol e Salute e conformemente agli orientamenti della legge 125/2001.
Tutte le Regioni e P.A. hanno presentato i progetti richiesti ed un apposito comitato congiunto ISS-Ministero li ha valutati positivamente autorizzando l'ISS ad erogare il previsto finanziamento.
-Attività di formazione per l'identificazione precoce del rischio alcol-correlato
E' stato organizzato presso l'ISS il corso residenziale "Programma di formazione per l'identificazione precoce e per l'attuazione dell'intervento breve finalizzato alla prevenzione dell'abuso alcolico e del bere problematico", da tenersi nell'ottobre 2009.
Il programma di formazione, destinato agli operatori della medicina di base, è il risultato di uno sforzo congiunto dei ricercatori dell'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS, del Centro OMS per la ricerca sull'alcol dell'ISS e dei professionisti italiani ed internazionali che hanno partecipato al progetto europeo PHEPA (Primary Health Care Project on Alcohol, www.phepa.net). L'organizzazione del corso è inoltre in linea con gli obiettivi del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Programma "Guadagnare Salute". La formazione specifica basata sullo standard PHEPA è stata approvata e proposta anche dalla Consulta Nazionale Alcol istituita dalla legge 125/2001.
Lo standard formativo mira a "formare i formatori" e fornisce gli elementi utili ed essenziali all'integrazione nella pratica quotidiana dei medici e degli operatori di base per l'identificazione precoce dell'abuso alcolico e il conseguente intervento breve sui bevitori risultati problematici.
-Tour "Il Pilota"
Sono state organizzate le tappe del tour 2007-2008, attivando nelle discoteche la distribuzione dei materiali di prevenzione prodotti dal Ministero e dall'ISS, la misurazione volontaria dell'alcolemia, l'esecuzione di test volti alla rilevazione precoce dell'abuso (AUDIT), la proiezione mirata degli spot del Ministero per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati tra i giovani.
- Videogioco "Street Raider"
E' stato realizzato un videogioco interattivo dedicato ai giovani fra i 16 e i 20 anni, finalizzato ad insegnare le regole del Codice della strada e a far conoscere i livelli di tasso alcolemico consentiti dalla legge. Il videogioco verrà veicolato attraverso Internet ed accompagnato da una campagna di comunicazione su stampa e cinema.

Attività di informazione e prevenzione da attuare a livello regionale
L'art. 9 della legge 125/2001 prevede che le Regioni e Province autonome programmino la realizzazione di interventi di prevenzione del danno alcolcorrelato in coerenza con i principi della legge medesima e con gli indirizzi generali concordati con il Ministero della Salute, avvalendosi delle risorse previste nel Fondo sanitario nazionale per l'assistenza sanitaria. Per sostenere con adeguati strumenti le amministrazioni regionali nella realizzazione di tali interventi e promuovere l'attuazione di azioni mirate e di buone pratiche, il Ministero della Salute ha interamente destinato alle Regioni tutte le risorse stanziate per l'anno 2006 per l'informazione e la prevenzione ai sensi della legge 125/2001, pari a Euro 481.670. A tale scopo è stato stipulato nel dicembre 2008 uno specifico accordo di collaborazione

con la Regione Friuli V.Giulia, titolare del coordinamento tecnico delle Regioni per il settore alcologico su incarico della Commissione Salute.
A tale Regione sono stati pertanto assegnati compiti specifici per rafforzare il coordinamento delle Regioni sulle attività di informazione e prevenzione, per monitorare e relazionare al Ministero della Salute sui programmi e le attività realizzate, per concordare con le Regioni i criteri di riparto delle risorse attribuite e per trasferire direttamente le risorse stesse. Nel Luglio 2009 la Regione Friuli ha comunicato al Ministero le modalità di riparto delle risorse attribuite, approvate e ratificate dalla Commissione Salute; ha inoltre comunicato che nel corso degli anni 2009-2010, anni di vigenza dell'accordo, le Regioni e P.A. realizzeranno interventi di prevenzione del danno alcolcorrelato sui temi "alcol e lavoro" e "alcol e anziani", sulla base di uno schema progettuale comune.

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

Sono tuttora in corso e in fase avanzata di realizzazione alcuni progetti promossi dal Ministero per favorire il raggiungimento degli obiettivi enunciati dalla legge 125/2001 e per i quali il Ministero della Salute aveva a suo tempo chiesto e ottenuto il finanziamento del Fondo nazionale per la lotta alla droga.
Per l'implementazione di tali progetti sono state individuate, tramite la Commissione Salute per il coordinamento delle Regioni, le Regioni disponibili a svolgere un ruolo di capofila per la gestione amministrativa e il coordinamento tecnico e quelle interessate a partecipare in qualità di partners.
Si elencano di seguito i titoli dei progetti indicati, le cui attività sono descritte in dettaglio nelle Relazioni al Parlamento degli anni 2006-7-8.
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; Regioni capofila: Toscana e Lombardia)
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; Regione capofila: Lazio)
3) Progetto*"Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione dell'abuso di alcol e dei rischi alcolcorrelati, per la costruzione di nuovi modelli di intervento che utilizzino i giovani come 'risorsa' "*.
(Finanziamento approvato: € 480.930,00; Regione capofila: Emilia Romagna)

2.5. L'attuazione dell'art. 6 del decreto-legge 3 agosto 2007 n. 117, recante "*Disposizioni urgenti modificative del Codice della strada per incrementare i livelli di sicurezza nella circolazione*", convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1 della legge 2 ottobre 2007, n. 160.

L'art. 6 del citato decreto-legge ha introdotto nuove norme volte a promuovere la consapevolezza dei rischi di incidente stradale in caso di guida in stato di ebbrezza.
In particolare viene introdotto l'obbligo per i titolari e i gestori dei locali ove si svolgono, con qualsiasi modalità e in qualsiasi orario, spettacoli o altre forme di intrattenimento congiuntamente all'attività di vendita e di somministrazione di bevande alcoliche, di esporre all'entrata, all'interno e all'uscita dei locali apposite tabelle che riproducano, secondo i contenuti da definirsi con apposito decreto del Ministero della Salute :
-la descrizione dei sintomi correlati ai diversi livelli di concentrazione alcolemica nell'aria alveolare espirata;
-le quantità, espresse in centimetri cubici, delle bevande alcoliche più comuni che determinano il superamento del tasso alcolemico per la guida in stato di ebbrezza, pari a 0,5 grammi per litro, da determinare anche sulla base del peso corporeo.
Un'apposita Commissione costituita con D.D. 19 ottobre 2007 ha coadiuvato il Ministero con il mandato di assicurare la correttezza scientifica e la comprensibilità dei contenuti da inserire nelle tabelle di competenza. La Commissione ha anche curato l'effettuazione di un test specificamente predisposto per valutare sul campo, su un campione volontario di circa 100 soggetti di varie età e abitudini di consumo, l'effettiva comprensibilità, adeguatezza, intuitività, facilità d'uso nonché la percezione dell'utilità delle tabelle predisposte.
In adesione ai principi sanciti dalla legge 125/2001, e in particolare dall'art. 2 punto c), la Commissione ha operato tenendo conto del rilevante valore strategico dell'emanando decreto ai fini della prevenzione dei danni alcolcorrelati e ha particolarmente curato, oltre alla qualità dei contenuti sul piano scientifico, anche la comprensibilità e fruibilità delle tabelle da parte di un numero quanto più ampio possibile di utenti.
In data 30 luglio 2008 è stato emanato il Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali " Disposizioni urgenti modificative del Codice della strada per incrementare i livelli di sicurezza nella circolazione", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale s.g. n. 210 del 8.9.2008.
Il Decreto contiene 3 allegati, due dei quali si riferiscono a 2 tabelle che riproducono
1) la descrizione dei sintomi correlati ai diversi livelli di concentrazione alcolemica rilevati tramite l'aria alveolare espirata;
2) le quantità delle bevande alcoliche più comuni che determinano il superamento del tasso alcolemico legale per la guida (pari a 0,5 grammi per litro).
In un terzo allegato vengono inoltre espresse alcune raccomandazioni non vincolanti, rivolte ai titolari e gestori dei locali al fine di favorire la lettura, la corretta comprensione e il concreto uso delle informazioni contenute nelle tabelle da parte di una platea quanto più ampia possibile di utenti.
Oltre alle indicazioni relative alla grafica, posizionamento nello spazio, illuminazione e altri aspetti relativi alla visibilità delle tabelle, viene segnalata ai gestori dei locali l'importanza di sensibilizzare e istruire opportunamente sull'uso delle tabelle il personale addetto alla somministrazione.

L'attuazione dell'art. 1 della legge 160/2007 e la definizione delle relative tabelle hanno consentito al Ministero di far conoscere a un'ampia platea di cittadini i dati reali sugli effetti dell'alcol, ancora ignorati da molti, e di diffondere le avvertenze necessarie per un consumo più sicuro. Dalle tabelle emerge con chiarezza quanto poco alcol, soprattutto per alcune categorie di persone, possa essere sufficiente per superare il tasso alcolemico considerato legale per la guida e per compromettere le performances di guida dei veicoli.

Si riportano di seguito i tre allegati del Decreto ministeriale, contenenti, rispettivamente, le 2 tabelle e le raccomandazioni.

Allegato n. 1

TABELLA DESCRITTIVA DEI PRINCIPALI SINTOMI CORRELATI AI DIVERSI LIVELLI DI CONCENTRAZIONE ALCOLEMICA

(Art. 6 del decreto-legge 3 agosto 2007 n. 117 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, della legge 2 ottobre 2007, n. 160)

LIMITE LEGALE DEL TASSO ALCOLEMICO PER LA GUIDA: O,5 GRAMMI per LITRO

Concentrazione di alcol nel sangue (g/L)	**Sensazioni più frequenti (*)**	**Effetti progressivi e abilità compromesse (*)**
0	Nessuna	Nessuna
0.1-0.2	Iniziale sensazione di ebbrezza. Iniziale riduzione delle inibizioni e del controllo.	Affievolimento della vigilanza, attenzione e controllo. Iniziale riduzione del coordinamento motorio. Iniziale riduzione della visione laterale. Nausea.
0.3-0.4	Sensazione di ebbrezza. Riduzione delle inibizioni, del controllo e della percezione del rischio.	Riduzione delle capacità di vigilanza, attenzione e controllo. Riduzione del coordinamento motorio e dei riflessi. Riduzione della visione laterale. Vomito.
0.5 g/L : LIMITE LEGALE DEL TASSO ALCOLEMICO PER LA GUIDA		
0.5-0.8	Cambiamenti dell'umore. Nausea, sonnolenza. Stato di eccitazione emotiva.	Riduzione della capacità di giudizio. Riduzione della capacità di individuare oggetti in movimento e della visione laterale. Riflessi alterati. Alterazione delle capacità di reazione agli stimoli sonori e luminosi. Vomito.

0.9-1.5	Alterazione dell'umore. Rabbia. Tristezza. Confusione mentale, disorientamento.	Compromissione della capacità di giudizio e di autocontrollo. Comportamenti socialmente inadeguati. Linguaggio mal articolato. Alterazione dell'equilibrio. Compromissione della visione, della percezione di forme, colori, dimensioni. Vomito.
1.6-3.0	Stordimento. Aggressività. Stato depressivo. Apatia. Letargia.	Compromissione grave dello stato psicofisico. Comportamenti aggressivi e violenti. Difficoltà marcata a stare in piedi o camminare. Stato di inerzia generale. Ipotermia. Vomito.
3.1- 4.0	Stato di incoscienza.	Allucinazioni. Cessazione dei riflessi. Incontinenza. Vomito. Coma con possibilità di morte per soffocamento da vomito.
Oltre 4	Difficoltà di respiro, sensazione di soffocamento. Sensazione di morire.	Battito cardiaco rallentato. Fame d'aria. Coma. Morte per arresto respiratorio.

Fonte: riadattato dal testo dell' Advisory Committee and NIAAA scientists, 2003

(*) A parità di quantità di alcol assunto, sensazioni ed effetti sono estremamente variabili da soggetto a soggetto, con possibilità di manifestazioni anche opposte tra di loro; in tabella sono riportati sensazioni ed effetti più frequentemente rilevati.

Allegato n. 2

TABELLA PER LA STIMA DELLE QUANTITÀ DI BEVANDE ALCOLICHE CHE DETERMINANO IL SUPERAMENTO DEL TASSO ALCOLEMICO LEGALE PER LA GUIDA IN STATO DI EBBREZZA, PARI A 0,5 GRAMMI PER LITRO

(Art.6 del decreto legge 3 agosto 2007 n. 117 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 della legge 2 ottobre 2007 n. 160)

La Tabella contiene I LIVELLI TEORICI DI ALCOLEMIA RAGGIUNGIBILI DOPO L'ASSUNZIONE DI UNA UNITÀ ALCOLICA

UNITÀ ALCOLICA DI RIFERIMENTO (in cc) (Bicchiere, lattina o bottiglia serviti usualmente nei locali)

Birra	330 cc	Superalcolici	40 cc
Vino	125 cc	Champagne/spumante	100 cc
Vini liquorosi-aperitivi	80 cc	Ready to drink	150 cc
Digestivi	40 cc	MIX	sommare i componenti

I valori di ALCOLEMIA, calcolati in base al sesso, al peso corporeo e all'essere a stomaco vuoto o pieno, sono solo indicativi e si riferiscono ad una assunzione entro i 60-100 minuti precedenti

Se si assumono più unità alcoliche, per conoscere il valore di alcolemia raggiunto è necessario sommare i valori indicati per ciascuna unità alcolica consumata **

DONNE

STOMACO VUOTO

BEVANDA	Gradazione alcolica (Vol. %)	Peso corporeo (Kg) 45	55	60	65	75	80
		Livelli teorici di alcolemia					
birra analcolica	0,5	0,06	0,05	0,04	0,04	0,03	0,03
birra leggera	3,5	0,39	0,32	0,29	0,27	0,24	0,22
birra normale	5	0,56	0,46	0,42	0,39	0,34	0,32
birra speciale	8	0,90	0,73	0,67	0,62	0,54	0,50
birra doppio malto	10	1,12	0,92	0,84	0,78	0,67	0,63
vino	12	0,51	0,42	0,38	0,35	0,31	0,29
vini liquorosi-aperitivi	18	0,49	0,40	0,37	0,34	0,29	0,28
digestivi	25	0,32	0,26	0,24	0,22	0,19	0,18
digestivi	30	0,39	0,32	0,29	0,27	0,23	0,22
superalcolici	35	0,45	0,37	0,34	0,31	0,27	0,25
superalcolici	45	0,58	0,47	0,43	0,40	0,35	0,33
superalcolici	60	0,77	0,63	0,58	0,53	0,46	0,43
champagne/spumante	11	0,37	0,31	0,28	0,26	0,22	0,21
ready to drink	2,8	0,12	0,10	0,09	0,08	0,07	0,07
ready to drink	5	0,24	0,20	0,18	0,17	0,17	0,14

STOMACO PIENO

BEVANDA	Gradazione alcolica (Vol. %)	Peso corporeo (Kg) 45	55	60	65	75	80
		Livelli teorici di alcolemia					
birra analcolica	0,5	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02
birra leggera	3,5	0,23	0,19	0,17	0,16	0,14	0,13
birra normale	5	0,32	0,26	0,24	0,22	0,19	0,18
birra speciale	8	0,52	0,42	0,39	0,36	0,31	0,29
birra doppio malto	10	0,65	0,53	0,48	0,45	0,39	0,36
vino	12	0,29	0,24	0,22	0,20	0,18	0,17
vini liquorosi-aperitivi	18	0,28	0,23	0,21	0,20	0,17	0,16
digestivi	25	0,20	0,16	0,15	0,14	0,12	0,11
digestivi	30	0,24	0,19	0,18	0,16	0,14	0,13
superalcolici	35	0,27	0,22	0,21	0,19	0,16	0,15
superalcolici	45	0,35	0,29	0,26	0,24	0,21	0,20
superalcolici	60	0,47	0,38	0,35	0,33	0,28	0,26
champagne/spumante	11	0,22	0,18	0,16	0,15	0,13	0,12
ready to drink	2,8	0,07	0,06	0,06	0,05	0,04	0,04
ready to drink	5	0,15	0,12	0,11	0,10	0,09	0,08

**** Esempi: donna, peso 45 Kg, ha assunto a stomaco vuoto 1 birra leggera ed 1 aperitivo alcolico. Alcolemia attesa: 0,39+0,49 = 0,88 grammi/litro;**
donna, peso 60 Kg, ha assunto a stomaco pieno 2 superalcolici (60°). Alcolemia attesa: 0,35+0,35 = 0,70.

UOMINI

STOMACO VUOTO

BEVANDA	Gradazione alcolica (Vol. %)	Peso corporeo (Kg) 55	65	70	75	80	90
		Livelli teorici di alcolemia					
birra analcolica	0,5	0,04	0,03	0,03	0,01	0,01	0,01
birra leggera	3,5	0,25	0,21	0,19	0,18	0,17	0,15
birra normale	5	0,35	0,30	0,28	0,26	0,24	0,22
birra speciale	8	0,56	0,48	0,44	0,41	0,39	0,35
birra doppio malto	10	0,71	0,6	0,55	0,52	0,49	0,43
vino	12	0,32	0,27	0,25	0,24	0,22	0,20
vini liquorosi-aperitivi	18	0,31	0,26	0,24	0,23	0,21	0,19
digestivi	25	0,20	0,17	0,16	0,15	0,15	0,12
digestivi	30	0,24	0,21	0,19	0,18	0,18	0,15
superalcolici	35	0,28	0,24	0,22	0,21	0,19	0,17
superalcolici	45	0,36	0,31	0,29	0,27	0,25	0,22
superalcolici	60	0,48	0,41	0,38	0,36	0,33	0,30
champagne/spumante	11	0,24	0,19	0,18	0,17	0,16	0,14
ready to drink	2,8	0,08	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05
ready to drink	5	0,15	0,13	0,12	0,11	0,10	0,09

STOMACO PIENO

BEVANDA	Gradazione alcolica (Vol. %)	Peso corporeo (Kg) 55	65	70	75	80	90
		Livelli teorici di alcolemia					
birra analcolica	0,5	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01
birra leggera	3,5	0,14	0,12	0,11	0,10	0,10	0,09
birra normale	5	0,20	0,17	0,16	0,15	0,14	0,12
birra speciale	8	0,33	0,28	0,26	0,24	0,22	0,20
birra doppio malto	10	0,41	0,34	0,32	0,30	0,28	0,25
vino	12	0,18	0,16	0,15	0,14	0,13	0,11
vini liquorosi-aperitivi	18	0,18	0,15	0,14	0,13	0,12	0,11
digestivi	25	0,12	0,10	0,10	0,09	0,08	0,08
digestivi	30	0,15	0,13	0,12	0,11	0,10	0,09
superalcolici	35	0,17	0,15	0,14	0,13	0,12	0,11
superalcolici	45	0,22	0,19	0,17	0,16	0,15	0,14
superalcolici	60	0,30	0,25	0,23	0,22	0,20	0,18
champagne/spumante	11	0,14	0,11	0,11	0,10	0,09	0,08
ready to drink	2,8	0,05	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03
ready to drink	5	0,09	0,08	0,07	0,07	0,06	0,06

**** Esempi: uomo, peso corporeo 75 Kg, ha assunto a stomaco vuoto 2 birre speciali. Alcolemia attesa: 0,41+ 0,41 = 0,82 grammi/litro;**
uomo, peso corporeo 55 Kg, ha assunto a stomaco vuoto 1 birra doppio malto ed 1 superalcolico di media gradazione (45°). Alcolemia attesa: 0,71+0,36 = 1,07 grammi/litro.

AVVERTENZE PER UNA CORRETTA LETTURA DELLA TABELLA

La tabella fornisce informazioni volte a favorire una autovalutazione dei livelli di alcolemia (concentrazione di alcol nel sangue) conseguenti all'assunzione delle più comuni bevande alcoliche; lo scopo principale è quello di contribuire ad identificare o calcolare le quantità di alcol che determinano il superamento del limite legale fissato per la guida e di promuovere una guida sicura e responsabile.
A tal fine è importante sapere che:

- esiste un legame diretto tra livelli crescenti di alcolemia (concentrazione di alcol nel sangue) e rischio relativo di causare o essere coinvolti in un incidente grave o mortale;
- le alterazioni delle capacità alla guida sono direttamente influenzate dalla quantità di alcol consumata e si manifestano con l'assunzione di tutti i tipi di bevande alcoliche, senza distinzione;
- tutte le quantità di alcol, anche quelle minime o moderate, pongono l'individuo in una condizione di potenziale rischio;
- a parità di quantità di alcol consumate, individui differenti possono registrare variazioni anche notevoli nei livelli di alcolemia, in funzione: del genere (con differenze tra maschi e femmine), dell'età, della massa corporea (magrezza o obesità), della assunzione o meno di cibo (se a stomaco pieno o a digiuno), della consuetudine con cui si assume alcol, della presenza di malattie o condizioni psico-fisiche individuali o genetiche, della assunzione di farmaci anche di uso comune (es. aspirina, antistaminici, anticoncezionali, antinfiammatori, antipertensivi, anticoagulanti, antibiotici, farmaci per il sistema nervoso).

Di conseguenza, a fronte delle molteplici variabili che possono influenzare il livello individuale di alcolemia, è nella pratica impossibile calcolare con precisione la quantità esatta di alcol da assumere senza superare il limite legale di alcolemia dello 0,5 grammi/litro.

Non esistono livelli di consumo alcolico sicuri alla guida.
Il comportamento più sicuro per prevenire un incidente alcolcorrelato è di evitare di consumare bevande alcoliche se ci si deve porre alla guida di un qualunque tipo di veicolo.

NOTA BENE: i valori di alcolemia riportati in tabella non hanno una validità legale, rappresentano solo una stima della concentrazione di alcol nel sangue conseguente all'assunzione di un'unità di bevanda alcolica e forniscono un valore puramente indicativo che non può essere in alcun modo acquisito come garanzia di sicurezza e/o di idoneità psico-fisica alla guida.

Allegato n. 3

INDICAZIONI AI TITOLARI E GESTORI DEI LOCALI PER L'USO EFFICACE DELLE TABELLE DI CUI AGLI ALLEGATI N. 1 E 2 (*)

(*) *Il presente allegato riporta, a titolo indicativo, alcune misure che possono essere utilmente adottate dai titolari e gestori dei locali allo scopo di favorire la lettura, la corretta comprensione e il concreto uso delle informazioni contenute nelle tabelle da parte di un numero quanto più ampio possibile di utenti, facilitando in tal modo il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione e sicurezza cui è finalizzata la legge 160/2007.*
Le misure raccomandate non hanno natura vincolante per i soggetti sopra citati, fermo restando il loro obbligo di esporre le previste tabelle con i contenuti indicati negli allegati n. 1 e 2, secondo le previsioni della legge medesima.

Per un più efficace uso delle tabelle è auspicabile che i titolari e i gestori dei locali adottino le raccomandazioni sottoindicate.

1. I titolari e gestori dei locali curano la riproduzione dei contenuti delle tabelle di cui agli allegati n. 1 e 2 in modo da assicurarne l'idonea lettura tramite
-l'uso di caratteri di immediata e facile leggibilità
-l'adozione di un'adeguata veste grafica
-l'uso funzionale del colore per facilitare la corretta comprensione dei contenuti
-l'adozione di formati adeguati ad una facile lettura, anche in rapporto alla collocazione delle tabelle nello spazio
-l'inserimento di immagini o simboli ove ritenuto opportuno per facilitare una comprensione immediata e intuitiva dei contenuti delle tabelle.

2. I titolari e gestori dei locali assicurano, nell'ambito delle postazioni previste dalla legge (all'entrata, all'interno e all'uscita del locale) la piena visibilità e leggibilità delle tabelle tramite
-l' idonea collocazione nello spazio
-l' idonea illuminazione
-una facile accessibilità da parte dei possibili fruitori e una idonea distanza atta a consentirne una corretta lettura
-specifiche segnalazioni, grafiche, luminose o di altra natura, che ne evidenzino la postazione.

3. I titolari e i gestori dei locali informano il personale operante nei locali, e in particolare quello addetto alla somministrazione di bevande alcoliche, sulla disponibilità, la finalità e il corretto uso delle tabelle, al fine di promuovere negli stessi:
-la sensibilità alla somministrazione responsabile delle bevande alcoliche;
-la disponibilità ad essere di ausilio per una corretta lettura delle tabelle;
-la collaborazione per la sensibilizzazione degli utenti sull'importanza di leggere le tabelle e di adottare i comportamenti suggeriti dai contenuti delle stesse.

2.6. La partecipazione alle politiche internazionali

Il Ministero della Salute ha partecipato nel corso del 2008 a numerose attività internazionali ed europee finalizzate alla definizione di strategie utili alla prevenzione e promozione della salute della popolazione e alla tutela delle fasce più deboli dal rischio di danni alcolcorrelati.

Tramite le competenze dell'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia (CNESPS) presso l'ISS, n*ational counterpart* governativo deputato alla consulenza in merito all'*alcohol policy* e alle tematiche alcolcorrelate, la partecipazione del Ministero della Salute è stata assicurata in particolare in merito alle attività della Commissione Europea dedicate all'implementazione della Strategia Comunitaria finalizzata a ridurre l'impatto sociale e sanitario dell'alcol nell'ambito della popolazione generale e della relativa Risoluzione del Parlamento Europeo approvata nel dicembre 2007 .

Il "*Committee on National Alcohol Policy and Action*" insediato presso la Direzione Generale Salute e Tutela dei Consumatori della Commissione europea (DG SANCO) ha svolto riunioni formali per l'attuazione di attività della Commissione connesse alla valutazione congiunta e all'aggiornamento periodico delle azioni da implementare attraverso iniziative, buone prassi e politiche di prevenzione da parte degli Stati membri, che sono state oggetto di elaborazione da parte dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS e di pubblicazione sul sito di Public Health dell'Unione Europea sotto forma di tabelle di monitoraggio periodico concordate a livello europeo (*Overview of Member States policies aimed at reducing alcohol-related harm:Italy)* (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/italy_en.pdf).

Ulteriore occasione di confronto e di discussione sugli obiettivi di campagne di informazione/sensibilizzazione di valenza e priorità europee è stata la partecipazione in qualità di *observer* ai meeting periodici convocati a Bruxelles dall' *European Forum on Alcohol*, nel corso dei quali sono state presentate e accreditate le campagne di informazione e prevenzione del Ministero della Salute realizzate in attuazione della Legge 125/2001.

In merito al monitoraggio degli indicatori sono state assicurate attraverso l'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS le competenze richieste dall'OMS a livello europeo ed internazionale ai fini dell'aggiornamento periodico della base di dati europea dell' *Alcohol Control Database* e dell'*European Community Health Indicators for Monitoring (ECHIM)*.

Il Ministero ha partecipato attraverso il Centro Collaborativo OMS dell'ISS alle molteplici attività concordate nell'ambito del Piano di lavoro quadriennale OMS, che ha assicurato attività nazionali ed internazionali finalizzate a:

1. fornire consulenza e assistenza di un esperto all'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS - Programma Alcol e Droga - sul consumo di alcol, sui piani d'azione e sulle strategie di prevenzione in Europa;
2. partecipare alla ricerca, raccolta di dati, implementazione di progetti e fornire assistenza all'European Alcohol Information System dell'OMS;

3. rafforzare la prevenzione dei problemi alcolcorrelati e delle relative patologie attraverso la formazione multidisciplinare e la promozione della salute;
4. rafforzare le attività nazionali per l'identificazione precoce dell'uso dannoso di alcol, per la sensibilizzazione e per le strategie di intervento per la riduzione del danno alcolcorrelato nella popolazione generale;
5. coadiuvare l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS nella pianificazione e implementazione degli incontri e delle conferenze annuali;
6. supportare l'implementazione e la valutazione del Programma Quadro del Piano d'azione dell'Ufficio Regionale OMS.

Nei contesti europei ed internazionali le attività di prevenzione e comunicazione del Ministero realizzate ai sensi della Legge 125/2001 tramite l'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sono state oggetto di una presentazione acquisita nell'ambito dell'audizione pubblica OMS finalizzata alla segnalazione di proposte operative da recepire per la futura strategia internazionale dell'OMS, in corso di predisposizione e oggetto della prossima Assemblea Mondiale della Sanità prevista per maggio 2010.

Il Ministero ha inoltre supportato le attività nazionali ed europee svolte dal Centro di collaborazione dell'O.M.S. per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcolcorrelati, attivo dal 2000 presso il CNESPS dell'ISS. E' stata in particolare promossa la diffusione delle strategie di diagnosi precoce ed intervento breve per la riduzione del danno alcol-correlato secondo le metodologie validate dai progetti PRISMA e PHEPA, tramite la traduzione in italiano dei relativi materiali di formazione ed il finanziamento di corsi di formazione per il personale socio-sanitario interessato. Tramite un apposito accordo di collaborazione il Ministero ha altresì finanziato il Centro di collaborazione dell'OMS per la realizzazione di attività di informazione e prevenzione nonché di una serie di iniziative di valenza internazionale relative ad attività di ricerca, formazione, valutazione e coordinamento di progetti finalizzati alla riduzione del danno alcolcorrelato.

Tramite il Centro di collaborazione dell'OMS il Ministero ha provveduto nel corso del 2008 ad adattare le strategie OMS di prevenzione alle esigenze nazionali nell'ambito di gruppi di lavoro specifici, documenti di elaborazione statistica e varie altre iniziative di promozione della salute, informazione e prevenzione.

3. La spesa farmaceutica per la terapia farmacologica delle patologie alcolcorrelate[1]

Il trattamento farmacologico della dipendenza alcolica prevede l'impiego di diverse classi di farmaci quali:

-antipsicotici, antidepressivi, benzodiazepine, antiepilettici, etc., utilizzati nel trattamento dell'astinenza da alcol e/o delle patologie alcol-correlate e per prevenire le ricadute nell'abuso di alcolici

-disulfiram, sodio ossidato e metadoxina, aventi un'indicazione terapeutica autorizzata ad un impiego esclusivo nel trattamento della dipendenza alcolica

-naltrexone che, pur avendo un'indicazione autorizzata nel trattamento della dipendenza alcolica, è anche autorizzato per il trattamento della dipendenza da oppiacei, che rappresenta la principale motivazione di consumo di questo medicinale (tab.1).

Tabella 1

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

		N° dosi prescritte			
Molecola	**N° confezioni in commercio**	**2007**	**2008**	**Var. assoluta**	**Var. %**
Disulfiram	2	1.018.931	1.086.246	67.315	6,61%
Naltrexone	8	123.355	116.910	-6.445	-5,22%
Metadoxina	3	980	788	-192	-19,56%
Totale	**13**	**1.143.266**	**1.203.944**	**60.678**	**5,31%**

Durante il 2008, attraverso il canale delle farmacie territoriali aperte al pubblico, sono state dispensate oltre un milione di confezioni, per il 90% specialità medicinali a base di disulfiram, determinando un incremento di quasi il 7% dei consumi rispetto all'anno precedente. Da notare che tra il 2006 e il 2007 l'incremento era stato dello 0,1%.
La metadoxina invece ha fatto registrare una forte flessione dei consumi (-20% circa), flessione comunque inferiore a quella registrata tra il 2006 e il 2007 (-25,2%).

---

1 Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

L'impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata nel 2008 è stato di poco più di 480 mila euro (tab.2), in lieve incremento rispetto all'anno precedente (+0,26%) attribuibile proprio al consumo di medicinali a base di disulfiram (+7,2%).
Da notare che tra il 2006 e il 2007 l'incremento della spesa complessiva era stato molto superiore (+ 7,4%).

Tabella 2

Spesa farmaceutica convenzionata (tramite le farmacie aperte al pubblico)

		Spesa convenzionata Servizio San. Naz. (EURO)			
Molecola	**N° confezioni in commercio**	**2007**	**2008**	**Var. assoluta**	**Var %**
Naltrexone	5	313.829	303.324	-10.505	-3,35%
Disulfiram	2	164.739	176.590	11.851	7,19%
Metadoxina	3	723	624	-99	-13,76%
Totale	**10**	**479.291**	**480.538**	**1.247**	**0,26%**

E' bene sottolineare che la spesa farmaceutica del naltrexone deriva dal suo prevalente impiego nel trattamento della disassuefazione dalla dipendenza da oppiacei; pertanto un valore di impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata maggiormente rappresentativo delle reali motivazioni d'uso nel trattamento della dipendenza alcolica è pari a 177.214 euro.

Tabella 3

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

	N° confezioni			
Molecola	**2007**	**2008**	**var assoluta**	**var %**
Sodio ossibato	1.568.581	1.633.452	64.871	4,14%
Disulfiram	41.327	38.301	-3.026	-7,32%
Naltrexone	17.365	15.756	-1.609	-9,27%
Metadoxina	14.654	12.916	-1.738	-11,86%
Totale	**1.641.927**	**1.700.425**	**58.498**	**3,56%**

In ambito ospedaliero si registra un incremento del volume complessivo di confezioni dispensate nel 2008 rispetto al 2007 pari al 3,56% (tab.3).
Tra il 2006 e il 2007 al contrario era stato registrato un decremento, pari a -13,4%.
Il sodio ossibato rappresentata oltre il 90% delle prescrizioni e dispensazioni di tali farmaci (comprensive dell'eventuale distribuzione diretta), con un volume complessivo di 1,7 milioni di unità e un incremento nell'utilizzazione del +4,1% (tra il 2006 e il 2007 l'utilizzazione aveva registrato un decremento pari a -13,8%).
Si registra anche sul versante ospedaliero un forte decremento del consumo di metadoxina (-11,9%), diversamente da quanto registrato tra il 2006 e il 2007 con un incremento pari a + 3,8%.
L'impatto sulla spesa farmaceutica non convenzionata nel 2008 è stato di quasi 4 milioni di euro, con un lieve decremento rispetto all'anno precedente (-1,2%) (tab.4).
Da notare che fra il 2006 e il 2007 il decremento era stato molto più consistente (-20%).
Nel 2008 la spesa non convenzionata per il sodio ossibato è aumentata dello 0,5% a fronte dell'incremento delle confezioni consumate.
La metadoxina, pur avendo registrato un decremento del consumo, ha avuto un incremento della spesa che appare lieve in termini assoluti (poco più di 5.000 euro).
Infine il disulfiram, in controtendenza rispetto ai dati relativi alla sua dispensazione attraverso le farmacie aperte al pubblico, ha avuto una riduzione del consumo e della spesa non convenzionata (-17% circa).

Tabella 4

Spesa farmaceutica non convenzionata (strutture pubbliche)

	Spesa non convenzionata (EURO)			
Molecola	**2007**	**2008**	**var assoluta**	**var %**
Sodio ossibato	3.611.223	3.629.586	18.363	0,51%
Disulfiram	288.627	240.137	-48.490	-16,80%
Naltrexone	86.662	63.380	-23.282	-26,87%
Metadossina	20.750	25.874	5.124	24,69%
Totale	**4.007.262**	**3.958.977**	**-48.285**	**-1,20%**

Il trend complessivo dell'incidenza sulla spesa farmaceutica a carico del SSN dei medicinali impiegati nel trattamento della dipendenza alcolica si delinea come sostanzialmente stabile, soprattutto negli ultimi due anni, registrando comunque una flessione rispetto all'anno 2006 (tab.5).

Tabella 5

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

Anno	Spesa convenzionata	Spesa non convenzionata	Spesa totale	% conv.	% non conv.
2006	446.142	5.037.411	5.483.553	8,1%	91,9%
2007	479.291	4.007.262	4.486.552	10,7%	89,3%
2008	480.538	3.958.977	4.439.514	10,8%	89,2%

Nel 2008 la spesa complessiva (convenzionata + non convenzionata) è pari a 4,4 milioni di euro, in lieve flessione rispetto a quella dell'anno precedente. Inoltre, escludendo il naltrexone, la spesa complessiva conseguente all'esclusivo impiego per la dipendenza da alcol nel 2008 si riduce ulteriormente a circa 4,1 milioni di euro.

4. Le attività della Consulta nazionale sull'alcol e i problemi alcolcorrelati

La Consulta nazionale sull'alcol, prevista dall'art. 4 della legge 125/2001 e presieduta dal Ministro per le Politiche Sociali, è stata regolamentata con DM 3 giugno 2004 n. 199.
I suoi componenti durano in carica tre anni e possono essere riconfermati.
La composizione della Consulta attualmente operante è stata stabilita con Decreto del Ministro della Solidarietà Sociale in data 18 Ottobre 2006. Dal Maggio 2008, con l'inizio dell'attuale legislatura, la presidenza della Consulta è stata assunta dal Sottosegretario del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali Eugenia Roccella.
Nel corso del 2007 e 2008 la Consulta ha operato tramite 4 gruppi di lavoro per la trattazione e l' approfondimento dei seguenti temi:
-alcol e stili di vita;
-educazione, prevenzione e trattamento;
-legge 125/2001 e organizzazione della Conferenza nazionale sull'alcol;
-alcol, guida e lavoro.
Tutti i documenti prodotti dai singoli gruppi di lavoro sono stati oggetto di discussione e valutazione nel corso di riunioni plenarie della Consulta.
Particolarmente importante è stato il lavoro del gruppo addetto alla promozione e organizzazione della I Conferenza Nazionale sull'alcol, svoltasi nell'Ottobre 2008. I componenti del gruppo, con la collaborazione dell'intera Consulta, hanno espresso il massimo impegno per rendere possibile in tempi brevi la realizzazione della Conferenza e soddisfare in tal modo un'esigenza che da tempo veniva espressa nel mondo degli operatori e addetti ai problemi alcolcorrelati dei diversi contesti.
Rimandando al paragrafo successivo la descrizione dei lavori della Conferenza, si riportano di seguito i documenti elaborati dagli altri gruppi di lavoro in tema, rispettivamente, di giovani, alcol e lavoro ed evoluzione dei modelli di consumo, formalmente approvati dalla Consulta e fatti pervenire dalla Segreteria della Consulta ai fini della presente Relazione al Parlamento.

GRUPPO DI LAVORO "ALCOL E STILI DI VITA"

DOCUMENTO "CAMBIAMENTI E SFIDE RECENTI-PROPOSTE DI INTERVENTO"

1. Gli stili di vita nell'ambito dei consumi di alimenti, di bevande e di altri prodotti di assunzione orale sono soggetti ad una evoluzione che rispecchia i più generali cambiamenti sociali. Negli ultimi anni l'Italia si trova a confrontarsi con trend contraddittori, che vedono il diffondersi da un lato della consapevolezza dell'importanza degli stili di vita salutari e dall'altro lato di consumi rischiosi per la salute, sia nell'alimentazione che con le bevande, con i farmaci e con le sostanze psicoattive, per lo più collegati alla diffusione della cultura del tempo libero e della socialità. Nei casi più gravi gli abusi hanno a che vedere spesso con forme più o meno gravi di disagio e disadattamento, in un rapporto di causalità reciproca.
Per quanto riguarda le bevande alcoliche, l'Italia possiede una tradizione antica di consumo, soprattutto di vino nel corso dei pasti, per una quantità totale di alcol che si attestava sugli 11,5 litri pro-capite all'anno circa 30 anni fa, scesa oggi a 7,5-8 litri, valore questo moderato anche se ancora superiore a quanto raccomandato dall'OMS (6 litri). Anche l'incidenza degli abusi risulta inferiore a quella degli altri paesi, ed il consumo prevalentemente distribuito su tutti i giorni della settimana.

Ciononostante, l'Italia registra negli ultimi anni alcune tendenze preoccupanti, su cui occorre portare in maniera più approfondita l'attenzione, e che riguardano:

- *il diffondersi, soprattutto al nord, di un consumo alcolico fuori dai pasti, o in sostituzione dei pasti, soprattutto in particolari situazioni di socialità giovanile ed adulta, nelle quali prevalgono la ricerca di forme di piacere, di competizione prestazionale, di protagonismo, e di ricerca del rischio, lontane dalla convivialità tradizionale;*
- *la diminuzione dell'età di primo consumo di alcol da parte degli adolescenti soprattutto in contesti non familiari;*
- *il diffondersi di una cultura dello "sballo" attraverso il consumo di grandi quantità di alcol soprattutto in aree specifiche del paese (nord-est), della società (giovani emarginati, casalinghe), dell'economia (lavoratori frustrati o espulsi dal processo produttivo);*
- *l'aumento dei consumi di alcolici da parte delle giovani donne e delle donne sole.*

Oltre alle importanti considerazioni dei rischi sanitari, della violenza e della incidentalità stradale, che derivano dalle fenomenologie problematiche indicate, da un punto di vista più generale, sociale e degli stili di vita, va sottolineato come queste aree di criticità si collegano innanzitutto ad un rischio diffuso che dipende dal livello globale di consumo, dalle modalità del consumo e dalla cultura collettiva nei confronti del consumo.

I problemi legati al bere dipendono, come è evidente, dal livello e dalle modalità di consumo ed occorre ricordare a questo proposito che i consumi medi in realtà nascondono ampie variazioni nei livelli individuali e nelle abitudini, in quanto vi sono individui che si astengono totalmente dal bere, una larga maggioranza di bevitori lievi o moderati, ed i forti bevitori che, pur essendo una minoranza, sono responsabili di una larga parte dei consumi totali.

Accanto a ciò non va dimenticata la crescita di fenomeni di disagio sociale nella società contemporanea, che rimandano a problemi di larga portata economica, che le istituzioni devono cominciare ad affrontare con maggiore impegno, anche per ottenere più duraturi e solidi risultati nella lotta agli abusi e nel contenimento dei consumi, secondo le prescrizioni concordate a livello di comunità internazionale.

I fenomeni di disagio e disadattamento di cui si segnala la crescita e che sono collegati spesso ad un consumo a rischio delle bevande alcoliche sono:

- *la sindrome da debolezza identitaria degli adolescenti e di molti giovani, dovuta ad una carenza nella trasmissione intergenerazionale dei valori, e che spinge verso la ricerca di riscatto e di identità in forme di sfida e trasgressione;*
- *le forme di isolamento sociale e lavorativo, che colpiscono in particolare molte casalinghe, pensionati, lavoratori prematuramente espulsi, disoccupati;*
- *il disagio di molti immigrati, dovuto all'abbandono forzato dei propri contesti di origine ed alla precarietà sociale e lavorativa;*
- *la amplificazione, ad opera dei mezzi di comunicazione di massa, di stili di vita e di comportamenti di consumo alcolico a rischio;*
- *l'indebolimento dei fattori di protezione spontanea che la società italiana possedeva, e cioè del ruolo della famiglia, della scuola, del controllo sociale diffuso, dei modelli positivi di riferimento, della cultura della qualità degli alimenti e delle bevande.*

Rispetto ad ambedue gli elementi indicati, occorre non perdere di vista l'importanza della diffusione di una cultura generale di eccessiva tolleranza nei confronti del consumo eccedentario di alcol in Italia, proprio a causa della tradizione antica di consumo di vino durante i pasti, oltre che di una cultura sociale complessivamente molto tollerante nei confronti delle varie forme di devianza.
Dato il carattere legale, diffuso e socialmente accettato del consumo di alcol, è necessario dunque contemplare con determinazione tutte quelle strategie ed azioni di ampia e specifica valenza sociale,

economica, giuridica (e quant'altro) che possono scaturire da una presa d'atto da parte di tutta la società dei pericoli connessi e favorire una ridefinizione culturale dell'immagine della bevanda alcolica e del suo uso. Occorre in sostanza aumentare la consapevolezza del rischio connesso al 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.

PROPOSTE DI INTERVENTO

Sulla base delle considerazioni di cui sopra, sui rischi del consumo eccedentario ed in particolare di alcune delle nuove forme di consumo alcolico e di nuovi stili di vita, si propone di intensificare gli sforzi rivolti al superamento di simili comportamenti e delle forme di disagio sociale ad essi spesso legate, da parte di chi presiede alle politiche sociali ed economiche.

Soprattutto, a seguito del lavoro e della discussione all'interno della Consulta Nazionale, si propone di individuare forme di responsabilizzazione maggiore a livello istituzionale, accompagnate da modalità adeguate di coordinamento delle iniziative e delle strategie.

In particolare si ritiene che debba essere individuato un riferimento istituzionale (la stessa Consulta o altro soggetto istituzionale a livello nazionale con coordinamento regionale) che si faccia parte attiva e responsabile della coerenza e tempestività delle politiche e iniziative, anche e soprattutto attraverso un coordinamento, leggero ma significativo, tra regioni e territori diversi.

In secondo luogo si auspica fortemente che vengano dedicate adeguate risorse alle suddette politiche ed iniziative, e che venga costituito un Fondo ad hoc da utilizzare con giudizio ed efficacia per le azioni da svolgere. A tale riguardo, in coerenza con le linee di intervento individuate e con quanto previsto dall'art 2 della Legge 125/2001, la Consulta Nazionale Alcol esprime la raccomandazione che adeguati finanziamenti vengano garantiti, previsti e allocati in maniera dedicata, costante e continuativa per la realizzazione di attività di ricerca o di progetti dimostrativi che possano contribuire a ampliare la base delle conoscenze, valutare l'applicazione di good practice, e promuovere modelli innovativi di promozione della salute finalizzati alla riduzione dell'impatto dell'alcol sui comportamenti e sugli stili di vita.

I possibili interventi preventivi e dissuasivi, che puntino a modificare gli atteggiamenti profondi e non solo i comportamenti singoli di chi incorre in simili rischi, e che la Consulta ha preso in esame e propone di avviare, si collocano nelle seguenti aree:

la prevenzione primaria "sistemica", intesa come la prevenzione rivolta a tutti i soggetti sociali ed istituzionali che in qualche modo possono avere una influenza sul consumo di bevande alcoliche, siano essi produttori, decisori pubblici, mass-media, amministratori locali, volontariato, ecc.;

la conoscenza approfondita dei fenomeni di consumo e di abuso alcolico per target di popolazione, territorio e cultura sociale;

la prevenzione diretta ai cosiddetti "moltiplicatori sociali", tutti coloro cioè che per ruolo e professione (commercio, ristorazione, volontariato, wellness, scuola, spettacolo, bellezza, sport) hanno contatti diretti e possono avere una influenza sui target a rischio, sia i termini di controllo, che in termini di propagazione di comportamenti esemplari e virtuosi, soprattutto nei confronti della fascia di età giovanile;

forme di collaborazione con attività preventive di altri abusi, consumi a rischio e stili di vita contrari alla salute, per iniziative integrate;

la comunicazione preventiva su specifici territori e contesti.

Alcuni concreti esempi di iniziative da promuovere sono i seguenti:

-promozione e attivazione, attraverso l'identificazione di un adeguato supporto di segretariato tecnico istituzionale, di un censimento a cura della Consulta delle attività e delle good practice svolte al fine di diminuire l'impatto alcolcorrelato sulla sicurezza nei luoghi di lavoro;

-sito internet nazionale certificato, a cura della Consulta, che veicoli le buone pratiche, i casi di comportamenti ed atteggiamenti virtuosi, i progetti che hanno avuto successo, le pubblicazioni ed i documenti;

-programmi di ricerca significativi, bibliografie mirate, studi approfonditi che permettano di mettere meglio a fuoco la realtà dei rischi da alcol e il collegamento con gli stili di vita, con la cultura collettiva, con il mondo dei mass-media;
-sensibilizzazione e formazione dei genitori nei vari contesti aggregativi (scuole, parrocchie, sedi di quartiere,...) sulla trasmissione ai figli di stili di vita sani;
-accordi per progetti con il mondo dello spettacolo, giovanile e non;
-accordi con il mondo dei prodotti locali, dell'agriturismo e del localismo sociale ed economico;
-accordi con i gestori di locali per una offerta di bevande analcoliche;
-progetti di valutazione e proposta sul tema dell'alcol e della sicurezza nei luoghi di lavoro, dei ritmi di lavoro e dello stress lavorativo;
-accordi con i datori di lavoro per azioni di "lavoro sicuro";
-accordi con i gestori di ristoranti per Menu sani;
-formazione e sensibilizzazione dei docenti afferenti agli istituti di ogni ordine e grado allo sviluppo di stili di vita sani nella ordinaria attività didattica, e non solo nei moduli separati.

GRUPPO DI LAVORO ALCOL, GUIDA E LAVORO

DOCUMENTO "ALCOL E LAVORO"

I dati dell'Organizzazione Internazionale per il Lavoro (ILO) riferiscono stime di circa il 10-12% di tutti i lavoratori di età superiore ai 16 anni con problemi legati all'abuso o alla dipendenza da alcol a livello europeo. Almeno il 10% degli infortuni sul lavoro sono attribuiti all'alcol, secondo stime dell'OMS, e si tratta di quegli infortuni che in alcuni casi vengono attribuiti a imprudenza, negligenza oppure alla mancata informazione e formazione. Anche gli incidenti stradali, durante il percorso casa lavoro o spostamenti nell'ambito dell'orario di lavoro, causati appunto dall'assunzione di alcolici, rappresentano più dell'11% dei 940.000 infortuni sul lavoro.
I fenomeni correlati all'uso di alcol interessano tutte le professionalità e le fasce di responsabilità. Vi sono costi sociali associati al consumo di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro, derivanti dalla perdita di produttività legata ai fenomeni di assenteismo, disoccupazione e anni di lavoro persi per morte prematura. Da tempo l'Organizzazione Mondiale della Sanità indica i luoghi di lavoro come ambienti che dovrebbero essere completamente alchool-free. Anche la recente strategia europea sull'alcol adottata nell'ottobre 2006 (Una strategia dell'Unione Europea per sostenere gli Stati Membri nel ridurre i danni alcol correlati) identifica tra le aree prioritarie la prevenzione dei danni alcol correlati fra gli adulti e la riduzione dell'impatto negativo del consumo di alcol nei luoghi di lavoro. In questo senso la recente individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero sulla sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi (prevista dall'art.15 della L. 125 -2001), per le quali è vietata l'assunzione o la somministrazione di alcol, approvata dalla Conferenza permanente Stato-Regioni, ha rilanciato l'attenzione verso la relazione impossibile tra l'uso di alcol e il sistema lavoro. [1]

[1] Se questo provvedimento sia sostitutivo del previsto Decreto Ministeriale è materia di discussione: i pareri più accreditati (Ministero del Lavoro, Conferenza Stato-Regioni) affermano che esso lo sia e quindi che l'art 15 della L. 125/2001 sia già in vigore; di parere contrario sarebbe il Ministero della Sanità che affermerebbe la necessità del Decreto Ministeriale per "perfezionare" la legge. A tutt'oggi si rimane in attesa della posizione ufficiale. Le ragioni dei sostenitori della vigenza della legge sono le seguenti: il provvedimento attuativo cita anche la legge n. 131 del 2003, il cui art. 8, comma 6, prevede che, in sede di Conferenza Stato/Regioni, il Governo può "promuovere la stipula di intese dirette a favorire il raggiungimento di posizioni unitarie ed il conseguimento di obiettivi comuni". E' chiaro che, presumibilmente per evitare lo stallo in una materia delicata ed urgente, il Governo ha reputato di utilizzare questo strumento per emanare un atto che "sostituisca" il decreto del Ministero del lavoro, concertato con il Ministero della salute; quindi l'accordo raggiunto in Conferenza Stato/Regioni ha la sua ratio in una norma di legge e, quindi, è fonte di livello equivalente a quella che non è stata emanata (il decreto, appunto). In altre parole, ha natura sostanzialmente regolamentare (così come l'avrebbe avuta il decreto previsto dalla Legge n. 125/2001) ed è, quindi, vincolante per l'interprete.

L'obiettivo dichiarato dell'art. 15 del divieto dell'assunzione di alcolici durante il lavoro è quello di non aggiungere il rischio dell'assunzione di alcol al rischio di infortunio o di danno a terzi, già elevato in alcune lavorazioni. In realtà nel lungo dibattito che c'è stato per individuare le lavorazioni ad alto rischio si sono aggiunte mansioni a basso rischio di infortunio ma che presentano o "alta responsabilità educativa" (insegnanti), oppure "rischio per danni a terzi legato all'attività di sorveglianza" (addetti all'assistenza, operatori sanitari).

Ulteriori difficoltà devono essere affrontate sul piano culturale e sulla informazione per sfatare o definire in modo più adeguato questo problema. L'attenzione rivolta verso i problemi di dipendenza cronica fanno spesso sottovalutare la presenza ed il ruolo dei bevitori moderati, i quali rappresentano numericamente la maggioranza dei lavoratori e verso i quali si devono attuare specifiche forme di informazione e di formazione.

La completa realizzazione della norma introduce non solo un divieto ma un vero e proprio cambiamento culturale che deve provocare una modificazione dello stile di vita. Risulta pertanto evidente che per dare piena attuazione ai principi ispiratori della normativa devono essere definite una serie di procedure applicative condivise tra i vari soggetti chiamati in causa:

- *il datore di lavoro;*
- *i lavoratori;*
- *i medici competenti e i medici degli SPISAL;*
- *le associazioni di categoria e le organizzazioni sindacali;*
- *i responsabili della sicurezza;*
- *gli operatori dei servizi di alcologia.*

Sarebbe opportuno che le modalità di applicazione della legge venissero condivise dalle Organizzazioni datoriali e sindacali in un apposito Accordo tra le Parti che dovrebbe contenere la descrizione del processo che porta al divieto dell'uso di alcol e le modalità di controllo con norme di garanzia per i lavoratori. E' auspicabile che venga siglato un accordo nazionale o almeno a livello regionale.

La reale attuazione dell'art 15 della L. 125/2001 non può prescindere pertanto da una serie di azioni focalizzate sulla corretta informazione sia sui danni alcol correlati nei luoghi di lavoro sia sulla normativa, al fine di fornire una migliore comprensione dei principi ispiratori della normativa stessa e soprattutto degli strumenti da individuare per la sua attuazione. Per implementare questo sistema complesso di interventi, che comprende anche la definizione di protocolli di comportamento omogenei, è necessario garantire la disponibilità di risorse umane e finanziarie.

Azioni

1. *Definizione di una soglia di alcolemia condivisa*

   Al pari del Codice della strada (peraltro la norma si applica già ai lavoratori che guidano) si ritiene opportuno individuare una soglia oltre la quale si identifichi la condizione di rischio e ne derivino le possibilità di intervento. Pur ritenendo la soglia prevista dal Codice della strada ancora elevata, e ritenendo corretta la soglia di 20 mg/100ml, alla quale iniziano a comparire i primi disturbi, si accetta una soglia omogenea al Codice sopra citato, nell'ottica di una progressiva riduzione nel tempo, come indicato nelle politiche comunitarie (50 mg/100 ml).

2. *Definizione di un protocollo di comportamento ai fini di prevenire le problematiche alcol correlate*

   Individuazione di apposite indicazioni in comparti a rischio sulla corretta applicazione della 125.

Inoltre il decreto previsto dalla l. n. 125 non potrebbe essere emanato dai "soli" Ministeri in quanto la salute e sicurezza sul lavoro è materia a competenza ripartita Stato/Regioni, necessitando qualsiasi provvedimento di livello regolamentare di un "passaggio" in Conferenza Stato/Regioni per la sua validazione. Insomma, il provvedimento della Conferenza – effettivamente "atipico" – sarebbe il portato del federalismo e, per quanto maggiormente ci interessa, sarebbe vincolante per ogni soggetto destinatario della norma.

3. *Definizione di un Protocollo di comportamento condiviso in casi di evidenti problematiche alcol correlate*

   Individuazione di buone pratiche che agevolino l'avvio del percorso di riabilitazione del lavoratore.

4. *Sensibilizzazione e informazione di tutte le componenti lavorative*

   Momenti formativi-informativi, divulgazione di apposito materiale (Vedi progetto nazionale Alcol e Lavoro).

5. *Sviluppo di studi analitici per la valutazione e il monitoraggio delle problematiche alcol correlate nel mondo del lavoro*

Punti critici

1. *Si sottolinea la criticità rappresentata, analogamente a quanto accade per gli accertamenti derivanti dalla guida in stato di ebbrezza, dalla questione della criteriologia espressa dalla Medicina Legale e in particolare dalla Tossicologia Forense, che non solo chiede una esclusività nel determinare la metodologia di accertamento ma fa riferimento in tale criteriologia solo ai controlli di laboratorio e generiche applicazioni testistiche. Pur non avendo competenza clinica in campo alcologico né operando concretamente nel campo del counselling alcologico. Tale criticità è favorita da un atteggiamento dei SerT/Servizi di Alcologia che non desiderano esercitare quelle funzioni di vigilanza e controllo che in una prospettiva di sanità pubblica sono parte integrante della realizzazione dei programmi collateralmente alle attività cliniche.*

2. *Il riferimento è allo schema di atto di intesa Stato-Regioni in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza e alcoldipendenza, che individua il Ser.T., e non il Servizio di Alcologia, come struttura sanitaria competente per tali accertamenti nei confronti dei lavoratori.*

GRUPPO DI LAVORO "EDUCAZIONE, PREVENZIONE, E TRATTAMENTO"

DOCUMENTO "ALCOL E GIOVANI: RACCOMANDAZIONI PER UN INTERVENTO"

Le molteplici esperienze di prevenzione dell'abuso di alcol dimostrano come il fenomeno abbia sfumature complesse e contorni variegati. Così come per l'alcolismo si parla di eziologia multifocale anche il problema della diffusione di alcol tra i giovani si può imputare a diverse fonti fenomenologiche. Di conseguenza pure gli approcci preventivo-educativi possono, anzi dovrebbero, assumere diverse connotazioni, con forti richiami al contesto di riferimento.

L'attenta osservazione delle dinamiche implicite ed esplicite e la comprensione del contesto in cui si opera dovrebbero essere alla base dei contenuti educativi dei progetti di prevenzione. Senza la valutazione del contesto infatti non è possibile costruire le relazioni che andranno ad instaurarsi tra operatori e giovani. L'approccio educativo deve valorizzare l'unicità del singolo soggetto incontrato, deve trasformare un intervento di prevenzione alla popolazione generale in un intervento di prevenzione per quella e con quella persona. Deve riuscire ad enfatizzare il valore esperienziale dell'intervento per quel singolo giovane. Le dinamiche che si attivano, pur applicandosi in un breve attimo, un frangente di pochi minuti, devono essere interattive, attraverso modalità e stili in grado di inserirsi sia nella festa che nella singola relazione. L'incontro con il progetto deve proporsi e sperimentarsi come una chill-out emotiva, un luogo di decompressione dalla festa, uno spostamento imprevisto dall'essere uno del gruppo alla persona, essere unico e irripetibile, per poter così veicolare conoscenza, divertimento, consapevolezza e capacità di scelta. L'approccio educativo delle maggiormente collaudate esperienze di prevenzione in contesti di ritrovo (ad iniziare da quelle di Sicuramente al mare - 20.000 contatti in 6 anni di attività - e di Blu Runner – 90.000 contatti in 8 anni) sottintendono, in un'ottica motivazionale, la capacità di intervenire con uno stile che faccia sentire protagonista il giovane che si avvicina, centrando,

pure nei preliminari percorsi formativi, l'attenzione sulla relazione "operatore verso il giovane", in costante, equilibrio tra l'apertura di una"frattura interiore" e l'aumento dell'"autostima" (teoria motivazionale). Tale approccio (educare = educere : tirar fuori da dentro) può funzionare e funziona solo se, intimamente, riconosciamo un valore positivo ai giovani e alla loro capacità di autodeterminazione e cambiamento (credito positivo). Non funziona, invece, se nell'immagine stereotipata del mondo della notte crediamo che i giovani siano senza valori e significati.

L'esperienza di simili progetti si dipana soprattutto in un ambito di divertimento, specie estivo, legato tendenzialmente alle discoteche, alle feste in spiaggia o in ritrovi limitrofi ed agisce, quindi, in un contesto spesso limitato nel tempo ma "senza confini" e "senza muri", condizioni che portano ad abbattere qualsiasi tipo di formalità e talora, purtroppo, qualsiasi tipo di limite personale. La comprensione di un simile contesto rappresenta uno dei passi fondamentali per la nascita dei progetti: a tal fine, il primo passo mosso dagli operatori è quello della mappatura del territorio, allo scopo di conoscere meglio la realtà in cui ci si trova ad operare. Tale mappatura non si traduce in una semplice osservazione dell'ambiente ma consiste in una vera e propria raccolta di informazioni sui diversi luoghi, su spazi, ambienti, offerta ma anche sui modi con cui i giovani ricercano socializzazione e divertimento, sulle dinamiche relazionali ed ovviamente sul comportamento legato al consumo di alcolici (una sorta di ricognizione conoscitiva). Ciò che appare subito chiaro da tale raccolta di informazioni è che, al di là del consumo di alcolici, che rappresenta una sorta di filo comune, nei vari contesti vi sono differenze sostanziali: ad esempio ogni stabilimento balneare è una realtà a sé stante e, soprattutto per quanto riguarda le feste serali, in grado di richiamare uno specifico target. Gli operatori dei progetti, quindi, in questi anni, hanno dovuto imparare a modulare il proprio intervento proprio sulla base di queste variabilità e l'esperienza accumulata ha permesso loro di adattare il proprio stile al particolare tipo di situazione che li coinvolgeva.

La conoscenza del contesto rappresenta dunque un presupposto essenziale alla realizzazione di un intervento: l'età dei frequentatori, le caratteristiche dell'offerta (inclusi i costi), i modelli di consumo, le pressioni sociali, l'atteggiamento familiare (se è vero che gli adolescenti trevigiani o vicentini amano rum e succo di pera, altrettanto non è per i modenesi che prediligono birra, i cosentini che scelgono i breezer, i catanesi che optano per i vini o i milanesi o i romagnoli che tuttora chiedono aperitivi o mohito). Ciò impone attenzione alle campagne nazionali che migrano da una notte all'altra in giro per la penisola, dispensando gadget e misurazioni etilometriche senza incidere minimamente su conoscenze e scelte consapevoli.

La realtà attuale di questi progetti è frutto soprattutto di anni di esperienza "sul campo" ma anche di scambi con altri protagonisti di questa realtà, i gestori degli stabilimenti balneari, gli Enti locali, le Forze dell'Ordine, le parti politiche, le Associazione di Categoria, ecc....Questi scambi hanno permesso di creare una rete di collaborazione e sostegno che ha arricchito di contenuti il lavoro sul campo degli operatori. In alcune circostanze è stato possibile creare assieme situazioni ad hoc di incontro e divertimento.

L'essere entrati in sintonia con il contesto ha permesso agli operatori di instaurare una relazione con i destinatari ultimi del progetto, i giovani. Una relazione è il legame che unisce emittente e destinatario: la forma specifica della relazione è in funzione del tipo di legame e del modo in cui il legame stesso si esprime. Negli approcci preventivi, le diverse relazioni che si instaurano diventano fondamentali per la ricaduta sociale dell'intervento: ciò che spesso si osserva è che la tipologia di relazione che si genera tra operatori e giovani è, per mutuare un concetto dalla pragmatica della comunicazione, di tipo complementare ovvero si tende e pensare all'operatore in una posizione primaria, one-up, rispetto ai giovani contattati. Questa posizione primaria viene rimarcata sia dagli aspetti di contenuto di tale relazione (le informazioni fornite) sia dagli aspetti non-verbali: per intenderci, l'allestimento, l'uso del camper, le diciture che rendono chiaramente identificabile l'ente promotore del progetto. Al contrario, uno dei capisaldi delle esperienze sopracitate è stato il porre l'operatore in una posizione paritetica rispetto ai ragazzi, ovvero, si è puntato di più su una posizione simmetrica, che potesse in ultima battuta valorizzare le potenzialità delle singole persone, attraverso uno scambio di "saperi", di "vissuti", per mezzo dei quali veicolare tutta una serie di informazioni sull'alcol e i propri effetti. Tale stile educativo rende attivi tutti ragazzi che si avvicinano, li rende dunque non semplici fruitori di un pacchetto

preconfezionato ma in modo più profondo, parte integrante di ciò che avviene all'interno dell'allestimento. Così, ad esempio, ai ragazzi si chiede di lasciare "un segno", scrivendo pensieri, vissuti e stati d'animo su stoffe bianche con pennarelli colorati, e di dare spazio alla loro espressività, scegliendo da una lista di parole su cartoncini colorati quella/e che meglio li rappresentano. All'interno di questo spazio accogliente e non giudicante, l'etilometro ed il materiale informativo diventano frammenti di un "tutto" più strutturato, che diviene parte integrante della festa e non un'appendice esterna e che rende più agile l'aggancio tra giovani ed operatori.

In ambiente anglosassone, l'utilizzo di tradizionali principi di educazione degli adulti, come la collaborazione di gruppo, lo scambio d'idee, di esperienze e la discussione sono elementi considerati chiave per un apprendimento efficace: una corretta filosofia preventivo-educativa mutua le proprie basi proprio su questo concetto. Proprio perché convinti dell'importanza della partecipazione attiva dei ragazzi, il contatto tra giovani ed operatori avviene sempre attraverso un ricco scambio di "saperi", cioè senza che nessuno dei due si imponga sull'altro, ma attraverso una discussione, dialogo simmetrico, che, proprio per questa sua caratteristica, diventa fonte di apprendimento per il giovane. A quel punto, il ragionamento così strutturato, quale fosse un susseguirsi di sillogismi, rende possibile l'introduzione dell'etilometro con annessi tutti i significati dell'alcolemia rilevata: in tal modo, lo strumento di misurazione non viene vissuto come intrusivo e l'alcolemia come un giudizio calato dall'alto, ma entrambi permettono di mettere in discussione certezze e "leggende metropolitane" rendendo possibile un ampliamento di conoscenze e quindi di consapevolezza.

Questo tipo di relazione, comunque basata sugli "scambi" tra operatori e ragazzi, sottende un approccio in cui i partecipanti contribuiscono anche da soli alla creazione di nuova conoscenza piuttosto che un approccio in cui si privilegi la conoscenza e la competenza proveniente "dall'alto". Tale approccio presenta come elemento cardine la "democraticità", attraverso cui stimolare l'autonomia e la capacità di prendere decisioni, innescando quella sorta di curiosità che permette poi agli operatori di veicolare informazioni facendo prevenzione. Ciò significa che per un apprendimento collaborativo, è necessario distribuire le responsabilità fra i partecipanti, riconoscere le differenze e valorizzarle come risorsa piuttosto che bandirle dalla comunità.(McConnell, 2002).

Questo tipo di approccio educativo/preventivo mette in crisi il ruolo dell' esperto tradizionale, con slogan ad effetto, gadget intelligenti e sponsor importanti, a favore della valorizzazione di modalità di apprendimento partecipative, interattive, e spontanee tra pari.

L'interazione che ne deriva permettere di far passare messaggi, specie nelle "aree dei convincimenti più radicati:" a me non accadrà mai...., non sono mica come quello che....., tempo dieci minuti, un quarto d'ora massimo e sono sotto....., adesso mi faccio una bottiglia d'acqua e una cicca e sono a posto...".

In conclusione appare utile fare esplicito riferimento ad uno dei progetti suddetti, Sicuramente al mare, che concentra la propria attività nella zona di Marina di Ravenna: la cittadina balneare aveva offerto in passato una buona soluzione turistica soprattutto per famiglie che trascorrevano interi periodi estivi al mare. Poi, negli anni, le abitudini sono cambiate: sempre meno famiglie potevano permettersi il mese di villeggiatura al mare e la ricettività del paese ha conosciuto una leggera crisi. Ecco allora che gli stabilimenti balneari hanno subito un certo "cambio di consegna", a cominciare dal tipico e tradizionale "bagnino romagnolo attempato" e il giovane in cerca di un investimento innovativo e redditizio per le prime esperienze. Ed è così che sono nate le prime festicciole in spiaggia, generalmente dedicate ai clienti abituali dello stabilimento: poi qualche gestore, che aveva conosciuto il fenomeno fuori dall'Italia, ripropone nel proprio esercizio quel fenomeno nuovissimo che all'estero chiamano "Happy-hour" o anche "Ora Feliz" (in entrambi i casi "Ora felice" in italiano).

Ma cosa era esattamente l'happy-hour? "Happy hour, espressione in lingua inglese che significa letteralmente "ora felice" è la fascia oraria in cui alcuni bar e altri esercizi pubblici praticano sconti, tipicamente sulle bevande alcoliche" (definizione). Un paio di stabilimenti balneari, conclusa la giornata in spiaggia fatta di sole, tintarella, beach volley e racchettoni, hanno iniziato ad offrire ai propri clienti un' alternativa gustosa prima del rientro a casa: un po' di musica suonata con veri e propri impianti accompagnati dall'offerta di due birre al prezzo di una. Al suono della musica e con due bottiglie in mano era facile socializzare e fare due chiacchiere prima del rientro. Pian piano la musica ha aumentato

i decibel, i locali dello stabilimento balneare si sono improvvisati come pista da ballo e i giovani, da altri bagni vicini attirati dal tamtam, confluivano tutti nello stesso locale.

Ed è così che l'happy hour diventa un nome conosciuto dai più giovani e da loro ribattezzato semplicemente "happy" , e ciò che all'inizio è semplicemente un fenomeno mutuato dagli anglosassoni per cui due birre erano vendute al prezzo di una diviene in poco tempo una vera e propria moda, un vero fenomeno capace di richiamare sempre più giovani, spesso provenienti da luoghi più o meno limitrofi. Infatti in poco tempo molti giovani locali e di altre province dell'Emilia Romagna scoprono che è bello andare al mare senza doversi portar con sé un "corredo di abiti griffati" per poter affrontare con serenità la serata in discoteca, scoprono che se si è anche un po' arrossati dal sole o spettinati a causa della salsedine va bene lo stesso, si può fare festa lo stesso con altri migliaia di ragazzi. I giovani di città, abituati tutto l'inverno a sottostare a pesanti cliché, si "innamorano" della libertà che trovano a Marina di Ravenna e vi corrono numerosi tutti i week end. Non si può negare, comunque, che una migrazione così ampia nei numeri, di giovani e meno giovani, verso la "movida" di Marina di Ravenna non abbia attivato un mercato illegale di sostanze stupefacenti (cannabis, coca, mdma,...): un mercato sommerso e dinamico che vive parallelamente affianco di quello legale.

Considerando che la libertà per molti ragazzi non fa rima con "limite", a seguito di eccessi di sostanze legali ed illegali alcuni finiscono con l'adottare comportamenti che diventano il fulcro delle proteste di chi addita i giovani e i loro stili di vita, compreso l'happy-hour, come responsabili di tutti i mali. Non è innegabile che sempre più spesso, le sostanze legali ed illegali, ed in particolar modo l'alcol, rappresentano l'innesco per questa "life explosion", ma nascondendosi dietro al fenomeno, volendo solo punire questa sorta di comportamenti, si rischia di perdere di vista i veri detonatori della "movida", ovvero i ragazzi e la loro voglia di divertirsi, stando tutti insieme.

Infine, in questi sette anni di attività del progetto, si è assistito ad una sorta di paradosso: da una parte i contatti tra operatori e giovani sono aumentati in maniera esponenziale (il numero di alcolemie effettuate in questo periodo è quadruplicato) e dall'altra la percezione degli operatori parla di una maggior diffusione di sostanze legali ed illegali. Quindi, l'aumento del consumo di sostanze viaggia parallelamente alla richiesta di informazione dei giovani, che iniziano a concentrarsi anche sull'aspetto fisico della questione, eludendo un attimo dal solo aspetto sanzionatorio dell'uso di alcol connesso alla guida. Infatti sempre più numerose sono le richieste sulle differenze di genere, sull'assorbimento dell'alcol, sugli effetti delle sostanze sul sistema nervoso centrale, e sempre maggiore è la disponibilità dei ragazzi e "rivedere e correggere" quella sorta di "leggende metropolitane" su alcol e sostanze che sono divenute il loro bagaglio culturale e con cui affrontano i luoghi del divertimento.

5. La I Conferenza nazionale sull'alcol

Nei giorni 20 e 21 ottobre 2008 il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha organizzato a Roma, in collaborazione con la Consulta Nazionale sull'Alcol e il supporto tecnico-organizzativo dell'ISFOL, la I Conferenza nazionale sull'Alcol. sul tema "Più salute, meno rischi. Costruire alleanze per il benessere e la sicurezza".

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

I lavori della Conferenza, aperti e conclusi dal Sottosegretario al Ministero del Lavoro, Salute e Politiche sociali Eugenia Roccella, Presidente della Consulta nazionale sull'alcol, si sono articolati nell'ambito di due giornate, che hanno visto alternarsi sessioni di lavoro plenarie e parallele, con la partecipazione di rappresentanti politici e istituzionali nonché di accreditati esperti di ambito nazionale ed internazionale.

La Conferenza ha suscitato grande interesse nel mondo degli operatori, che hanno partecipato in gran numero e attivamente ai lavori nell'ambito delle 5 sessioni parallele previste, contribuendo al successo dell'iniziativa e alla produzione degli importanti documenti finali approvati dalla Conferenza.

Nell'ambito della Conferenza sono stati allestiti anche numerosi spazi espositivi per la diffusione di materiali e documenti prodotti in varie occasioni a livello centrale e regionale, che hanno testimoniato con la loro ricchezza la capillare diffusione degli interventi di prevenzione alcologica nel territorio nazionale.

Nel corso delle due giornate sono state trattati, tramite interventi in plenaria, tavole rotonde e gruppi di lavoro delle sessioni parallele, alcune aree tematiche fondamentali:

-Consumi di alcol e impatto alcol correlato
-Stili di vita e cultura del bere in Italia
-Panorama europeo: indirizzi e buone pratiche
-Istituzioni, società civile e problematiche alcolcorrelate: ruoli e priorità
-Il sistema dei servizi pubblici e privati accreditato
-Ruolo della società civile: auto mutuo aiuto, volontariato e associazionismo
-Giovani: protezione dei minori, tutela della crescita, responsabilità e autonomia
-Politiche di controllo: produzione, commercializzazione, promozione e vendita

-Guida e lavoro: politiche per la sicurezza del trasporto

-Costruire alleanze per il benessere e la sicurezza.

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

I Conferenza Nazionale sull'alcol
Proposte presentate nei documenti finali approvati nelle 5 sessioni parallele

Sessione "Il sistema dei servizi pubblici e privati accreditati"

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

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

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

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

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

- individuare forme diverse di sensibilizzazione sia dal punto di vista degli strumenti, dei linguaggi che dei contesti;
- lavorare sulle differenze tra uso e abuso è essenziale per mettere a fuoco il perché si consuma;
- riflettere sugli esempi forniti dagli adulti, sia come bevitori occasionali che abituali e problematici.

- *-Intervento di contesto:*
- -comunicazione e marketing sociale: sganciate dall'ideologia; puntando a formazione, competenza ed efficacia (è strategica la cooperazione con organizzatori e gestori ed è necessaria l'assunzione di una posizione non giudicante);
- -formazione certa e trasversale (conoscere ciò di cui si parla);
- -informazione scientificamente ineccepibile (chiarezza degli obiettivi dei progetti, valutazione dei processi, costruzione di buone pratiche);
- -rilancio del valore del volontario ovvero della gratuità;
- -possibilità di costruire relazioni, stabili nel tempo, con gruppi a rischio sganciati da setting di cura;
- -modifica delle Legge 125 con il fine di istituire il divieto di vendita, uso, detenzione e trasporto di prodotti alcolici fino ai 18 anni compiuti, superando l'ambiguo ed arcaico concetto di "somministrazione".

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

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

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

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

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

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

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

PARTE SECONDA

6. I servizi alcologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30.3.2001 n. 125. Anno 2007

6.1. Il personale dei servizi

Al 31.12.2007 sono stati rilevati 472 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza distribuiti in 20 Regioni e P.Autonome: il 95,8% sono di tipo territoriale, il 2,1% di tipo ospedaliero e il 2,1% di tipo universitario (tab.1-2; graf.1).
I servizi o gruppi di lavoro sono in costante aumento a partire dal 1996, anno in cui ne erano stati rilevati 280.
In totale nel 2007 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 3.803 unità di personale: 611 addette esclusivamente (16,1% del totale) e 3.192 addette parzialmente (83,9% del totale) (tab.3; graf.2).
Dalla distribuzione percentuale del personale per tipo di rapporto a livello territoriale si osserva che nella maggior parte delle Regioni si hanno proporzioni elevate di addetti parziali; fanno eccezione il Friuli Venezia Giulia, dove sono più frequenti gli addetti esclusivi, e la Valle d'Aosta e la Calabria, in cui il personale si distribuisce quasi equamente tra le due tipologie (tab.3).
La proporzione più alta di addetti esclusivi spetta agli educatori professionali (19,0%), seguiti dagli assistenti sociali (18,1%) e dagli infermieri professionali (16,8%); viceversa, per gli psicologi si osserva la quota più elevata di addetti parziali (85,2%) (graf. 2-3).
Comunque, per il totale nazionale, in tutte le professionalità considerate la proporzione di personale che presta il proprio servizio anche in altri settori non scende al di sotto dell'80%.
La tabella 4 riporta per il periodo 1996-2007 i trend del numero assoluto delle unità di personale (totale, esclusivo e parziale) distinte nelle singole qualifiche professionali. Si osserva, per il personale esclusivo, una diminuzione, già osservata dal 2002 e interrotta solo nel 2005, per ogni qualifica considerata; tale diminuzione peraltro emerge nonostante un generale aumento dell'ammontare del personale, presumibilmente dovuto al più alto numero di servizi rilevati (412 nel 2005; 455 nel 2006; 472 nel 2007). Tale andamento si conferma anche osservando la distribuzione del personale in termini percentuali.
Nella tabella 5 sono visualizzate le distribuzioni percentuali regionali delle 4 suddette qualifiche, distintamente per il totale e per gli addetti esclusivi e parziali: analizzando il dato nazionale si nota che il 48,7% del personale totale è costituito da operatori sociosanitari, i medici rappresentano il 22,5% e gli psicologi il 17,9%; il restante 10,9% riguarda il personale amministrativo o di altra qualifica.
La distribuzione del personale esclusivo per qualifica presenta, rispetto a quella del personale parziale, una minore presenza di medici (21,1% vs 22,8%) e psicologi (16,5% vs 18,2%) e una maggiore presenza di operatori socio-sanitari (53,4% vs 47,8%).
L'analisi della distribuzione regionale del personale totale per qualifica evidenzia una

marcata eterogeneità territoriale per tutti i profili professionali in esame e che gli operatori sociosanitari sono la professionalità più frequente in ogni Regione (graf.4).

6.2. Le caratteristiche demografiche dell'utenza

Nel 2007[1] sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 58.378 soggetti alcoldipendenti (tab.6), valore inferiore rispetto a quello del 2006[2] (graf.5).
Il 32,3% dei servizi ha meno di 50 utenti; quelli a più alta utenza (200 o più soggetti in carico) rappresentano il 19,6% del totale dei servizi o gruppi di lavoro rilevati (graf.6).
La graduatoria regionale vede le Regioni del Nord ai primi posti. In particolare Veneto e Lombardia sono le Regioni con il numero assoluto più elevato di utenti (rispettivamente, 10.578 e 9.072), mentre il valore più basso si registra in Valle d'Aosta con 281 utenti [3].
Il 31,3% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il rimanente 68,7% da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. Stratificando per sesso, le percentuali di nuovi utenti risultano pari a 31,6% per i maschi e a 30,3% per le femmine.
A livello regionale, i nuovi utenti presentano un'elevata disomogeneità nella distribuzione percentuale: la maggiore concentrazione si osserva nel Friuli Venezia Giulia (46,4%), la più bassa in Emilia Romagna (20,7%) (graf. 7).
Il rapporto M/F è pari a 3,5, considerando il totale degli utenti (gli uomini rappresentano il 77,8% dell'utenza totale), a 3,7 nei nuovi utenti e a 3,4 negli utenti già in carico o rientrati (i maschi rappresentano il 78,5% nei nuovi utenti e il 77,5% negli utenti già presi in carico dai servizi).
A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al Centro-Sud sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati).
L'analisi per età (tab.7) evidenzia che la classe modale è 40-49 anni, sia per l'utenza totale (17.568 soggetti, pari al 30,1%) sia per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti (rispettivamente 28,2% e 31,0%).
Gli individui di età compresa tra i 30 e i 59 anni rappresentano il 75,6% di tutti gli alcoldipendenti in esame (72,3% nei nuovi utenti e 77,2% negli utenti già in carico), i giovani al di sotto dei 30 anni sono al massimo il 15% (10,0% negli utenti totali, 15,2% nei nuovi utenti e 7,6% nei vecchi utenti), mentre non trascurabile è la quota degli

---

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

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

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

individui di 60 anni e oltre (14,4% negli utenti totali, 12,5% nei nuovi utenti e 15,3% nei vecchi utenti).
Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: il 59,3% dei primi ha più di 40 anni rispetto al 70,3% dei secondi; il 15,2% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale si dimezza (7,6%); viceversa gli ultracinquantenni sono il 31,1% per i nuovi utenti e il 39,3% per quelli già in carico.
Analizzando distintamente i due sessi si nota che l'utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 34,9% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 27,5% delle femmine; nella classe modale 40-49 anni si concentra il 31,7% delle donne (29,6% nel sesso maschile), nella classe successiva (50-59 anni) le percentuali scendono a 24,1% e a 21,8%, rispettivamente, per le donne e per gli uomini; infine la proporzione di utenti con età maggiore o uguale a 60 anni è pari a 13,7% nei maschi e a 16,8% nelle femmine. Stratificando per sesso e tipologia di utenza si osserva nuovamente il maggior peso percentuale, nelle donne, delle classi di età più avanzate.
Nel tempo si osserva la tendenza all'aumento della frequenza della classe di età più giovane (<20 anni) e della classe 40-49 anni, sia nei nuovi utenti che in quelli già in carico. Si conferma inoltre l'inversione di tendenza, gia osservata dal 2005, per la frequenza della classe di età 20-29 anni che, in crescita fino al 2005, dopo tale anno risulta ancora in calo. Un nuovo trend sembra evidenziarsi, in quest'ultimo triennio, anche per la classe degli ultrasessantenni negli utenti già in carico (tab.8; graf. 8-9).
Le caratteristiche fin qui evidenziate sulla distribuzione per età degli utenti vengono sostanzialmente confermate analizzando l'età media (tab.9). Nel 2007 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,2 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (46,7 rispetto a 44,8), a conferma dell'ipotesi della maggiore anzianità dell'utenza alcoldipendente femminile e, come già evidenziato, i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (43,1 vs 46,2); ma entrambi i sottogruppi non si discostano dalla tendenza generale di una maggiore rappresentatività delle età avanzate nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 45,5 vs 42,5 anni nel sottogruppo dei nuovi utenti e 47,3 vs 45,9 anni nel sottogruppo degli utenti già in carico).
A livello regionale si delinea, pur con qualche eccezione, una sorta di gradiente Nord-Sud: per il complesso degli utenti tutte le Regioni settentrionali, ad eccezione della Provincia autonoma di Trento, presentano valori dell'età media uguali o superiori al dato nazionale; viceversa nel Sud si registrano valori più bassi.
Nel 2007 si conferma il cambiamento di tendenza già osservato tra il 2005 e il 2006: ad eccezione dei nuovi utenti maschi, si assiste ad un generale aumento dei valori dell'età media che, viceversa, fino al 2005 erano risultati in diminuzione (tab.10; graf.10).

6.3. I consumi alcolici dell'utenza

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

(5,4%). La birra risulta prevalentemente consumata dai maschi (24,8% vs 19,4% delle femmine), mentre per il vino si osserva una percentuale più elevata di consumatori di sesso femminile (61,0% vs 55,7%). La distribuzione degli utenti per tipo di bevanda alcolica di uso prevalente è molto variabile regionalmente: per il vino, utilizzato in genere più frequentemente al Nord, si passa dal 68,7% del Veneto al 35,8% 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 19,8% in Sicilia) e di aperitivi/amari/digestivi, particolarmente utilizzati anche in alcune Regioni centrali (10,6% nel Lazio).
Nel periodo 1996-2007 (graf. 12) vi è una tendenza all'aumento del consumo di birra (da 14,1% a 23,6%) ed alla diminuzione del consumo di vino (da 68,3% a 56,9%); per i superalcolici e per gli aperitivi, amari, digestivi si osservano valori oscillanti intorno, rispettivamente, all'11% e al 5%.
L'uso concomitante di sostanze stupefacenti o psicotrope e l'abuso o l'uso improprio di farmaci (tab.11) riguardano, rispettivamente, il 10,4% (6.084 utenti) e il 6,5% (3.799 utenti) degli individui rilevati, con una grande variabilità territoriale (per le sostanze stupefacenti si va da valori intorno al 2% in Valle D'Aosta, Trento e Bolzano a valori intorno al 40% nel Lazio).
Nell'ultimo decennio la prevalenza di utenti che fanno un uso concomitante di stupefacenti registra una forte crescita (dal 5,7% del 1996 al 10,4% del 2007) mentre quella degli utenti che abusano anche di farmaci resta sostanzialmente stabile intorno a valori del 6% (tab.12).

6.4. I modelli di trattamento

Su questo argomento si rimanda alla Relazione al Parlamento dell'anno 2008, non essendo stato possibile per ragioni tecniche l'aggiornamento dei dati.

6.5. I modelli organizzativi dei servizi

Ai fini di una caratterizzazione del modello organizzativo-funzionale, sono state rilevate le funzioni effettivamente svolte dai servizi o gruppi di lavoro nel corso del 2007 in riferimento alle linee guida di cui all'Accordo Stato Regioni 21/1/1999 "*Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti*".
Nella tabella 13 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 2007 le funzioni indicate.
Come si può osservare, un' alta percentuale di servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi (87,7%), ha definito (86,0%) e/o attuato (85,2%) programmi terapeutico-riabilitativi; gli interventi di prevenzione sono stati effettuati dall'82,2% dei servizi. Per le funzioni di coordinamento, le percentuali di attivazione più basse sono riferite a quelle che coinvolgono le rilevazioni epidemiologiche (55,5%) e gli interventi di altre strutture o servizi sanitari pubblici (58,3%); le più alte sono attribuibili al coordinamento con il servizio sociale pubblico (81,8%), con i servizi ospedalieri

(79,0%) e con il medico di famiglia (78,0%). I piani operativi di formazione del personale e di sensibilizzazione hanno coinvolto il 65,0% dei servizi rilevati. Si osserva una forte variabilità regionale.
A partire dal 2005 tutte le percentuali relative alle funzioni svolte sono in diminuzione, ad eccezione di quelle relative alle funzioni di coordinamento degli interventi di altre strutture o servizi privati e del volontariato, che risultano in lieve crescita tra il 2006 e 2007 (tab.14).

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

Infine sono state acquisite informazioni circa le attività di collaborazione che i servizi o gruppi di lavoro hanno svolto, nel corso dell'anno di rilevazione, con gli enti e le associazioni del volontariato, privato sociale e privato in materia di alcoldipendenza.
Per quanto riguarda la collaborazione con i gruppi di auto-mutuo aiuto, si osserva (tab.15) che nel 2007 il 52,5% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 40,3% con gli A.A. e il 12,9% con altri gruppi.
Le attività di collaborazione con le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali e con le cooperative sociali per la gestione dei servizi sociosanitari ed educativi riguardano rispettivamente il 47,2% e il 21,0% dei servizi, con percentuali in aumento rispetto al 2006; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 40,9% (39,8% nel 2006). Nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli enti privati, sia con case di cura convenzionate (21,8%) che private (1,7%). 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 16 è riportato il numero medio annuale, per servizio o gruppo di lavoro, di enti o associazioni del volontariato e privato sociale che hanno collaborato con i servizi per l'alcoldipendenza. Analizzando il dato nazionale si osserva che mediamente, nel corso del 2007, ogni servizio ha collaborato con circa 7 CAT, 2 gruppi di A.A., 3 comunità e 2 cooperative sociali. Meno frequente, come già visto, la collaborazione con gli enti privati, con valori medi pari a 1,9 sia per le case di cura convenzionate che per quelle private, mentre permangono in entrambi i casi le differenziazioni a livello regionale.

TABELLE E GRAFICI

Tab.1- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2007

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	TOTALE
PIEMONTE	56	-	-	-	56
VALLE D'AOSTA	1	-	-	-	1
LOMBARDIA	44	4	4	-	52
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	-	-	6
PROV.AUTON.TRENTO	11	-	-	-	11
VENETO	31	5	1	-	37
FRIULI VENEZIA GIULIA	4	-	-	-	4
LIGURIA	4	-	-	-	4
EMILIA ROMAGNA	44	-	1	-	45
TOSCANA	40	-	1	-	41
UMBRIA	10	-	-	-	10
MARCHE	15	-	-	-	15
LAZIO	26	-	-	-	26
ABRUZZO	4	-	-	-	4
MOLISE	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*
CAMPANIA	40	-	1	-	41
PUGLIA	45	-	-	-	45
BASILICATA	6	-	-	-	6
CALABRIA	15	-	-	-	15
SICILIA	47	-	1	-	48
SARDEGNA	4	-	1	-	5
ITALIA	**452**	**10**	**10**	**-**	**472**

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

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

	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
ANNI	**territoriale**	**ospedaliera**	**universitaria**	**non indicata**	**TOTALE**
1996	256	20	2	2	280
1997	266	19	4	0	289
1998	245	16	2	5	268
1999	320	12	2	10	344
2000	299	13	3	0	315
2001	307	14	2	1	324
2002	398	14	9	2	423
2003	412	14	10	1	437
2004	427	18	10	2	441
2005	390	13	9	0	412
2006	432	13	8	2	455
2007	452	10	10	0	472

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

Tab. 3 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2007

REGIONE	MEDICI			PSICOLOGI			ASSISTENTI SOCIALI			EDUCATORI PROFESSIONALI		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	4	101	105	5	93	98	4	73	77	8	78	86
VALLE D'AOSTA	2	0	2	0	3	3	1	1	2	1	2	3
LOMBARDIA	27	66	93	21	66	87	21	54	75	15	27	42
PROV.AUTON.BOLZANO	3	5	8	6	14	20	1	6	7	1	1	2
PROV.AUTON.TRENTO	1	12	13	0	1	1	4	0	4	3	4	7
VENETO	12	65	77	12	47	59	13	38	51	15	35	50
FRIULI VENEZIA GIULIA	3	5	8	4	2	6	5	1	6	2	0	2
LIGURIA	5	10	15	3	4	7	1	4	5	1	10	11
EMILIA ROMAGNA	6	54	60	6	47	53	8	30	38	2	29	31
TOSCANA	3	70	73	2	40	42	0	55	55	2	32	34
UMBRIA	1	11	12	1	9	10	0	9	9	1	2	3
MARCHE	4	29	33	2	21	23	2	15	17	0	1	1
LAZIO	13	54	67	7	52	59	10	18	28	1	2	3
ABRUZZO	3	2	5	2	1	3	2	3	5	1	0	1
MOLISE	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*
CAMPANIA	13	66	79	10	45	55	16	45	61	8	14	22
PUGLIA	10	64	74	10	49	59	7	46	53	1	19	20
BASILICATA	3	9	12	2	10	12	2	6	8	1	2	3
CALABRIA	13	13	26	7	8	15	8	10	18	1	3	4
SICILIA	1	87	88	0	63	63	0	66	66	0	8	8
SARDEGNA	2	5	7	1	5	6	1	1	2	0	3	3
ITALIA	**129**	**728**	**857**	**101**	**580**	**681**	**106**	**481**	**587**	**64**	**272**	**336**

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

Tab.5 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEL PERSONALE PER RUOLO PROFESSIONALE - ANNO 2007

REGIONE	personale totale				personale addetto esclusivamente				personale addetto parzialmente			
	medici	psicologi	operatori sociosanitari	amministrativi ed altro	medici	psicologi	operatori sociosanitari	amministrativi ed altro	medici	psicologi	operatori sociosanitari	amministrativi ed altro
PIEMONTE	19,2	17,9	51,6	11,3	13,3	16,7	56,7	13,3	19,5	18,0	51,4	11,2
VALLE D'AOSTA	15,4	23,1	61,5		33,3	0,0	66,7	0,0	0,0	42,9	57,1	0,0
LOMBARDIA	20,9	19,6	50,8	8,8	22,7	17,6	53,8	5,9	20,2	20,2	49,7	9,8
PROV.AUTON.BOLZANO	13,1	32,8	37,7	16,4	17,6	35,3	29,4	17,6	11,4	31,8	40,9	15,9
PROV.AUTON.TRENTO	41,9	3,2	54,8		10,0	0,0	90,0	0,0	57,1	4,8	38,1	0,0
VENETO	19,4	14,9	52,6	13,1	16,7	16,7	56,9	9,7	20,0	14,5	51,7	13,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	20,0	15,0	47,5	17,5	12,0	16,0	60,0	12,0	33,3	13,3	26,7	26,7
LIGURIA	23,4	10,9	60,9	4,7	33,3	20,0	46,7	0,0	20,4	8,2	65,3	6,1
EMILIA ROMAGNA	24,9	22,0	46,5	6,6	20,0	20,0	50,0	10,0	25,6	22,3	46,0	6,2
TOSCANA	25,0	14,4	53,4	7,2	25,0	16,7	58,3	0,0	25,0	14,3	53,2	7,5
UMBRIA	23,1	19,2	44,2	13,5	20,0	20,0	60,0	0,0	23,4	19,1	42,6	14,9
MARCHE	29,2	20,4	38,9	11,5	30,8	15,4	46,2	7,7	29,0	21,0	38,0	12,0
LAZIO	27,5	24,2	42,2	6,1	24,5	13,2	56,6	5,7	28,3	27,2	38,2	6,3
ABRUZZO	18,5	11,1	40,7	29,6	30,0	20,0	50,0	0,0	11,8	5,9	35,3	47,1
MOLISE	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*
CAMPANIA	21,3	14,8	50,4	13,5	17,1	13,2	56,6	13,2	22,4	15,3	48,8	13,6
PUGLIA	24,3	19,3	47,2	9,2	22,7	22,7	52,3	2,3	24,5	18,8	46,4	10,3
BASILICATA	22,2	22,2	46,3	9,3	21,4	14,3	64,3	0,0	22,5	25,0	40,0	12,5
CALABRIA	24,1	13,9	44,4	17,6	24,5	13,2	37,7	24,5	23,6	14,5	50,9	10,9
SICILIA	23,4	16,8	44,4	15,4	50,0	0,0	50,0	0,0	23,3	16,8	44,4	15,5
SARDEGNA	33,3	28,6	38,1	0,0	40,0	20,0	40,0	0,0	31,3	31,3	37,5	0,0
ITALIA	**22,5**	**17,9**	**48,7**	**10,9**	**21,1**	**16,5**	**53,4**	**9,0**	**22,8**	**18,2**	**47,8**	**11,2**

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

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

UTENTI TOTALI

REGIONE	1996				1997				1998				1999				2000				2001			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	2.043	658	2.701	3,1	1.791	562	2.353	3,2	-	-	-	-	2.721	852	3.573	3,2	2.581	800	3.381	3,2	2.591	818	3.409	3,2
VALLE D'AOSTA	43	14	57	3,1	38	9	47	4,2	47	25	72	1,9	96	34	130	2,8	96	40	136	2,4	137	59	196	2,3
LOMBARDIA	2.002	683	2.685	2,9	4.276	1.466	5.742	2,9	4.842	1.728	6.570	2,8	4.246	1.519	5.765	2,8	4.066	1.444	5.510	2,8	4.395	1.501	5.896	2,9
PROV.AUTON.BOLZANO	882	259	1.141	3,4	320	52	372	6,2	1.367	429	1.796	3,2	1.689	572	2.261	3,0	1.638	467	2.105	3,5	1.679	426	2.105	3,9
PROV.AUTON.TRENTO	969	274	1.243	3,5	-	-	-	-	1.595	286	1.881	5,6	1.555	232	1.787	6,7	1.544	361	1.905	4,3	-	-	-	-
VENETO	4.030	1.414	5.444	2,9	4.961	1.680	6.641	3,0	4.547	1.466	6.013	3,1	5.050	1.483	6.533	3,4	6.023	1.861	7.884	3,2	7.400	2.358	9.758	3,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.494	505	1.999	3,0	1.441	515	1.956	2,8	2.052	527	2.579	3,9	2.575	634	3.209	4,1	2.210	882	3.092	2,5	2.416	513	2.929	4,7
LIGURIA	-	-	-	-	30	13	43	2,3	-	-	-	-	322	108	430	3,0	344	93	437	3,7	332	100	432	3,3
EMILIA ROMAGNA	1.205	362	1.567	3,3	1.350	422	1.772	3,2	1.639	527	2.166	3,1	1.860	572	2.432	3,3	2.049	667	2.716	3,1	2.330	760	3.090	3,1
TOSCANA	1.165	416	1.581	2,8	1.172	435	1.607	2,7	1.748	628	2.376	2,8	1.766	645	2.411	2,7	2.040	755	2.795	2,7	2.040	832	2.872	2,5
UMBRIA	425	98	523	4,3	498	98	596	5,1	549	104	653	5,3	723	126	849	5,7	871	184	1.055	4,7	-	-	-	-
MARCHE	286	68	354	4,2	646	161	807	4,0	519	98	617	5,3	411	83	494	5,0	940	236	1.176	4,0	798	204	1.002	3,9
LAZIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ABRUZZO	667	182	849	3,7	193	66	259	2,9	155	34	189	4,6	433	103	536	4,2	409	105	514	3,9	-	-	-	-
MOLISE	119	21	140	5,7	146	27	173	5,4	183	46	229	4,0	220	39	259	5,6	176	51	227	3,5	234	57	291	4,1
CAMPANIA	92	23	115	4,0	8	2	10	4,0	372	47	419	7,9	155	20	175	7,8	291	53	344	5,5	557	99	656	5,6
PUGLIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	941	182	1.123	5,2	-	-	-	-	-	-	-	-
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	137	34	171	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	110	19	129	5,8	533	84	617	6,3	176	43	219	4,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	321	78	399	4,1	940	221	1.161	4,3
SARDEGNA	829	152	981	5,5	128	23	151	5,6	639	119	758	5,4	773	167	940	4,6	720	162	882	4,4	796	185	981	4,3
ITALIA	**16.361**	**5.148**	**21.509**	**3,2**	**17.531**	**5.615**	**23.146**	**3,1**	**20.567**	**6.141**	**26.708**	**3,3**	**25.536**	**7.371**	**32.907**	**3,5**	**26.319**	**8.239**	**34.558**	**3,2**	**26.645**	**8.133**	**34.778**	**3,3**

REGIONE	2002				2003				2004				2005				2006				2007			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	2.666	916	3.582	2,9	3.128	1.073	4.201	2,9	3.579	1.128	4.707	3,2	3.704	1.227	4.931	3,0	4.200	1.378	5.578	3,0	4.360	1.478	5.838	2,9
VALLE D'AOSTA	175	57	232	3,1	151	55	206	2,7	180	63	243	2,9	198	56	254	3,5	203	63	266	3,2	223	58	281	3,8
LOMBARDIA	5.171	1.821	6.992	2,8	6.002	3.073	9.075	2,0	6.526	1.940	8.466	3,4	7.237	2.017	9.254	3,6	7.434	2.094	9.528	3,6	6.983	2.089	9.072	3,3
PROV.AUTON.BOLZANO	1.781	501	2.282	3,6	1.654	503	2.157	3,3	1.555	519	2.074	3,0	1.539	504	2.043	3,1	1.876	571	2.447	3,3	1.695	550	2.245	3,1
PROV.AUTON.TRENTO	-	-	-	-	2.350	652	3.002	3,6	2.092	477	2.569	4,4	1.841	446	2.287	4,1	1.890	476	2.366	4,0	1.985	527	2.512	3,8
VENETO	7.271	2.455	9.726	3,0	7.898	2.633	10.531	3,0	8.917	2.810	11.727	3,2	8.242	3.000	11.242	2,7	9.225	2.701	11.926	3,4	8.341	2.237	10.578	3,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.816	590	3.406	4,8	2.318	434	2.752	5,3	2.432	529	2.961	4,6	3.398	627	4.025	5,4	3.733	789	4.522	4,7	1.902	367	2.269	5,2
LIGURIA	1.301	242	1.543	5,4	1.676	324	2.000	5,2	2.127	443	2.570	4,8	2.441	440	2.881	5,5	2.518	470	2.988	5,4	697	269	966	2,6
EMILIA ROMAGNA	2.659	887	3.546	3,0	3.062	1.107	4.169	2,8	3.472	1.224	4.696	2,8	3.731	1.358	5.089	2,7	3.663	1.355	5.018	2,7	3.911	1.428	5.339	2,7
TOSCANA	2.191	932	3.123	2,4	1.875	807	2.682	2,3	2.357	982	3.339	2,4	1.139	454	1.593	2,5	1.899	818	2.717	2,3	2.732	1.033	3.765	2,6
UMBRIA	970	222	1.192	4,4	1.159	263	1.422	4,4	667	115	782	5,8	1.421	289	1.710	4,9	1.392	282	1.674	4,9	1.594	358	1.952	4,5
MARCHE	963	296	1.259	3,3	1.088	391	1.479	2,8	1.043	346	1.389	3,0	1.647	529	2.176	3,1	932	298	1.230	3,1	1.195	350	1.545	3,4
LAZIO	1.048	336	1.384	3,1	874	223	1.097	3,9	964	281	1.245	3,4	844	242	1.086	3,5	2.040	563	2.603	3,6	2.155	590	2.745	3,7
ABRUZZO	512	126	638	4,1	-	-	-	-	787	177	964	4,4	921	281	1.202	3,3	1.047	291	1.338	3,6	945	305	1.250	3,1
MOLISE	261	60	321	4,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	264	62	326	4,3	-	-	-	-
CAMPANIA	746	129	875	5,8	1.080	184	1.264	5,9	975	180	1.155	5,4	1.209	223	1.432	5,4	1.105	243	1.348	4,5	1.747	334	2.081	5,2
PUGLIA	882	142	1.024	6,2	1.050	159	1.209	6,6	1.098	197	1.295	5,6	1.388	244	1.632	5,7	1.513	243	1.756	6,2	1.327	292	1.619	4,5
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	289	66	355	4,4	307	86	393	3,6	316	89	405	3,6	335	95	430	3,5
CALABRIA	740	119	859	6,2	929	144	1.073	6,5	-	-	-	-	1.168	191	*1.359*	6,1	-	-	-	-	1.082	162	*1.244*	6,7
SICILIA	968	220	1.188	4,4	1.308	305	1.613	4,3	1.475	333	1.808	4,4	1.397	248	1.645	5,6	1.848	346	2.194	5,3	1.812	334	2.146	5,4
SARDEGNA	1.070	248	1.318	4,3	1.018	236	1.254	4,3	1.294	275	1.569	4,7	-	-	-	-	1.226	200	1.426	6,1	418	83	501	5,0
ITALIA	**34.191**	**10.299**	**44.490**	**3,3**	**38.620**	**12.566**	**51.186**	**3,1**	**41.829**	**12.085**	**53.914**	**3,5**	**43.772**	**12.462**	**56.234**	**3,5**	**48.324**	**13.332**	**61.656**	**3,6**	**45.439**	**12.939**	**58.378**	**3,5**

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

Segue Tab.6

UTENTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI

REGIONE	1996				1997				1998				1999				2000				2001			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	1.316	363	1.679	3,6	1.074	333	1.407	3,2	-	-	-	-	1.875	563	2.438	3,3	1.756	508	2.264	3,5	1.690	535	2.225	3,2
VALLE D'AOSTA	11	5	16	2,2	18	3	21	6,0	20	13	33	1,5	35	12	47	2,9	50	18	68	2,8	91	39	130	2,3
LOMBARDIA	1.186	400	1.586	3,0	2.302	799	3.101	2,9	2.535	938	3.473	2,7	2.348	814	3.162	2,9	2.600	933	3.533	2,8	2.706	930	3.636	2,9
PROV.AUTON.BOLZANO	598	168	766	3,6	222	36	258	6,2	925	293	1.218	3,2	834	306	1.140	2,7	736	236	972	3,1	816	248	1.064	3,3
PROV.AUTON.TRENTO	774	207	981	3,7	-	-	-	-	1.068	194	1.262	5,5	1.067	144	1.211	7,4	948	245	1.193	3,9	-	-	-	-
VENETO	2.513	870	3.383	2,9	3.013	1.030	4.043	2,9	2.791	942	3.733	3,0	2.932	915	3.847	3,2	3.606	1.240	4.846	2,9	4.715	1.600	6.315	2,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	640	201	841	3,2	582	215	797	2,7	693	208	901	3,3	886	229	1.115	3,9	876	536	1.412	1,6	847	207	1.054	4,1
LIGURIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	143	37	180	3,9	159	43	202	3,7	152	47	199	3,2
EMILIA ROMAGNA	692	210	902	3,3	791	246	1.037	3,2	1.018	326	1.344	3,1	1.206	379	1.585	3,2	1.365	435	1.800	3,1	1.587	509	2.096	3,1
TOSCANA	647	235	882	2,8	715	288	1.003	2,5	1.095	383	1.478	2,9	1.090	401	1.491	2,7	1.309	492	1.801	2,7	1.261	520	1.781	2,4
UMBRIA	207	54	261	3,8	272	57	329	4,8	353	78	431	4,5	513	94	607	5,5	679	126	805	5,4	-	-	-	-
MARCHE	158	33	191	4,8	306	72	378	4,3	255	51	306	5,0	221	53	274	4,2	377	95	472	4,0	326	72	398	4,5
LAZIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ABRUZZO	456	101	557	4,5	64	25	89	2,6	36	12	48	3,0	137	37	174	3,7	133	30	163	4,4	-	-	-	-
MOLISE	56	8	64	7,0	72	8	80	9,0	112	30	142	3,7	122	27	149	4,5	105	27	132	3,9	131	33	164	4,0
CAMPANIA	20	8	28	2,5	4	0	4		185	24	209	7,7	75	7	82	10,7	109	20	129	5,5	265	48	313	5,5
PUGLIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	476	83	559	5,7	-	-	-	-	-	-	-	-
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	65	19	84	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	9	2	11	4,5	308	47	355	6,6	94	24	118	3,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	161	39	200	4,1	539	136	675	4,0
SARDEGNA	446	81	527	5,5	62	12	74	5,2	362	63	425	5,7	457	87	544	5,3	454	94	548	4,8	504	123	627	4,1
ITALIA	**9.729**	**2.946**	**12.675**	**3,3**	**9.805**	**3.171**	**12.976**	**3,1**	**11.607**	**3.598**	**15.205**	**3,2**	**14.417**	**4.188**	**18.605**	**3,4**	**15.423**	**5.117**	**20.540**	**3,0**	**15.630**	**5.047**	**20.677**	**3,1**

REGIONE	2002				2003				2004				2005				2006				2007			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	1.755	594	2.349	3,0	2.082	693	2.775	3,0	2.445	771	3.216	3,2	2.608	872	3.480	3,0	2.998	1.002	4.000	3,0	3.082	1.008	4.090	3,1
VALLE D'AOSTA	120	48	168	2,5	113	42	155	2,7	131	48	179	2,7	143	51	194	2,8	143	53	196	2,7	159	52	211	3,1
LOMBARDIA	3.059	1.050	4.109	2,9	3.378	2.138	5.516	1,6	3.864	1.237	5.101	3,1	4.126	1.321	5.447	3,1	4.733	1.378	6.111	3,4	4.712	1.516	6.228	3,1
PROV.AUTON.BOLZANO	1.113	314	1.427	3,5	1.122	326	1.448	3,4	1.060	350	1.410	3,0	1.059	345	1.404	3,1	1.356	397	1.753	3,4	1.131	387	1.518	2,9
PROV.AUTON.TRENTO	-	-	-	-	1.385	394	1.779	3,5	1.281	281	1.562	4,6	1.057	263	1.320	4,0	1.180	301	1.481	3,9	1.257	327	1.584	3,8
VENETO	4.640	1.564	6.204	3,0	5.268	1.889	7.157	2,8	5.949	2.050	7.999	2,9	5.660	2.179	7.839	2,6	6.773	2.069	8.842	3,3	5.763	1.590	7.353	3,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	750	166	916	4,5	762	156	918	4,9	999	227	1.226	4,4	1.528	329	1.857	4,6	2.054	464	2.518	4,4	1.007	210	1.217	4,8
LIGURIA	495	107	602	4,6	791	187	978	4,2	1.072	267	1.339	4,0	1.367	258	1.625	5,3	2.005	349	2.354	5,7	534	189	723	2,8
EMILIA ROMAGNA	1.825	606	2.431	3,0	2.195	784	2.979	2,8	2.461	894	3.355	2,8	2.811	1.023	3.834	2,7	2.834	1.066	3.900	2,7	3.097	1.136	4.233	2,7
TOSCANA	1.468	627	2.095	2,3	1.196	539	1.735	2,2	1.549	695	2.244	2,2	804	355	1.159	2,3	1.337	613	1.950	2,2	1.964	750	2.714	2,6
UMBRIA	669	157	826	4,3	789	176	965	4,5	366	68	434	5,4	906	175	1.081	5,2	883	169	1.052	5,2	970	224	1.194	4,3
MARCHE	455	140	595	3,3	486	149	635	3,3	718	208	926	3,5	869	275	1.144	3,2	592	179	771	3,3	847	246	1.093	3,4
LAZIO	538	175	713	3,1	597	146	743	4,1	606	163	769	3,7	567	146	713	3,9	1.395	366	1.761	3,8	1.582	416	1.998	3,8
ABRUZZO	238	47	285	5,1	-	-	-	-	436	67	503	6,5	437	91	528	4,8	547	128	675	4,3	585	158	743	3,7
MOLISE	168	42	210	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	188	34	222	5,5	-	-	-	-
CAMPANIA	409	72	481	5,7	686	95	781	7,2	620	103	723	6,0	814	121	935	6,7	796	145	941	5,5	1.238	204	1.442	6,1
PUGLIA	536	82	618	6,5	700	103	803	6,8	665	124	789	5,4	860	138	998	6,2	1.013	156	1.169	6,5	846	168	1.014	5,0
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	164	40	204	4,1	205	62	267	3,3	223	51	274	4,4	209	65	274	3,2
CALABRIA	407	72	479	5,7	628	89	717	7,1	-	-	-	-	876	130	1.006	6,7	-	-	-	-	779	112	891	7,0
SICILIA	547	145	692	3,8	769	199	968	3,9	881	202	1.083	4,4	802	161	963	5,0	1.099	192	1.291	5,7	1.019	196	1.215	5,2
SARDEGNA	669	176	845	3,8	688	166	854	4,1	851	201	1.052	4,2	-	-	-	-	724	110	834	6,6	290	59	349	4,9
ITALIA	**19.861**	**6.184**	**26.045**	**3,2**	**23.635**	**8.271**	**31.906**	**2,9**	**26.118**	**7.996**	**34.114**	**3,3**	**27.499**	**8.295**	**35.794**	**3,3**	**32.873**	**9.222**	**42.095**	**3,6**	**31.071**	**9.013**	**40.084**	**3,4**

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

Segue Tab.6

UTENTI NUOVI

REGIONE	1996				1997				1998				1999				2000				2001			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	727	295	1.022	2,5	717	229	946	3,1	-	-	-	-	846	289	1.135	2,9	825	292	1.117	2,8	901	283	1.184	3,2
VALLE D'AOSTA	32	9	41	3,6	20	6	26	3,3	27	12	39	2,3	61	22	83	2,8	46	22	68	2,1	46	20	66	2,3
LOMBARDIA	816	283	1.099	2,9	1.974	667	2.641	3,0	2.307	790	3.097	2,9	1.898	705	2.603	2,7	1.466	511	1.977	2,9	1.689	571	2.260	3,0
PROV.AUTON.BOLZANO	284	91	375	3,1	98	16	114	6,1	442	136	578	3,3	855	266	1.121	3,2	902	231	1.133	3,9	863	178	1.041	4,8
PROV.AUTON.TRENTO	195	67	262	2,9	-	-	-	-	527	92	619	5,7	488	88	576	5,5	596	116	712	5,1	-	-	-	-
VENETO	1.517	544	2.061	2,8	1.948	650	2.598	3,0	1.756	524	2.280	3,4	2.118	568	2.686	3,7	2.417	621	3.038	3,9	2.685	758	3.443	3,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	854	304	1.158	2,8	859	300	1.159	2,9	1.359	319	1.678	4,3	1.689	405	2.094	4,2	1.334	346	1.680	3,9	1.569	306	1.875	5,1
LIGURIA	-	-	-	-	30	13	43	2,3	-	-	-	-	179	71	250	2,5	185	50	235	3,7	180	53	233	3,4
EMILIA ROMAGNA	513	152	665	3,4	559	176	735	3,2	621	201	822	3,1	654	193	847	3,4	684	232	916	2,9	743	251	994	3,0
TOSCANA	518	181	699	2,9	457	147	604	3,1	653	245	898	2,7	676	244	920	2,8	731	263	994	2,8	779	312	1.091	2,5
UMBRIA	218	44	262	5,0	226	41	267	5,5	196	26	222	7,5	210	32	242	6,6	192	58	250	3,3	-	-	-	-
MARCHE	128	35	163	3,7	340	89	429	3,8	264	47	311	5,6	190	30	220	6,3	563	141	704	4,0	472	132	604	3,6
LAZIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ABRUZZO	211	81	292	2,6	129	41	170	3,1	119	22	141	5,4	296	66	362	4,5	276	75	351	3,7	-	-	-	-
MOLISE	63	13	76	4,8	74	19	93	3,9	71	16	87	4,4	98	12	110	8,2	71	24	95	3,0	103	24	127	4,3
CAMPANIA	72	15	87	4,8	4	2	6	2,0	187	23	210	8,1	80	13	93	6,2	182	33	215	5,5	292	51	343	5,7
PUGLIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	465	99	564	4,7	-	-	-	-	-	-	-	-
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	72	15	87	4,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	101	17	118	5,9	225	37	262	6,1	82	19	101	4,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	160	39	199	4,1	401	85	486	4,7
SARDEGNA	383	71	454	5,4	66	11	77	6,0	277	56	333	4,9	316	80	396	4,0	266	68	334	3,9	292	62	354	4,7
ITALIA	**6.632**	**2.202**	**8.834**	**3,0**	**7.726**	**2.444**	**10.170**	**3,2**	**8.960**	**2.543**	**11.503**	**3,5**	**11.119**	**3.183**	**14.302**	**3,5**	**10.896**	**3.122**	**14.018**	**3,5**	**11.015**	**3.086**	**14.101**	**3,6**

REGIONE	2002				2003				2004				2005				2006				2007			
	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F	Maschi	Femmine	Totale	M/F
PIEMONTE	911	322	1.233	2,8	1.046	380	1.426	2,8	1.134	357	1.491	3,2	1.096	355	1.451	3,1	1.202	376	1.578	3,2	1.278	470	1.748	2,7
VALLE D'AOSTA	55	9	64	6,1	38	13	51	2,9	49	15	64	3,3	55	5	60	11,0	60	10	70	6,0	64	6	70	10,7
LOMBARDIA	2.112	771	2.883	2,7	2.624	935	3.559	2,8	2.662	703	3.365	3,8	3.111	696	3.807	4,5	2.701	716	3.417	3,8	2.271	573	2.844	4,0
PROV.AUTON.BOLZANO	668	187	855	3,6	532	177	709	3,0	495	169	664	2,9	480	159	639	3,0	520	174	694	3,0	564	163	727	3,5
PROV.AUTON.TRENTO	-	-	-	-	965	258	1.223	3,7	811	196	1.007	4,1	784	183	967	4,3	710	175	885	4,1	728	200	928	3,6
VENETO	2.631	891	3.522	3,0	2.630	744	3.374	3,5	2.968	760	3.728	3,9	2.582	821	3.403	3,1	2.452	632	3.084	3,9	2.578	647	3.225	4,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.066	424	2.490	4,9	1.556	278	1.834	5,6	1.433	302	1.735	4,7	1.870	298	2.168	6,3	1.679	325	2.004	5,2	895	157	1.052	5,7
LIGURIA	806	135	941	6,0	885	137	1.022	6,5	1.055	176	1.231	6,0	1.074	182	1.256	5,9	513	121	634	4,2	163	80	243	2,0
EMILIA ROMAGNA	834	281	1.115	3,0	867	323	1.190	2,7	1.011	330	1.341	3,1	920	335	1.255	2,7	829	289	1.118	2,9	814	292	1.106	2,8
TOSCANA	723	305	1.028	2,4	679	268	947	2,5	808	287	1.095	2,8	335	99	434	3,4	562	205	767	2,7	768	283	1.051	2,7
UMBRIA	301	65	366	4,6	370	87	457	4,3	301	47	348	6,4	515	114	629	4,5	509	113	622	4,5	624	134	758	4,7
MARCHE	508	156	664	3,3	602	242	844	2,5	325	138	463	2,4	778	254	1.032	3,1	340	119	459	2,9	348	104	452	3,3
LAZIO	510	161	671	3,2	277	77	354	3,6	358	118	476	3,0	277	96	373	2,9	645	197	842	3,3	573	174	747	3,3
ABRUZZO	274	79	353	3,5	-	-	-	-	351	110	461	3,2	484	190	674	2,5	500	163	663	3,1	360	147	507	2,4
MOLISE	93	18	111	5,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76	28	104	2,7	-	-	-	-
CAMPANIA	337	57	394	5,9	394	89	483	4,4	355	77	432	4,6	395	102	497	3,9	309	98	407	3,2	509	130	639	3,9
PUGLIA	346	60	406	5,8	350	56	406	6,3	433	73	506	5,9	528	106	634	5,0	500	87	587	5,7	481	124	605	3,9
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	125	26	151	4,8	102	24	126	4,3	93	38	131	2,4	126	30	156	4,2
CALABRIA	333	47	380	7,1	301	55	356	5,5	-	-	-	-	292	61	353	4,8	-	-	-	-	303	50	353	6,1
SICILIA	421	75	496	5,6	539	106	645	5,1	594	131	725	4,5	595	87	682	6,8	749	154	903	4,9	793	138	931	5,7
SARDEGNA	401	72	473	5,6	330	70	400	4,7	443	74	517	6,0	-	-	-	-	502	90	592	5,6	128	24	152	5,3
ITALIA	**14.330**	**4.115**	**18.445**	**3,5**	**14.985**	**4.295**	**19.280**	**3,5**	**15.711**	**4.089**	**19.800**	**3,8**	**16.273**	**4.167**	**20.440**	**3,9**	**15.451**	**4.110**	**19.561**	**3,8**	**14.368**	**3.926**	**18.294**	**3,7**

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

Tab.4 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALL'ALCOLDIPENDENZA

1) personale totale

ANNI	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERMIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
1996	525	326	335	161	407	97	213	2.064
1997	422	293	296	153	354	86	150	1.754
1998	475	309	330	163	470	86	160	1.993
1999	611	412	409	213	527	103	228	2.503
2000	560	408	401	226	563	99	193	2.450
2001	644	490	460	237	661	106	197	2.795
2002	817	601	553	264	783	130	253	3.401
2003	866	657	617	299	827	153	246	3.665
2004	852	649	584	322	877	150	246	3.680
2005	796	590	518	321	819	167	205	3.416
2006	898	683	608	332	950	175	249	3.895
2007	857	681	587	336	929	175	238	3.803

2) addetti esclusivamente

ANNI	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERMIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
1996	94	66	58	45	86	16	40	405
1997	74	54	58	41	73	13	24	337
1998	111	76	77	46	128	19	37	494
1999	131	84	86	62	109	19	43	534
2000	126	107	85	72	135	15	34	574
2001	145	114	115	72	156	16	42	660
2002	217	154	153	77	210	17	64	892
2003	199	151	164	88	219	28	78	927
2004	174	138	131	95	185	25	60	808
2005	179	141	129	84	190	21	53	797
2006	141	111	116	65	157	15	52	657
2007	129	101	106	64	156	23	32	611

3) addetti parzialmente

ANNI	MEDICI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	EDUCATORI PROFESSIONALI	INFERMIERI PROFESSIONALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO	TOTALE
1996	431	260	277	116	321	81	173	1.659
1997	348	239	238	112	281	73	126	1.417
1998	364	233	253	117	342	67	123	1.499
1999	480	328	323	151	418	84	185	1.969
2000	434	301	316	154	428	84	159	1.876
2001	499	376	345	165	505	90	155	2.135
2002	600	447	400	187	573	113	189	2.509
2003	667	506	453	211	608	125	168	2.738
2004	678	511	453	227	692	125	186	2.872
2005	617	449	389	237	629	146	152	2.619
2006	757	572	492	267	793	160	197	3.238
2007	728	580	481	272	773	152	206	3.192

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

Segue tab.3

REGIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI			AMMINISTRATIVI			ALTRO			TOTALE		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	5	115	120	1	26	27	3	32	35	30	518	548
VALLE D'AOSTA	2	1	3	0	0	0	0	0	0	6	7	13
LOMBARDIA	28	81	109	3	27	30	4	5	9	119	326	445
PROV.AUTON.BOLZANO	3	11	14	2	6	8	1	1	2	17	44	61
PROV.AUTON.TRENTO	2	4	6	0	0	0	0	0	0	10	21	31
VENETO	13	95	108	5	22	27	2	23	25	72	325	397
FRIULI VENEZIA GIULIA	8	3	11	0	2	2	3	2	5	25	15	40
LIGURIA	5	18	23	0	1	1	0	2	2	15	49	64
EMILIA ROMAGNA	5	38	43	2	5	7	1	8	9	30	211	241
TOSCANA	5	62	67	0	12	12	0	9	9	12	280	292
UMBRIA	2	9	11	0	1	1	0	6	6	5	47	52
MARCHE	4	22	26	1	5	6	0	7	7	13	100	113
LAZIO	19	53	72	2	2	4	1	10	11	53	191	244
ABRUZZO	2	3	5	0	1	1	0	7	7	10	17	27
MOLISE	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*
CAMPANIA	19	85	104	4	10	14	6	30	36	76	295	371
PUGLIA	15	56	71	0	7	7	1	20	21	44	261	305
BASILICATA	6	8	14	0	3	3	0	2	2	14	40	54
CALABRIA	11	15	26	3	2	5	10	4	14	53	55	108
SICILIA	1	92	93	0	20	20	0	38	38	2	374	376
SARDEGNA	1	2	3	0	0	0	0	0	0	5	16	21
ITALIA	**156**	**773**	**929**	**23**	**152**	**175**	**32**	**206**	**238**	**611**	**3.192**	**3.803**

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

Tab.7 - DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2007

CLASSI DI ETA'	Nuovi utenti						Utenti già in carico o rientrati						Totale utenti					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<20	185	1,3	60	1,5	245	1,3	142	0,5	44	0,5	186	0,5	327	0,7	104	0,8	431	0,7
20-29	2.174	15,1	377	9,6	2.551	13,9	2.407	7,7	445	4,9	2.852	7,1	4.581	10,1	822	6,4	5.403	9,3
30-39	3.860	26,9	813	20,7	4.673	25,5	7.082	22,8	1.811	20,1	8.893	22,2	10.942	24,1	2.624	20,3	13.566	23,2
40-49	3.946	27,5	1.205	30,7	5.151	28,2	9.518	30,6	2.899	32,2	12.417	31,0	13.464	29,6	4.104	31,7	17.568	30,1
50-59	2.567	17,9	829	21,1	3.396	18,6	7.317	23,5	2.288	25,4	9.605	24,0	9.884	21,8	3.117	24,1	13.001	22,3
>=60	1.636	11,4	642	16,4	2.278	12,5	4.605	14,8	1.526	16,9	6.131	15,3	6.241	13,7	2.168	16,8	8.409	14,4
TOTALE	**14.368**	**100,0**	**3.926**	**100,0**	**18.294**	**100,0**	**31.071**	**100,0**	**9.013**	**100,0**	**40.084**	**100,0**	**45.439**	**100,0**	**12.939**	**100,0**	**58.378**	**100,0**

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

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

Totale utenti

CLASSI	Maschi												Femmine												Totale											
DI ETA'	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<20	0,5	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,8	0,7	0,7	0,5	0,7	0,4	0,6	0,7	0,7	0,4	0,5	0,6	0,6	0,8	0,8	0,5	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7
20-29	8,6	9,4	9,0	9,6	9,5	9,2	10,1	10,3	10,7	12,0	10,6	10,1	6,0	6,7	6,1	7,1	6,0	6,1	6,0	6,0	6,5	7,5	6,7	6,4	7,9	8,8	8,3	9,1	8,7	8,5	9,1	9,3	9,8	11,0	9,8	9,3
30-39	22,1	24,6	22,6	23,6	24,4	24,1	25,2	24,8	24,8	25,0	24,5	24,1	23,8	24,0	22,8	23,0	22,7	22,4	23,2	20,4	21,2	21,9	20,8	20,3	22,5	24,4	22,6	23,4	24,0	23,7	24,8	23,7	24,0	24,3	23,7	23,2
40-49	29,6	28,5	27,9	26,9	26,4	27,3	27,4	28,5	28,1	28,1	28,6	29,6	31,3	31,9	29,8	29,0	30,9	31,0	31,3	29,4	32,6	31,7	31,9	31,7	30,0	29,3	28,4	27,4	27,5	28,2	28,3	28,8	29,1	28,9	29,3	30,1
50-59	25,2	23,2	24,3	24,7	24,3	23,1	23,2	22,9	21,8	21,2	21,8	21,8	25,6	24,2	25,5	25,6	25,6	24,3	25,6	26,9	23,8	23,3	24,0	24,1	25,3	23,4	24,6	24,9	24,6	23,4	23,7	23,9	22,3	21,6	22,3	22,3
>=60	14,1	13,7	15,5	14,5	14,8	15,6	13,6	12,9	13,9	13,1	13,7	13,7	12,9	12,5	15,4	14,7	14,1	15,5	13,5	16,8	15,2	14,9	15,8	16,8	13,8	13,4	15,5	14,6	14,6	15,6	13,6	13,9	14,2	13,5	14,2	14,4
TOTALE	100,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nuovi utenti

CLASSI	Maschi												Femmine												Totale											
DI ETA'	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<20	0,8	0,9	1,2	1,1	1,1	1,1	0,8	1,1	1,0	1,3	1,4	1,3	0,8	0,9	0,7	0,8	1,2	0,8	0,7	1,1	1,1	1,3	1,5	1,5	0,8	0,9	1,1	1,1	1,1	1,0	0,7	1,1	1,0	1,3	1,4	1,3
20-29	11,0	11,7	11,6	12,8	12,7	12,7	13,5	14,5	15,4	16,9	14,6	15,1	7,1	8,4	7,8	8,2	8,6	8,5	7,5	8,5	8,7	11,1	9,4	9,6	10,0	10,9	10,7	11,8	11,8	11,8	12,2	13,2	14,0	15,7	13,5	13,9
30-39	23,1	25,5	24,2	25,5	26,2	26,0	26,5	26,3	26,4	26,9	26,1	26,9	24,8	25,0	23,5	23,9	22,8	24,4	23,9	22,1	22,3	23,4	22,0	20,7	23,5	25,4	24,0	25,1	25,5	25,6	25,9	25,4	25,6	26,1	25,2	25,5
40-49	28,9	26,6	26,2	24,7	24,4	25,6	26,6	26,6	26,1	25,9	26,6	27,5	31,1	31,2	28,8	28,9	28,6	29,2	32,1	29,5	32,2	30,2	31,1	30,7	29,5	27,7	26,7	25,7	25,4	26,3	27,8	27,2	27,4	26,8	27,6	28,2
50-59	22,8	22,1	22,0	23,1	23,4	20,4	21,1	19,4	18,9	17,9	19,4	17,9	24,0	22,7	24,0	23,7	25,5	21,8	23,8	21,6	21,2	20,3	21,3	21,1	23,1	22,3	22,4	23,3	23,9	20,7	21,7	19,9	19,4	18,4	19,8	18,6
>=60	13,4	13,1	14,9	12,7	12,1	14,4	11,5	12,1	12,1	11,1	11,9	11,4	12,2	11,7	15,3	14,5	13,4	15,4	12,2	17,3	14,6	13,7	14,6	16,4	13,1	12,8	15,0	13,1	12,4	14,6	11,6	13,2	12,6	11,6	12,5	12,5
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Utenti già in carico o rientrati

CLASSI	Maschi												Femmine												Totale											
DI ETA'	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<20	0,2	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,3	0,6	0,3	0,4	0,4	0,7	0,2	0,2	0,4	0,3	0,4	0,5	0,3	0,5	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5
20-29	6,9	7,6	7,0	7,2	7,3	6,8	7,6	7,7	7,9	9,1	8,8	7,7	5,1	5,4	4,8	6,4	4,4	4,7	4,9	4,6	5,5	5,6	5,5	4,9	6,5	7,0	6,5	7,0	6,6	6,3	7,0	6,9	7,3	8,3	8,0	7,1
30-39	21,5	23,8	21,3	22,1	23,1	22,8	24,3	23,8	23,8	23,9	23,7	22,8	23,1	23,1	22,3	22,3	22,7	21,1	22,8	19,5	20,6	21,2	20,3	20,1	21,8	23,7	21,6	22,2	23,0	22,4	24,0	22,7	23,1	23,2	23,0	22,2
40-49	30,0	30,0	29,3	28,7	27,8	28,6	28,0	29,8	29,4	29,3	29,6	30,6	31,4	32,4	30,6	29,0	32,3	32,1	30,8	29,4	32,8	32,5	32,2	32,2	30,3	30,6	29,6	28,7	28,9	29,4	28,7	29,7	30,2	30,1	30,2	31,0
50-59	26,9	24,0	26,2	25,9	25,0	25,1	24,7	25,1	23,6	23,1	23,0	23,5	26,7	25,4	26,5	27,0	25,7	25,9	26,7	29,7	25,2	24,9	25,2	25,4	26,9	24,3	26,3	26,1	25,1	25,3	25,2	26,3	23,9	23,5	23,5	24,0
>=60	14,5	14,1	15,9	15,9	16,7	16,5	15,0	13,4	15,0	14,2	14,5	14,8	13,4	13,1	15,5	14,9	14,6	15,6	14,5	16,6	15,5	15,5	16,4	16,9	14,2	13,8	15,9	15,7	16,1	16,3	14,9	14,2	15,1	14,5	14,9	15,3
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

Tab.9 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2007

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

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

Tab. 10 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI

ANNO	NUOVI UTENTI		GIA' IN CARICO	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
1996	44,7	45,2	46,5	46,4
1997	44,2	44,7	45,7	46,1
1998	44,6	45,9	46,7	47,0
1999	43,8	45,3	46,2	46,3
2000	43,8	45,4	46,5	46,7
2001	44,0	45,4	46,6	47,0
2002	43,3	45,2	45,9	46,8
2003	43,0	45,9	45,7	47,9
2004	42,8	45,3	45,8	46,9
2005	42,1	44,3	45,3	46,8
2006	42,9	45,1	45,5	47,1
2007	42,5	45,5	45,9	47,3

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

Tab.11 - USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE E DI FARMACI - ANNO 2007

	Uso concomitante di sostanze stupefacenti e psicotrope		Abuso o uso improrio di farmaci	
REGIONE	Numero di utenti	Percentuale sul totale utenti	Numero di utenti	Percentuale sul totale utenti
PIEMONTE	384	6,6	396	6,8
VALLE D'AOSTA	4	1,4	30	10,7
LOMBARDIA	1053	11,6	238	2,6
PROV.AUTON.BOLZANO	34	1,5	37	1,6
PROV.AUTON.TRENTO	62	2,5	114	4,5
VENETO	798	7,5	513	4,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	186	8,2	111	4,9
LIGURIA	97	10,0	33	3,4
EMILIA ROMAGNA	331	6,2	562	10,5
TOSCANA	361	9,6	88	2,3
UMBRIA	139	7,1	30	1,5
MARCHE	299	19,4	100	6,5
LAZIO	1083	39,5	956	34,8
ABRUZZO	44	3,5	37	3,0
MOLISE	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*	*n.r.*
CAMPANIA	356	17,1	239	11,5
PUGLIA	271	16,7	85	5,3
BASILICATA	32	7,4	13	3,0
CALABRIA	211	17,0	83	6,7
SICILIA	295	13,7	122	5,7
SARDEGNA	44	8,8	12	2,4
ITALIA	6084	10,4	3799	6,5

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

Tab. 12 - USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE

	Percentuali sul totale utenti	
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
2005	8,4	5,0
2006	8,6	5,9
2007	10,4	6,5

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

Tab.13 - FUNZIONI PREVISTE DAL MODELLO ORGANIZZATIVO-FUNZIONALE DEL SERVIZIO O GRUPPO DI LAVORO - ANNO 2007

REGIONE	Percentuali di servizi o gruppi di lavoro (sul totale dei rilevati) che hanno svolto le specifiche funzioni											
	Prevenzione	*Accoglienza, osservazione e diagnosi*	*Programmi terapeutico-riabilitativi*		*Funzioni di coordinamento*						*Formazione del personale e sensibilizzazione*	*Altro*
			Definizione	Attuazione	Interventi di altre strutture/servizi sanitari pubblici	Medico di famiglia	Interventi di altre strutture o servizi privati e del volontariato	Con i servizi ospedalieri (ricovero soggetti in fase acuta)	Con il servizio sociale pubblico	Rilevazione epidemiologica		
PIEMONTE	94,6	98,2	98,2	96,4	46,4	92,9	67,9	92,9	98,2	53,6	69,6	5,4
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0	100,0	100,0	100,0	-
LOMBARDIA	90,4	96,2	96,2	96,2	48,1	88,5	69,2	82,7	84,6	46,2	57,7	5,8
PROV.AUTON.BOLZANO	100,0	100,0	83,3	83,3	83,3	83,3	83,3	100,0	83,3	66,7	100,0	33,3
PROV.AUTON.TRENTO	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	90,9	100,0	63,6	81,8	45,5
VENETO	94,6	100,0	97,3	100,0	81,1	100,0	97,3	100,0	97,3	70,3	97,3	21,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0
LIGURIA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOSCANA	97,6	97,6	87,8	90,2	95,1	97,6	97,6	97,6	97,6	95,1	97,6	97,6
UMBRIA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	90,0	100,0	90,0	100,0	70,0	70,0	20,0
MARCHE	100,0	100,0	100,0	93,3	80,0	80,0	86,7	100,0	93,3	53,3	60,0	-
LAZIO	65,4	100,0	100,0	96,2	65,4	76,9	84,6	80,8	100,0	42,3	57,7	7,7
ABRUZZO	75,0	75,0	75,0	75,0	25,0	75,0	50,0	75,0	75,0	50,0	75,0	50,0
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	82,9	87,8	85,4	80,5	53,7	65,9	65,9	70,7	78,0	61,0	70,7	19,5
PUGLIA	84,4	100,0	100,0	100,0	64,4	84,4	75,6	84,4	91,1	57,8	60,0	15,6
BASILICATA	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	83,3	-
CALABRIA	86,7	93,3	93,3	86,7	73,3	86,7	53,3	80,0	80,0	53,3	60,0	13,3
SICILIA	100,0	97,9	95,8	100,0	50,0	79,2	62,5	87,5	81,3	60,4	66,7	14,6
SARDEGNA	60,0	80,0	80,0	40,0	20,0	40,0	20,0	20,0	60,0	60,0	40,0	-
ITALIA	82,2	87,7	86,0	85,2	58,3	78,0	69,3	79,0	81,8	55,5	65,0	20,1

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

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

	Percentuali di servizi o gruppi di lavoro (sul totale dei rilevati) che hanno svolto le specifiche funzioni											
			Programmi terapeutico-riabilitativi		*Funzioni di coordinamento*							
ANNI	*Prevenzione*	*Accoglienza, osservazione e diagnosi*	Definizione	Attuazione	Interventi di altre strutture/servizi sanitari pubblici	Medico di famiglia	Interventi di altre strutture o servizi privati e del volontariato	Con i servizi ospedalieri (ricovero soggetti in fase acuta)	Con il servizio sociale pubblico	Rilevazione epidemiologica	*Formazione del personale e sensibilizzazione*	*Altro*
1996	86,3	95,6	82,7	93,0	59,8	80,8	76,4	82,3	86,0	48,3	70,1	14,4
1997	75,1	83,7	78,2	81,0	50,2	72,7	59,5	73,4	73,7	43,9	62,3	14,9
1998	84,0	96,3	89,9	91,8	62,7	83,2	74,3	83,2	82,8	55,2	71,3	21,3
1999	88,0	98,8	93,7	94,6	62,0	85,6	74,9	85,3	83,8	56,0	68,3	18,9
2000	87,6	94,3	92,4	93,3	61,9	87,9	77,8	86,0	89,8	57,5	74,0	15,2
2001	81,2	87,3	84,9	85,2	57,4	75,0	67,9	77,2	78,7	48,8	65,4	10,5
2002	88,7	95,7	92,7	94,1	58,4	84,9	72,1	83,2	85,6	53,2	68,3	13,2
2003	90,0	95,7	92,9	93,8	61,6	85,4	71,2	86,1	89,3	54,1	71,2	12,6
2004	88,7	95,9	93,2	95,5	62,1	83,9	70,1	85,5	88,7	56,2	72,6	18,6
2005	90,3	97,1	95,4	96,4	63,8	86,7	72,1	88,6	86,7	59,2	70,1	17,2
2006	82,9	90,5	89,7	89,7	60,0	79,8	68,8	82,4	83,3	56,9	67,0	15,4
2007	82,2	87,7	86,0	85,2	58,3	78,0	69,3	79,0	81,8	55,5	65,0	20,1

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

Tab.15 - PERCENTUALI DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO CHE HANNO SVOLTO ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE CON IL VOLONTARIATO, PRIVATO SOCIALE O PRIVATO - ANNO 2007*

	Gruppi auto \ mutuo aiuto			Comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali	Cooperative sociali per la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi	Cooperative sociali per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	Altro
REGIONE	CAT	AA	Altro				
PIEMONTE	75,0	44,6	14,3	51,8	28,6	62,5	3,6
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	-	-	-	-
LOMBARDIA	69,2	61,5	17,3	59,6	36,5	61,5	5,8
PROV.AUTON.BOLZANO	16,7	50,0	66,7	50,0	33,3	50,0	-
PROV.AUTON.TRENTO	100,0	45,5	-	45,5	54,5	81,8	-
VENETO	83,8	75,7	24,3	45,9	16,2	70,3	10,8
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	100,0	25,0	25,0	-	75,0	-
LIGURIA	75,0	75,0	-	75,0	25,0	75,0	-
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	-	-	-	-
TOSCANA	73,2	53,7	22,0	41,5	26,8	41,5	2,4
UMBRIA	70,0	30,0	10,0	70,0	50,0	60,0	-
MARCHE	40,0	53,3	-	60,0	26,7	53,3	-
LAZIO	42,3	42,3	19,2	69,2	19,2	53,8	11,5
ABRUZZO	75,0	50,0	-	75,0	50,0	25,0	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	31,7	29,3	7,3	43,9	12,2	9,8	4,9
PUGLIA	37,8	31,1	4,4	48,9	15,6	22,2	2,2
BASILICATA	100,0	66,7	16,7	100,0	16,7	50,0	-
CALABRIA	33,3	33,3	26,7	73,3	20,0	26,7	-
SICILIA	39,6	16,7	4,2	45,8	12,5	31,3	6,3
SARDEGNA	40,0	-	40,0	20,0	-	-	-
ITALIA	52,5	40,3	12,9	47,2	21,0	40,9	4,0

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

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

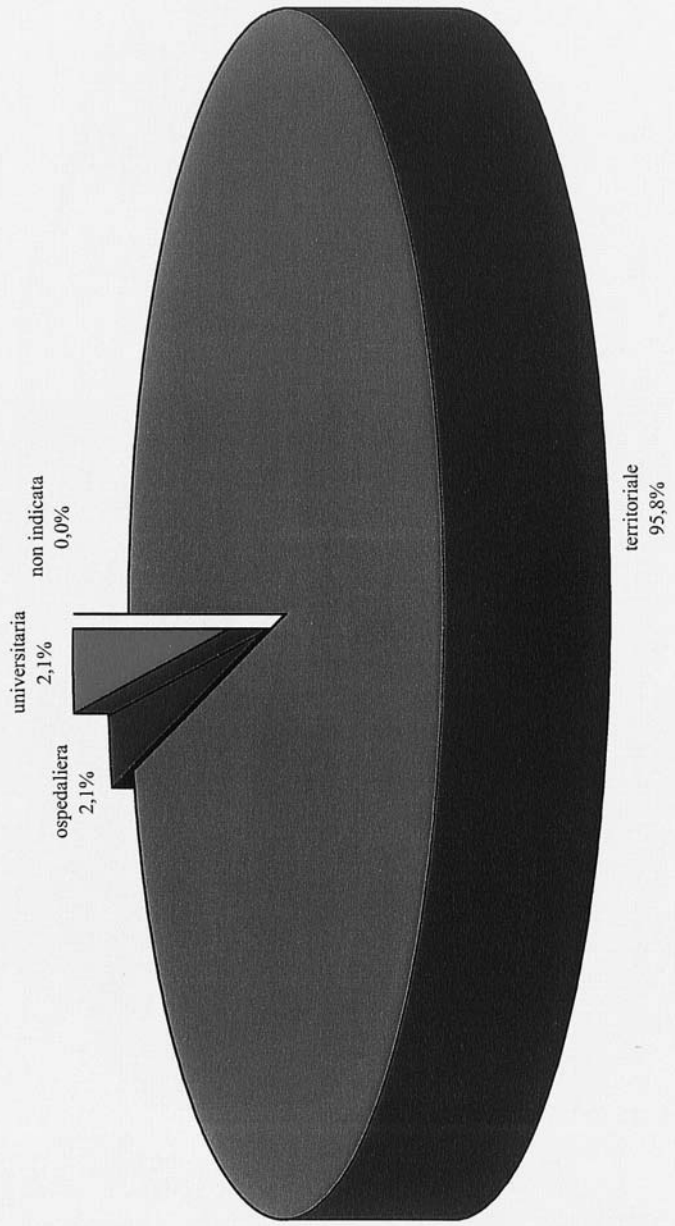
Tab.16 - NUMERO MEDIO DI ENTI O ASSOCIAZIONI DEL VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE CHE HANNO COLLABORATO CON I SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO - ANNO 2007*

	Gruppi auto \ mutuo aiuto			Comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali	Cooperative sociali per la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi	Cooperative sociali per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	Altro
REGIONE	CAT	AA	Altro				
PIEMONTE	3,7	1,2	1,4	2,8	2,3	2,9	1,0
VALLE D'AOSTA	6,0	7,0	1,0	-	-	-	-
LOMBARDIA	8,0	2,4	2,0	3,8	2,7	3,5	2,7
PROV.AUTON.BOLZANO	14,0	3,7	6,8	5,0	3,0	2,3	-
PROV.AUTON.TRENTO	15,9	1,6	-	1,2	2	2	-
VENETO	21,5	4,2	3,9	2,2	2,3	2,8	4,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	22,5	1,8	21,0	1,0	-	3,0	-
LIGURIA	3,0	3,0	-	2,3	2,0	3,3	-
EMILIA ROMAGNA	-	-	-	-	-	-	-
TOSCANA	4,9	1,7	2,0	2,5	2,0	2,9	1,0
UMBRIA	5,3	1,3	1,0	3,4	1,4	2,2	-
MARCHE	1,2	1,3	-	2,1	1,5	2,4	-
LAZIO	1,8	1,6	1,8	3,3	2,6	1,8	4,7
ABRUZZO	3,3	2,0	-	3,3	3,0	1,0	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	1,8	2,3	8,0	4,3	2,0	1,3	2,5
PUGLIA	2,8	2,9	1,5	1,9	1,4	1,4	12,0
BASILICATA	3,3	2,0	1,0	4,5	3,0	1,3	-
CALABRIA	1,6	1,6	2,3	2,5	2,3	1,3	-
SICILIA	1,9	1,0	1,0	1,6	1,5	1,4	2,0
SARDEGNA	6,5	-	1,0	2,0	-	-	-
ITALIA	7,1	2,3	3	2,8	2,2	2,5	3,4

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

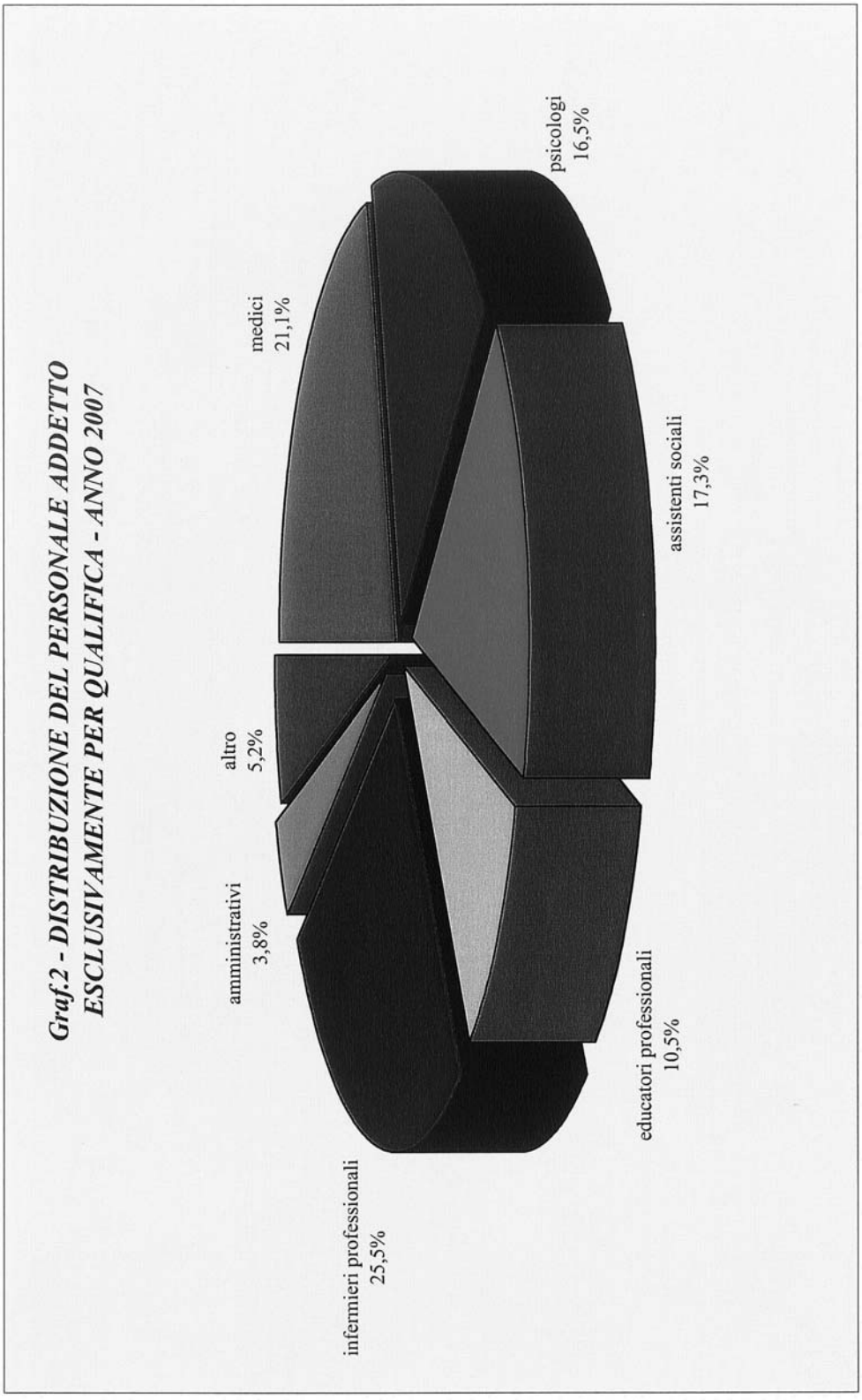
Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII dell'ex Ministero della salute

Graf.1 - TIPOLOGIA DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI
ANNO 2007



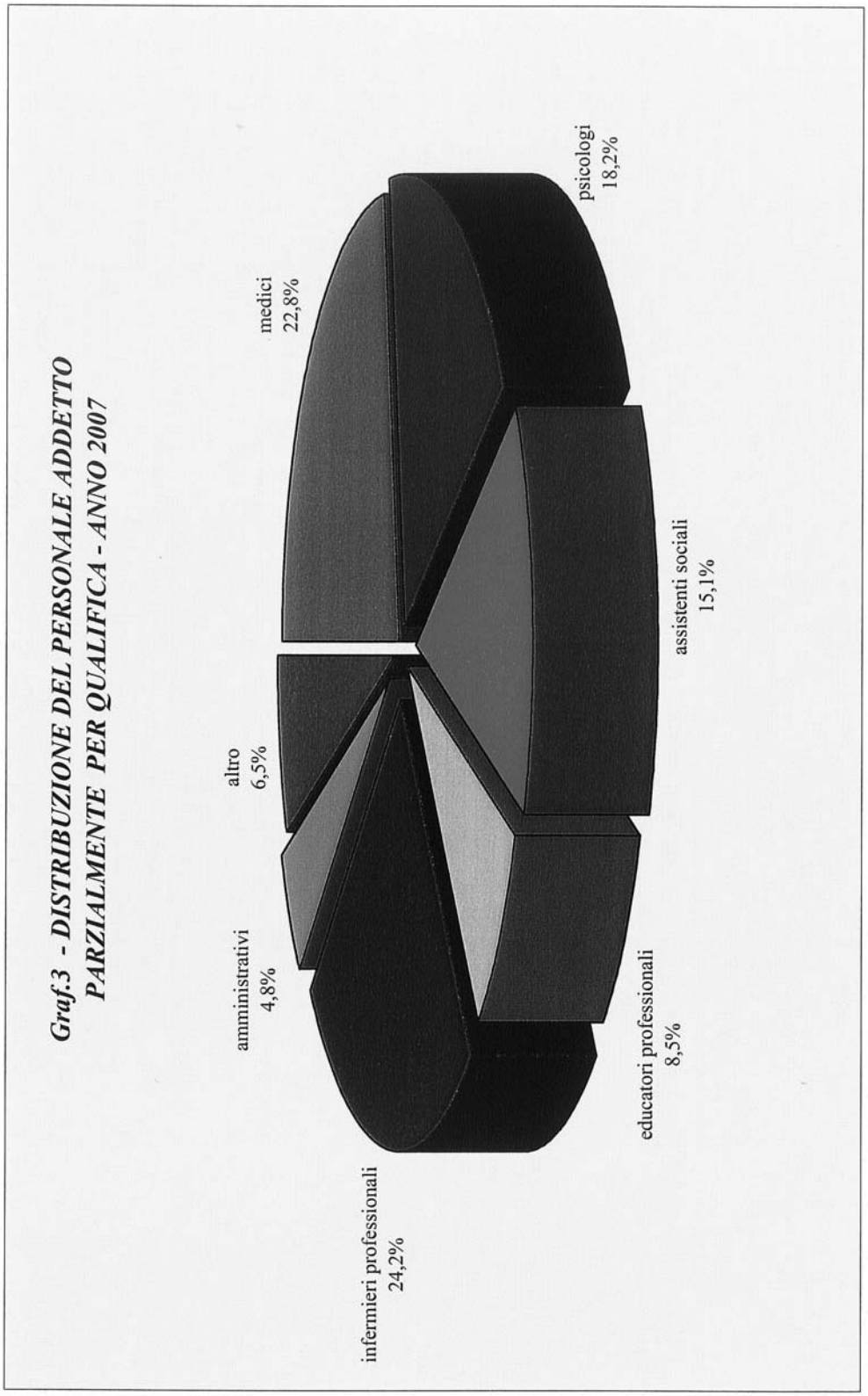
Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII dell'ex Ministero della salute

Graf.2 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2007

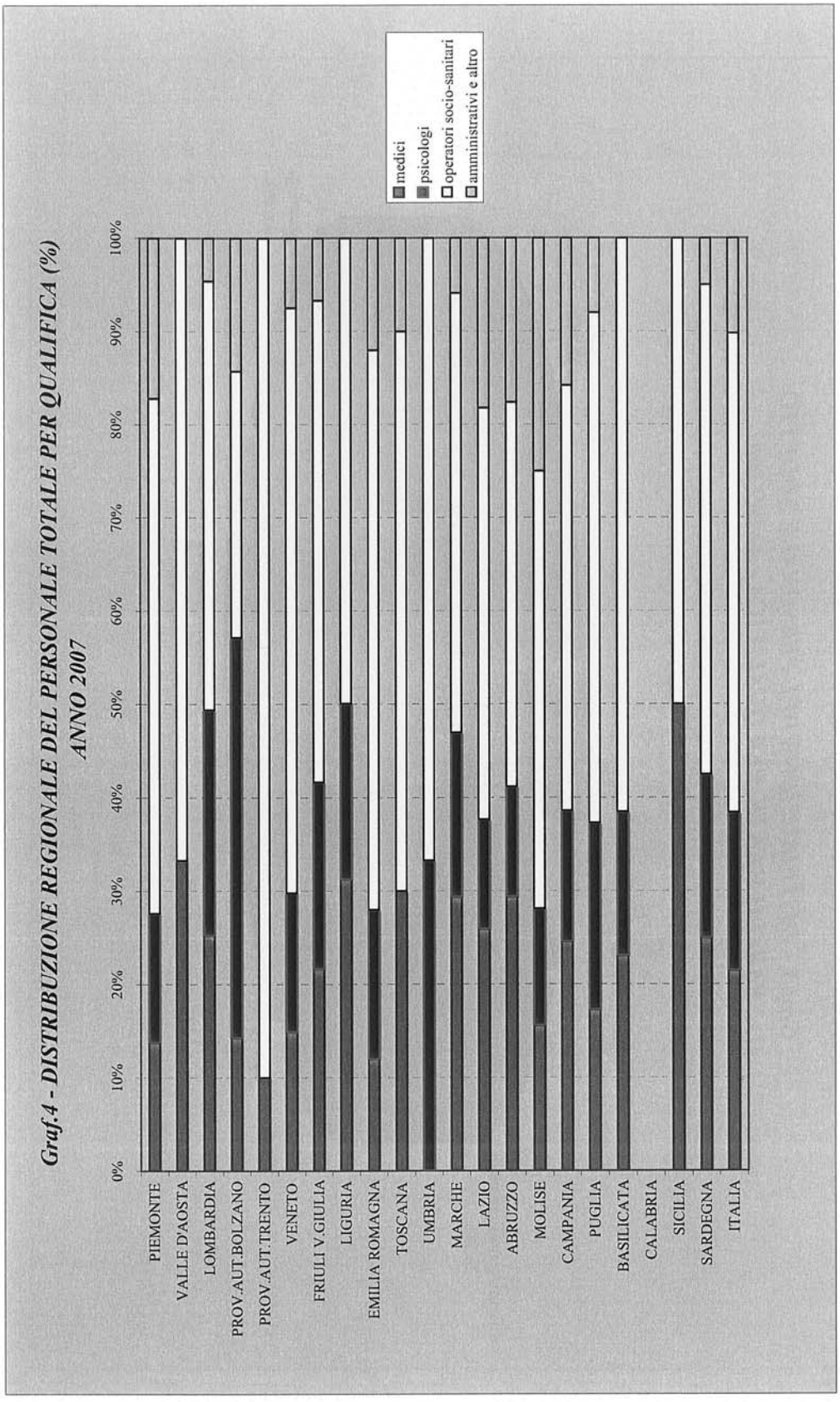


Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII dell'ex Ministero della salute

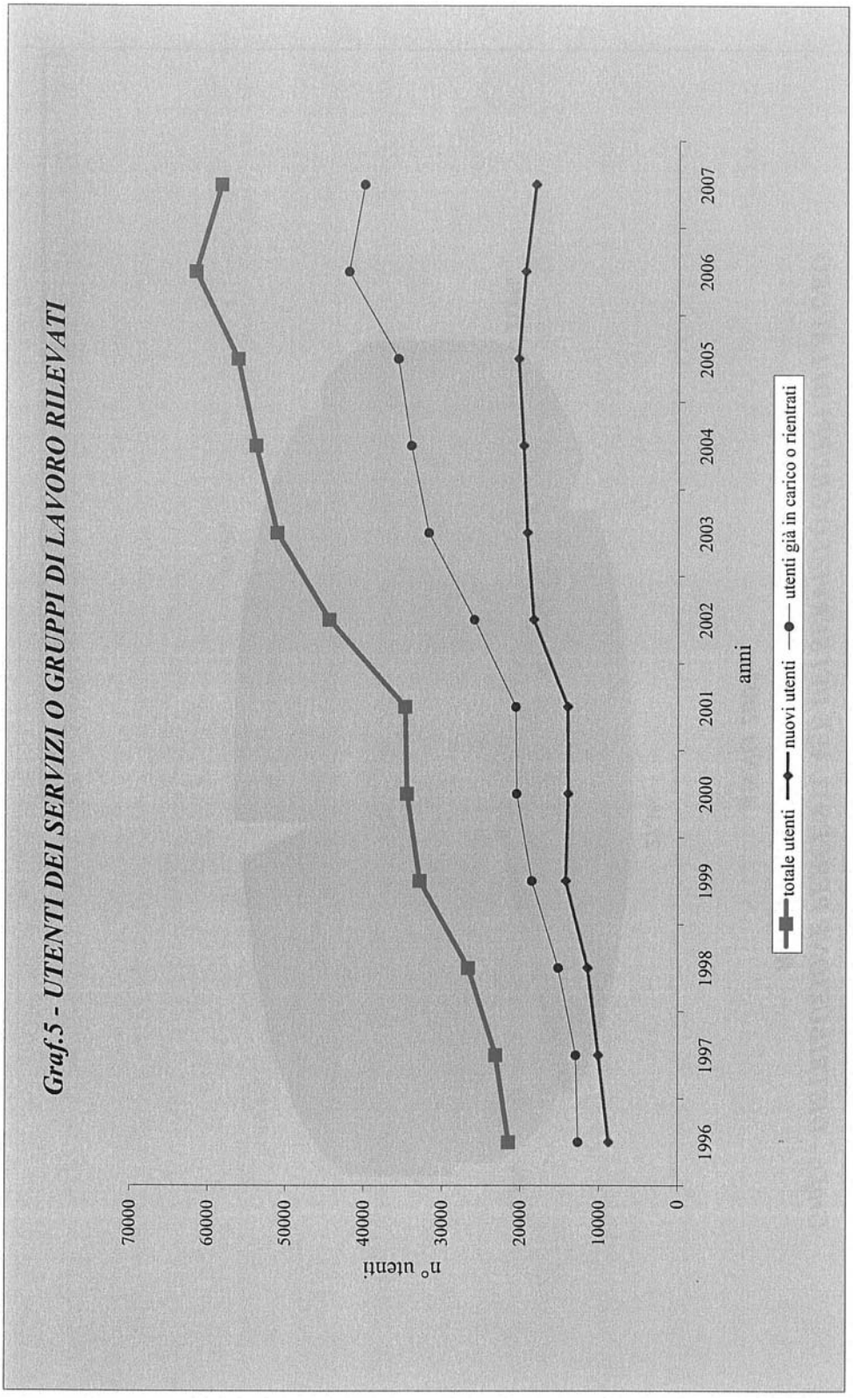
Graf.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO PARZIALMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2007



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

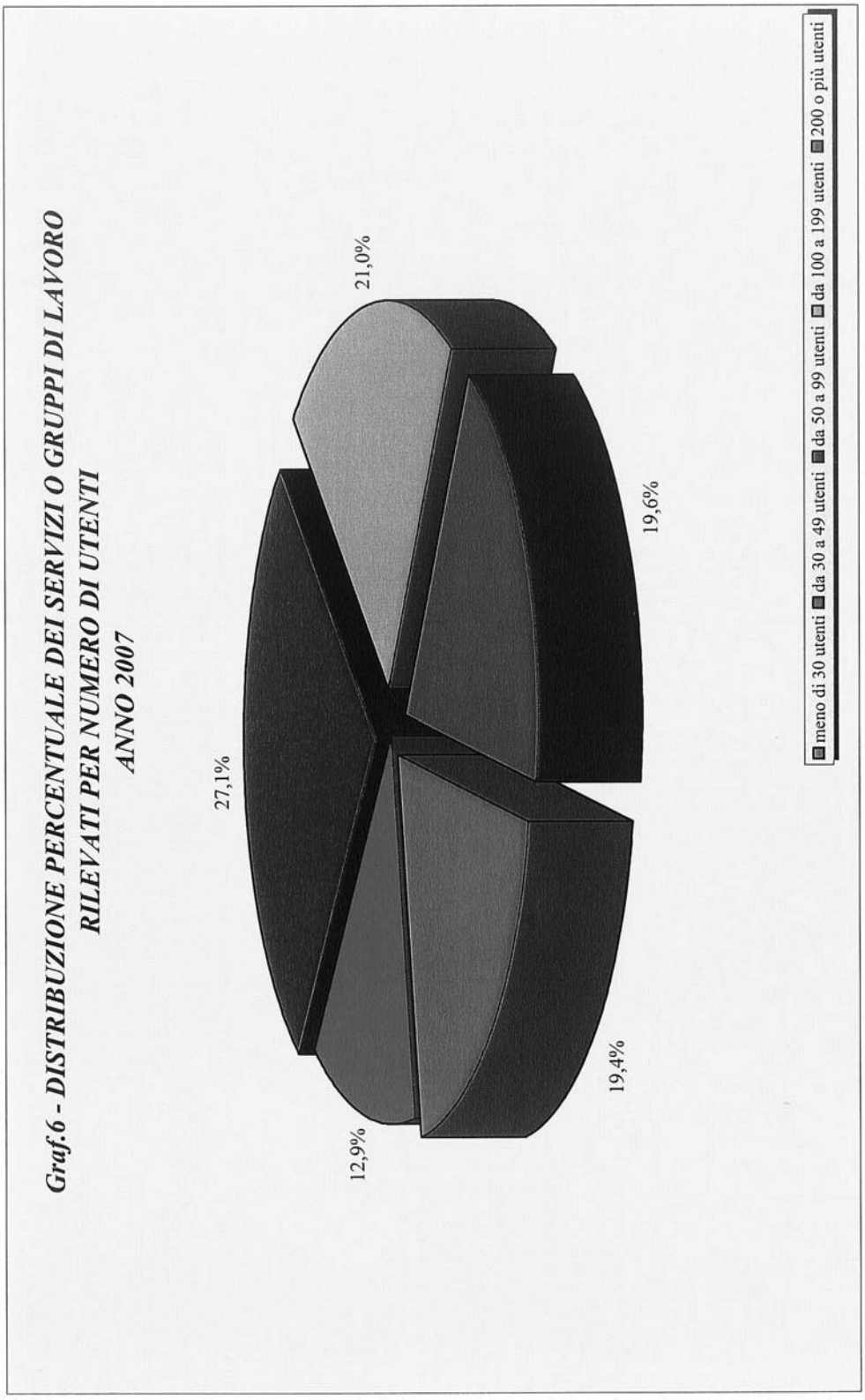


Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII dell'ex Ministero della salute

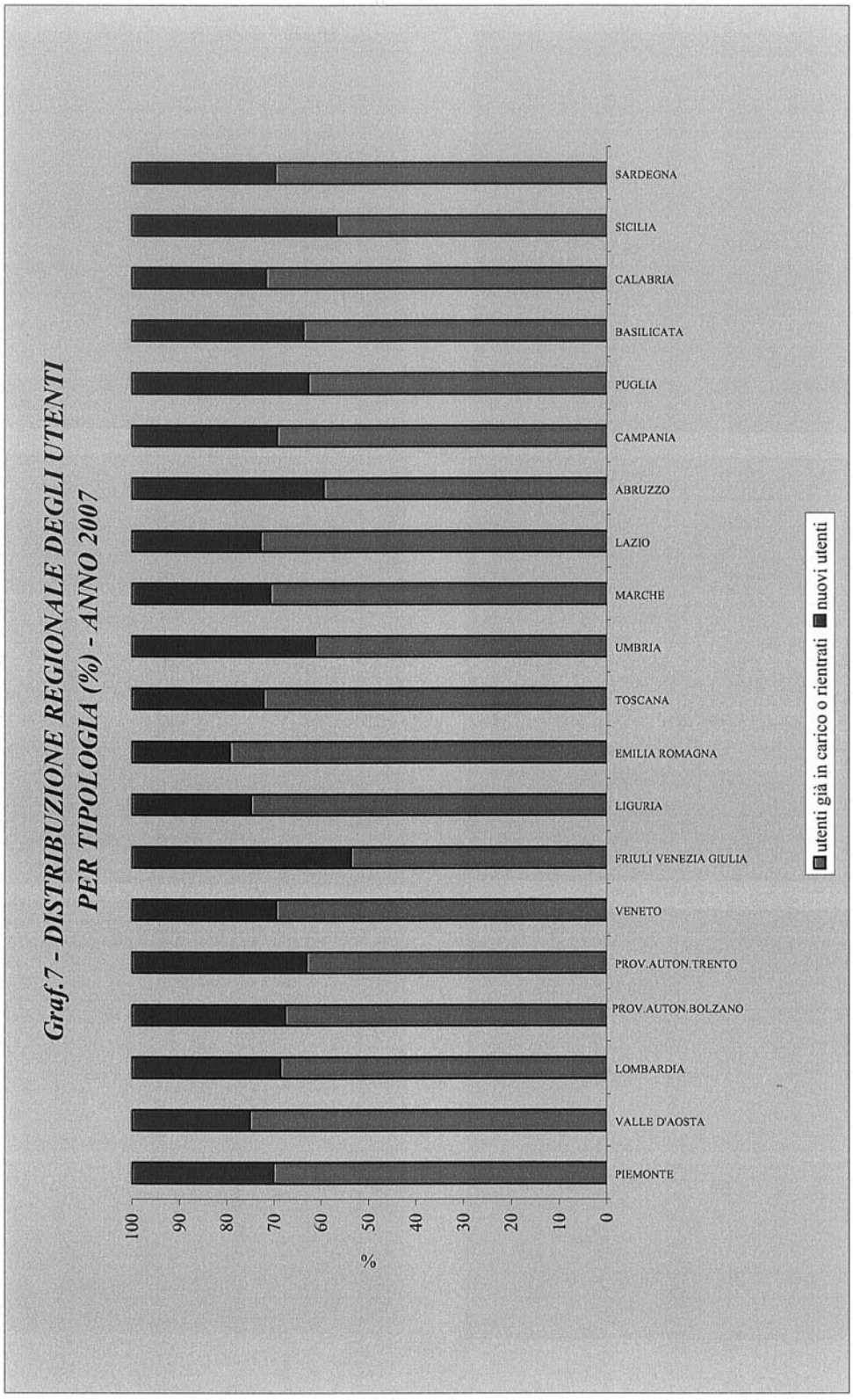


Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII dell'ex Ministero della salute

Graf.6 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI PER NUMERO DI UTENTI ANNO 2007

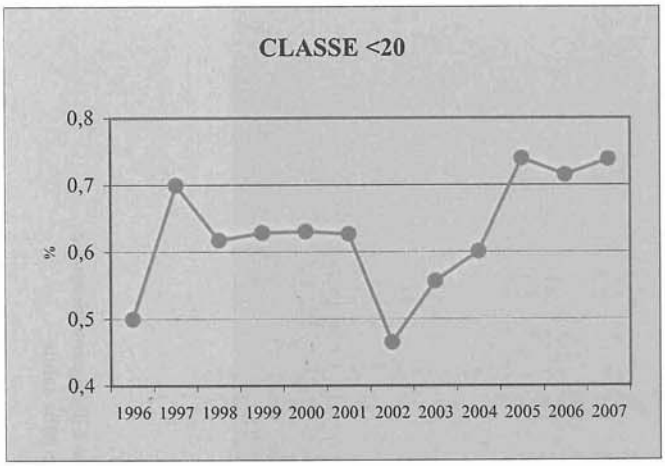


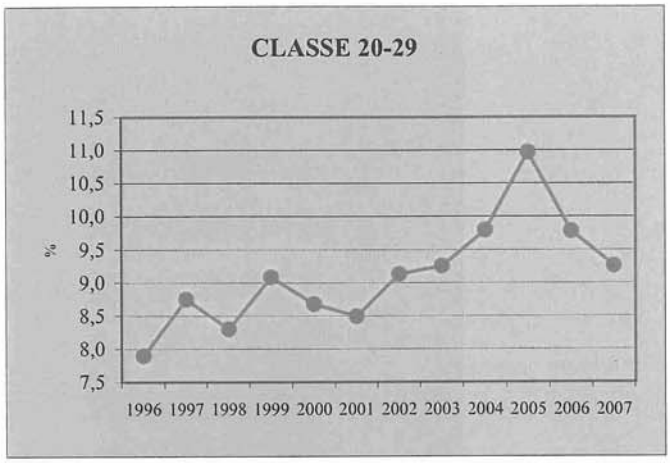
Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII dell'ex Ministero della salute

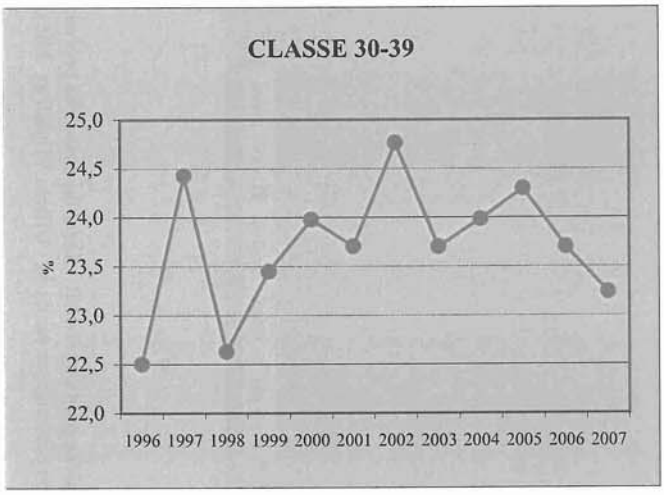


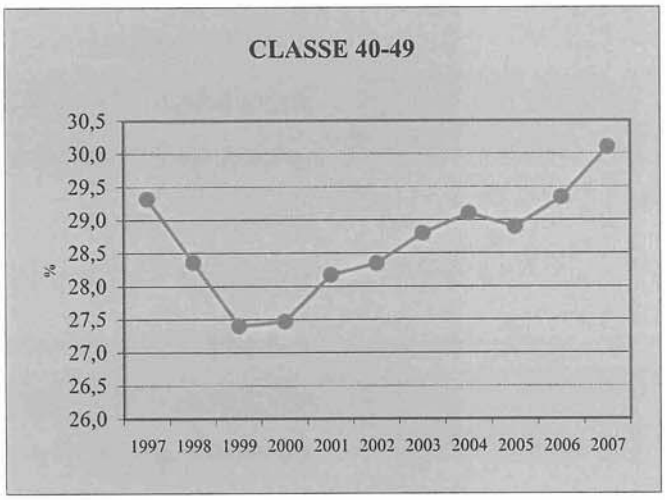
Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII dell'ex Ministero della salute

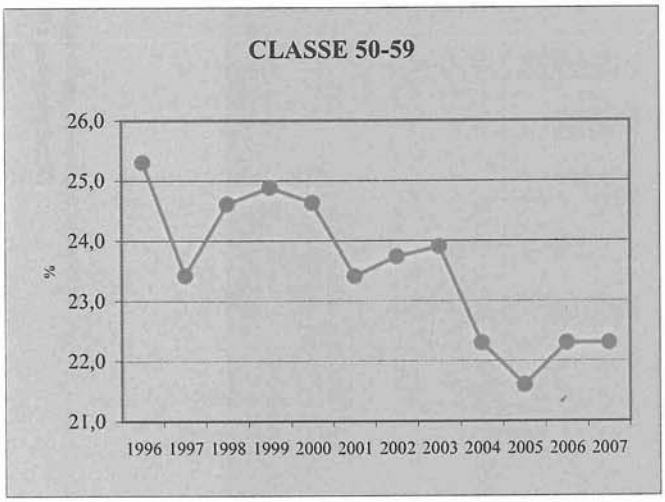
Graf. 8 - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI (TOTALE) DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

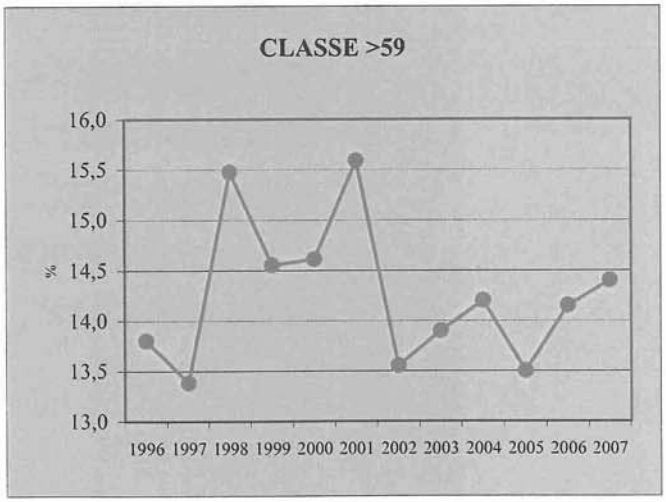




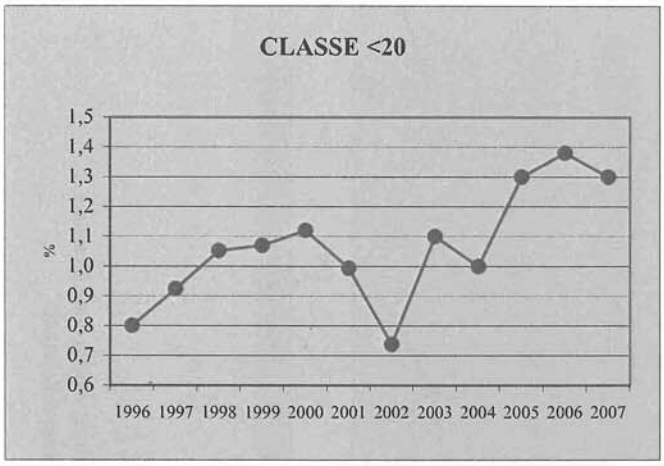


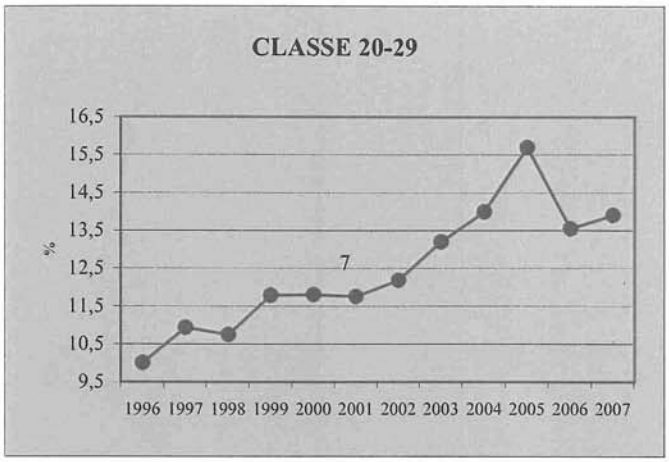


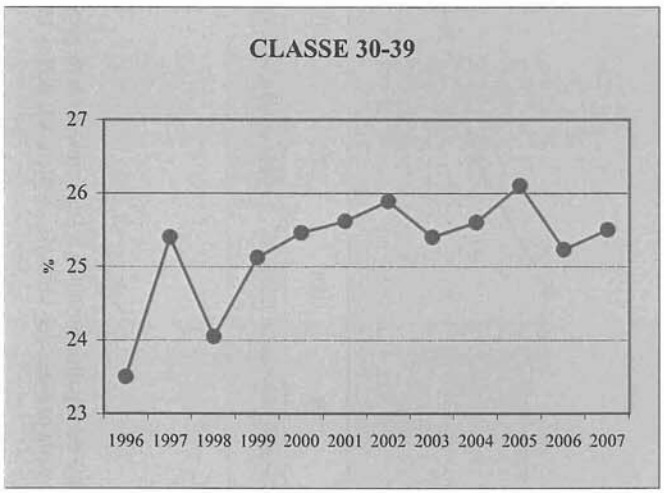


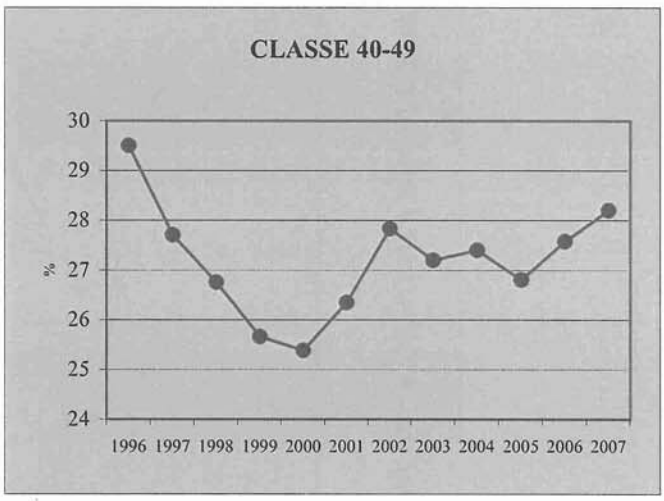


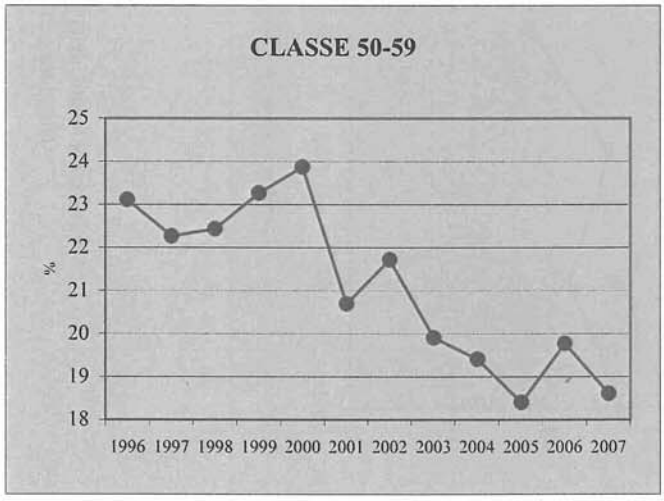
Graf. 9 - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEI NUOVI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

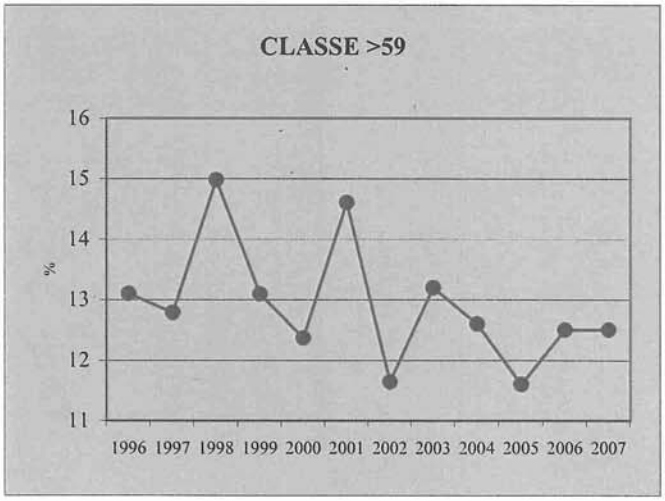




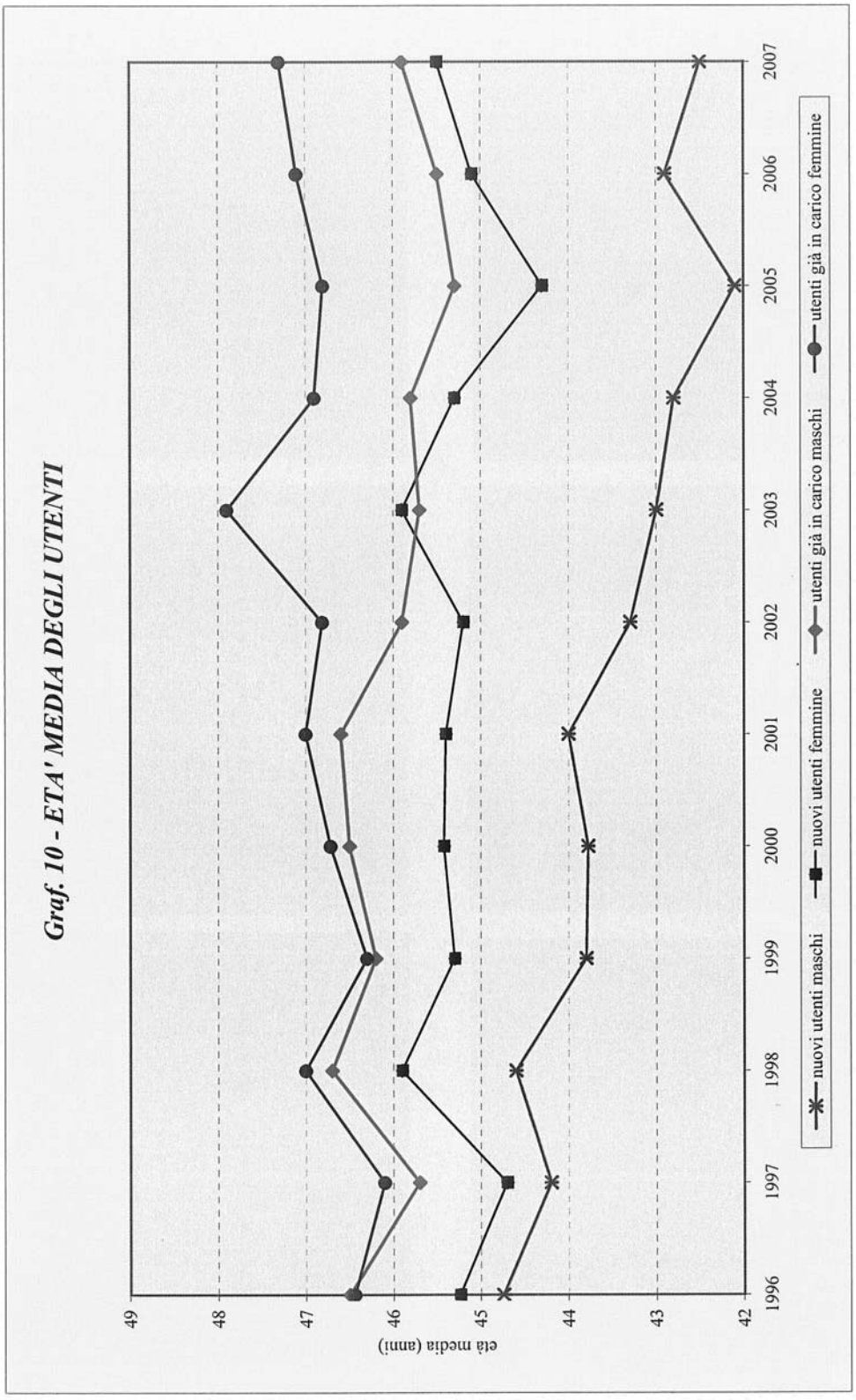








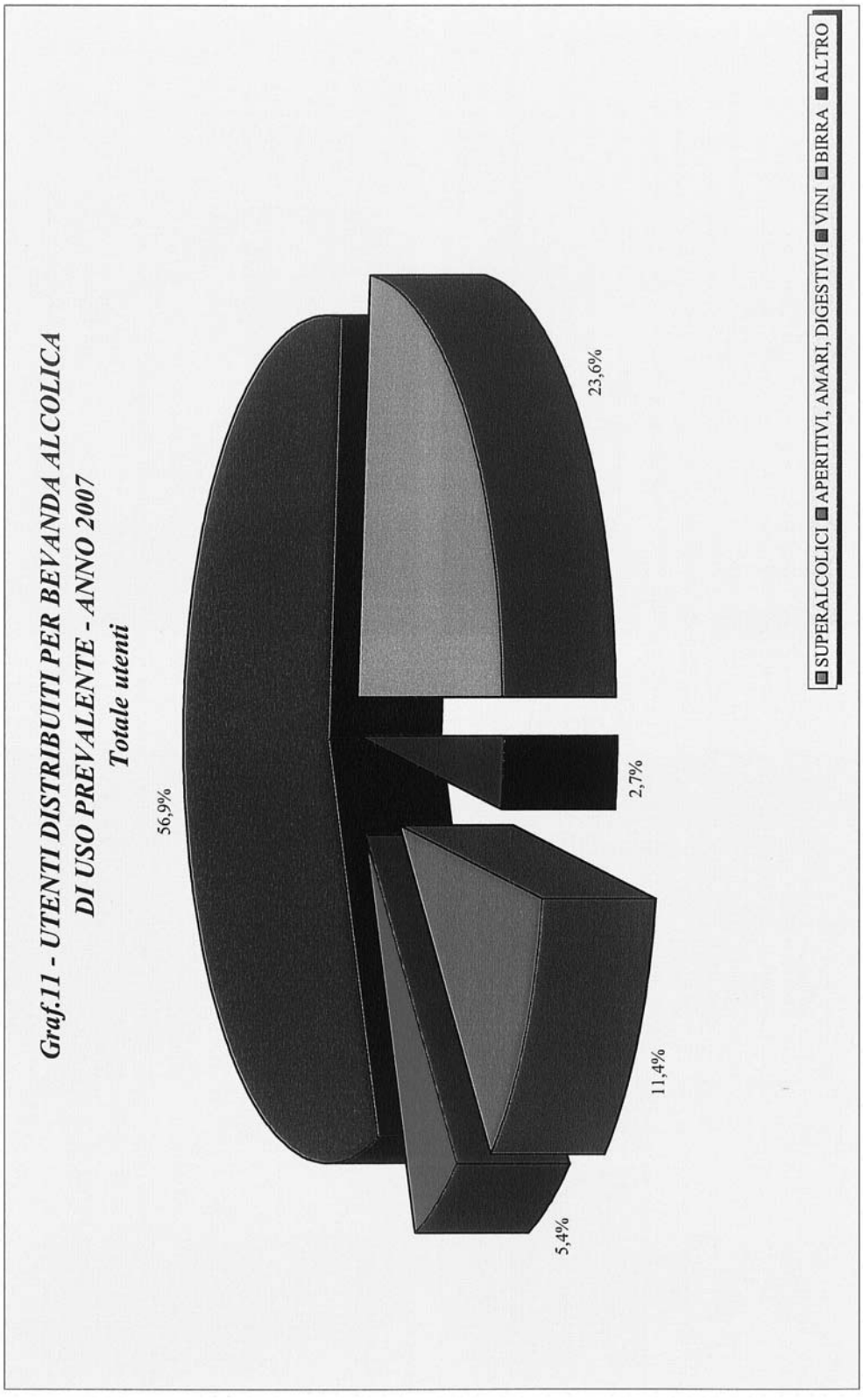
Graf. 10 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI



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

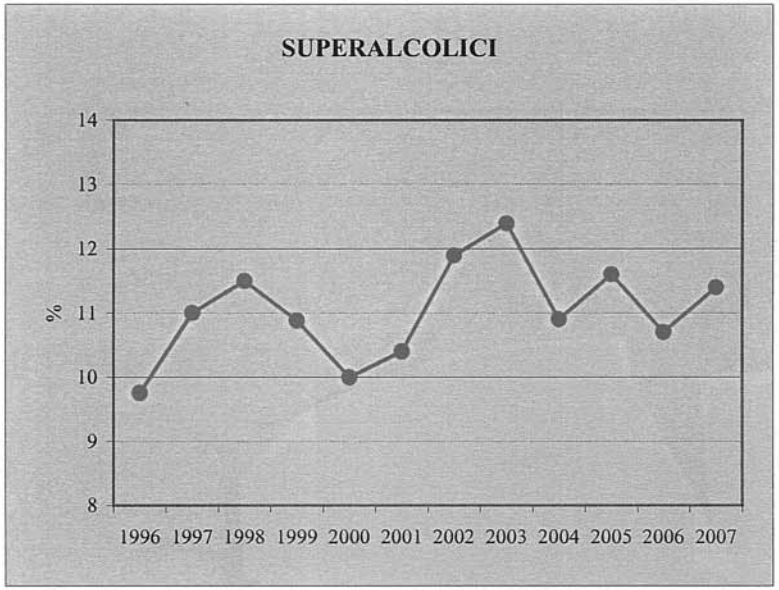
Graf.11 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA DI USO PREVALENTE - ANNO 2007

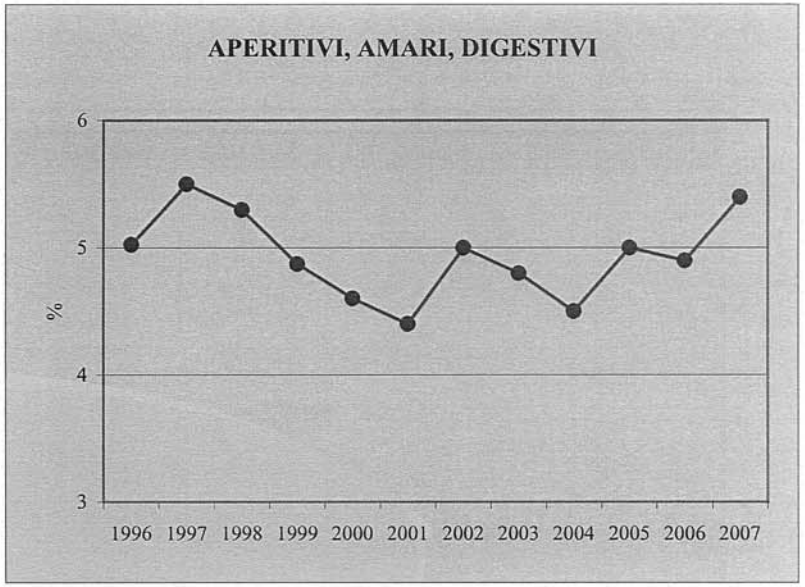
Totale utenti

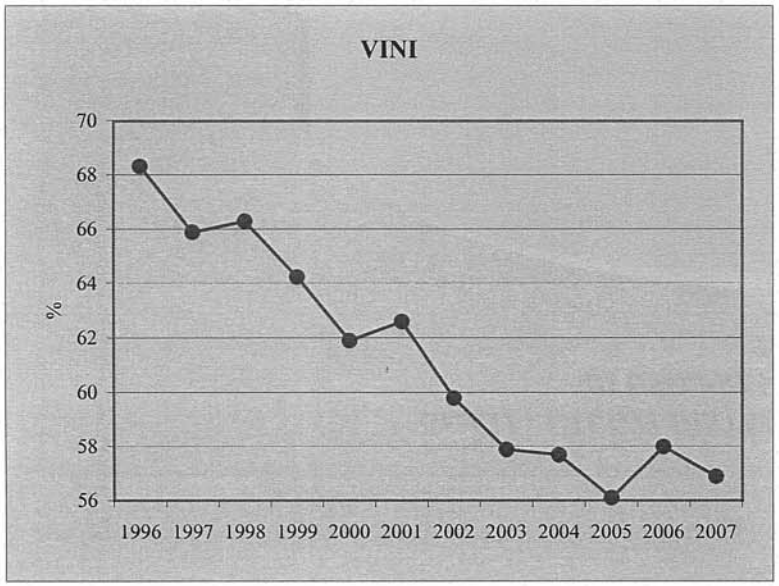


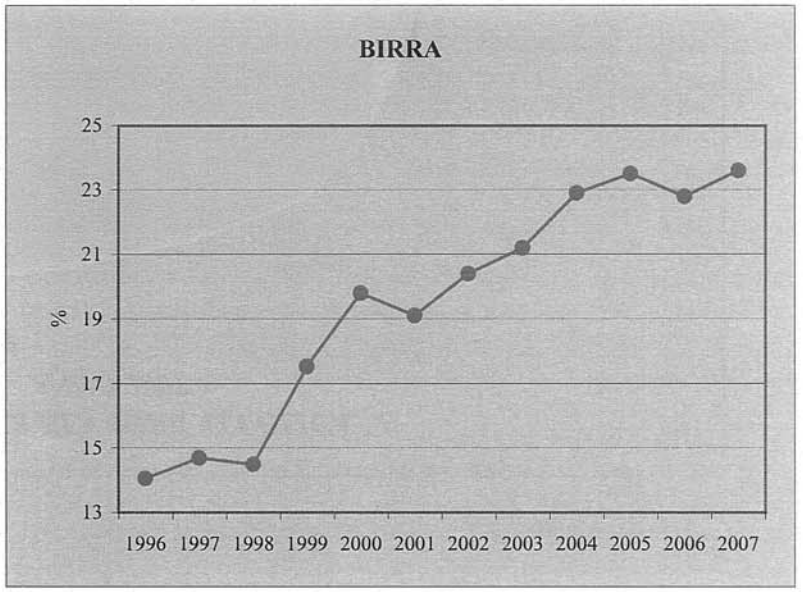
Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione
Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio VII dell'ex Ministero della salute

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









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

PARTE TERZA

7. L'attuazione della legge 30.3.2001 n. 125 nelle Regioni e Province autonome

7.1. Gli interventi e le attività delle Regioni e Province Autonome in attuazione della legge 30.3.2001 n. 125

Al fine di acquisire informazioni confrontabili secondo un modello uniforme per tutte le Regioni, il Ministero della Salute ha proposto alle Regioni, quale traccia per l'elaborazione delle Relazioni regionali previste dall'art. 9 comma 2 della legge 125/2001, lo schema sottoindicato, relativo ai principali settori di intervento previsti nella legge stessa.

Griglia di argomenti per la Relazione delle Regioni ai fini della Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati nell'anno 2007 ai sensi della legge 125/2001

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

Hanno dato riscontro alle richieste informative del Ministero, inviando la relazione richiesta, 18 Regioni e le 2 Province Autonome.
E' possibile pertanto per l'anno 2007 presentare un quadro sufficientemente articolato dell'impatto della legge 125/2001 nei vari settori di interesse.

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

REGIONE VALLE D'AOSTA

- E' stata costituita una "équipe multidisciplinare" che si occupa di fare diagnosi e che rappresenta la porta d'ingresso nel settore per tutti coloro che in Valle d'Aosta hanno bisogno di aiuto a causa dell'uso di sostanze lecite ed illecite.

- E' stato composto un "tavolo di orientamento, progettazione e valutazione (POV)" in cui siedono i coordinatori delle équipes di accoglienza, tossicodipendenza e alcooldipendenza e i rappresentanti tecnici delle comunità terapeutiche presenti in Valle. Nel suddetto tavolo di lavoro si definiscono i percorsi terapeutici sulla base delle rilevazioni diagnostiche ed altri aspetti inerenti l'organizzazione.

- Sono stati costituiti gruppi specifici di lavoro per potenziare l'intervento alcologico associando alle prestazioni specificamente mediche anche quelle di tipo psicosociale e ricercando una più stretta collaborazione con i gruppi di auto mutuo aiuto.

-In considerazione della conformazione del territorio valdostano, molto vasto, si è ritenuto necessario organizzare una "équipe per il decentramento delle attività nelle sedi distrettuali" per permettere all'utenza che lavora di coniugare esigenze terapeutiche con esigenze lavorative e per essere più vicini alle situazioni di bisogno.

-E' stata attivata una specifica "équipe per le attività e gli interventi nella Casa Circondariale di Brissogne" al fine di garantire una continuità di cura esterno/interno e interno/esterno, sia per un adeguato collegamento con i servizi di appartenenza/provenienza dei detenuti, sia per garantire possibilità di percorsi terapeutici alternativi alla detenzione.

-Con la consapevolezza che il momento più delicato del percorso terapeutico è la cosiddetta fase del reinserimento sociale, sia per chi ha compiuto un percorso ambulatoriale che per chi ha seguito un trattamento di comunità, è stato individuato un "Gruppo per la programmazione e la gestione di programmi di reinserimento socio-lavorativi".

REGIONE PIEMONTE

- Nell'ambito della Asl di Alessandria si dà applicazione a tutte le sedi del dipartimento, degli LPE, LPI e LPS identificati da apposito lavoro dipartimentale nel 2006 in tema di

alcol, con estensione ed integrazione di detta applicazione alla ex ASL21, entrata nel dipartimento nel 2007;

- Progetti di attività di consulenza e ricovero presso l'O.C. di Tortona con specifici interventi formativi sul personale delle aree internistica e di urgenza.

REGIONE LOMBARDIA

- Il 2007 si è caratterizzato per una ulteriore riforma del sistema di intervento sulle dipendenze. L'adeguamento delle tariffe relative agli interventi residenziali, l'estensione del periodo di permanenza in comunità, la possibilità di una libera scelta del luogo di cura, previa certificazione di idoneità da parte dei servizi ambulatoriali, hanno consentito una facilità di accesso ai servizi e una maggiore qualità degli interventi.

P.A. BOLZANO

- All'interno dell'Ospedale di Bolzano viene svolta attività di consulenza psicologica su richiesta dei reparti di degenza (240 consulenze effettuate nel 2007).

- E' proseguita la collaborazione tra l'ambulatorio alcologico dell'Ospedale di Bolzano, il reparto di Gastroenterologia e l'ambulatorio alcologico territoriale HANDS per effettuare ricoveri programmati di disintossicazione – riabilitazione alcologica, con n. 2 posti letto dedicati e 16 ricoveri nell'anno 2007.
I pazienti vengono trattati in modo integrato dai tre servizi coinvolti, secondo modalità concordate e condivise. Le degenze durano almeno dieci giorni ed i pazienti usufruiscono di almeno tre prestazioni psicologiche (valutazione psicologica, intervento informativo e motivazionale, avvio alla riabilitazione post-degenza in accordo con HANDS).

- E' proseguita la collaborazione operativa tra Ambulatorio di alcologia HANDS ed il Comprensorio Sanitario di Bolzano tramite l'attività terapeutica, di coordinamento e visita periodica del medico psichiatra del Ser.D. presso tali strutture. Il carico di lavoro globale (numero di pazienti in carico e prestazioni effettuate dalle varie figure professionali) è lievemente aumentato nell'anno 2007 rispetto all'anno precedente (alcoldipendenti in carico nel 2007: 657; nel 2006: 622).

- E' proseguito il gruppo di lavoro che vede coinvolti la ASL di Bolzano, i Ser.D e l'ambulatorio HANDS nella ottimizzazione della procedura delle visite di valutazione alcologica effettuate dalla Commissione Patenti.

- Nel corso del 2007 è continuata regolarmente la presenza settimanale o quindicinale del personale HANDS nei Distretti sanitari periferici di Sarentino, Castelrotto, Egna,

Appiano ed Ortisei. Nei distretti gli Operatori svolgono attività di informazione rivolta all'utenza, colloqui psicologici di valutazione e sostegno, psicoterapia, sostegno alla formazione di gruppi di auto-aiuto, consulenza e coordinamento degli interventi per le figure professionali del Distretto, contatto e coordinamento degli interventi con i Medici di Medicina Generale.

- E' proseguita la collaborazione dell'ambulatorio HANDS con il Servizio di Alcologia dell'Ospedale di Bolzano nell'ambito del programma riabilitativo dei ricoverati nel Reparto di Gastroenterologia.

- E' proseguita la collaborazione tra medico dell'ambulatorio territoriale HANDS e i MMG, il Servizio psichiatrico, i Ser.D., il Servizio psicologico ed i Consultori, nell'ambito del gruppo di lavoro congiunto per il miglioramento del lavoro di rete.

- Sono state assicurate visite settimanali da parte degli operatori dell'ambulatorio HANDS ai pazienti ricoverati per problematiche alcologiche nelle cliniche convenzionate.

- E' proseguita la collaborazione tra l'ambulatorio territoriale HANDS ed il Centro terapeutico "Bad Bachgart" del Comprensorio Sanitario di Bressanone, nell'ambito dell'attività ordinaria tra i Servizi, finalizzata a visite periodiche ai propri pazienti comprensoriali ricoverati nella struttura, in un'ottica di continuità terapeutica tra Servizio territoriale e struttura residenziale.

- Sono state effettuate attività di controllo e verifica costante del protocollo operativo Ser.D. di Merano, valutazione della qualità del servizio e della capacità di ritenzione.

- Sono stati condotti da parte del personale del Ser.D. di Merano gruppi post-dimissione da Comunità Terapeutica.

- E' stato assicurato il funzionamento di un Consultorio per le alcoldipendenze presso l'Ospedale Civile "F.Tappeiner" di Merano e presso la Clinica convenzionata "S.Anna" di Merano, con verifica e valutazione degli esiti degli accessi.

- E' stato assicurato il funzionamento di ambulatori distaccati presso le valli del territorio di competenza del Comprensorio Sanitario di Merano (Passiria, Ultimo, Venosta).

-E' stata attivata presso il Ser.D di Merano una ricerca riguardante la soddisfazione del cliente, in collaborazione con apposita agenzia.

- E' stato assicurato il funzionamento di un consultorio psico-sociale dell'Associazione Caritas – Silandro (Bz) in convenzione con la Provincia e con la ASL di Merano, per il trattamento delle problematiche derivanti dall'uso ed abuso di alcol e da dipendenza da

farmaci, droghe illegali, gioco d'azzardo e da disturbi alimentari concomitanti (151 pazienti con problemi di alcoldipendenza).

- E' proseguita l'attività dei Ser.D. di Bressanone e Brunico per il trattamento dei soggetti con problemi alcoologici ed il sostegno ai familiari, in collaborazione con le ASL, gli Ospedali, i medici di Medicina Generale, i gruppi di auto-aiuto, i sevizi sociali, le commissioni patenti.

P.A. TRENTO

- Presenza capillare, nell'ambito dell'unica Azienda sanitaria del territorio provinciale, dei servizi di Alcologia (11 servizi con organizzazione di tipo funzionale, indipendenti dal Ser.T, diffusi in ogni sede di distretto), con visite senza tempi di attesa, un responsabile medico a tempo parziale e almeno un operatore di rete.

- Prosecuzione del progetto "*R.A.R.*" (*Referente Alcologico di Reparto*), nel quale si prevede che in tutti i reparti ospedalieri sia collocato almeno un operatore formato (di solito infermiere professionale) il quale, sulla base di una apposita cartella anamnestica per l'individuazione dei bevitori problematici o alcolisti, somministrata a tutti i pazienti al momento del ricovero, esegue i colloqui motivazionali con i soggetti interessati al fine di inviarli ai servizi di Alcologia e ai gruppi di auto mutuo aiuto.

- Realizzazione di incontri di sensibilizzazione-informazione destinati a gruppi omogenei di persone attive nel sociale (assistenti sociali, educatori professionali, sacerdoti, Forze dell'ordine etc.) con la finalità di sensibilizzare all'invio delle persone con problemi alcolcorrelati ai servizi di Alcologia.

- Incontri mirati con i medici di medicina generale al fine di sensibilizzarli ad una maggiore attenzione riguardo al consumo di alcol da parte dei loro assistiti e, nel caso, all'invio delle persone con problemi alcolcorrelati ai servizi di Alcologia

- Stampa e diffusione in luoghi pubblici (specie sanitari: ambulatori, farmacie, ospedali etc.) di manifesti e dépliants informativi sui servizi di Alcologia, dal titolo "*Alcol che fare se...*".

- Prosecuzione dell'attività di coordinamento dei servizi di Alcologia tramite il "Servizio di Riferimento per le attività alcologiche", al fine di assicurare alle famiglie l'accesso ai servizi in maniera omogenea su tutto il territorio provinciale e controllare lo sviluppo dei progetti di prevenzione in tutta la Provincia.

REGIONE VENETO

- Molteplici sono state le iniziative adottate dalla Regione Veneto nel 2007 per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali, nonché per garantire la qualità degli stessi. Il 95% dei Dipartimenti per le dipendenze prevede un accesso libero ai Servizi Alcologici negli orari d'apertura; nel 76% è stato attivato anche un sistema di accesso su appuntamento; ed ancora il 76% dei Dipartimenti favorisce l'accesso all'utenza senza il pagamento di alcun ticket.

- La totalità dei Servizi Alcologici del Veneto mantiene una vasta rete di collaborazioni, che permette e facilita l'accoglienza di nuovi utenti. Sono attive collaborazioni con le Unità operative ospedaliere, consultori familiari, servizi tutela minori, Neuropsichiatrie infantili, unità operative per la disabilità, Dipartimenti di Salute Mentale, Medici di Medicina Generale. Questa costante integrazione operativa permette la realizzazione di una Rete Alcologica Territoriale tra Servizi, favorendo una efficace continuità assistenziale nel percorso terapeutico degli utenti.

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

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

REGIONE FRIULI -VENEZIA GIULIA

-Costituzione formale del Gruppo di Coordinamento Regionale Alcol in seno alla Direzione Centrale della Salute e delle Politiche Sociali, formato dai rappresentanti dei servizi pubblici, delle associazioni di volontariato e delle Università della Regione autonoma FVG.

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

-Realizzazione del "Rapporto sull'Alcoldipendenza nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Periodo: 2001-2004".

REGIONE LIGURIA

- Tutte le Aziende Sanitarie Locali della Liguria hanno strutturato presso i Dipartimenti delle Dipendenze e dei comportamenti di abuso punti di offerta specifici riguardo all'alcoldipendenza ed i problemi alcolcorrelati, denominati Nuclei Operativi Alcologia.

- Presso parte dei Dipartimenti delle Dipendenze si è apprestato uno spazio apposito dedicato ai pazienti con problematiche alcol-correlate e ai soggetti fermati con tasso alcolemico superiore ai limiti previsti dal nuovo Codice della strada.

- I Dipartimenti hanno proseguito il percorso di certificazione di qualità finalizzato all'accreditamento; l'accesso ai Dipartimenti è garantito in tempi brevi e sono previsti invii da Enti locali e servizi e reparti ospedalieri

- Presso alcuni Dipartimenti sono stati aperti nuovi ambulatori.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Durante l'anno 2007 si è avviata la stesura di un Programma regionale "Dipendenze Patologiche" con obiettivi per il triennio 2008/2010 che ha trovato approvazione nella Delibera n° 698 del 19 maggio 2008.
Nei documenti citati vengono assegnati una serie di obiettivi alle Aziende Sanitarie in tema di :

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

REGIONE TOSCANA

- Adeguamento dei locali per l'accoglienza degli utenti

- Elaborazione Linee Guida per il trattamento dell'alcolismo

- Implementazione del foglio di accoglienza tradotto anche in altre lingue

- Sensibilizzazione dei medici di medicina generale, pediatri, medici specialistici, medici dello sport, dei farmacisti, dei servizi sociali, dei mediatori culturali, Forze dell'ordine, Prefettura, Commissione medica locale

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

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

- Individuazione di percorsi assistenziali individualizzati e diversificati

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

- Istituzioni di gruppi di lavoro per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari e per la ricerca di linee guida condivise e delle azioni sul territorio su temi emergenti (alcol e guida, alcol e sport, ecc.)

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

REGIONE UMBRIA

-Prosecuzione dell'attività dei Servizi dedicati ai problemi alcolcorrelati funzionalmente afferenti ai Dipartimenti per le Dipendenze, presenti in tutte le quattro Aziende Sanitarie e strettamente collegate dal punto di vista gestionale ai Distretti Socio-Sanitari. I Servizi assicurano il coordinamento degli interventi volti alla prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza ed alcoldipendenza, anche in rapporto con i servizi ospedalieri, con gli altri dipartimenti e servizi interdistrettuali sanitari e sociali, pubblici e privati, con gli istituti penitenziari e con tutte le realtà che, nei diversi territori, a vario titolo, entrano in relazione con le problematiche della tossicodipendenza, dell'alcoldipendenza e delle patologie correlate.

-Semplificazione delle procedure di contatto e di accoglienza per l'accesso ai servizi di alcologia. Gli utenti accedono con contatto diretto e/o telefonico, non necessitano di richiesta medica e pagamento di ticket e sono state realizzate azioni per diminuire il tempo di attesa tra l'accoglienza e la presa in carico.

-Assistenza in casa circondariale: vengono regolarmente effettuati colloqui di sostegno ai detenuti con problemi alcolcorrelati; sono stati avviati colloqui anche presso la sezione femminile. Il gruppo di autoaiuto (CAT) svolge regolarmente gli incontri.

-Assistenza in Ospedale: pur in mancanza di protocolli ancora definiti, vengono effettuati, su richiesta, colloqui di diagnosi e di sostegno presso i reparti dell'Azienda Ospedaliera e del P.O.U.

-Assicurazione di continuità assistenziale a tutti gli utenti con problematiche socio-sanitarie complesse e ad utenti inseriti in Comunità Terapeutica.

-Realizzazione di protocolli con i Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione degli utenti con doppia diagnosi e con i SerT per la gestione degli utenti con polidipendenza.

-Realizzazione in quasi tutta la rete regionale di sedi autonome rispetto al Ser.T per i Servizi di alcologia, per migliorare l'accesso al Servizio.

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

REGIONE MARCHE

- L'area dell'alcologia è specificatamente individuata all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze istituiti con la DGR 747/04. Detta delibera ha previsto l'istituzione di UU.OO. di Alcologia per ciascun Dipartimento. Attualmente le attività assistenziali vengono garantite nell'area alcologica del DDP con personale dedicato. In due casi, sui nove Dipartimenti istituiti, si è in presenza di apposita U.O.

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

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

- I Servizi hanno strutturato accessi e percorsi diversificati realizzando ambulatori dedicati aperti in giorni ed orari specifici. (STDP Z.T.le n. 9 Macerata), punti di primo contatto e counseling per i pazienti segnalati dai vari reparti ospedalieri, dai medici di

medicina generale o presentatisi spontaneamente in ambulatorio (STDP Z.T.le n. 2 Urbino) o ancora accessi riservati all'interno del Distretto Sanitario, chiaramente identificabili con apposita cartellonistica (Z.T.le n. 11 Fermo)

- Al fine di migliorare le prestazioni socio sanitarie all'interno del presidio carcerario si segnala la "*Guida ai percorsi socio-sanitari rivolti a persone con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti e alcool detenute nella casa circondariale di Pesaro*" (STDP Z.T.le n. 1 Pesaro.)

REGIONE LAZIO

- Le Aziende Asl, i Ser.T. e le U.O. di Alcologia hanno promosso l'accesso e offerto trattamenti di carattere psicosociale e medico, anche avvalendosi di strutture ospedaliere per ricoveri brevi o in day-hospital.

- In alcuni servizi si è evidenziato un miglioramento delle procedure di valutazione e dell'inquadramento diagnostico del paziente, attraverso l'utilizzo del colloquio motivazionale per aumentare la motivazione al cambiamento dei soggetti con problemi alcolcorrelati ed incrementare i giorni di adesione al trattamento, con conseguente miglioramento della qualità della vita.

REGIONE ABRUZZO

- Nella Regione Abruzzo operano quattro Servizi di Alcologia (cinque sedi operative) appartenenti al Servizio Sanitario Regionale e nello specifico, a tre delle sei Aziende USL abruzzesi: Avezzano – Sulmona, Chieti e Pescara.
Le strutture sono tutte di natura territoriale: nella Azienda Sanitaria di Avezzano – Sulmona il Servizio di Alcologia è incardinato nel Servizio per le Tossicodipendenze; nella ASL di Pescara sono presenti due Ser.A : uno operante nell'area urbana e l'altro, con due sedi operative, nell'area Vestina e Maiella/Morrone.
Tutte le strutture preposte assicurano l' accesso ai trattamenti sanitari per la dipendenza da bevande alcoliche e le attività di sensibilizzazione/informazione rivolte alla popolazione generale e a target specifici, in particolare ai giovani.

- Nel 2007 per una migliore attuazione dei programmi terapeutici e di prevenzione è stata garantita una costante attività di formazione degli operatori e sono stati elaborati specifici piani per la riorganizzazione e la revisione dei compiti al fine di sostenere il dialogo tra i tecnici, permettere l'individuazione delle criticità e l'avvio di progetti di prevenzione.

- Nel corso del 2007 i Ser.A regionali hanno proseguito la loro collaborazione con gruppi di auto-aiuto (A.A. – Alcolisti Anonimi, Al-Anon – Familiari degli alcolisti,

C.A.T. – Club Alcolisti in Trattamento) e con i reparti ospedalieri coinvolti soprattutto per :

-ricoveri, soprattutto in acuto
-consulenze volte a garantire la continuità terapeutica agli alcolisti ricoverati, con invio e successiva presa in carico c/o Servizio di Alcologia
-iniziative di informazione/sensibilizzazione circa le problematiche alcol-correlate e la peculiarità del paziente alcolista rivolte al personale ospedaliero
-iniziative di informazione/sensibilizzazione circa le problematiche alcol-correlate rivolte ai parenti dei degenti

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

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

REGIONE MOLISE

- Svolgimento di campagne informative sui Servizi che si occupano dei problemi alcolcorrelati.

- Accesso facilitato per utenza "a bassa soglia" presso i Ser.T., con iniziative individuali e familiari mirate a migliorare la conoscenza e l'opportunità di rivolgersi al servizio

REGIONE CAMPANIA

- Prosecuzione delle attività in attuazione della Delibera di Giunta Regionale n°970 del 2/7/04, che conteneva le linee guida per un piano d'azione regionale sulle alcoldipendenze denominata "AZIONE A".

"Azione A" articola gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione su due livelli, uno territoriale ed uno centrale.

- Il livello centrale è svolto dal Servizio per le Dipendenze presso il Settore Fasce Deboli dell'Assessorato alla Sanità , attraverso la collaborazione sistematica con un coordinamento funzionale dei referenti alcologici delle ASL regionali. Il Servizio Regionale per le Dipendenze ha svolto nell'anno 2007 un'attività di supporto ai Ser.T. per monitorare la realizzazione degli obiettivi essenziali previsti dalla programmazione regionale sull'alcol. Il monitoraggio è stato coordinato dall'Osservatorio Regionale per le Dipendenze istituito presso il Settore Fasce Deboli dell'Assessorato alla Sanità, che ha avviato un lavoro di verifica delle attività delle Unità A.

- Il livello territoriale è garantito dalle Unità A, le équipes alcologiche territoriali individuate da Azione A per l'intervento sui problemi alcolcorrelati e operanti nell'ambito dei Servizi territoriali per le Dipendenze (Ser.T.). Le prestazioni erogate dai Ser.T. in campo alcologico comprendono l'accoglienza, l'osservazione e la diagnosi, l'assistenza sanitaria dell'utente con la presa in carico sia dell'utente che della famiglia. Nell'anno 2007 si registra un incremento sia dei trattamenti "medico-farmacologici" che di quelli basati sul "counseling sull'utente".

REGIONE PUGLIA

- Prosecuzione dell'azione di consolidamento delle UU.OO di alcologia, istituite presso i Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche, aventi il compito di coordinare tutte le funzioni in materia di prevenzione, cura e lotta all'alcolismo anche attraverso il ricorso sistematico alle consulenze effettuate presso le divisioni degli ospedali delle ASL , che hanno permesso di incrementare il numero di contatti e di utenti in trattamento. In numerose realtà territoriali queste UU.OO. rispondono in modo sempre più completo ai bisogni dell'utenza che presenta problemi alcolcorrelati attraverso una strategia condivisa e mediante una rete di interventi e di collaborazioni con associazioni, servizi, distretti, ospedali, Prefetture, ecc.

- Abbattimento delle liste di attesa e rafforzamento delle attività di counseling informativo, di inquadramento diagnostico e orientamento/sostegno per le famiglie presso tutti i servizi; la presa in carico dei soggetti alcoldipendenti avviene in maniera diretta, con esenzione dal ticket e senza particolari formalità.

- Rafforzamento in alcune realtà (ASL BA/2 e ASL FG/2) delle collaborazioni tra UU.OO. di alcologia e divisioni o reparti di medicina dell'Ospedale: nella ASL BA/2 si sono sottoscritti dei "protocolli d'intesa" per regolamentare la collaborazione nella gestione del paziente con problemi alcolcorrelati, prevedendo anche la riserva di uno o più posti letto che vengono co-gestiti tra il reparto di medicina interna e l'U.O. di alcologia; nella ASL FG/2 si è istituita l'Unità Operativa Sperimentale di Alcologia presso la Divisione di Medicina del P.O. di Manfredonia, nata sulla base di una stretta collaborazione tra il Servizio di Alcologia del DDP e la Divisione di cui sopra, integrando negli interventi terapeutici l'attività dei Medici di Medicina Generale e del Servizio di Epidemiologia dell'Azienda con la presenza del volontariato specifico (C.A.T. e A.A.) attraverso protocolli di intervento.

- Frequente adozione in molte realtà da parte dei Dipartimenti delle ASL di attività di sensibilizzazione dei medici di famiglia, per favorire l'accesso degli utenti alcolisti o portatori di PAC ai trattamenti; i medici di famiglia sono stati coinvolti soprattutto in occasione delle attività informative messe in atto dai servizi (distribuzione di opuscoli informativi da trasmettere ai pazienti, ecc.). In una realtà della provincia di Bari,

Conversano–Putignano, sono stati approntati dei questionari rivolti ai medici di base per reperire informazioni più dettagliate sulla percezione che essi hanno del problema e sulle modalità di intervento.

- Prosecuzione dell'attività dell' Unità di Alcologia clinica medica "*A. Murri*" c/o il Policlinico di Bari che, nel corso del 2007, ha visto ricoverati in degenza ordinaria n.67 Alcolisti e n. 14 Alcolisti in Day Hospital, mentre gli utenti in trattamento visitati c/o il locale ambulatorio sono stati n. 254.

REGIONE BASILICATA

- Realizzazione di incontri con operatori sociali e sanitari allo scopo di sensibilizzare ed informare le figure sanitarie e sociali sulle PAC e sull'esistenza e le attività del servizio pubblico (Ser.T.) e del privato sociale (CAT ed AA) operante in tale campo.

- Elaborazione di una proposta di percorso assistenziale integrato ospedale-territorio per la presa in carico del paziente alcolista.

- Attuazione del piano delle attività previste dal protocollo d'intesa vigente tra il Ser.T. ed i Direttori dei Distretti di II livello di Matera e Tricarico. Le attività previste dal protocollo d'intesa, per quel che riguarda il personale Ser.T., sono state puntualmente realizzate come da calendario. Nell'anno 2007 sono stati realizzati n.22 accessi presso il Distretto di Bernalda, n.20 accessi presso i Distretti di Irsina e Grassano e n.20 accessi presso il Distretto di Montescaglioso, come concordato in sede di assegnazione degli obiettivi.

-Progettazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare interdipartimentale Ser.T./Dipartimento di Salute Mentale al fine di elaborare un percorso condiviso per la presa in carico del paziente tossicodipendente e/o alcoldipendente con comorbilità psichiatrica e di attivare un'équipe interdipartimentale che si occupi di soggetti con "doppia diagnosi".

- Collaborazione alle attività del CRA (Centro di Riabilitazione Alcologica) di Chiaromonte per ricoveri in acuzie di utenti alcolisti.

- Attuazione del "Progetto Qualità" con somministrazione all'utenza di questionari riguardanti la qualità percepita del Servizio.

- Attività di informazione e orientamento presso il Centro distrettuale Valsinni, con assicurazione di continuità terapeutica nel giorno del mercoledì dalle ore 9 alle ore 13 tramite la presenza del medico di continuità assistenziale e la verifica periodica dell'attività mediante il medico del Ser.T.

- Attività di informazione e orientamento presso il Centro distrettuale Stigliano, con assicurazione di continuità terapeutica dalle ore 9 alle ore 13 tramite la presenza del medico di continuità assistenziale, di un infermiere dell'hospice e la verifica mensile dell'attività mediante il medico del Ser.T. Da Agosto 2008 apertura mensile con la presenza del medico e dell'infermiere del Ser.T.

- Attivazione di percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio per la presa in carico del paziente alcolista.

- Conclusione di una procedura sperimentale di valutazione degli esiti dei trattamenti con restituzione dei risultati alle Comunità Terapeutiche che hanno partecipato alla sperimentazione.

-Progetto Sistema Informativo sulle tossicodipendenze (SESIT), gestione dell'anagrafica del programma MFP Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR).

REGIONE CALABRIA

- La Regione Calabria ha favorito iniziative di rafforzamento dell'informazione sulla rete dei servizi per l'alcoldipendenza attraverso l'utilizzo dei mass media (Radio, TV locali, quotidiani) con dibattiti pubblici, coinvolgendo associazioni e club service quali il Rotary Club, i Clubs Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi, Caritas, Società Italiana di Alcologia , Eurispes Calabria etc.

- Ulteriore impegno è stato rivolto al potenziamento della rete dei servizi per l'alcoldipendenza, caratterizzato dalla promozione di un percorso riabilitativo integrato in collaborazione con i Sert, i reparti ospedalieri di medicina, gastroenterologia, pronto soccorso.

REGIONE SARDEGNA

Nel corso del 2007, la Regione Autonoma della Sardegna ha considerato prioritaria l'area degli interventi nel settore dell'alcologia ed ha indicato gli interventi da attuare nel "Programma Regionale di Interventi nel Settore delle Dipendenze" (DGR n.12/3 del 27.3.2007) e nel "Progetto strategico salute mentale: linee di indirizzo per l'organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze" (DGR n. 35/6 del 12.6.2007). In dettaglio il "Programma Regionale di Interventi nel Settore delle Dipendenze" individua le azioni necessarie per garantire la presa in carico delle persone con problemi di abuso/dipendenza da sostanze legali e/o illegali e per coordinare le risorse e l'operosità della rete dei servizi (sanitari, socio-sanitari, sociali, educativi) impegnati nell'attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

Il "Programma Regionale di Interventi nel Settore delle Dipendenze" indica le seguenti linee d'azione:

- ogni SerD deve fornire l'assistenza necessaria per le problematiche alcol-correlate, anche attraverso l'individuazione di équipes funzionali tematiche nel campo dell'alcologia, dedicate a tale attività non necessariamente in maniera esclusiva, ma per la quota tempo utile ad affrontare le problematiche emergenti dal territorio del SerD;

- l'équipe funzionale di alcologia deve diversificare la propria attività in base alle necessità degli utenti, assicurando l'assistenza sia all'interno dei locali dei SerD che in locali differenti da quelli utilizzati per il trattamento delle altre dipendenze, come ad esempio i poliambulatori;

- l'attività delle équipes operative di alcologia deve essere sottoposta a valutazione di efficacia degli interventi attuati nel territorio.

7.3. INIZIATIVE ADOTTATE PER FAVORIRE L'INFORMAZIONE, LA PREVENZIONE E L'EDUCAZIONE SUI DANNI ALCOLCORRELATI

REGIONE VALLE D'AOSTA

- Sono state promosse gare sportive sul territorio regionale in collaborazione con gli enti istituzionali e con la partecipazione di rappresentanti dei gruppi di auto-mutuo aiuto con l'obiettivo di prevenire il fenomeno dell' uso di alcol nei contesti sportivi, in particolare quelli tradizionali e tipici quali *fiolet, palet, rebatta* e di implementare azioni che favoriscono la prevenzione e il trattamento delle problematiche alcolcorrelate.

REGIONE PIEMONTE

Asl Torino
- Corso "*Scegliere la strada della sicurezza: interventi di prevenzione incidenti stradali*" svolto a Torino.
- Corso "*A ciascuno il suo*".

Tra i mesi di febbraio e maggio 2007 sono stati realizzati 4 corsi articolati in due lezioni da 4 ore ciascuna: la prima centrata sulla comunicazione rivolta ai giovani e agli adulti, la seconda sulle tecniche di didattica attiva. Entrambi gli incontri sono stati gestiti da uno psicologo e da un educatore formatore. Ai partecipanti a questo corso è stata consegnata la dispensa "Alcol, droghe e guida. Didattica in corso", appositamente studiata per destinatari non esperti in *action-learning*, insieme a un cd-rom contenente tutti gli strumenti didattici sperimentati nel corso, pensati per stimolare la comunicazione e sensibilizzare giovani e adulti sui comportamenti a rischio alla guida.

- Progetto "*BOB*"

La Regione Piemonte ha avviato un progetto denominato "*Piemonte strade sicure*", nell'ambito del quale sono state realizzate due campagne di comunicazione: "*Il mio scudo sono io*" e "*Questa sera chiamatemi Bob*". La prima si basa su messaggi atti a promuovere l'uso delle cinture, il rispetto dei limiti di velocità e informazioni su alcol e guida; la seconda, volta a sensibilizzare i giovani tra i 18 e i 30 anni sui rischi connessi alla guida sotto l'effetto di alcol, droghe o farmaci e a promuovere la figura del *guidatore designato*, cioè la persona che si assume l'impegno di limitare al minimo il consumo di alcolici nel corso della serata e di accompagnare a casa gli altri.

- Manifestazione della Regione Piemonte "*Settimana della sicurezza stradale*" ..

Asl Torino 2
- Progetto "*Tutto quello che occorre sapere per cavarsela senza rischiare*".

Asl Alessandria
- Corso annuale sui PAC e alcoldipendenza agli operatori (assistenti sociali ed educatori) del Consorzio del Novene.
- Diffusione di informazioni circa la presenza e modalità di accesso ai locali gruppi di auto aiuto ad altre agenzie del territorio.
- "*Progetto benessere*" (Novembre 2005 – Giugno 2007).
- Progetto "*Creativamente senza alcol*" (Gennaio 2007 – Giugno 2008).

Asl Cuneo
-Progetto "*Pronti a ripartire*!"
Interventi di tipo informativo-formativo, educativo, di promozione della salute e prevenzione delle situazioni di rischio di "incidenti sulla strada", causati in particolare dagli effetti dell'alcol nei conducenti di veicoli a motore.
Asl coinvolte: ASL CN2 (ex ASL18) Alba – Bra (capofila), ASL CN1 (ex ASL15) Cuneo, ASL CN1 (ex ASL16) Mondovì – Ceva, ASL CN1 (ex ASL17) Savigliano–Saluzzo–Fossano.
Destinatari finali: persone segnalate per guida in stato di ebbrezza alcolica e inviate alle Commissioni Mediche Locali della Provincia di Cuneo per l'accertamento dell'idoneità alla guida.
- Progetto *SP.INT.A info (spazio informativo azione interattiva).*

ACAT
- L'ARCAT Piemonte e le ACAT realizzano molti dibattiti chiamati "Interclub" sia per la popolazione sia per la Comunità locale, su temi proposti o individuati collegialmente.
- Tutte le iniziative di informazione sono eseguite da specialisti del metodo adottato (Metodo "Hudolin", dallo psichiatra iugoslavo che lo ha inventato). I servitori-formatori si aggiornano di continuo confrontandosi con il mondo scientifico e sociale.
- Vengono attivate molte iniziative locali rivolte alla prevenzione e alla informazione, chiamate Scuole di 1° 2° e 3°modulo. Il primo modulo è rivolto alle nuove famiglie entrate in trattamento, il 2° e il 3° modulo sono rivolti alla popolazione e alla comunità in generale.

CUFRAD :
- Attivazione del "Progetto Farmacie" per la prevenzione dei problemi e delle patologie alcol-correlate

REGIONE LOMBARDIA

- Attuazione di interventi regionali di prevenzione, in partnership tra Pubblico e Terzo Settore, dove le ASL hanno il ruolo di "capofila attivo" con compiti di coordinamento. Complessivamente nel territorio lombardo sono state attivate circa 172 iniziative che hanno raggiunto un'utenza di circa 62.100 utenti. Le iniziative si sono svolte

prevalentemente nelle seguenti sei macroaree: area scuola; area aggregazione giovanile; area sicurezza stradale; area lavoro e formazione; area notte; area informazione cittadini. Per quanto riguarda il settore giovanile in particolare sono state pubblicate delle Linee guida sugli interventi preventivi rivolti agli adolescenti e preadolescenti. L'azione preventiva destinata ai giovani si svolge in particolari contesti quale l'area della "notte" (discoteche, eventi, aggregazioni giovanili, ecc.) con il coinvolgimento di risorse sia di personale che strumentali (es.: unità mobili, unità di strada, ecc.).

P.A. BOLZANO

- Collaborazione tra l'ambulatorio di Alcologia presso l'Ospedale di Bolzano ed il Pronto Soccorso per l'elaborazione del progetto "*Rilevamento precoce delle problematiche correlate all'alcol e ad altre dipendenze patologiche*". Il progetto è stato pensato in un'ottica di prevenzione selettiva (favorire una riduzione di condotte a rischio, promuovere comportamenti sicuri e responsabili, aumentare nei giovani la consapevolezza dei rischi di abuso alcolico).

- Attività del gruppo di coordinamento per la seconda fase della campagna mediatica di prevenzione primaria delle problematiche alcologiche promossa dall'Assessorato alla Sanità, che ha coinvolto nel corso del 2007 anche la Associazione HANDS.
La campagna triennale di prevenzione è stata integrata con una serie di attività complementari di carattere informativo (depliants su "alcol e guida" e serate informative in tutta la Provincia) per le quali l'Associazione ha svolto una collaborazione di consulenza tecnica.

- Prosecuzione da parte dell'Associazione HANDS delle conferenze nei Distretti destinate alla popolazione generale sull'uso consapevole di alcol.

- Prosecuzione della collaborazione tra l'Associazione HANDS, l'Associazione "Forum-Prevenzione delle dipendenze" e diverse agenzie della Provincia di Bolzano ed austriache per il progetto transfrontaliero "*Io rinuncio, meno è meglio*".

- Interventi informativi dell' Associazione HANDS nelle scuole medie e superiori.

- Predisposizione nel corso del 2007 di materiale informativo riguardante l'attività dell' Ambulatorio HANDS, delle strutture riabilitative dell'Associazione e dei gruppi di auto-aiuto a conduzione professionale. Tale materiale è a disposizione dell'utenza tramite i medici di medicina generale, i distretti socio-sanitari, le istituzioni pubbliche e le organizzazioni di volontariato.

- Interventi informativi da parte del Ser.D. di Merano per la popolazione e nelle scuole medie inferiori e superiori.

- Ideazione e attuazione all'interno del Ser.D di Merano, d'intesa con una associazione privata, di un modulo denominato "Servizio di Prevenzione Secondaria/Selettiva" per alcolismo e tossicodipendenza.

- Prosecuzione dell'offerta di colloqui psicologici informativo-preventivi all'interno dell'attività medico-legale per patenti di guida da parte del Ser.D. di Merano.

- Prosecuzione delle attività del Consultorio psico-sociale Caritas-Silandro (Bz) per interventi di prevenzione destinati a giovani ed adulti. Inoltre nell'anno 2007 sono stati realizzati interventi preventivi destinati a studenti e genitori della scuola media e superiore, a genitori e collaboratori nelle aziende sociali.

- Attività di prevenzione svolte dal Ser.D di Bressanone tramite contatti con le scuole, istituzioni del pubblico impiego, associazioni interessate. Il Ser.D di Bressanone partecipa attivamente ad un gruppo di lavoro che si confronta sulla prevenzione sul territorio comunale, promuovendo iniziative in tal senso.

- Coinvolgimento del Ser.T di Brunico in vari gruppi di attività preventive nel comprensorio (lavoro di rete) mirante alla sensibilizzazione dei giovani, degli adulti, dei genitori, delle aziende e dei loro dipendenti per l'uso consapevole dell'alcol e prosecuzione del lavoro in rete in merito a campagne preventive sui temi alcol e guida, consumo di alcol, abuso di nicotina, gioco patologico d'azzardo.

P.A. TRENTO

- Prosecuzione del Progetto "*Salute, alcol e fumo*" per le scuole elementari e medie per la realizzazione di un corso di formazione per insegnanti delle elementari e delle medie che viene effettuato ogni anno. Agli insegnanti viene fornito un pacchetto didattico completo su salute, alcol e fumo, basato sull'educazione razionale-emotiva, da sviluppare nel corso dell'anno scolastico. E' stata edita e rinnovata nel corso del 2007 una guida didattica illustrata da distribuire agli insegnanti.

- Realizzazione del Progetto "*Girandola*" rivolto agli insegnanti delle scuole materne. Anche questo progetto si basa sull'educazione razionale-emotiva e viene supportato da una guida contenente tutto il materiale didattico comprensivo di giochi, fiabe e altri strumenti didattici da sviluppare con i bambini.

- Prosecuzione del Progetto rivolto alle scuole superiori e consistente in interventi da parte degli operatori dei Servizi di Alcologia in collaborazione con gli insegnanti, i quali si impegnano a realizzare un insieme minimo di attività.

- Prosecuzione degli Interventi nel mondo dello sport in collaborazione con le Federazioni aderenti al C.O.N.I. più diffuse nel mondo giovanile. Tali interventi sono

rivolti per lo più alla sensibilizzazione degli allenatori, visti come educatori ai quali i giovani fanno riferimento. A seguito di una collaborazione con la Federazione Gioco Calcio questa si è dichiarata "Federazione libera da alcol e fumo".

-Prosecuzione degli interventi su alcol e guida in collaborazione con le autoscuole della Provincia. Sono stati fatti dei corsi di formazione-sensibilizzazione a tutti gli istruttori e insegnanti delle Scuole guida della Provincia ed è stato fornito adeguato materiale didattico. Inoltre per tutte le persone che stanno per ottenere la patente di guida nel monte ore di teoria viene inserita una lezione su alcol e guida..

-Prosecuzione degli interventi a favore di quella parte di popolazione che frequenta discoteche, pub e feste campestri. Il progetto "*Pub-disco*" prevede che davanti ai locali di ritrovo notturno o nelle feste campestri di vario tipo o feste rock sia presente un mezzo attrezzato dell'APSS, dotato di etilometro, con a bordo degli operatori giovani preventivamente preparati al fine di instaurare relazioni per la dissuasione dalla guida in stato di ebbrezza. Gli interventi vengono effettuati in accordo con i gestori dei locali, gli organizzatori delle feste, gli amministratori pubblici e le forze dell'ordine.

- Prosecuzione del Progetto "*Coordinamenti alcol, sicurezza e promozione della salute*" finalizzato al coordinamento stabile tra i vari servizi di alcologia e le autoscuole, le Forze dell'ordine, le scuole, i Comuni e le associazioni private per iniziative comuni di prevenzione delle problematiche alcolcorrelate a partire da quelle inerenti i rischi dell'alcol per la guida. Durante il 2007 i Coordinamenti hanno elaborato un documento di proposte pratiche per la prevenzione del consumo di alcol dei giovani e la regolamentazione delle feste pubbliche, che è stato presentato come proposta operativa alla Giunta provinciale ed è stato inviato anche al Ministro della Salute.

- Interventi di vario tipo per la sensibilizzazione della comunità tramite interventi quali conferenze serali, trasmissioni radiofoniche e televisive locali, conferenze stampa etc..

REGIONE VENETO

- Prosecuzione degli interventi di prevenzione nelle scuole materne, di ordine primario (scuole elementari e medie inferiori) e secondario (scuole superiori), rivolti a genitori, personale docente e non docente.

- Prosecuzione degli interventi nel mondo del lavoro, rivolti a lavoratori, apprendisti, dirigenti, sindacalisti, medici del lavoro, responsabili della sicurezza, associazioni di categoria.

- Prosecuzione degli interventi nell'area del divertimento notturno, che coinvolgono i frequentatori dei locali notturni, i gestori, gli animatori e i rappresentanti di categoria.

- Prosecuzione degli interventi nell'area della guida, rivolti agli iscritti delle autoscuole e ai soggetti inviati alla Commissione Patenti a seguito del ritiro della patente per

guida in stato di ebbrezza, realizzati anche in collaborazione con agenti di Polizia municipale e stradale.

- Prosecuzione degli interventi nell'area dell'aggregazione giovanile, rivolti a gruppi formali ed informali di adolescenti e giovani, adulti significativi e soggetti operanti nell'associazionismo sportivo, culturale e religioso.

- Prosecuzione degli interventi rivolti alla popolazione generale, realizzati attraverso incontri informativi e dibattiti pubblici, animazione di strada in occasione di festività o situazioni aggregative particolari.

- Prosecuzione dell'attività collegata al "mese di prevenzione alcologica" con proposte di aggregazione e divertimento all'insegna dell'analcolico

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

-Informazione e sensibilizzazione

-Acquisto da parte della regione di alcoltest monouso e distribuiti alle singole ASS . Gli alcotest sono stati utilizzati in diverse occasioni per sensibilizzare la popolazione al problema relativo ad alcol e guida. La distribuzione del materiale è stata accompagnata dalla consegna di materiale informativo.
-Distribuzione di depliant, alcolimetri e regoli in occasione di manifestazioni pubbliche: sagre, feste paesane, eventi sportivi.
-Interventi di formazione/informazione rivolti agli operatori delle scuole guida.
-Corsi di formazione/informazione/sensibilizzazione per insegnanti delle scuole di diverso ordine e grado.
-Serate di sensibilizzazione rivolte alla popolazione.
-Organizzazione e realizzazione di manifestazioni in tutte le province della regione (a cura dei servizi di alcologia e in collaborazione con enti e associazioni del territorio: ad es. con comuni, province, ACAT, AA) rivolte alla popolazione e volte alla sensibilizzazione sul problema in occasione dell'Alcol Prevention Day.
-In occasione della settimana Mondiale della Sicurezza Stradale indetta dall'ONU a Trieste, coinvolgimento delle FF:OO. (vigili urbani, polizia stradale) con distribuzione di etilotest e regoli alla popolazione. Opening Band Live (luglio 2007).

-Prevenzione diffusa a tutta la popolazione senza alcun filtro

-Progetto di prevenzione del consumo di sostanze e in particolare di alcol, realizzato nelle scuole, intitolato "Liberamente" (Tarvisio, Gemona del Friuli, Udine, Cervignano e Palmanova). Coinvolti 800 giovani delle prime e seconde superiori, per 4 incontri per classe della durata di 2 ore ciascuno.

-Realizzazione, nelle scuole di Udine, di una ricerca intervento su stili di consumo e significati, produzione di materiale video e rapporto di ricerca.
-Realizzazione di 44 incontri di prevenzione, nelle scuole di Trieste, che hanno coinvolto 1.226 ragazzi/e delle scuole medie inferiori e superiori.
-Realizzazione dei seguenti DVD: "*Tutti i semafori rossi*" (scuole superiori di Trieste) "*Pillole*" (scuole superiori di Udine).

- Prevenzione selettiva per i soggetti a rischio

-Educazione alla salute all'interno dei trattamenti di gruppo per famiglie di alcolisti.
-Realizzazione del progetto regionale *Overnight* (prevenzione droghe legali e illegali presso i luoghi di divertimento giovanile a rischio).

-Prevenzione dedicata a soggetti a consumo dannoso

-Su tutto il territorio regionale attivazione dei corsi per soggetti inviati dalle CMP (art. 186).
-Scuola alcologica di 1° livello (8 incontri), di 2° livello (più incontri) e di 3° livello (5 incontri).

REGIONE LIGURIA

- I Dipartimenti delle Dipendenze (SerT e strutture del privato sociale accreditato) hanno realizzato progetti di prevenzione nelle scuole, in luoghi aggregativi formali ed informali, nonché nelle discoteche, nei concerti e nelle sagre cittadine per la promozione di un "consumo consapevole" e per l'informazione sui rischi connessi con l'uso di sostanze psicoattive (droghe ed alcol).

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- In collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale è stata ultimata nell'anno 2007 la realizzazione di un DVD didattico multimediale dal titolo "*Paesaggi di prevenzione*". Questo strumento permette l'accesso da parte degli insegnanti di scuole secondarie di primo e secondo grado a diverse sessioni interattive sulla promozione di sani stili di vita.

- Nell'anno 2007 la Regione Emilia Romagna ha condotto come Regione capofila un progetto nazionale dal titolo " *Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione dell'abuso di alcol e dei rischi alcol correlati, per la costruzione di nuovi modelli di intervento che coinvolgono i giovani come risorsa*" , promosso e finanziato dal Ministero della Salute, a cui hanno aderito 7 Regioni.

L'avvio si è concretizzato in una fase di ricerca-azione, coordinata dall'AUSL di Piacenza e volta a raccogliere materiale prodotto da un campione di studenti ed insegnanti di scuole secondarie appartenenti alle Regioni aderenti sulla percezione del consumo di alcol e sul consumo stesso.
Per il 2008 è prevista la sperimentazione del modello metodologico in tre Regioni.

-Prosecuzione nel distretto sanitario di Correggio (RE) del progetto sperimentale regionale di prevenzione alcologica di comunità, con l'obiettivo di qualificare le iniziative di informazione e sensibilizzare la popolazione generale sui rischi legati all'uso di alcol, codificare un modello di intervento da diffondere in ambito regionale, creare protocolli di intesa fra tutti coloro che possono dare un contributo alla prevenzione delle patologie alcolcorrelate al fine di migliorare l'efficacia degli interventi, modificare gli atteggiamenti della popolazione rispetto all'alcol aumentando il livello di percezione dei rischi connessi al consumo non appropriato.

- Nel 2007 è stata attivata una formazione rivolta agli operatori sanitari dei Consultori e ai Pediatri di libera scelta del Distretto, mentre gli studenti si sono misurati con attività di marketing sociale verso la popolazione.

- Come ogni anno nei territori delle Aziende Sanitarie della Regione si sono moltiplicate le iniziative pubbliche collegate al Mese di Prevenzione Alcologica.
Le modalità prescelte sono varie e contemplano: punti informativi, cicli di film e dibattiti, spettacoli, produzione di materiali per specifici target con personalizzazioni locali.
Nei territori dove esistono tradizioni di feste con vendita e consumo di bevande alcoliche, in accordo con gli Enti Locali vengono proposti stand informativi con etilometro a cura degli operatori sanitari (feste della birra, sagre del Lambrusco, festa del tortellino. ..).
Le Associazioni di auto mutuo aiuto sono presenti alle iniziative e collaborano alla loro realizzazione.

REGIONE TOSCANA

- Programmi di prevenzione e sensibilizzazione nelle scuole medie inferiori e superiori.

- Momenti di incontro e discussione rivolti alla popolazione generale per l'informazione e l'educazione sui danni alcol-correlati.

- Realizzazione di progetti di sensibilizzazione di fasce della popolazione maggiormente a rischio (soprattutto giovani, adolescenti, pre-adolescenti) con la collaborazione di altre agenzie formative (Università, Agenzia Regionale della Formazione, formazioni aziendali come Careggi-Firenze, Empoli, Pistoia, Lucca, scuole guida, ecc.), enti o

associazioni (ACAT), esercizi commerciali (bar, pub, ecc.) e sportivi presenti sul territorio.

- Condivisione di programmi formativi con altre Regioni.

- Interventi di sensibilizzazione rivolti a settori professionali particolarmente coinvolti nella prevenzione e cura delle problematiche e patologie alcolcorrelate (MMG, operatori sanitari, Pronto soccorso, ecc.).

- Gruppi di sensibilizzazione rivolti ad utenti inviati dalla CML per rinnovo patenti.

REGIONE UMBRIA

- Il Servizio di Prevenzione della Direzione regionale Sanità e Servizi sociali ha sviluppato un progetto regionale per la prevenzione degli incidenti stradali in Umbria, indirizzato in particolare alla sensibilizzazione degli operatori delle autoscuole, in considerazione dell'alta percentuale di incidenti stradali che coinvolge anche nella nostra Regione i giovani neopatentati (stragi del sabato sera).
Il progetto regionale si è tradotto quindi in una serie di azioni sviluppate a livello locale, con caratteristiche specifiche nei diversi territori; sono stati realizzati interventi di sensibilizzazione sul tema della sicurezza stradale in collaborazione con Comuni, Polizia municipale, Polizia stradale e Carabinieri e corsi di formazione per insegnanti e istruttori delle scuole guida, con l'obiettivo di aumentare le conoscenze e competenze per la promozione di una guida responsabile.
Negli incontri regionali sono state definite le linee guida generali da seguire per l'attuazione dei corsi a livello locale. Nella progettazione dei corsi sono stati coinvolti gli operatori dei Servizi di Formazione, di Alcologia e ISP delle aziende USL umbre ed inoltre le due più importanti rappresentanze sindacali degli operatori di autoscuole presenti in Umbria (UNASCA – CONFEDERTAI). E' seguita quindi la fase locale.

- Il Servizio per l'Educazione alla Salute della ASL n.1 ha realizzato interventi di informazione presso le scuole dell'obbligo e secondarie del Circolo didattico di Città di Castello, con incontri rivolti agli studenti e incontri di formazione e preparazione specificamente orientati ai docenti.

- Il Servizio di Alcologia della ASL n.2 ha realizzato un corso di formazione per formatori (insegnanti delle scuole ed istruttori delle scuole guida) per dotarli delle capacità necessarie per inserire nei corsi per il conseguimento del patentino per i ciclomotori e della patente di guida informazioni sulle problematiche connesse all'assunzione di droga ed alcol, sugli effetti che tali sostanze hanno sulla guida e sulla conseguente possibilità di incorrere in incidenti stradali. Inoltre il Servizio di Alcologia della ASL n.2 ha realizzato incontri sui temi "alcol e guida" e "stili di vita per la salute" in scuole medie inferiori e superiori. Sono stati contattati circa 1.500 studenti.

- A Foligno (ASL n. 3) il progetto "*Alcol e guida*" è stato realizzato dal Servizio di Alcologia insieme al Servizio di Sanità Pubblica e al Servizio di Educazione alla Salute; a Spoleto ha compartecipato all'iniziativa l'UNIPOL, in collaborazione con tutti i soggetti interessati.
Nell'anno 2007 nel territorio del folignate (ASL n. 3) è stata proseguita la collaborazione con l'emittente locale Radio Gente Umbra, con incontri radiofonici volti ad affrontare i vari aspetti dell'abuso di alcol. E' stata realizzata inoltre la stampa di locandine e materiale informativo sui problemi alcol correlati, poi distribuiti presso gli studi dei MMG e le farmacie. Inoltre il Servizio di Alcologia Aziendale della ASL n.3 ha elaborato e realizzato, attraverso un gruppo di lavoro integrato ASL/Comune, il progetto "*Brindiamo per la Salute: Alcol proviamo a conoscerti*". Tale progetto ha previsto nell'arco dell'anno la realizzazione di un percorso formativo che ha affrontato i diversi aspetti del bere, rivolgendosi ad operatori dei servizi, associazioni giovanili, associazioni di volontariato, centri sociali per anziani, polizia municipale, associazioni di alcolisti, comunità terapeutiche. Il Servizio di Alcologia di Foligno, in collaborazione con l'Assessorato allo sport del Comune e l'Associazione Foligno Calcio, ha avviato un progetto denominato " *Calcio1* ".

- Nella ASL n. 4 sono stati coinvolti diversi servizi, a partire dalla U.O. di Igiene e Sanità Pubblica. Gli operatori del Servizio di Alcologia insieme ai volontari dell'Associazione dei Clubs di Alcolisti in Trattamento hanno realizzato incontri di sensibilizzazione sul tema Alcol e Guida nelle scuole superiori dell'istituto Gandhi di Narni e dell'Istituto Tecnico Commerciale IISCI di Amelia, con i ragazzi delle classi II.

-Il Servizio di Alcologia della ASL n. 4 fin dal 2006 effettua incontri presso le scuole con i ragazzi che richiedono il patentino per la guida del ciclomotore, come previsto dal protocollo stipulato tra ASL, CSSA e le scuole secondarie di I e II grado del territorio della Provincia di Terni. Inoltre il Servizio di Alcologia della ASL n. 4, in collaborazione con il Cesvol e l'ACAT, ha realizzato a febbraio 2007 presso la Casa del Sole di Amelia una giornata di formazione sul tema "L'Alcol e le diverse culture", rivolto alle famiglie dei Clubs, agli operatori, alle famiglie di immigrati, alle associazioni di volontariato. Ha realizzato, inoltre, incontri rivolti alle famiglie sul tema "Intorno alla famiglia si gioca la partita decisiva della qualità della vita", per la sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati e la promozione di stili di vita sani.

- Accanto ai Servizi di Alcologia svolgono un ruolo importante e specifico le Unità di Strada, in particolare nell'identificazione delle problematiche di policonsumo laddove all'uso e abuso di sostanze stupefacenti si associa l'abuso di alcol, con azioni realizzate nei luoghi del divertimento e sul territorio in genere. Le unità di strada e i servizi a bassa soglia lavorano, tra l'altro, per facilitare l'accesso delle persone ai servizi, creando opportunità e percorsi che facilitino l'adesione, in fasi successive, a programmi più complessi.

REGIONE MARCHE

-Prosegue in tutto il territorio regionale la realizzazione di numerose iniziative volte a favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione alla salute finalizzata alla modificazione dei comportamenti "a rischio" prevalentemente nella popolazione studentesca. Generalmente le attività di prevenzione vengono effettuate negli istituti scolastici per mezzo dell'attività dei Centri di Informazione e Consulenza, nel territorio attraverso i Centri di Aggregazione Giovanile o le Unità Mobili Territoriali. Per lo più le azioni, in attuazione della DGR 1400/06 "*Formulario per la presentazione di azioni e progetti dei D.D.P.*" sono realizzate dai Dipartimenti delle Dipendenze sia come titolari dei progetti sia in integrazione con gli ambiti Territoriali Sociali, ma nel corso del 2007 è andata sempre più consolidandosi l'esperienza di co-progettazione trasversale con altri settori dell'area sanitaria, in particolare con i Dipartimenti di Prevenzione, creando così una circolarità virtuosa di competenze ed informazioni.

-Sono stati realizzati i seguenti progetti.

-ASUR Zone Territoriali n. 8 Civitanova, n. 9 Macerata, n. 10 Camerino:

-"*Sicuramente*" , progetto nato dalla partnership tra Provincia di Macerata, Prefettura e Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche delle Zone Territoriali ASUR nn. 8 e 9 di Civitanova Marche e Macerata, volto a realizzare una campagna coordinata di sensibilizzazione e informazione sui rischi della notte (in primo luogo la guida in stato di ebbrezza) attraverso il potenziamento e il sostegno degli interventi di "Stammibene" e dell'Unità Mobile della Coop. Pars Z.T.le n. 8 di Civitanova Marche per la realizzazione di nuovi interventi preventivi specifici;

-"*L'alcol non sa guidare*" - *Creazione di eventi ad "alta gradazione analcolica*", con la collaborazione di un pub cittadino e dedicato alla prevenzione dell'abuso di alcol, soprattutto alla guida, caratterizzata da happy hour analcolico e intrattenimento vario (musica, gadget, superquiz sul tema alcol, simulazione di guida, presenza stand di prevenzione);

-"*Oggi Sobri*" - Campagna di sensibilizzazione relativa all'alcol e alla guida con la creazione di infopoint e opuscoli specifici, effettuata in un contesto decisamente atipico quale le feste di matrimonio. L'iniziativa, sollecitata dal gestore stesso del ristorante, è nata per salvaguardare il clima della festa, il decoro e la sicurezza del locale e in ultimo, soprattutto, la sicurezza degli invitati nel rientro a casa in automobile;

-"*Ragazzi al Centro – Crescere Insieme*", progetto interambito che coinvolge Distretti Sanitari di San Severino Marche/Matelica e Camerino, il Servizio Territoriale per le Dipendenze, Comuni, Comunità Montane e Cooperativa sociale COOSS Marche Onlus. Il progetto privilegia il coinvolgimento diretto nelle attività di alunni, professori e genitori. Esso si articola in azioni di formazione indirizzate a favorire lo sviluppo di competenze di ascolto e capacità relazionali rivolte agli operatori dei Centri di Aggregazione Giovanile e agli insegnati delle Scuole Superiori nonché in attività di riconoscimento delle emozioni rivolte agli studenti e genitori.

-ASUR Zona Territoriale n. 11 Fermo:

-progetto "*Team Territoriale di Prevenzione*" , per l'informazione, educazione e prevenzione sulle problematiche connesse all'uso di alcol. Il progetto, in continuità con le annualità precedenti, ha realizzato interventi nelle scuole medie superiori e in altri luoghi di aggregazione (CAG, Chalet, discoteca e altro) presenti nei territori di competenza degli Ambiti Territoriali XIX e XX. Tali interventi sono stati finalizzati ad incrementare nella popolazione target (adolescenti e adulti di riferimento) la conoscenza e l'incidenza dei fattori di rischio e dei fattori di protezione relativamente alle condotte di uso delle bevande alcoliche. All'interno della progettualità complessiva sono state realizzate azioni specifiche quali:

-"*Apple Boy Contest*" che ha avuto lo scopo di offrire ai giovani dei Centri di aggregazione la possibilità di discutere le tematiche relative al benessere con particolare riferimento alle condotte di uso/abuso di alcol;

-"*Appleschool*" realizzato, nelle seconde classi delle Scuole Medie Superiori degli Ambiti Sociali XIX e XX;

-"*Applenights*", progetto di prevenzione che dall'estate 2006 realizza iniziative d'informazione e di sensibilizzazione su droghe, alcool e HIV, nei luoghi del divertimento giovanile;

-"*Appledriver*", sperimentazione di un nuovo format con l'obiettivo di promuovere la cultura della sicurezza in relazione alla guida dei veicoli e favorire un uso moderato dell'alcool.

-ASUR Zona Territoriale n. 13 Ascoli Piceno - Dipartimento Prevenzione – U.O. Promozione Salute:

-progetto "*Peer Education ed Alcol*" , che si pone in continuità con la progettualità alcol e giovani per sperimentare con loro la *peer education*. Si tratta di un

intervento di promozione del benessere e di prevenzione del disagio attraverso la definizione del contrasto tra diversi comportamenti legati al consumo di alcol. Quale presupposto per l'attivazione del progetto si è inizialmente proceduto alla costruzione di una rete multidisciplinare composta da Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento Territoriale e Dipartimento Dipendenze, Provincia, Prefettura, Ufficio scolastico provinciale e Istituti secondari. Sono state raggiunte dagli interventi 49 classi per un totale di 1.020 studenti dei sette istituti che in fase di programmazione hanno aderito all'iniziativa.

REGIONE LAZIO

- In molte ASL sono stati attivati incontri con le Scuole medie inferiori e superiori, rivolti a studenti, insegnanti e genitori, per interventi di prevenzione, basati anche sulla *peer education*.

- Alcune ASL hanno attivato Centri di ascolto e consulenza telefonica, realizzando brochure di pubblicizzazione dei Centri stessi, da distribuire nel territorio, contenenti le informazioni sulle attività di consulenza fruibili presso i vari Presidi.

- Si sono svolti i seguenti convegni.

-"*La Sindrome Feto Alcolica*"- Roma 22.06.2007.
L'evento, di carattere internazionale e rivolto a medici, psicologi e operatori socio-sanitari del Lazio, ha consentito di fare il punto della ricerca condotta dal 2004 al 2006 sulla Sindrome fetoalcolica in Italia sulla base di un progetto finanziato dalla Regione Lazio con il F.N.L.D.e realizzato dal Centro Alcologico Regionale del Lazio. L'obiettivo era quello di migliorare le conoscenze su un argomento desueto in Italia e con la prospettiva di aumentare l'attenzione dei servizi a svolgere un'azione sistematica di prevenzione nei confronti di donne in gravidanza e di bambini nel periodo post natale.

-"*Alcolismo: un problema antico* emergente"- Viterbo 15 .09.2007.
Realizzato dal Centro Alcologico Regionale del Lazio, l'evento si è rivolto a medici, psicologi, operatori socio-sanitari con l'obiettivo di aumentare le conoscenze sulle problematiche alcolcorrelate tra gli operatori della Provincia di Viterbo.

-"*Alcol e apparato digerente*"- Roma 29.09.2007.
Realizzato dal Centro Alcologico Regionale del Lazio e accreditato come ECM l'evento si è focalizzato sulle conoscenze relative alle patologie gastrointestinali alcolcorrelate, con particolare attenzione a quelle pancreatiche sia in relazione alla diagnosi biochimica e strumentale di pancreatiti acute e croniche sia alla gestione farmacologica e/o chirurgica. E' stato anche dato rilievo alla gestione delle epatopatie alcolcorrelate, sia acute che croniche, in cui spesso si riscontrano concomitanti infezioni virali secondarie

ad HCV. In questo convegno è stato anche affrontato il ruolo dell'epatologo, dell'alcologo e dello psicologo nel *management* del paziente alcoldipendente in attesa di trapianto di fegato.

-Si è svolta inoltre la campagna *"Alcol e giovani"* per la sensibilizzazione e informazione degli studenti delle scuole medie superiori della Provincia di Roma, svolta dal Centro Alcologico Regionale del Lazio in collaborazione con la Provincia.

REGIONE ABRUZZO

- I Servizi Alcologici operanti nella Regione hanno svolto una intensa attività di sensibilizzazione all'interno degli istituti scolastici.
Nelle scuole superiori della Regione è stata realizzata la campagna di comunicazione "*Alcol e guida*", con l'obiettivo di trasmettere un messaggio informativo sugli effetti dannosi derivanti dall'abuso di alcol e sensibilizzare soprattutto i soggetti più giovani sulla necessità di adottare comportamenti che tutelino la salute e la sicurezza.
Si sono dunque tenuti corsi informativi rivolti agli insegnanti ed agli studenti, utilizzando materiale audiovisivo e distribuendo materiale stampato.

- Nella provincia di Chieti la collaborazione interistituzionale tra il Ser. A e le scuole ha assunto particolare rilievo nella definizione di un progetto di prevenzione denominato "*Attenti genitori, genitori attenti*"(in analogia ad un altro progetto già attuato a Milano). Il progetto si è svolto nell'ambito della partecipazione all'azione "Contrasto al fenomeno Alcolismo" del Piano di Zona ambito 29 Foro-Alento, rivolto a educatori e genitori di alunni di alcuni Istituti scolastici della provincia teatina.

- Il servizio alcologico di Chieti ha partecipato al progetto di inclusione sociale e tutela dei minori denominato "*Ametris*", realizzato dal Comune.

- Nella provincia di Pescara è stato realizzato il Progetto P.E.D. (Percorso Esperienziale Didattico) per la promozione della salute e la prevenzione delle dipendenze, che ha coinvolto gli alunni di scuole medie inferiori e superiori - anno scolastico 2006/07. Il Progetto si è esteso anche al territorio del vastese attraverso l'impegno degli operatori del Ser.T di Vasto.

-Nell' anno scolastico 2007/08 presso le scuole medie superiori di Montesilvano (Pescara) il Servizio di Alcologia della USL ha dato attuazione al Progetto di formazione per *peer educator* "*Prevenzione dell'abuso di alcol e cultura dell'eccesso*".

- Nel corso del 2007 particolare attenzione è stata rivolta agli ambienti sportivi, dove è stata data implementazione al progetto "*Più sport, meno alcol*" nell'ambito del quale presso le società sportive sono stati condotti incontri di sensibilizzazione/informazione rivolti a dirigenti ed atleti.

- In occasione dell'iniziativa regionale"*Aprile, mese della prevenzione alcologica*" – coordinato dal Ser.A dell'Azienda USL di Pescara - la Regione Abruzzo ha promosso tramite gli operatori dei Servizi pubblici e privati una campagna di informazione sui rischi e sui problemi alcolcorrelati rivolta sia alla popolazione generale che a specifici target giovanili.
Si è provveduto alla stampa di manifesti a colori - affissi nei luoghi d'incontro giovanile dei Comuni di Pescara, Spoltore e Montesilvano – nonché di opuscoli dal titolo:"*Alcol: più sai, meno rischi*" e altri vari materiali tematici. Sono state organizzate numerose giornate informative in collaborazione con le amministrazioni comunali e provinciali di Pescara, con gli operatori del Privato sociale, delle Associazioni di volontariato e di auto-mutuo aiuto.
I materiali informativi sono stati distribuiti, ad opera di operatori preparati ad hoc, in punti informativi allestiti in zone strategiche, al fine di coinvolgere di volta in volta popolazione generale e giovani, raggiunti anche nei luoghi informali di aggregazione.
Sono stati utilizzati allo scopo anche un gazebo per una maggiore visibilità, un percorso informativo con numerosi cartelloni tematici oltre ad etilotest autosomministrabili. Tra le varie iniziative in particolare sono stati allestiti un percorso informativo presso il Centro Commerciale Megalò e IPER di Ortona nonché banchetti informativi nei presidi Ospedalieri di Chieti e Ortona.
Ampio risalto all'iniziativa è stato dato dai mass media, fornendo in tal modo un'ulteriore occasione di informazione ed educazione della popolazione generale sui rischi e i danni alcolcorrelati.

-Presso le sedi dei Servizi sono proseguiti gli incontri informativi (AlcolInforma) a cadenza mensile, aperti anche ai familiari, sui danni alcolcorrelati in particolare alla guida, rivolti alle persone inviate a revisione della patente presso la C.M.L a seguito di violazione dell'art.186 del Codice della strada.

- Nella Azienda USL di Avezzano/Sulmona sono state attivate le "Scuole alcologiche" in collaborazione con i Clubs degli Alcolisti in Trattamento (CAT).

REGIONE MOLISE

- Attività di informazione, prevenzione e sensibilizzazione dei problemi alcolcorrelati attraverso incontri negli Istituti scolastici territoriali, supportate dalla distribuzione di materiale divulgativo specifico (cartaceo e DVD).

- Colloqui motivazionali individuali e familiari.

- Iniziative rivolte ai giovani, anche con il supporto dei gestori di locali di intrattenimento notturno, al fine di responsabilizzarli sulla utilità di individuare gruppi di macchine e relativi autisti che si astengono dal consumo di alcol per garantire il

rientro a casa.

- Gruppo di lavoro finalizzato al trattamento dei soggetti con alcoldipendenza in atto.

REGIONE CAMPANIA

- La Regione Campania ha promosso l'organizzazione di un evento regionale di formazione sui problemi alcolcorrelati denominato "*A piazza Campo* " , tenutosi a Lioni (Av) in occasione del mese di Aprile, dedicato in campo nazionale alla prevenzione alcologica.
Tale appuntamento ha visto il coinvolgimento dell'Assessorato regionale alle Politiche Sociali, del Comune di Lioni, del Consorzio dei servizi sociali dell'Alta Irpinia, dei Dipartimenti per le dipendenze della Regione, degli enti ausiliari, dei gruppi di volontariato e di auto-mutuo aiuto.
L'appuntamento ha creato un forte momento di aggregazione e di comunicazione sia tra gli operatori pubblici e volontari attivi nel campo delle dipendenze sia tra questi ultimi e la popolazione locale, con l'obiettivo di ricreare l'atmosfera e il clima di una "piazza. solidale".
Le attività in Alta Irpinia si sono focalizzate su dibattiti, testimonianze, momenti di animazione e luoghi di socializzazione di esperienze e di prodotti del lavoro solidale e no-profit.

- La Regione Campania ha partecipato sia alla definizione degli obiettivi sia alla realizzazione degli interventi previsti dal progetto interregionale "*Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione dell'abuso di alcol e dei rischi alcolcorrelati*", promosso e finanziato dal Ministero della Salute, di cui è capofila la Regione Emilia Romagna. La fase iniziale del progetto ha permesso il censimento su base regionale di esperienze di programmi di prevenzione alcologica e di promozione della salute nelle scuole superiori. Successivamente a tale rilevazione è seguita la sperimentazione di momenti di animazione e di coinvolgimento tra pari dei ragazzi di alcuni istituti superiori della Campania, al fine di implementare la costruzione di nuovi modelli di intervento che utilizzino i giovani come risorsa.

REGIONE PUGLIA

- Le 6 Aziende sanitarie locali e le 2 Aziende ospedaliere hanno proseguito, anche durante l'anno 2007, molte iniziative in tema di prevenzione, informazione ed educazione sui danni alcolcorrelati presso le proprie strutture, scuole medie di 1° e 2° grado e associazioni culturali.
In particolare si sono sviluppate le seguenti tipologie di interventi.

-Nel territorio della ex ASL BA/3: dialoghi in classe nelle Scuole medie superiori di Santeramo; unità didattica dal titolo "*Chiamami Dionisio sarò la tua birra*".

-Nel territorio della ex ASL BA/2: attivazione del progetto "*Esprit*", a cura della Comunità terapeutica Lorusso Cipparoli di Giovinazzo, che prevede attività di informazione e prevenzione nei luoghi di ritrovo dei giovani (pub, bar, discoteche, concerti), inserito nel Piano sociale di zona.

-Nella ASL BR/1: progetti di prevenzione con interventi formativi e informativi presso varie scuole medie sia superiori che inferiori (terze medie) nel territorio dei 6 Ser.T afferenti alla Struttura sovradistrettuale Dipendenze patologiche.

-Nella ASL di Foggia: attività di educazione tra pari attuate in collaborazione con le scuole superiori.

- Interventi in rete con le Forze dell'ordine (Polizia e Carabinieri), la Polizia municipale, la Prefettura, le scuole e le scuole guida per la prevenzione degli incidenti stradali. Tali interventi si sono sviluppati in più territori regionali, sia nella forma di Campagna di informazione e sensibilizzazione sia anche come ricaduta operativa del Progetto nazionale "*Scegliere la Strada della Sicurezza*", promosso dal CCM a sostegno dei Piani regionali di prevenzione, cui la Regione Puglia ha aderito.

Sono stati attuati in particolare i seguenti interventi.

-Campagna di prevenzione contro l'alcolismo inerente la tematica alcol/ incidenti., che a livello locale ha visto il coinvolgimento di enti ausiliari, Forze dell'ordine-Polizia stradale.

-Attuazione nella struttura sovra-distrettuale per le Dipendenze patologiche della ASL di Brindisi del progetto "*Guida sicura*", di durata triennale, che prevede lezioni agli allievi delle autoscuole di Brindisi ed è stato finanziato con il Fondo regionale per la lotta alla droga.

REGIONE BASILICATA

- Elaborazione di un opuscolo informativo su alcol e lavoro distribuito ai lavoratori.

- Interventi formativo-informativi rivolti agli studenti delle scuole medie inferiori e superiori, con simulazione di un "processo all'alcol".

- Elaborazione e diffusione del volantino informativo su alcol e guida "*Caro guidatore*".

- Bando di concorso del Comune di Potenza per la prevenzione alcologica destinata ai giovani.

- Partecipazione al "*Mese della Prevenzione Alcologica*".

- Attività di prevenzione ed informazione sui problemi alcolcorrelati attraverso le Scuole alcologiche territoriali, attivate in collaborazione con l'ARCAT Basilicata, rivolte alla popolazione generale e realizzate in vari Comuni.

-Realizzazione di attività preventive con gruppi specifici di popolazione: amministratori locali, parroci, forze dell'ordine, rappresentanti di associazioni presenti sul territorio ed altre figure significative della comunità locale.

- Funzionamento di un Centro di c*ounseling* per l'informazione, il sostegno e la consulenza ai consumatori di sostanze psicoattive legali e non (tra cui l'alcol), rivolto non solo ai giovani consumatori di alcol e sostanze psicoattive ma anche alle loro famiglie.

-Realizzazione di una campagna informativa per la riduzione del consumo di alcol e, più in generale, di sostanze psicoattive legali (tabacco) e non (sostanze stupefacenti).
La campagna si è articolata in due azioni progettuali:

-corso di formazione rivolto agli studenti ed ai genitori dell' Istituto tecnico per geometri "Stella" di Matera, dal titolo:"*Giovani e divertimento*";

-laboratori educativi denominati "*Il rischio accettabile*", con elaborazione e presentazione dei risultati del lavoro svolto realizzata dagli studenti delle scuole superiori presso l'Istituto "F.Cassola" di Ferrandina.

- Partecipazione alla progettazione dell'azione di prevenzione delle tossicodipendenze e alcoldipendenze realizzata nell'ambito della UOZ Tossicodipendenze del Piano sociale di zona Basento Bradano (progetto "*Tessere*" finanziato dalla Regione Basilicata), in collaborazione con il Distretto sanitario di Grassano (medico di Medicina Generale).

- Attuazione di progetti di prevenzione dell'alcolismo organizzati dal Ser.T. di Villa d'Agri in collaborazione con i CIC (Centri di Informazione e Consulenza) degli Istituti scolastici del territorio.

- Incontri di sensibilizzazione aperti al pubblico sulle tematiche relative all'alcolismo in Comuni appartenenti al territorio di competenza del Ser.T. di Villa d'Agri.

- Campagne informative contro l'abuso di alcol con particolare attenzione agli adolescenti, in raccordo con le istituzioni scolastiche.

REGIONE CALABRIA

- Campagne informative e di sensibilizzazione sull'uso di bevande alcoliche hanno coinvolto soprattutto le scuole, le associazioni sportive, gli ambienti del divertimento, la comunità tutta. Per l'anno 2007 sono state contattate circa 40 Scuole medie inferiori e 50 Istituti superiori.

-Ogni Azienda sanitaria ha sviluppato, seguendo gli orientamenti regionali, una propria azione attraverso i seguenti progetti:

-progetto aziendale di prevenzione "*Anziani e alcol* " (2006/7);
-progetto "*Attivazione di una rete nazionale anti violenza*" rivolta alle donne del Centro Roberta Lanzino (2007/2009);
-progetto "*Alcol e giovani* ";
-progetti attivati dai CIC;
-progetto "*Vivere Lucidamente*";
-progetto "*Prevenzione primaria di consumo di bevande alcoliche*" rivolto agli studenti di scuola media inferiore;
-progetto "*S.I.S.T.E.M.A.*"

- Il Dipartimento Tutela della Salute ha aderito ai seguenti Progetti nazionali:

-"*Impatto dei problemi e delle patologie alcol correlate nella popolazione afferente alle Aziende Sanitarie Locali e alle Aziende Ospedaliere: epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi*" , promosso e finanziato dal Ministero della Salute
-"*Alcol e lavoro*" (2006/2007).

REGIONE SICILIA

- Collaborazione con la Regione Emilia Romagna per il censimento sull'intero territorio regionale delle attività effettuate nell'ambito del Progetto nazionale promosso e finanziato dal Ministero della Salute "*Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione dell'abuso di alcol e dei rischi alcolcorrelati, per la costruzione di nuovi modelli d'intervento che utilizzino i giovani come risorsa*" e rilevazione nei territori regionali delle attività di prevenzione alcologica rivolte ai giovani.

- Adesione al progetto coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito della promozione e finanziamento da parte del Ministero della Salute di iniziative regionali di comunicazione e prevenzione sul consumo/abuso di alcol, e invio di una proposta progettuale avente come obiettivo generale la riduzione dell'incidentalità alcolcorrelata da veicoli a motore nella popolazione giovanile che frequenta le scuole medie superiori.

REGIONE SARDEGNA

- Il "Programma regionale di interventi nel Settore delle Dipendenze" riporta politiche ed azioni da adottare al fine di prevenire i danni alcolcorrelati. In particolare si ritiene prioritaria l'integrazione delle attività delle équipes funzionali di Alcologia con i medici di Medicina generale, in quanto è proprio tale figura professionale ad essere contattata da persone con problemi di alcol-dipendenza e/o dai loro familiari.

7.4. INIZIATIVE ADOTTATE PER GARANTIRE ADEGUATI LIVELLI DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE ADDETTO

REGIONE VALLE D'AOSTA

- E' in corso di attuazione un progetto regionale che prevede il coinvolgimento degli enti federali sportivi e del CONI, per la formazione e la sensibilizzazione degli allenatori e degli educatori sportivi alle problematiche alcolcorrelate, facendo riferimento sia ai connotati specifici dell'attività sportiva sia alla promozione di stili di vita sani nel contesto generale.

REGIONE PIEMONTE

-Nella Asl Verbania-Cusio-Ossola sono state realizzati seguenti interventi .
-"*Diagnosi precoce della sofferenza psichica*".
-Ciclo di n. 6 conferenze organizzato dall'AVAPO con la collaborazione del DSM, del SerT dell'Asl 14 e del CSV "Solidarietà e sussidiarietà" del VCO.
-Progetto "*Prevenzione dei problemi alcolcorrelati*"svolto in collaborazione con l'Ordine dei Medici - provincia del VCO, l'Ordine degli Avvocati – provincia del VCO, Prefettura, Licei di Verbania, Asl - VCO.
-Progetto "*Videoindipendenti*", 2° edizione rivisitata.
-Percorsi di formazione per insegnanti di scuole di 2° grado, in collaborazione con I.T.S. Cobianchi e Asl VCO.

-Nella Asl Alessandria sono state realizzati seguenti interventi .
-Iniziative dipartimentali specifiche su alcol e cocaina per personale addetto e non. (giornate di studio accreditate).
-Corso cognitivo-comportamentale e colloquio motivazionale di secondo livello.
-Progetto "*Gli interessi dei giovani in tema di sostanze stupefacenti e alcol*" (Ottobre 2007 – Giugno 2008).
-Progetto "*Alcol e legge 626*" (Marzo 2007).

REGIONE LOMBARDIA

- Realizzazione di percorsi di formazione per gli "operatori della salute" con il coinvolgimento di persone che a vario titolo possono svolgere un'importante funzione preventiva: insegnanti delle scuole superiori, istruttori di scuola guida UNASCA, Automobilclub Italiano, agenti di Polizia municipale e delle Forze dell'ordine,

animatori e gestori di locali notturni, operatori dell'informazione, rappresentanti di centri di aggregazione giovanile, rappresentanti del Sindacato dei locali da ballo.

P.A. BOLZANO

-Nell' ambito del Ser.D Bolzano – Ambulatorio Hands:
gli operatori dell'ambulatorio Hands hanno partecipato nel corso dell'anno alle iniziative di formazione organizzate dal SerD di Bolzano e dai SerD delle altre Aziende sanitarie provinciali, partecipando inoltre a convegni nazionali ed internazionali. Le attività di formazione hanno riguardato soprattutto il trattamento ambulatoriale e riabilitativo per pazienti con doppia diagnosi, le tecniche del colloquio motivazionale finalizzato al "bere controllato", le tecniche motivazionali di applicazione in ambito lavorativo-aziendale e il confronto transfrontaliero (Italia-Austria-Germania-Svizzera) delle politiche per le dipendenze, nell'ambito degli incontri annuali dell' "ARGE-ALP".

-Nell'ambito del Ser.D Merano:
il personale ha partecipato a diverse attività formative ad indirizzo trattamentale-terapeutico-educativo e sociale.

- Nell' ambito del Consultorio psico-sociale Caritas-Silandro (Bz):
la formazione ed i corsi di aggiornamento del gruppo di collaboratori si sono dimostrati perno centrale nello sviluppo costante e nell'adeguamento dei servizi alle diverse sfide quotidiane e vengono pertanto particolarmente favoriti. Nel corso del 2007 il personale ha frequentato diversi corsi di aggiornamento e formazione organizzati a livello locale. Tutti i collaboratori partecipano alla supervisione esterna di frequenza mensile e due psicologhe alla formazione in terapia comportamentale a Verona/Bolzano.

-Nell' ambito del Ser.D Bressanone:
il personale ha partecipato a diversi corsi di aggiornamento e supervisione, organizzati a livello locale, nazionale ed internazionale.

-Nell' ambito del Ser.D Brunico:
è stato curato l'aggiornamento dei collaboratori sulle terapie adatte a risolvere i problemi che il servizio deve affrontare, con interventi regolari in materia di alcol, droghe, gioco d'azzardo patologico, *management* delle crisi, consulenze, ecc.

P.A. TRENTO

- Realizzazione di tre "*Settimane di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi*".

- Realizzazione di sei giornate di aggiornamento per operatori dei Servizi di Alcologia e dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento da parte dell'Azienda sanitaria provinciale.

REGIONE VENETO

- Tutti i Servizi che si occupano dei problemi alcolcorrelati hanno partecipato a giornate di formazione e aggiornamento con il proprio personale, sia come docenti sia come discenti.

- Le iniziative di formazione e aggiornamento sono state promosse e organizzate da vari enti quali Ministero, Regione, Aziende socio sanitarie, Privato sociale.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

- Interventi e corsi di aggiornamento del personale di Pubblica Sicurezza (Polizia, Carabinieri, guardie forestali, vigili urbani e metronotte), finalizzati al trattamento di soggetti a rischio.

- Formazione dei soldati presenti in alcune caserme della Regione.

- Formazione interna degli operatori dei servizi di alcologia e formazione esterna rivolta agli operatori delle ASS (con accreditamento ECM).

- Organizzazione del corso ECM "*Ospedali liberi dall'alcol*".

- Svolgimento di vari eventi formativi finalizzati ad accrescere la conoscenza dei problemi alcolcorrelati.

REGIONE LIGURIA

- L'aggiornamento del personale dei Dipartimenti ha avuto per oggetto anche specificatamente le problematiche alcolcorrelate.

REGIONE EMILIA- ROMAGNA

- Numerose sono state nel 2007 le iniziative formative rivolte al personale sanitario, sia a livello locale, da parte delle Aziende sanitarie in collegamento a progetti specifici, sia a livello regionale. In particolare si segnala il Corso regionale per i medici di Medicina Generale che ha visto la partecipazione congiunta degli animatori di formazione, dei

medici di Medicina Generale e degli operatori dei Centri alcologici delle Aziende sanitarie.

REGIONE TOSCANA

- Promozione e finanziamento della partecipazione di operatori del Servizio Sanitario Regionale a master universitari sulle dipendenze organizzati dalle Università degli Studi di Pisa e Firenze.

- Organizzazione di eventi formativi in collaborazione con Aziende sanitarie e Università su temi specifici (alcol e donne, doppia diagnosi, prevenzione e giovani, ecc.).

- Gestione e diffusione della Rivista "Alcologia", con la segreteria editoriale del CAR.

- Razionalizzazione e ottimizzazione dei vari livelli formativi presenti nella Regione Toscana con la collaborazione del C.A.R., con l'intento di definire un Progetto formativo regionale in campo alcologico.

- Partecipazione del personale a corsi intra-aziendali, seminari, momenti di studio e a convegni su tematiche alcologiche (relative al rapporto dell'alcol con lo sport, i giovani, le patenti, il carcere, la cartella clinica, *Evidence Based Practice*, ecc.).

- Sensibilizzazione degli operatori alla partecipazione ai corsi di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi secondo la metodologia Hudolin.

- Stabilizzazione e potenziamento della rete regionale di documentazione denominata "Rete Cedro", finalizzata a favorire lo sviluppo della documentazione nelle aree delle dipendenze, a favorire l'accesso all'informazione e alla documentazione da parte degli operatori delle dipendenze, a creare un sistema stabile di rete e collegamento tra i centri di documentazione toscani migliorando la qualità dei servizi tramite l'integrazione con le attività di formazione e aggiornamento permanente.

- Proseguimento delle attività del Centro di documentazione Informalcol, con sede presso il C.A.R., come interfaccia di mediazione tra l'informazione e gli operatori dei servizi alcologici della Toscana, grazie alla collezione di documenti specializzata sui temi connessi all'alcolismo e alle patologie alcolcorrelate.

REGIONE UMBRIA

- Realizzazione di corsi di aggiornamento sull'approccio sistemico relazionale nel lavoro con gli utenti e le loro famiglie e sulla gestione del paziente con doppia diagnosi.

-Realizzazione di incontri mensili di Audit clinico con momenti quindicinali di supervisione.

- Svolgimento di altre attività formative:
  - -partecipazione degli operatori all'*Alchol Prevention Day* organizzato dall'ISS;
  - -II fase del corso sulla *Peer Education* insieme agli insegnanti delle scuole secondarie di I e II grado di Narni e Amelia;
  - -partecipazione degli operatori al Congresso Nazionale dei Clubs degli Alcolisti in trattamento realizzato a ottobre 2007;
  - -relazioni sulla problematica alcol nella Conferenza Regionale sulle Dipendenze.
  - -partecipazione al "*Congresso nazionale di spiritualità e di ecologia sociale*" organizzato dal Centro Studi di S. Francesco di Assisi per i problemi alcol-droga correlati;
  - -partecipazione alle riunioni del Coordinamento nazionale dei servizi di Alcologia secondo l'approccio ecologico sociale nelle sedi di Firenze.

REGIONE MARCHE

- Le iniziative formative e di aggiornamento nel campo alcologico vengono regolarmente programmate all'interno dei piani formativi aziendali, per rispondere alle esigenze di formazione obbligatoria del personale socio sanitario. Gli operatori dei servizi di Alcologia partecipano inoltre ai corsi formativi nazionali. Si segnala l'evento formativo dal titolo "*Modelli di intervento psicoterapeutico nel setting istituzionale*" con una sezione dedicata all'alcol dal titolo "*Psicoterapia cognitivo - comportamentale nel trattamento integrato del paziente con dipendenza da alcol*".

REGIONE LAZIO

- Formazione e aggiornamento continuo del personale. La maggior parte delle ASL del Lazio svolge i programmi di formazione e aggiornamento all'interno dei progetti formativi aziendali (PFA), con accreditamento ECM. In quest'ambito sono stati realizzati corsi di formazione con docenti esterni ed esperti del Centro di Riferimento Alcologico regionale. In alcuni casi i corsi hanno previsto *stages* pratici degli operatori addetti ai Servizi di Alcologia presso il Centro di Riferimento Alcologico regionale.

- Partecipazione di alcune ASL al Laboratorio di formazione su *Peer Education* e *Skills for Life*.

-Formazione organizzata dall'Istituto Superiore di Sanità per la realizzazione di interventi destinati alle Autoscuole.

- Organizzazione di n. 8 corsi con accreditamento ECM, realizzati dal Centro Alcologico Regionale del Lazio in collaborazione con l'Azienda Policlinico Umberto I, sulla dipendenza da alcol e le patologie alcolcorrelate, rivolti ad operatori sanitari addetti direttamente o non direttamente alla assistenza e cura di tali patologie, che sono molto diffuse ma spesso trascurate nella formazione di base del personale socio-sanitario che può esservi preposto.

- Svolgimento di n. 3 corsi con accreditamento ECM sulla dipendenza da alcol in collaborazione con l'ambulatorio alcologico della ASL di Rieti, per la formazione degli operatori addetti alla gestione e cura di questa patologia.

- Realizzazione di interventi per la formazione e aggiornamento del personale ospedaliero, in particolare quello afferente ai Dipartimenti di emergenza dei principali nosocomi romani, e del personale medico e paramedico delle ASL, al fine di migliorare il *management* del paziente alcoldipendente secondo standard qualitativi più elevati e corrispondenti alle attuali problematiche ed esigenze che l'abuso alcolico comporta sul piano sociale ed assistenziale.

REGIONE ABRUZZO

Nell'anno 2007 gli operatori dei Ser.A abruzzesi hanno partecipato alle seguenti iniziative a carattere formativo:

- convegno nazionale sul tema "Alcol e lavoro" a Firenze;

-incontri nell'ambito del Progetto sulla rete anti-violenza a Pescara;

- convegno in tema di Medicina legale a Ortona (CH);

- convegno "PASSI" a Pescara;

-manifestazione "*Alcol Prevention Day*"a Roma presso l'ISS;

-convegno in tema di Epatologia a Francavilla (CH);

-convegno sul progetto nazionale "*Impatto dei problemi e delle patologie alcol-correlate nella popolazione afferente alle Aziende Sanitarie Ospedaliere-epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi*" a Firenze.

REGIONE MOLISE

- Aggiornamento professionale, con partecipazione a corsi e/o convegni in materia di

alcol e problematiche alcolcorrelate, del personale in servizio presso i Ser.T. e le Comunità pedagogico-riabilitative regionali.

REGIONE CAMPANIA

- Il Servizio regionale per le Dipendenze ha elaborato un documento denominato "*Le Dieci A*" che intende realizzare interventi specifici ed organici in alcuni settori: accoglienza, continuità assistenziale, guida, lavoro, educazione, formazione, scuola, monitoraggio delle attività.

- La Regione Campania partecipa al "*Progetto Nazionale Impatto dei problemi e delle patologie alcol-correlate nella popolazione afferente alle aziende sanitarie ospedaliere: epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi*" , promosso e finanziato dal Ministero della Salute, e si prefigge di raggiungere i seguenti obiettivi :

-stimare l'impatto socio-sanitario della patologia alcolica e alcol-attribuibile nei servizi/reparti delle Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere delle aree regionali coinvolte;

-individuare e diffondere, attraverso il confronto attivo tra i vari programmi di prevenzione secondaria messi in pratica dai servizi, modelli di buona pratica per la riduzione del danno alcolcorrelato;

-valutare, in termini di rapporto costo/efficacia,i programmi di trattamento integrato (farmacologico-psico-sociale) degli alcoldipendenti;

-migliorare le competenze e le abilità tecniche del personale dei servizi pubblici per la presa in carico dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelate;

-realizzare una scheda di rilevazione di tipo individuale, centrata sul singolo soggetto, anche ai fini di adeguamento agli standards richiesti a livello europeo per i soggetti dipendenti ed al fine di consentire l'accrescimento di una base conoscitiva per orientare, nel tempo, una valida attività istituzionale di prevenzione, trattamento e riabilitazione dei soggetti con problemi alcolcorrelati;

-attivare i referenti delle 13 Aziende ASL nella realizzazione del progetto sul piano territoriale rispetto agli obiettivi generali sopraindicati, al fine di migliorare la qualità della formazione e della gestione integrata delle patologie e dei problemi alcolcorrelati (PPAC);

-sensibilizzare e coinvolgere nel progetto enti ausiliari, associazioni di auto-mutuo aiuto e società scientifiche attive in campo alcologico rispetto agli obiettivi che possano essere di loro pertinenza.

REGIONE PUGLIA

- Attivazione di percorsi formativi e di aggiornamento del personale da parte delle Aziende sanitarie, con varie iniziative degne di nota che hanno visto gli operatori partecipare a vari corsi.
Al riguardo si segnala quanto segue.

- Operatori dei Ser.T della Regione, insieme con operatori dei Dipartimenti di prevenzione, hanno partecipato al corso "*Scegliere le strade della sicurezza*" promosso dal CCM del Ministero della Salute, che ha formato gli operatori per farli diventare, a loro volta, formatori di formatori (insegnanti di scuola media, insegnanti di scuola guida, ecc .).

- La ASL FG/1 attraverso uno specifico programma di sensibilizzazione e formazione sulle PAC ha organizzato una serie di incontri tra operatori SERT e facilitatori di gruppi di auto-aiuto già presenti sul territorio. Sono stati effettuati incontri di formazione e discussione centrati sul problema alcol secondo il modello e la metodologia ecologico-sociale della "Scuola Alcologica Territoriale", anche con l'attivazione di forum.

- Nel territorio della ex ASL FG2 si sono organizzati incontri di sensibilizzazione/ informazione sul tema "Alcol e immigrati" aventi come destinatari operatori che lavorano con la popolazione immigrata.

-L' Unità di Alcologia clinica medica "A. Murri" c/o il Policlinico di Bari nel corso del 2007 ha organizzato a Bari, in collaborazione con il Comune di Bari e l'Associazione regionale dei Clubs di Alcolisti in trattamento (ARCAT) della Puglia, un corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi. La stessa Unità ha contribuito all'organizzazione ed alla realizzazione del medesimo corso a Sapri (Salerno), a Chiaromonte (Potenza) e a Campobasso, in collaborazione con le ASL e le ARCAT locali. Ha, inoltre, collaborato e sostenuto le attività sia della Sezione apulo-lucana della Società Italiana di Alcologia sia della Associazione regionale dei Clubs di Alcolisti in trattamento, attivandosi per l'organizzazione e la realizzazione dei rispettivi congressi regionali.

REGIONE BASILICATA

- Formazione dei datori di lavoro e delle rappresentanze sindacali sul tema dei rischi connessi all'uso delle bevande alcoliche nei luoghi di lavoro, in collaborazione con l'U.O. Medicina del Lavoro.

- Formazione degli istruttori delle scuole guida, in collaborazione con la Motorizzazione Civile.

- Attività formative delle Scuole alcologiche rivolte agli insegnanti.

-Partecipazione ai lavori ed alle attività propositive e progettuali della Consulta Nazionale sulle Tossicodipendenze.

- Progettazione ed attuazione di seminari di studio (regionali ed interregionali) finalizzati al miglioramento delle conoscenze ed alla diffusione delle buone prassi cliniche e gestionali nel settore operativo delle dipendenze patologiche.

- Partecipazione del personale, con il consenso aziendale, alle attività formative attuate dall'Accademia Nazionale di Medicina di Genova - Sezione di Farmacologia.

- Partecipazione del personale al Seminario/Dibattito "*Il trattamento dell'alcoldipendenza dopo 15 anni di Alcover (GHB)*".

REGIONE CALABRIA

- Ogni Azienda Sanitaria ha predisposto iniziative formative e di aggiornamento del personale sui problemi e le patologie alcolcorrelate.

REGIONE SICILIA

- Nell'ambito della realizzazione delle attività relative al Progetto "*Impatto dei problemi e delle patologie alcol-correlate nella popolazione afferente alle aziende sanitarie locali e ospedaliere: epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi*", promosso e finanziato dal Ministero della Salute, è stato attuato un intervento di formazione in loco con il fine di rispondere, tra l'altro, alla domanda di formazione ed aggiornamento sull'argomento avanzata dai servizi locali. E' stata pertanto organizzata una giornata di aggiornamento nella quale sono state approfondite le tematiche attinenti all'osservazione, comprensione e segnalazione delle patologie e problematiche alcolcorrelate. L'iniziativa ha coinvolto 75 operatori dei servizi pubblici per le tossicodipendenze, provenienti dai diversi Ser.T dell'intera Regione.

REGIONE SARDEGNA

- Al fine di sviluppare i percorsi di formazione e di aggiornamento specifici per le figure professionali coinvolte nelle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel campo dell'alcologia, nel corso dell'anno 2007 l'Assessorato regionale per l'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale, con la collaborazione del gruppo di lavoro sulle dipendenze, ha costituito un gruppo di lavoro con la partecipazione di rappresentanti dell'Università, dei servizi pubblici e privati, degli enti locali, delle altre istituzioni e associazioni interessate e con il supporto dell'Unità di coordinamento regionale per le

dipendenze. Tale gruppo di lavoro ha elaborato un percorso formativo, articolato in tre moduli, di cui il primo è stato rivolto agli operatori delle équipes di alcologia, il secondo ai medici di Medicina Generale e pediatri di base ed infine il terzo agli altri operatori sanitari che possono trovarsi a gestire le problematiche alcol-correlate nei diversi contesti distrettuali ed ospedalieri.

7.5. INIZIATIVE ADOTTATE PER PROMUOVERE LA RICERCA E LA DISPONIBILITÀ DI FORMAZIONE SPECIALISTICA A LIVELLO UNIVERSITARIO

REGIONE PIEMONTE

-Nella Asl Torino 3 – Ospedale San Luigi (Orbassano) sono state realizzati seguenti interventi .

-Corso di Alcologia, II anno del Corso di Laurea in Tecnica di riabilitazione psichiatrica

-Attività didattica elettiva (ADE) sulle problematiche alcolcorrelate nel Corso di Laurea in Medicina e chirurgia.

P.A. BOLZANO

- Nel maggio 2007 è stata pubblicata dall'Istituto provinciale di statistica – ASTAT la ricerca "*Stili di vita e orientamenti di valore in provincia di Bolzano*". In un capitolo curato dal "Forum Prevenzione" e denominato "Opinioni e atteggiamenti della popolazione adulta in relazione all'alcol" vengono forniti, per la prima volta, dati rappresentativi sul consumo e sugli orientamenti relativi alla sostanza alcol nella popolazione adulta.

- E' stato elaborato un "Piano per le Dipendenze" riguardante il territorio di Merano con la consulenza della Libera Università di Bolzano/Bressanone.

P.A.TRENTO

- Inserimento di attività di ricerca nella maggior parte dei progetti attivati nel territorio provinciale.

- Prosecuzione della collaborazione con *Transcrime.*

- Prosecuzione della collaborazione con l'Università per i tirocini e seminari sui problemi alcolcorrelati nelle lauree brevi in Scienze Infermieristiche e per Assistenti sociali.

REGIONE VENETO

- Nella Regione Veneto il 95% delle Aziende socio sanitarie ha in atto convenzioni per lo svolgimento di tirocini post-laurea e/o di specialità con diverse Università e Scuole di Specializzazione per studenti e specializzandi (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori).

- Il 38% delle Aziende ha in atto iniziative di collaborazione con Università finalizzate alla ricerca e alla formazione specialistica che si concretizzano in:
  - -progetto di ricerca in ambito alcologico con l'Università di Trieste;
  - -partecipazione a ricerche sulle dipendenze promosse da Istituti di ricerca;
  - -attività di ricerca in collaborazione con l'Università di Padova- Dipartimento di Psicologia- in ambito preventivo e l'Istituto di Gastroenterologia su pazienti cirrotici;
  - -collaborazione con l'Istituto di Statistica dell'Università degli Studi di Verona per la valutazione statistica di ricerche territoriali, in ambito scolastico, in cui vengono rilevati i comportamenti d'abuso delle sostanze alcoliche.

- Sono proseguiti i rapporti di collaborazione con la Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa per il mantenimento del sistema epidemiologico regionale sul consumo di sostanze psicoattive e di bevande alcoliche a livello regionale e di singole Aziende USL.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

- Ricerca nella fase IV dell'uso dell'Alcover.

- Partecipazione al gruppo di lavoro europeo EWGTAD (European Working Group on Alcohol Treatment Dependence) che a York (GB) raccoglie le più importanti istituzioni europee.

REGIONE LIGURIA

- A Genova è stata attivata una collaborazione con l'Università per un corso sulla pubblicità, focalizzata sullo studio del problema alcol, sulla relativa comunicazione e pubblicità nonché sulle campagne di sensibilizzazione da realizzare con studenti.

REGIONE TOSCANA

- Attivazione per l'anno accademico 2007-2008 presso l'Università degli Studi di Firenze del Master di primo livello "*Alcol e tabacco: stili di vita e patologie correlate*", proposta formativa rivolta agli operatori dei servizi in grado di offrire alti livelli di professionalizzazione. Le discipline afferenti al Master sono di area medica, psicologica e sociale. Gli studenti provengono dall'intero territorio nazionale con diverse professionalità (psicologica, medica, infermieristica, sociale). Ogni anno il Master forma circa 15 operatori.

- Attivazione per l'anno accademico 2007-2008 del Master di secondo livello in Dipendenze patologiche dell'Università degli Studi di Pisa, a cui hanno partecipato operatori attivi nel settore alcologico, in particolare medici e psicologi.

- Ricerca di base, svolta dal C.A.R. in collaborazione con l'Università degli Studi di Firenze e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi – Firenze, sulle conseguenze metaboliche ed immunologiche dell'eccessivo consumo di etanolo che condizionano la patogenesi dell'epatopatia alcolica, i cui meccanismi di interazione tra metaboliti ossidativi dell'etanolo e controllo trascrizionale rimangono ancora poco chiari.

- Avvio di un progetto di ricerca in collaborazione tra la Zona Valdera dell'Azienda USL 5 di Pisa e la Fondazione Gabriele Monasterio (ex CNR Pisa) finalizzato a verificare se all'alterazione dell'attività totale di GGT indotta dall'abuso di alcol corrisponda uno specifico assetto di frazioni plasmatiche della gamma-glutammiltransferasi separate e quantificate con cromatografia per esclusione molecolare (atta a separare le frazioni in base al loro peso molecolare) e sottoposte ad una reazione enzimatica post-colonna specifica per la GGT.

REGIONE UMBRIA

- Inserimento di elementi di formazione alcologica nell'ambito dei corsi di laurea in Scienze Infermieristiche e Scienze Sociali.

- Contatti con la Facoltà di Medicina per l'inserimento di elementi di formazione alcologica nei corsi di quella Facoltà.

- Realizzazione di incontri di formazione per studenti del corso di laurea in Scienze Infermieristiche in collaborazione con l'Università degli Studi di Perugia.

- Collaborazione insieme alle Forze dell'ordine con gli studenti della Facoltà di Fisica alla realizzazione del progetto "*Fisici stradali*".

REGIONE MARCHE

- Prosecuzione della collaborazione tra l'équipe del Centro di Alcologia clinica del Dipartimento Dipendenze della Zona Territoriale n. 7 di Ancona e l'Università di Urbino, Facoltà di Psicologia delle Dipendenze, per la pubblicazione di studi, articoli, aggiornamenti specialistici, testi, tesi di laurea nell'ambito dell'attività di ricerca e di studio in materia.

REGIONE LAZIO

- Sono state effettuate nel corso dell' anno diverse lezioni ex cathedra, seminari e corsi monografici sulla dipendenza da alcol e sui problemi e patologie alcolcorrelate presso l'Università "La Sapienza" di Roma rivolti a studenti in Medicina e Chirurgia, delle professioni sanitarie, specializzandi in Gastroenterologia e Medicina interna. Scopo di tale attività accademica è stato quello di contribuire a formare il futuro personale medico e paramedico che si troverà a gestire e curare una patologia dalle multiformi e complesse presentazioni cliniche.

REGIONE ABRUZZO

- Presso i Servizi di Pescara ed Avezzano sono state sottoscritte convenzioni con l'Università per il tirocinio di psicologi ed assistenti sociali.

- Sono attive in tutte le ASL regionali convenzioni con comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali.

REGIONE PUGLIA

- L' Unità di Alcologia clinica medica "A. Murri" c/o il Policlinico di Bari ha realizzato un corso di formazione di base per il Corso di laurea in Assistenza Sanitaria della Facoltà di Medicina di Bari, un corso ADE per la formazione di base nel Corso di laurea in Medicina di Bari, un corso di formazione specialistica per la Scuola di Specializzazione in Medicina interna, un modulo didattico in Alcologia nel Master per operatori di rete della Facoltà di Scienze dell'educazione, un modulo didattico sugli stili di vita nel corso di aggiornamento su "Ipertensione" dell'Azienda ospedaliera Policlinico di Bari.

- La stessa Unità ha progettato ed iniziato ad attuare una ricerca sulle mutazioni del DNA delle cellule epatiche alcol indotte.

REGIONE BASILICATA

- Partecipazione alle attività di ricerca dell'Istituto di Fisiopatologia Clinica del CNR di Pisa.

- Supervisione e tutoraggio di terapisti dell'occupazione inviati dall'Università Magna Grecia di Catanzaro in convenzione con l'Azienda Sanitaria di Montalbano.

REGIONE CALABRIA

- Convenzione e protocollo d'intesa tra l'Azienda Sanitaria provinciale di Cosenza e l'Università della Calabria -Dipartimento di Scienze Farmaceutiche- per la realizzazione di Master di alta formazione universitaria di II livello in " *Farmacotossicologia delle sostanze di abuso, dell'alcolismo e delle patologie correlate*".

7.6. INIZIATIVE ADOTTATE PER FAVORIRE LE ASSOCIAZIONI DI AUTO-MUTUO AIUTO E LE ORGANIZZAZIONI DEL PRIVATO SOCIALE NO PROFIT

REGIONE PIEMONTE

ASL di Cuneo:
-nell'area della provincia di Cuneo è costante il convenzionamento annuale delle ASL con le ACAT territoriali per la realizzazione di interventi di presa in carico, ma anche di prevenzione, integrati tra pubblico e privato sociale (Arnaudo).

Asl Verbania-Cusio-Ossola:
-"Settimana di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi secondo il metodo Ecologico Sociale di Hudolin" realizzata a Scarmagno in collaborazione con il SerT di Ivrea.

Asl Torino 1:
-formazione operatori Cooperativa Parella (Dormitori e Bassa Soglia)
-corso base volontari AVULSS – 28 Aprile 2007.

Asl Alessandria:
- adesione a iniziative di sensibilizzazione e pubblica informazione locali
- coinvolgimento dei cittadini in iniziative di prevenzione territoriali locali o all'interno di progetti
- evento "*Incontri divergenti. Spiritualità e cura. I percorsi del corpo e della mente*"
- convegno a partecipazione internazionale della ASL-Provincia sui gruppi di auto aiuto
- sostegno alla identificazione di locali dedicati ai gruppi di auto aiuto (Tortona).

-Associazione Clubs di Alcolisti in trattamento (ACAT):
reperimento di fondi tramite le organizzazioni di volontariato preposte a tale scopo dalla Regione Piemonte (Idea Solidale-VSSP).

REGIONE VALLE D'AOSTA

- Prosecuzione dei rapporti di collaborazione del Ser.T. con i Gruppi di auto-aiuto.

- Incentivazione della collaborazione con le cooperative del privato sociale che gestiscono strutture residenziali del settore.

P.A. BOLZANO

- Nell' ambito dell' Associazione HANDS:
prosecuzione dei rapporti con le realtà associative riconosciute (Alcolisti Anonimi e Clubs Alcolisti in trattamento, Caritas, "La Strada-Der Weg" e San Vincenzo) che si occupano della stessa tipologia di utenza o di problematiche complesse di dipendenza. Nel 2007 è continuato l'invio ai gruppi di auto-mutuo aiuto dei pazienti che hanno concluso il percorso nei gruppi a conduzione professionale all'interno dell'Associazione. Gli operatori professionali HANDS hanno effettuato incontri con i gruppi di auto-mutuo aiuto con finalità informative, di aggiornamento e di supervisione ed inoltre hanno sostenuto la formazione di gruppi per familiari di alcolisti.

- Nell' ambito del Ser.D. di Merano:
-coordinamento e sostegno, in collaborazione con la comunità comprensoriale Burgraviato, delle strutture deputate all'inserimento lavorativo, abitativo e alla prima accoglienza;
-verifica e valutazione degli inserimenti di alcoldipendenti, tossicodipendenti e dipendenti da gioco d'azzardo presso le suddette strutture.

- Nell' ambito del Consultorio psico-sociale Caritas-Silandro (Bz):
offerta di un servizio post-assistenziale e ambulatoriale denominato "profilassi contro la ricaduta" a gruppi di persone che hanno positivamente concluso un progetto terapeutico.

- Nell'ambito del Ser.D. di Bressanone:
attivazione di reti di sostegno tramite i servizi sociali, le aziende sanitarie e altre istituzioni pubbliche e private (Comunità comprensoriali, Servizio Sociale di base, Servizio Sociale per adulti, Servizi di assistenza economica e sociale, Servizio per il reinserimento lavorativo).

- Nell' ambito del Ser.D di Brunico:
-prosecuzione della collaborazione con i Servizi per le dipendenze del territorio e con le associazioni private (Alcolisti Anonimi e C.A.T-Hudolin) per un lavoro in rete di prevenzione primaria e secondaria;
-prosecuzione della collaborazione con l'associazione dei Clubs di Alcolisti in trattamento per la guida dei gruppi di auto-mutuo aiuto ed incontri regolari di supervisione dei gruppi.

P.A. TRENTO

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

REGIONE VENETO

- Le Aziende socio sanitarie della Regione hanno stipulato convenzioni e accordi finalizzati a favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del privato sociale no profit. L'81% coinvolge direttamente le associazioni nelle attività del Dipartimento, l'86% offre attività formative e il 67% le sostiene attraverso l'erogazione di contributi economici.

- I Servizi pubblici specialistici dei Dipartimenti delle dipendenze promuovono e sostengono l'attività dei Clubs di Alcolisti in trattamento (C.A.T.) e dei gruppi di Alcolisti Anonimi e familiari (A.A., Al-Anon, Al.-Ateen), e operano in stretta collaborazione con le Associazioni e con le Comunità terapeutiche per l'attuazione sia di programmi ambulatoriali che residenziali. Il lavoro quotidiano è quindi caratterizzato dall'intreccio sinergico della collaborazione tra servizio pubblico, privato sociale, gruppi di auto aiuto e gli altri soggetti della rete alcologica.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

- Collaborazione e realizzazione di protocolli progettuali con ACAT, AA, AsTra, Hyperion, La Ricerca -cooperativa Hudolin e cooperativa Co.S.M.O.

- Stanziamento di contributi economici alle ACAT (Associazione locale Clubs Alcolisti in trattamento) e ARCAT (Associazione Regionale Clubs Alcolisti in trattamento).

- Costituzione a Gorizia del Centro Alcologico territoriale, struttura di incontro e progettazione che vede la condivisione di azioni di contrasto dell'abuso di alcol tra servizi di Alcologia, ACAT e associazioni del territorio.

- Formazione degli operatori Acat, AsTra, Hyperion, La Ricerca e realizzazione di attività di coordinamento.

- Realizzazione del "Corso di sensibilizzazione internazionale all'approccio ecologico sociale" (50 ore) in collaborazione con la European School of Alcohology and Ecological Psychiatry.

- Organizzazione dell'assemblea costitutiva della "World Association of Clubs of Alcoholic in Treatment" con la partecipazione di delegati provenienti da 23 Paesi del mondo.

REGIONE LIGURIA

- I competenti Dipartimenti hanno sviluppato o consolidato i rapporti con le associazioni di auto-mutuo aiuto con le quali si è instaurato un rapporto di collaborazione ed un reciproco invio di pazienti.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- Nella Regione Emilia-Romagna è attiva una buona rete di gruppi di auto-mutuo aiuto che collaborano con i Servizi alcologici entrando a far parte della rete di cura. In alcuni territori sono attive forme di coordinamento alcologico territoriale a cui partecipano le associazioni di auto-mutuo aiuto e gli enti locali (sui temi della sensibilizzazione, prevenzione ecc.).

REGIONE TOSCANA

- Prosecuzione della collaborazione con le associazioni di auto aiuto e gli operatori ACAT, per favorire lo sviluppo di programmi territoriali e organizzare incontri e iniziative di sensibilizzazione rivolti alla comunità.

- Sostegno e patrocinio alle varie iniziative regionali e locali delle associazioni e gruppi di auto aiuto operanti sulle problematiche alcologiche (AA, Alanon, Alateen, Vittime della Strada, Fondazione Mauro Cirillo, Fondazione Gabriele Borgogni).

- Partecipazione dei servizi alcologici ad incontri di aggiornamento aperti alla popolazione organizzati dalle associazioni di auto-mutuo aiuto e dall'ACAT.

- Promozione e sostegno a percorsi di sviluppo delle conoscenze-competenze dei volontari delle pubbliche assistenze impegnati nei servizi di emergenza sanitaria 118 con particolare riferimento alle situazioni di intervento alcolcorrelato.

- Prosecuzione delle attività del tavolo di lavoro regionale, con la partecipazione tecnica del Centro Alcologico Regionale (CAR), costituito dai rappresentanti dei gruppi di auto aiuto e dell'associazionismo del terzo settore. Lo scopo del gruppo è quello di favorire e implementare il legame sul territorio tra i servizi deputati del sistema sanitario, socio-sanitario e sociale e le realtà del volontariato che si occupano di patologie e problemi alcolcorrelati.

REGIONE UMBRIA

- La collaborazione con i Clubs degli Alcolisti in trattamento (ACAT) si è consolidata nel corso del 2007 con la costante partecipazione del personale medico agli incontri mensili dei diversi clubs presenti nel territorio regionale. La presenza del servizio pubblico in attività specifiche quali quelle realizzate dalle ACAT ha favorito l'accesso ai trattamenti sanitari, integrandoli con le azioni di sostegno e mutualità del volontariato organizzato. I servizi collaborano inoltre con l'associazione Alcolisti Anonimi e con l'Associazione Nazionale contro l'Alcolismo (ANCA).

- Sono state svolte attività di docenza nella scuola alcologica territoriale (ACAT Perugia).

- E' stata assicurata attiva partecipazione alla realizzazione del corso di sensibilizzazione per l'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati (Metodo Hudolin).

- E' costante la presenza di operatori del Servizio di Alcologia all'interno dell'ARCAT.

- Vengono effettuate attività di supervisione nell'ambito delle attività dei Clubs degli Alcolisti in trattamento.

- Sono stati realizzati insieme alle associazioni incontri di sensibilizzazione rivolti alla popolazione e alle famiglie delle persone che frequentano i Clubs.

REGIONE MARCHE

- Prosecuzione in tutto il territorio regionale di rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato C.A.T. e A.A. (Clubs di Alcolisti in trattamento e AA) sia per quanto riguarda il trattamento integrato dei pazienti alcolisti e dei familiari sia in merito ad attività formative e di prevenzione in generale. In alcuni casi sono state intraprese e formalizzate collaborazioni continuative per trattamenti integrati e di rete (Z.T.le n. 1 e APCAT Pesaro).

REGIONE LAZIO

- Alcune Aziende ASL di Roma, Ser.t. e U.O. di Alcologia ospitano le associazioni di Alcolisti Anonimi (AA) e dei familiari di alcolisti (AlAnon/AlAteen). I referenti delle citate associazioni svolgono le riunioni dei gruppi nonché attività di *counseling* al momento dell'accoglienza di pazienti e/o familiari.

- Sono stati effettuati a Roma dal Centro Alcologico Regionale in collaborazione con associazioni di auto-mutuo aiuto e del privato sociale alcuni corsi di formazione e informazione per i loro volontari ed operatori.

REGIONE ABRUZZO

- I settori dell'auto aiuto e del privato sociale sono stati fortemente coinvolti nella progettazione e attuazione degli eventi realizzati in ambito regionale per la campagna di prevenzione alcologica "*Alcol, più sai, meno rischi*", condividendo con loro l'occasione di visibilità.

- Sono stati organizzati incontri con operatori SPSAL, Alcologia, sindacati provinciali e regionali per l'organizzazione del convegno regionale "*Lavora in sicurezza, scegli la vita*", svoltosi a Pescara.

REGIONE MOLISE

-Collaborazione del Ser.T. di Campobasso con il Club di Alcolisti in trattamento anche in piccole realtà territoriali.

-Invio di soggetti con problemi alcolcorrelati presso gruppi di auto-mutuo aiuto, CAT e AA.

REGIONE CAMPANIA

- La Regione ha varato la D.G.R. n. 1936 del 9/11/07 che istituisce un' "Area programmi per le Dipendenze", in cui si prevede la creazione di un Registro Regionale per programmi di intervento sulle dipendenze, al fine di rafforzare e rendere più efficace il coordinamento anche sulle attività dei gruppi di auto-mutuo aiuto, oltre che su altre realtà no-profit non riconducibili al sistema degli enti ausiliari. Attraverso tale provvedimento il Servizio regionale per le Dipendenze ha inteso dare dignità e sostegno anche a quelle realtà non riconducibili né allo status di ente ausiliare né a quello di organizzazione di volontariato strutturata.

- La Regione Campania ha incentivato progetti di lavoro che promuovono una forte sinergia tra servizi pubblici e gruppi di *self help*, con particolare attenzione all'attività dei CAT e di AA. In tale ottica nel 2007 è stato attivato un progetto di promozione sperimentale per la creazione di reti territoriali di gruppi di auto-mutuo aiuto per il trattamento di problemi alcol-droga correlati nell'area dell'ASL SA/3, denominato "*Bandiera Blu*". Tale progetto, affidato a risorse del Terzo settore, ha visto la

realizzazione di momenti di formazione di facilitatori di gruppo e l'attivazione di alcuni gruppi locali, in stretta collaborazione con i SerT territoriali.

REGIONE PUGLIA

-Si è rafforzata e consolidata in alcune realtà l'esperienza dell'organizzazione, da parte del Ser.T o dell'U.O. di Alcologia, di gruppi di auto-mutuo aiuto per il trattamento integrato medico- psico- sociale della dipendenza alcolica.
Al riguardo, si segnala quanto segue.

-Nella sezione dipartimentale n.1 – ASL FG/1 – San Severo il gruppo di auto-mutuo aiuto favorisce l'accesso dei soggetti alcolisti ai trattamenti sanitari e assistenziali senza richiesta alcuna di "ticket" da parte del servizio e con un adeguamento flessibile dell'orario rispondente ai bisogni dell'utenza (incontri settimanali in orario serale).

-La ASL di Taranto ha segnalato che presso strutture territoriali delle città di Taranto e Manduria sono stati resi disponibili appositi spazi per incontri di auto-muto aiuto da parte degli Alcolisti Anonimi (incontri settimanali ad accesso diretto anche di persone non in carico al Servizio).

-Si sono consolidate le attività del gruppo di auto-mutuo aiuto G.I.M.A.T. (Gruppo di Informazione e Motivazione di Alcolisti in Trattamento) presso il Ser.t di Altamura, avente finalità di prevenzione primaria e secondaria per i pazienti alcoldipendenti e i loro familiari.

- Prosegue la proficua attività dell'ARCAT Puglia, che con una rete di 60 clubs ha anche nel 2007 accolto e servito una media di 700 famiglie, prevedendo un accesso ai clubs libero, volontario e gratuito, con l'unico impegno per le famiglie della frequenza settimanale e della formazione e sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati attraverso le S.A.T. (scuole alcologiche territoriali) di 1° e 2° modulo.

- Sono attivi nella Regione anche i gruppi di Alcolisti Anonimi.

REGIONE BASILICATA

-Svolgimento di incontri periodici con i facilitatori dei gruppi CAT ed AA finalizzati all'inserimento degli alcolisti e dei loro familiari ed al relativo monitoraggio del percorso terapeutico.

- Attività di c*ounseling* informativo a favore di associazioni di auto-mutuo aiuto.

- Realizzazione di eventi formativi con l'ACAT "Magna Grecia" di Bernalda.

- Partecipazione ad incontri di sensibilizzazione aperti al pubblico su tematiche relative all'alcolismo organizzati dalle associazioni.

REGIONE CALABRIA

- Coinvolgimento degli Alcolisti Anonimi e del Clubs di Alcolisti in trattamento in quasi tutti i progetti finanziati con il Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga e collaborazione in tutti i SerT ed Unità Alcologiche Regionali.

REGIONE SARDEGNA

- Nella Regione Sardegna sono attive diverse associazioni che operano nel settore dell'alcologia, tra le quali Alcolisti Anonimi (AA), Al-Anon e Clubs degli Alcolisti in trattamento (CAT). Tali associazioni svolgono un'importante funzione di supporto per i soggetti affetti da dipendenza da alcol e per i loro familiari. Il "Programma regionale di interventi nel sSettore delle Dipendenze" raccomanda che le équipes alcologiche favoriscano una stretta collaborazione con le varie associazioni attive nel settore. Le ASL devono favorire l'interazione reciproca, promuovendo le attività di auto aiuto all'interno delle strutture sanitarie e la facilitazione della comunicazione fra operatori, associazioni e popolazione.

7.7. STRUTTURE DI ACCOGLIENZA EVENTUALMENTE REALIZZATE O PRESENTI SUL TERRITORIO PER I FINI DI CUI ALL'ART. 11

REGIONE VALLE D'AOSTA

- Prosecuzione della sperimentazione di un servizio di tutoraggio territoriale, non esclusivamente dedicato agli alcoldipendenti, che prevede: interventi a domicilio; *counseling* psicologico ed educativo; sostegno telefonico; accompagnamento in mansioni pratiche quotidiane sul territorio e nella gestione economica; bilancio competenze; accompagnamento e/o allerta con altri servizi, quali medico di base, Ser.T, gruppi di auto-mutuo aiuto, sostegno alla famiglia.

REGIONE PIEMONTE

- Le comunità degli enti ausiliari della Regione Piemonte si sono sempre dimostrate sensibili alle problematiche alcolcorrelate, inserendo all'interno dei propri percorsi di cura e riabilitazione anche persone con questo tipo di dipendenza. Alcune di esse inoltre hanno proprio scelto come indirizzo e " *mission* " la cura degli alcolisti.
Esse sono:
- Comunità Alcolstop (Centro Torinese di Solidarietà)
- Comunità Alcocare (Associazione Il Punto)
- Cufrad
- Comunità Cascina Nuova (Associazione Aliseo).

REGIONE LOMBARDIA

- L'organizzazione degli interventi di cura e reinserimento garantiti nel territorio regionale vede una regolare e consolidata collaborazione tra i servizi pubblici, del privato sociale, delle associazioni di volontariato e di auto-mutuo aiuto, i medici di Medicina Generale e le aziende ospedaliere.
Gli interventi a favore di utenti con problema di alcoldipendenza e dei loro familiari sono stati possibili grazie alla presenza sul territorio di:

- n. 55 unità operative alcologiche afferenti alle Aziende Sanitarie Locali;
- n. 4 associazioni di auto-mutuo aiuto;
- n. 19 strutture residenziali del privato sociale.

P.A. BOLZANO

- Nell' ambito dell' Associazione HANDS è proseguita l' attività delle seguenti strutture:
Sede Centrale HANDS ed Ambulatorio - Bolzano;

Sede periferica HANDS- Merano;

Sede periferica HAND - Bressanone;

Comunitá terapeutica HANDS- Bolzano;

Laboratorio della Comunità terapeutica - Bolzano;

Laboratorio protetto HANDSWORK - Bolzano;

Laboratorio protetto HANDSWORK - Cermes (Merano);

Alloggio protetto HANDSHOME - Bolzano;

Alloggio protetto HANDSHOME - Caldaro (Bz).

P.A. TRENTO

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

REGIONE VENETO

- Le strutture di accoglienza per pazienti alcoldipendenti presenti nella Regione Veneto sono distribuite uniformemente nel territorio. Nel 75% dei casi si tratta di strutture del privato sociale e nel 25% di strutture pubbliche.

- Le esigenze terapeutiche di inserimento in strutture di accoglienza sono soddisfatte anche attraverso le comunità terapeutiche pubbliche e del privato sociale per le tossicodipendenze, riconosciute dalla Regione Veneto.

- Oltre alla presenza di comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali si registra una varietà di opportunità data da centri diurni, ambulatori protetti, appartamenti e case famiglia.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

- Utilizzo di 4 posti letto (modulo alcologico) presso la RSA di Cormons per la partecipazione "protetta" dei ricoverati al "trattamento integrato" che si svolge giornalmente presso il Ser.T di Gorizia.

- Mantenimento della struttura residenziale per il trattamento 24 ore su 24 con 20 posti letto presso l'ospedale di Trieste.

- Mantenimento di un gruppo appartamento per alcolisti già trattati con problemi alloggiativi, con 6 posti letto (Trieste).

- Mantenimento delle strutture di ricovero presso l'ospedale di San Daniele del Friuli (UD) con 17 posti letto.

REGIONE LIGURIA

- Nel territorio della A.S.L. 5 - Spezzino sono presenti ed operanti diverse strutture di accoglienza. In particolare:
-la comunità terapeutica "Cometa" – Consorzio di Cooperative Sociali e la Società Cooperativa Sociale (ex "Centro di Crescita Comunitaria") sono organizzate come strutture di prima accoglienza e di trattamento residenziale e semiresidenziale, anche in casi di doppia diagnosi, per uomini, donne e madri con bambini;
-la Comunità Terapeutica "Ma.Ris." prevede una struttura di trattamento residenziale;
-il progetto Mersy (CARITAS) prevede una struttura di accoglienza per persone senza fissa dimora con problemi alcolcorrelati;
-la "Comunità dell'Orto"-Sp prevede un dormitorio per l'accoglienza temporanea notturna di persone senza fissa dimora.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- Anche per l'anno 2007 è proseguita l'esperienza residenziale attivata dal CEIS di Parma e trasformatasi nel programma alcologico della sede operativa "L'Airone".
Tale struttura nel corso del 2007 ha attivato le procedure previste per il percorso di accreditamento regionale che coinvolge i Ser.T. e gli enti ausiliari con sedi operative in Emilia- Romagna.

REGIONE TOSCANA

Le strutture presenti sul territorio regionale deputate al trattamento di pazienti con problematiche alcolcorrelate sono di varia tipologia e differenziante in rapporto alla gestione:

- a gestione del privato sociale: Ce.I.S. di Lucca, Ce.I.S. di Pistoia, Cooperativa "Genitori Comunità Incontro" di Pistoia, Casa di cura "Villa dei Pini" di Firenze, con programmi di trattamento psico-medico-sociale che non supera i 30 giorni, secondo l'art. 11 comma 2 della Legge 125/2001;

- a gestione pubblica: Centro Osservazione e Diagnosi "Passo di Barca", di natura semiresidenziale, gestito dall'Azienda USL 5 di Pisa; Centro diurno "Il Timone", dedicato a pazienti con doppia diagnosi e con problematiche alcolcorrelate, gestito dall'Azienda USL 8 di Arezzo; Centro Diurno "La Fortezza", con attività anche di Day Hospital e costituito da un percorso terapeutico semiresidenziale di 4 settimane, gestito dall'Azienda USL 10 di Firenze; Centro di Alcologia dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi -Firenze con attività di day hospital e ricovero.

REGIONE UMBRIA

- Nell' ambito della ASL n. 2 sono proseguite le attività del gruppo famiglia "Pindaro", per il quale è in atto un potenziamento delle attività con aumento dei posti letto.

- Nell' ambito della ASL n. 4 sono state definite tutte le procedure per l'avvio della struttura terapeutico-residenziale di Montecampano, gestita dall'asssociazione "Verita" e che partirà con le proprie attività nel 2008.

REGIONE MARCHE

- Una rete di strutture residenziali è presente e funzionante in maniera capillare in tutto il territorio regionale.

- Sono presenti realtà caratterizzate da specifici programmi riabilitativi per alcoldipendenti in due sedi operative di uno stesso Ente (IRS AURORA).

- Presso la casa di cura Villa Silvia di Senigallia è attivo un programma residenziale post acuzie.

REGIONE LAZIO

- E' attivo a Roma il Centro diurno del Trullo, nato da un progetto finanziato dalla Regione Lazio con il F.N.L.D. e realizzato dalla Provincia di Roma e dal Centro Alcologico Regionale del Lazio. Il Centro del Trullo è finalizzato alla riabilitazione sociale dei pazienti alcoldipendenti, che vengono assistiti anche tramite un *counseling* psicologico individuale e/o di gruppo e un periodico monitoraggio medico.

REGIONE ABRUZZO

- Sono attivi presso le Aziende USL della Regione Abruzzo protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti (Comuni e Comunità Montane) e associazioni di volontariato per la realizzazione di progetti a favore di famiglie con problemi alcolcorrelati.

REGIONE PUGLIA

- Prosecuzione delle attività delle 30 organizzazioni del privato sociale e associazioni di volontariato con 52 sedi operative, di cui circa 30 di tipo residenziale. Ognuna di queste riserva un numero di posti letto per utenti alcoldipendenti, cui vengono assicurati programmi di recupero concordati con i Ser.T del territorio.

REGIONE BASILICATA

- Prosecuzione delle attività della comunità "*Emmanuel*" di Salandra (MT), della comunità terapeutica "*Exodus*" di Tursi (MT) e del Centro residenziale alcologico presso il P.O. di Chiaromonte (PZ) - ASL n. 3.

REGIONE CALABRIA

- Prosecuzione delle attività della struttura residenziale specifica per alcolisti "Comunità Terapeutica Arcobaleno (Centro Calabrese di Solidarietà Catanzaro)".

REGIONE SARDEGNA

- Dal 2001 è attiva a Carbonia la struttura denominata "Piccola Comunità Terapeutica per alcoldipendenti". Questa struttura accoglie soggetti di sesso maschile alcoldipendenti che, nella fase successiva a quella acuta, prima dell'invio ad un trattamento domiciliare o in day hospital, necessitano di un temporaneo inserimento in un ambiente protetto, nel quale riuscire a conseguire e mantenere la condizione di sobrietà.

7.8. PROTOCOLLI DI COLLABORAZIONE O CONVENZIONI STIPULATE CON ENTI E ASSOCIAZIONI PUBBLICHE O PRIVATE OPERANTI PER LE FINALITÀ DELLA LEGGE

REGIONE PIEMONTE

Asl Alessandria:
-collaborazione continuativa con strutture private per ricoveri riabilitativi anche se non con protocollo istituzionale.

Associazione dei Clubs di Alcolisti in trattamento (ACAT):
-protocolli di collaborazione con la maggioranza dei SerT della Regione Piemonte, con associazioni locali e comunali, Comunità Montane e distretti delle aASL.

P.A. BOLZANO

- E' in vigore un accordo di collaborazione tra l' Associazione Hands e l'Associazione "La Strada-der Weg", che prevede la possibilità di inserimento di utenti donne in una Comunità alloggio femminile a Bolzano (1 posto).

- Il Ser.D di Merano ha curato:
  -la creazione di un gruppo di lavoro permanente denominato "Progettazione, Orientamento e Valutazione" a cui partecipano le diverse risorse presenti sul territorio per l'inserimento socio-lavorativo di rete;
  -la ristrutturazione del gruppo di lavoro permanente denominato "Tavola rotonda Merano" che ha come scopo la gestione di "casi multiproblematici" e l'attuazione di eventuali interventi che possano migliorare l'approccio psico-socio-sanitario;
  -la partecipazione ad un Gruppo di Lavoro onde poter reperire alloggi e lavoro.

- Si svolgono incontri di lavoro fra il Consultorio Psicosociale Caritas-Silandro, il Ser.D, il servizio psicologico e di salute mentale della ASL di Merano e diversi Consultori per verificare i reciproci rapporti di collaborazione. Inoltre sono attivi gli incontri con l'Ufficio del lavoro per le problematiche derivanti dall'inserimento lavorativo dei pazienti.

P.A. TRENTO

- Convenzioni dell'Azienda sanitaria provinciale con A.P.C.A.T. (Associazione Provinciale dei Clubs degli Alcolisti in trattamento) e con l'associazione Alcolisti Trentini (Alcolisti Anonimi).

REGIONE VENETO

- I Dipartimenti per le dipendenze della Regione Veneto hanno stipulato 80 protocolli e/o convenzioni con soggetti esterni nell'ambito delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati. Il 28% è stipulato con soggetti pubblici e il72% con soggetti del terzo settore.

Tra gli accordi sottoscritti con il privato sociale ed il volontariato si evidenziano le seguenti finalità:

-prosecuzione delle collaborazioni terapeutico-assistenziali con le comunità terapeutiche accreditate dalla Regione Veneto che accolgono anche alcolisti;

-mantenimento dell'integrazione operativa tra servizi di Alcologia e associazioni dei Clubs di Alcolisti in trattamento (ACAT), favorendo le attività dei Clubs attivi nel territorio attraverso la realizzazione di iniziative diverse che rientrano nelle attività dell'approccio ecologico-sociale (SAT di 1°, 2° e 3° modulo, banca dati, settimana di sensibilizzazione);

-cogestione di progetti territoriali di prevenzione in ambito lavorativo (alcol e lavoro) e di inserimenti socio-lavorativi.

Tra gli accordi sottoscritti con i servizi pubblici, si favoriscono e consolidano le seguenti attività :

-trattamento di soggetti con doppia diagnosi in collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale;

-continuità assistenziale tramite il rafforzamento dei rapporti con il Pronto Soccorso e i Dipartimenti di Medicina;

-collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione ed i Servizi Tutela Minori.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

- Rapporto di collaborazione per la progettazione di una nuova struttura della CARITAS (casa Betania a Tolmezzo), la cui realizzazione è prevista nel 2008.

- Protocollo di intesa con la struttura residenziale Casa Betania di Udine per l'accoglienza di soggetti alcolisti di entrambi i sessi.

- Protocollo con la Casa dell'Immacolata di Udine per l'accoglienza di soggetti alcolisti maschi.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- La Regione Emilia-Romagna ha regolamentato con apposito accordo la presenza ed il ruolo degli enti del privato sociale all'interno dei Comitati locali, sia nella fase di progettazione che in quella di realizzazione degli interventi. I progetti di prevenzione

alcologica sono inoltre presenti nei percorsi dei Piani per la salute e nei Piani sociali di zona. L'accordo Regione Emilia-Romagna/Coordinamento enti ausiliari è stato siglato dalle parti nel luglio 2007 ed approvato con D.G.R. 1005/2007.

REGIONE TOSCANA

- Elaborazione delle "*Linee di indirizzo alle Commissioni mediche locali e alle Aziende USL toscane per la valutazione dell'idoneità alla guida per violazione dell'Art. 186 del Nuovo Codice della Strada*" , approvate con delibera di Giunta regionale n. 624 del 03-09-2007 al fine di "*assicurare e rendere omogenei in ambito regionale gli accertamenti finalizzati alla revisione delle capacità fisiche e psichiche per la guida di autoveicoli in casi di violazione dell'art. 186 del Nuovo Codice della Strada; fornire il necessario supporto specialistico alcologico alle Commissioni Mediche Locali; fornire un'adeguata informazione mirata ad indurre nei soggetti interessati una maggiore consapevolezza rispetto alla pericolosità, per sé e per gli altri, degli effetti del consumo di alcol sulla guida*" .

- Ampliamento e consolidamento dei rapporti con altri servizi socio-sanitari.

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

- Stipula da parte delle équipes alcologiche/Ser.T di una convenzione con le comunità terapeutiche presenti sul territorio e con altri enti o associazioni (Ceis, ACAT, Caritas, ecc.).

REGIONE UMBRIA

- Convenzione tra il Servizio di Alcologia della ASL n. 2 ed il Comune di Perugia per la comunità terapeutica per alcoldipendenti "Pindaro".

- Convenzione tra il Servizio di Alcologia e le cooperative sociali per la gestione di servizi residenziali e progetti di prevenzione e di riabilitazione.

- Protocollo di collaborazione tra il Servizio di Alcologia e l'associazione dei Clubs di Alcolisti in trattamento (ACAT) per le problematiche alcolcorrelate.

- Protocollo di collaborazione tra i Dipartimenti per le dipendenze e gli Istituti penitenziari per i problemi alcolcorrelati.

- Prosecuzione del protocollo con la Casa circondariale di Terni, che prevede la collaborazione per la gestione insieme all'ACAT di un gruppo di auto aiuto con i

detenuti alcolisti e la formazione e l'aggiornamento del personale della Casa circondariale sull'alcol.

- Costituzione di un accordo di rete chiamato "Il Filo di Arianna" tra l'U.O di Alcologia e tutte le scuole di ogni ordine e grado del territorio dei Comuni di Narni, Amerino, Sangemini e Acquasparta.

REGIONE LAZIO

- Convenzioni con numerose Scuole di specializzazione in Psicoterapia e con la Facoltà di Psicologia per rendere possibile agli studenti iscritti di effettuare un periodo di tirocinio formativo presso il Centro Alcologico Regionale del Lazio e presso i Ser.T., con possibilità di frequentare anche seminari dedicati.

- Convenzione tra l'Istituto Superiore di Sanità ed il Centro Alcologico Regionale del Lazio per la ricerca sui markers biologici correlati all' alcoldipendenza.

- Accordi di programma tra ASL e istituti scolastici per la realizzazione di interventi di sensibilizzazione rivolti agli studenti, finalizzati al miglioramento e al rafforzamento delle *life skills* per attivare fattori protettivi in relazione ai rischi associati all'abuso di alcol.

REGIONE MOLISE

- Collaborazioni con l'Ufficio scolastico regionale, istituti scolastici, Ser.T. territoriali, Istituto Superiore di Sanità, Polizia stradale, Volontariato.

REGIONE CAMPANIA

- Protocollo d'intesa tra il Centro di Alcologia del Ser.T di Sorrento ed il reparto di Medicina dell' Ospedale di Gragnano nella ASL NA/5. Il protocollo attualmente in vigore consente di garantire l'assistenza in regime di ricovero ad utenti della Regione che abbisognano di un breve periodo di ricovero per il trattamento di uno stato di intossicazione acuta da alcol non gestibile in ambito ambulatoriale, nonchè per la cura delle complicanze somatiche e psichiche alcolcorrelate. La degenza è finalizzata inoltre ad un lavoro di motivazione e di successivo invio dei pazienti a programmi riabilitativi di mutuo aiuto e/o di accoglienza residenziale (nei casi di comorbilità psichiatrica o polidipendenza).

- Protocollo d'intesa tra il Centro di Alcologia del Ser.T della ASL AV/2, la Commissione medico-legale per le patenti di guida della provincia di Avellino,

l'associazione provinciale dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (APCAT) e l'associazione locale Vittime della Strada (AIVS) per la realizzazione di un programma di riabilitazione in favore di conducenti di autoveicoli sanzionati ai sensi dell'Art. 186 del Codice della Strada.

- Protocolli locali di collaborazione tra servizi per le dipendenze, amministrazioni pubbliche, terzo settore e associazioni di categoria per la prevenzione delle stragi del week-end.

REGIONE BASILICATA

- Protocollo d'intesa con il C.A.T. nel territorio della ASL 1 di Venosa.

- Protocollo d'intesa tra il Ser.T. di Lagonegro (PZ) e l'U.O. di Medicina dell'Ospedale di Lagonegro (PZ) finalizzato al trattamento congiunto/integrato (patologie alcolcorrelate e trattamento riabilitativo) nonché alla predisposizione di posti letto per il ricovero.

- Incontri con la Prefettura di Potenza per azioni congiunte da mettere in atto in determinati periodi dell'anno in ambito zonale.

- Protocollo d'intesa tra il Ser.T. di Matera e l'ACAT di Matera.

- Protocollo d'intesa tra l'ASL n. 5 di Montalbano Jonico e l'ACAT "Magna Grecia".

- Protocollo d'intesa tra l'ASL n. 5 di Montalbano Jonico e la comunità terapeutica "Exodus" di Tursi.

- Collaborazioni con UEPE, USMM., Comuni, Prefetture, Provincia e Regione.

REGIONE CALABRIA

- Protocolli di collaborazione tra le Aziende sanitarie provinciali del territorio e gli ospedali, i Comuni , le Associazioni di auto-mutuo aiuto.

REGIONE SARDEGNA

- Nel 2007 l'Unità di coordinamento regionale per le dipendenze della ASL 8 ha stipulato una convenzione con il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Cagliari.

7.9. ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE CON LE COMPETENTI ISTITUZIONI DELL'AMMINISTRAZIONE DELL'INTERNO, MUNICIPALI O ALTRE PER IL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PUBBLICITÀ, VENDITA DI BEVANDE SUPERALCOLICHE NELLE AUTOSTRADE, TASSO ALCOLEMICO DURANTE LA GUIDA DI AUTOVEICOLI

REGIONE VALLE D'AOSTA

- Prosecuzione della collaborazione con le Forze dell'ordine, nel corso di sagre e feste, ai fini della sensibilizzazione ed informazione della popolazione sulla normativa relativa al tasso alcolemico, sugli effetti delle bevande alcoliche durante la guida e sull'uso dell'etilometro, anche con distribuzione di etilometri tascabili.

REGIONE PIEMONTE

Asl di Cuneo:
-in provincia di Cuneo è attivo presso la Prefettura il "Gruppo provinciale interistituzionale per la prevenzione dei comportamenti a rischio", cui partecipano le Forze dell'ordine, i Consorzi A.A., gli S.R. e la Provincia. All'interno di tale gruppo ci si confronta sui temi dell'abuso di sostanze, ivi compreso l'alcol, e si tracciano strategie per lo sviluppo di interventi di prevenzione sul territorio. Nel 2007 è stato realizzato un momento informativo per tutti gli istituti scolastici di secondo grado della provincia, invitando gli insegnanti, i presidi e gli operatori di strada. In tale contesto, fra i temi presi in considerazione, si è parlato anche dei pericoli della guida sotto l'effetto di sostanze e alcol.

Asl Verbania-Cusio-Ossola:
-E' stato realizzato il progetto "*Sicura la notte*" finalizzato alla prevenzione degli incidenti stradali provocati dalla guida in stato di ebbrezza alcolica, con il patrocinio della Prefettura e in collaborazione con associazioni del privato sociale e del volontariato.

Asl Torino 1:
-è attiva la collaborazione con il servizio di Medicina Legale all'interno delle Commissioni mediche locali per le patenti.

Associazione dei Clubs di Alcolisti in trattamento (ACAT):
-è stata attivata una collaborazione con la Polizia stradale e la società Autostrade del Piemonte per l'organizzazione di una giornata denominata "Guida Sicura" con

distribuzione di volantini e altro materiale di prevenzione agli automobilisti che sostano negli autogrill.

REGIONE LOMBARDIA

- Collaborazioni con le Commissioni mediche locali per le patenti per programmi di sensibilizzazione e trattamento di persone segnalate per infrazione all'art. 186 del Codice della strada.

P.A. BOLZANO

-Per quanto concerne il tema della pubblicità numerosi Comuni dell'Alto Adige hanno adottato il regolamento comunale in materia di alcol previsto dalla legge provinciale n. 3/2006 "*Interventi in materia di dipendenze*" , il quale prevede che i sindaci possano adottare misure restrittive per il rilascio delle autorizzazioni relative alla pubblicità ed alle iniziative promozionali di bevande alcoliche.

-Al fine di aumentare la sicurezza alla guida di autoveicoli e prevenire gli incidenti stradali causati dalla guida in stato di ebbrezza, nel corso dell'anno c'è stata una intensificazione dei controlli su tutto il territorio provinciale da parte delle Forze dell'ordine ed è stato riscontrato un aumento della prudenza alla guida.

P.A. TRENTO

- I servizi di Alcologia e i Coordinamenti "Alcol e promozione alla salute" hanno proposto alla Giunta Provinciale l'introduzione del divieto di vendita di alcolici ai minori di 18 anni in qualsiasi punto vendita della provincia e tale proposta è stata recepita e convertita in legge provinciale prevedendo però il divieto di vendita di alcolici solo sotto i 16 anni.

- E' stato stipulato un Protocollo di intesa con la Commissione Medica locale secondo il quale tutte le persone fermate per guida in stato di ebbrezza sono tenute a presentarsi presso i servizi di Alcologia per una consulenza alcologica. In tale momento il servizio di Alcologia propone a tutti, tra l'altro, la frequenza di un ciclo di 3 incontri in cui si spiegano i pericoli della guida sotto l'effetto dell'alcol. Il livello di adesione è di circa il 50%. E' da notare che alcuni giudici hanno stabilito con sentenza l'obbligatorietà alla frequenza di tale ciclo di incontri per i soggetti sanzionati per guida in stato di ebbrezza.

REGIONE VENETO

- Elaborazione di proposte attraverso il documento "*Linee di indirizzo per le Amministrazioni locali sul consumo di alcol*" in particolare riferite al consumo di bevande alcoliche in occasione di sagre, feste paesane o di quartiere.

- Collaborazione fra amministrazioni comunali, Conferenze dei Sindaci, Prefetture, Forze dell'ordine ed esercenti per attività di sensibilizzazione ed informazione rivolte alla popolazione relativamente alla vendita e somministrazione di alcolici ai minori.

- Promozione di una campagna di sensibilizzazione rivolta agli esercizi pubblici per sostenere il divieto di "vendita al banco" di bevande superalcoliche nelle aree di servizio situate lungo le autostrade in orario notturno.

REGIONE LIGURIA

- Presso l'A.S.L. 4 - Chiavarese sono stati sviluppati interventi finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali attraverso l'utilizzo di una Unità mobile multimediale. In particolare gli interventi in autostrada (Autogrill) sono stati finalizzati a migliorare le conoscenze e la consapevolezza del rischio nei guidatori, promuovere l'adozione di comportamenti alternativi per una guida sicura, rilevare il tasso alcolemico, informare circa gli effetti dell'alcol e di farmaci quali le benzodiazepine sui riflessi durante la guida.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- Attuazione delle procedure previste dalla Delibera di Giunta regionale n. 1423/04 che fornisce apposite "*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*", con la finalità di

  -uniformare in ambito regionale le procedure adottate dalle Commissioni mediche locali nel formulare il giudizio di idoneità alla guida nei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica;

  -indicare le modalità tecnico-organizzative idonee a definire gli eventuali percorsi di approfondimento diagnostico nei soggetti segnalati, qualora presentino situazioni a maggior rischio e comunque elementi riconducibili a patologie alcolcorrelate;

  -accrescere il valore preventivo dell'intero percorso di valutazione, intensificando i momenti di informazione/educazione finalizzati a indurre nei soggetti segnalati la modificazione del comportamento a rischio.

Il Protocollo "Alcol e guida" prevede in particolare la presenza del medico alcologo all'interno della Commissione medica locale e il coinvolgimento dei Centri alcologici

aziendali nell'attuazione dell'eventuale percorso di approfondimento diagnostico richiesto dalla Commissione.

-Avvio presso l'Azienda USL di Modena di una sperimentazione su gruppi infoeducativi rivolti ai guidatori fermati per violazione del Codice della strada. Tale attività è stata realizzata dopo un percorso formativo specifico per gli operatori dei centri alcologici, che hanno poi tenuto i corsi. Si prevede che l'esperienza di gruppi infoeducativi, sperimentata a Modena, Bologna e Rimini, possa essere estesa a tutte le Aziende sanitarie della Regione.

REGIONE TOSCANA

- Collaborazione con il Centro Collaboratore dell'OMS per la promozione della salute.

- Collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

- Collaborazione con i Ministeri della Salute e il Ministero della Solidarietà Sociale.

- Collaborazione con la Consulta Nazionale sull'Alcol.

- Collaborazione con il Gruppo di lavoro alcol del Ministero della Salute (CCM).

- Collaborazione con l'Istituto degli Innocenti.

- Collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità per la realizzazione del materiale informativo rivolto sia alla popolazione generale sia ad un target specifico operante nel sistema sanitario o comunque nei contesti di promozione della salute (medici, infermieri, psicologi, ecc.) nonché per le attività del "Mese di prevenzione alcologica".

- Collaborazione con il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie.

- Collaborazione con la Polizia municipale, con le Province e i Comuni per la prevenzione e l'informazione in occasione delle manifestazioni locali.

- Collaborazione con la Prefettura locale per la realizzazione di eventi formativi e informativi.

REGIONE UMBRIA

- Approvazione della DGR 3 aprile 2002 n.405 "*Legge 125/2001 - Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati - Protocollo patente*" quale nuova

procedura comune da utilizzare, su tutto il territorio regionale, per la formulazione, da parte delle Commissioni mediche locali, del giudizio medico-legale sulla idoneità psico-fisica alla guida dei veicoli a motore di soggetti che presentano patologie o problemi alcolcorrelati.

- Messa a regime del protocollo di collaborazione con la Commissione provinciale patenti di Perugia per la valutazione degli automobilisti sorpresi alla guida in stato di ebbrezza, che prevede la presenza in Commissione di un alcologo per l'attività di certificazione. L'attività di certificazione nel 2007 ha riguardato circa 120 soggetti inviati dalla Commissione, con la realizzazione di colloqui informativi a cadenza mensile.

- Attivazione del protocollo regionale per l'assistenza alcologica in carcere.

- Attuazione del Protocollo stipulato tra ASL, CSSA e scuole del territorio provinciale secondarie e superiori per la realizzazione di incontri con i ragazzi delle scuole che richiedono il patentino per la guida del ciclomotore.

- Prosecuzione dei lavori del Tavolo Permanente Regionale previsto dal Piano per la riduzione degli incidenti stradali, del quale fanno parte la Regione dell'Umbria-Dipartimento Prevenzione, i servizi di Alcologia, i servizi di Prevenzione e i servizi di Formazione-Educazione alla salute delle Aziende Sanitarie.
Si sono costituiti tre diversi gruppi di lavoro. Il primo si occupa di rivedere il protocollo patenti per le persone segnalate secondo l'art. 186 del Codice della strada. Sono stati presi accordi con le Commissioni mediche locali patenti guida e con la Prefettura per rendere il percorso più efficace in termini di prevenzione. Il secondo gruppo sta preparando un corso di sensibilizzazione degli istruttori delle scuole guida che sono già state coinvolte. Il terzo gruppo si occupa di progettare le attività di promozione della salute nelle scuole, cercando di rendere omogenea la modalità di approccio a livello regionale. A tal fine si è costituito un tavolo interistituzionale che coinvolge la Regione, le ASL, l'Ufficio scolastico regionale e l'Inail.

- Progettazione di un intervento di sensibilizzazione e formazione di livello regionale sui rischi alcolcorrelati rivolto agli istruttori delle autoscuole, da realizzarsi nel 2008.

REGIONE MARCHE

- Continuano le collaborazioni con le Forze dell'ordine ai fini della sensibilizzazione e informazione della popolazione giovanile sulla normativa relativa al tasso alcolemico correlato agli effetti dell'alcol. Numerosi progetti di prevenzione, in particolare rivolti ai giovani, vedono la realizzazione congiunta delle azioni da parte di operatori sanitari e operatori delle Forze dell'ordine, anche sulla base di appositi protocolli d'intesa.

REGIONE LAZIO

- Si sono consolidate nella maggior parte delle Aziende ASL le attività di collaborazione con la Commissione medica per le patenti ai fini dell'accertamento clinico laboratoristico relativo al giudizio di idoneità ai sensi degli artt. 186 e 187 del Codice della strada (guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze psicotrope e stupefacenti), con riferimento al contenuto dell'art. 6 della L. 125/01.

- In alcune Aziende USL i professionisti dei Ser.T, delle U.O. di Alcologia e del privato sociale hanno collaborato con la Polizia stradale nelle attività di informazione, prevenzione e verifica dell'assunzione di sostanze psicoattive da parte degli automobilisti fermati ai posti di blocco nelle notti tra sabato e domenica. Compito degli operatori socio-sanitari è stato dare maggiori informazioni sui rischi connessi all'assunzione di sostanze stupefacenti e di alcolici.

REGIONE MOLISE

- Collaborazioni con la Polizia stradale e con i Tribunali per gli adulti e i minorenni.

- Interventi informativi e progettuali sui temi alcolcorrelati legati alla sicurezza nella guida, anche con la distribuzione di etilometri monouso e materiale informativo sull'alcol predisposto dai servizi.

REGIONE PUGLIA

- Interventi in rete con le Forze dell'ordine (Polizia e Carabinieri), la Polizia municipale, la Prefettura, con le scuole e le scuole guida per la prevenzione degli incidenti stradali. Tali interventi si sono sviluppati in più territori regionali, sia nella forma della campagna di informazione e sensibilizzazione , sia anche come ricaduta operativa del progetto nazionale "*Scegliere la Strada della Sicurezza*", promosso dal CCM del Ministero della Salute a sostegno dei Piani regionali di prevenzione, cui la Regione Puglia ha aderito.

- Campagna di prevenzione contro l'alcolismo sul tema "Alcol-incidenti", con il coinvolgimento a livello locale di enti ausiliari, Forze dell'ordine, Polizia stradale.

- Attuazione da parte della struttura sovra-distrettuale per le dipendenze patologiche della ASL di Brindisi del progetto "*Guida sicura*", di durata triennale, finanziato con il Fondo regionale per la lotta alla droga, che prevede lezioni agli allievi delle autoscuole di Brindisi.

-Fornitura da parte della amministrazione regionale, in accoglimento della richiesta avanzata dal Compartimento della Polizia stradale per la Puglia, in coerenza con le disposizioni della legge 125/2001, di n. 2 etilometri precursori, necessari per aumentare il numero degli accertamenti sullo stato di ebbrezza dei soggetti alla guida.

REGIONE BASILICATA

- Svolgimento di una giornata informativa sull'alcol rivolta agli esaminandi per la patente di guida in collaborazione con il Comune e la Motorizzazione Civile.

-Partecipazione degli operatori dei Ser.T. al Corso di preparazione per l'acquisizione della patente di guida per ciclomotori.

-Attività di collaborazione con EE.LL. (Comuni afferenti all'area di competenza territoriale del Ser.T. di Villa d'Agri) mediante distribuzione sul territorio di volantini esplicativi sul tasso alcolemico durante la guida di autoveicoli e sui danni e rischi legati all'uso/abuso di alcol durante la guida.

- Realizzazione del Progetto "*Alcol e guida*".

REGIONE CALABRIA

- Le Unità operative di Alcologia e le équipes alcologiche dei Ser.T hanno promosso, in collaborazione con le Forze dell'Ordine, i Comuni e gli istituti scolastici, iniziative pubbliche di informazione volte alla prevenzione dei rischi dell'uso di alcolici alla guida, favorendo l'acquisizione di conoscenze relative ai fattori di rischio associati agli incidenti stradali.

7.10. ATTIVITÀ O PROGETTI MESSI IN ATTO PER ASSICURARE LA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

REGIONE VALLE D'AOSTA

- Attuazione di un Piano permanente per l'attività di prevenzione dell'abuso di alcol negli ambienti di lavoro, che prevede la concretizzazione di azioni coordinate ed integrate in materia di tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di lavoro, con particolare riferimento all'abuso di alcol. Le attività vedono impegnati il Dipartimento di prevenzione (U.B. Igiene e Sanità Pubblica, Medicina Legale, SPRESAL), il Dipartimento di Salute Mentale ed il Ser.T. dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta..

REGIONE PIEMONTE

-Progetto di ricerca finalizzata in collaborazione con lo Spresal per la formazione dei medici competenti (Asl di Alessandria).

REGIONE LOMBARDIA

- Realizzazione di 22 iniziative, con il coinvolgimento di circa 2.295 lavoratori, per la realizzazione di percorsi formativi rivolti a delegati sindacali, lavoratori responsabili della sicurezza, lavoratori di categorie sensibili al problema dell'uso di alcol in ambito lavorativo.

P.A. BOLZANO

- Le Associazioni HANDS e Forum Prevenzione hanno collaborato nel mantenere operativa l'iniziativa "*Top on Job*". L'obiettivo del progetto consiste nell'incrementare le competenze comunicative dei responsabili per il personale delle realtà produttive altoatesine nell'affrontare situazioni problematiche legate all'alcol in ambito lavorativo.

P.A. TRENTO

- Prosegue da cinque anni l'intervento di sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati nel corso base per gli RLS (Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza) e gli RSPP (Responsabili del Servizio Prevenzione e Protezione).

- E' stato attivato un Gruppo di lavoro per l'applicazione della legge 125 / 2001 (Legge quadro sull'alcol).

REGIONE VENETO

- Consolidamento, nella maggior parte dei Dipartimenti per le dipendenze, delle attività programmate in ambito di sicurezza sui luoghi di lavoro con il coinvolgimento di target diversi: lavoratori, datori di lavoro, delegati sindacali, medici del lavoro, addetti alla sicurezza, associazioni di categoria. Le attività principali, comprendenti il *counseling* e la formazione e sensibilizzazione di target specifici, sono state finalizzate alla prevenzione dei rischi infortunistici e delle malattie professionali correlate all'uso di bevande alcoliche. La realizzazione dei progetti in ambito lavorativo si è avvalsa di una rete di collaborazioni con i servizi SPISAL ed i Servizi di Integrazione Lavorativa (SIL).

REGIONE FRIULI –VENEZIA GIULIA

- Sottoscrizione del Protocollo "Alcol e Lavoro" tra ASS6 , Unindustria, CGIL-CISL-UIL e Confartigianato.

- Realizzazione del progetto "Euridice" presso la fabbrica "EATON".

- Proposta di interventi procedurali e di indirizzo per eventuali modifiche nella normativa vigente, al fine di rendere efficace la prevenzione dei rischi di infortunio.

- Intervento di prevenzione presso il compartimento provinciale ENEL di Udine con il coinvolgimento di tutti i dipendenti

- Predisposizione di un progetto di prevenzione sul problema alcol e sicurezza sul lavoro nelle acciaierie ABS di Udine, per un intervento su tutti i dipendenti da effettuarsi a partire dai primi mesi del 2008.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- Attivazione in ogni Azienda USL del progetto regionale "*Alcol e Lavoro*, già validato nel territorio modenese e finalizzato alla prevenzione e riduzione delle problematiche alcolcorrelate negli ambienti di lavoro.
Sono stati conclusi interventi in 7 aziende della Regione appartenenti a diversi comparti (edilizio, meccanico, ceramico) e in un'azienda fornitrice di servizi. Sono stati realizzati incontri preparatori con le direzioni delle Aziende e le rappresentanze sindacali, incontri

formativi per i responsabili e incontri di sensibilizzazione per i dipendenti. In sede locale sono inoltre stati realizzati corsi di formazione rivolti ai Medici competenti.
A livello provinciale è stata realizzata una campagna informativa rivolta ai lavoratori per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati nel mondo del lavoro, dedicando al tema "Lavoro sicuro senza Alcol" le attività a livello regionale della manifestazione "Aprile, mese di prevenzione alcologica".

REGIONE TOSCANA

- Progetto "*Ospedali liberi da alcol*" per la prevenzione dei rischi legati all'uso di bevande alcoliche e la promozione della salute in contesti di lavoro in ambito sanitario.

- Progetti locali per l'informazione e la sensibilizzazione dei lavoratori.

- Collaborazione con le strutture della Medicina del Lavoro e Legale.

- Eventi formativi per la sensibilizzazione di operatori provinciali che utilizzano autoveicoli (Polizia forestale e cantonieri).

- Distribuzione di materiale informativo ai lavoratori.

REGIONE UMBRIA

- Progetto "*Alcol e lavoro*" condotto dal Servizio territoriale di Alcologia della ASL n. 2 in collaborazione col Dipartimento di prevenzione presso la GESENU.

REGIONE MARCHE

- Sono proseguite le iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte ai lavoratori del settore del trasporto. L'investimento fatto dalla Regione Marche nel progetto "*Il lavoro alla guida e l'alcol*" e l'energia impiegata dagli operatori coinvolti hanno consentito di creare le basi su cui innescare il futuro lavoro di rete, anche grazie alla fattiva collaborazione delle OO.SS. e delle Associazioni di Categoria.

REGIONE ABRUZZO

- Nell' ambito del Ser.A. di Avezzano, in raccordo con il medico competente e varie aziende locali, si è provveduto allo studio di un'ipotesi procedurale per la certificazione di assenza di problemi alcolcorrelati.

REGIONE MOLISE

- Vengono attuate alcune attività di sensibilizzazione dei lavoratori e dei loro familiari che si rivolgono ai Servizi per le tossicodipendenze.

REGIONE PUGLIA

- L' Unità di Alcologia dell' Azienda ospedaliera "Consorziale – Policlinico" nel corso del 2007 ha sviluppato un progetto in collaborazione con l'Unità ospedaliera di Medicina del Lavoro della medesima Azienda per l'individuazione del bere a rischio nel personale interno. Nell'ambito di tale progetto l'Unità di Alcologia ha completato un'indagine conoscitiva sulle abitudini alcoliche della popolazione lavorativa aziendale al fine di individuarne i rischi lavorativi, e ne ha comunicato i risultati alla Direzione sanitaria per l'organizzazione di adeguate iniziative di educazione alla salute.

REGIONE BASILICATA

- Collaborazione con i medici del lavoro riguardo alle azioni di prevenzione sull'uso dell'alcol nei luoghi di lavoro. A tal proposito è stato elaborato congiuntamente un questionario da somministrare ai lavoratori da parte dei medici competenti.

- Formazione dei datori di lavoro e dei RSL, in collaborazione con l'U.O. Medicina del Lavoro, sui rischi connessi all'uso di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro e alle problematiche alcolcorrelate.

- Elaborazione di un opuscolo informativo su alcol e lavoro da distribuire ai lavoratori.

- Attuazione del progetto "*Alcol e Lavoro*" a cura delle UU.OO. Ser.T. di Potenza e di Villa d'Agri e della U.O.C. Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro della ASL 2 di Potenza.

- Realizzazione del progetto "*Sicurezza Stradale: Formazione per formatori in ambito di settori specifici in materia di alcoldipendenza*".

REGIONE CALABRIA

- Conclusione delle attività del Progetto Nazionale "*Alcol e lavoro*" coordinato dalla Regione Toscana.

- Realizzazione di campagne di informazione e sensibilizzazione con il coinvolgimento dei datori di lavoro attraverso i Dipartimenti delle dipendenze e della prevenzione.

7.11. PROVVEDIMENTI ADOTTATI PER ASSICURARE L'EROGAZIONE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DEI FARMACI PER TERAPIE ANTIABUSO O *ANTICRAVING* DELL'ALCOLISMO

REGIONE VALLE D'AOSTA

- Somministrazione e prescrizione di farmaci per le terapie antiabuso ed *anticraving* dell'alcolismo, a livello prevalentemente ambulatoriale, da parte del Ser.T., a carico del Servizio Sanitario Regionale.

REGIONE PIEMONTE

Negli ambulatori SerT che svolgono attività per la presa in carico di persone alcoldipendenti vengono erogati gratuitamente sia farmaci *anticraving* come l'Alcover sia avversivanti come il Disulfiram.

P.A. BOLZANO

- Nell'ambito dell'Ambulatorio HANDS, nel corso del 2007, vi è stato un ulteriore incremento degli interventi della figura infermieristica nelle somministrazioni farmacologiche ambulatoriali di farmaci avversivanti, *anticraving* e di altre terapie farmacologiche di supporto (Disulfiram, GHB, Naltrexone, SSRI, NL), nonché di alcoltest nell'espirato e di prosecuzione dei protocolli Acudetox. L'aumento è stato di circa il 20-30 % per ciascun tipo di intervento.

- Nell' ambito del Ser.D. di Merano e in quello di Bressanone il Servizio fornisce direttamente all'utente o a un familiare i farmaci previsti per le terapie dell'alcolismo, usando anche, in alcuni casi, un protocollo di somministrazione giornaliera.

P.A. TRENTO

- Prescrivibilità del farmaco *Etiltox* a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

REGIONE VENETO

- Prosecuzione della erogazione diretta, da parte dei Servizi per le tossicodipendenze e dei Presidi ospedalieri, dei farmaci per le terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

- Distribuzione di Alcover da parte dei Dipartimenti delle dipendenze- Alcologia.

REGIONE LIGURIA

- La somministrazione dei farmaci antagonisti per l'alcol e dei farmaci sostitutivi dell'alcol è a carico del Servizio Sanitario Regionale.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- Prosecuzione della erogazione diretta dei farmaci per il trattamento dell'alcolismo nell'ambito dei Servizi per le dipendenze patologiche e dei Presidi ospedalieri.

REGIONE TOSCANA

- Somministrazione e prescrizione di farmaci per le terapie antiabuso ed *anticraving* dell'alcolismo, a livello prevalentemente ambulatoriale, da parte di tutte le équipes alcologiche territoriali e dei servizi alcologici ospedalieri, a carico del Servizio Sanitario Regionale.

REGIONE UMBRIA

- Inserimento dei farmaci per la terapia antiabuso dell'alcolismo nell'elenco terapeutico ospedaliero regionale, come farmaci destinati ai servizi territoriali e ospedalieri (fascia C).

- Erogazione in forma gratuita delle terapie farmacologiche dell'alcolismo da parte dei servizi di Alcologia.

REGIONE LAZIO

- La Regione Lazio eroga, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, farmaci utili per il trattamento dell'abuso e del *craving* per l'alcol.

REGIONE ABRUZZO

- Nella Regione Abruzzo i servizi di Alcologia, assimilati alla normativa per i Ser.T, dispensano gratuitamente farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* nonché farmaci utili per la disassuefazione ed il mantenimento della sobrietà.

REGIONE MOLISE

- Prosecuzione dell'erogazione delle terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

REGIONE PUGLIA

- Erogazione di terapie *anticraving* dell'alcolismo da parte di tutte le ASL della Regione, in forma coordinata con altri servizi specialistici, a totale carico del Servizio Sanitario Regionale.

REGIONE BASILICATA

- Attuazione di protocolli terapeutici tesi a favorire l'immediato e corretto accesso ai farmaci antiastinenziali e/o *anticraving* per l'alcolismo presso il Ser.T.

- Collaborazione con i reparti ospedalieri per la disponibilità di farmaci antiabuso o *anticraving* per l'alcolismo ed avvio della terapia farmacologica.

REGIONE CALABRIA

- Erogazione dei farmaci per terapie antiabuso ed *anticraving* da parte di tutti i servizi che trattano alcoldipendenti, a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

REGIONE SARDEGNA

- Erogazione in tutte le ASL dei farmaci per le terapie antiabuso dell'alcolismo a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

7.12. PROGETTI O INIZIATIVE DI PARTICOLARE RILEVANZA REALIZZATI DALLE REGIONI IN ADESIONE AGLI ORIENTAMENTI E AI PRINCIPI DELLA LEGGE 125/2001

REGIONE VALLE D'AOSTA

- Progetto "*Non dargli da bere*", rivolto ai giovani.
Il progetto si articola e si sviluppa in tre azioni.
La prima riguarda l'organizzazione di alcuni incontri all'interno delle scuole in cui proporre, senza allarmismi ma con determinazione, il problema agli adolescenti.
La seconda riguarda la presentazione e la proiezione di spots girati appositamente per affrontare il tema attraverso i linguaggi propri dei giovani. Gli spots, realizzati professionalmente, potrebbero avvalersi in alcuni casi e in alcune sequenze di attori non professionisti, in pratica degli stessi ragazzi, che sarebbero così coinvolti non solo come spettatori passivi di una campagna rivolta a loro, ma come spettatori/autori/attori di una campagna che, vissuta da loro stessi, diventerebbe strumento di riflessione e immedesimazione assai più efficace.
La terza azione intende rendere costante e "martellante" il messaggio nato dallo sforzo compiuto nelle fasi precedenti.

REGIONE LOMBARDIA

- Progetto nazionale "*Impatto delle patologie alcolcorrelate nella popolazione afferente alle aziende sanitarie locali e ospedaliere : epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi*", promosso e finanziato dal Ministero della Salute.
Nel contesto del progetto è stata condotta un'indagine, tramite l'invio di questionari, rivolta ai responsabili delle attività e dei servizi alcologici della Lombardia. Lo scopo era di conoscere lo stato dell'arte dell'attività dei servizi nella Regione, per quanto riguarda sia il livello organizzativo (organigramma, budget, responsabili, ecc.) che quello operativo (personale, sedi, apertura, collaborazioni, ecc.).

REGIONE PIEMONTE

- Il Gruppo di lavoro regionale Alcol, istituito con apposito provvedimento della Giunta Regionale, propone la realizzazione di un "*Progetto di sviluppo ed evoluzione del settore alcologico della Regione Piemonte*" attraverso tre aree tematiche all'interno delle quali si svilupperanno delle azioni di lavoro costruite con il coinvolgimento, la partecipazione e la collaborazione attiva degli operatori e dei responsabili dei Servizi alcologici territoriali e ospedalieri, degli enti del pubblico e del privato sociale, del

settore del mutuo-auto aiuto, dell'ospedalità accreditata e del volontariato. Le aree tematiche del progetto si riferiscono alle seguenti azioni:

-mappatura dei contesti locali e costruzione di una rappresentazione del sistema dei servizi alcologici in Piemonte;

-costruzione di un profilo di qualità dei servizi alcologici piemontesi ed individuazione dei criteri e degli indicatori di valutazione e applicazione sperimentale;

-realizzazione di un programma formativo di base e avanzato per gli operatori dell'Alcologia e di un programma di sostegno al ruolo per i coordinatori dei servizi di Alcologia.

- Asl Cuneo

Progetto "*Pronti a Ripartire*", la cui realizzazione è iniziata nel 2007 e sta proseguendo tutt'ora.

Questo progetto intende perseguire i seguenti obiettivi:

-implementare il lavoro di rete sul territorio per la prevenzione e la cura dei problemi alcol correlati;

-fornire una formazione alcologica di base ai medici delle Commissioni Mediche locali incrementando le conoscenze delle problematiche legate all'abuso e alla dipendenza da alcol;

-promuovere un confronto con gli operatori Ser.T che si occupano di Alcologia sulle strategie utili all'individuazione e presa in carico delle situazioni di abuso/dipendenza da alcol venute in contatto con le Commissioni mediche locali;

-individuare e diffondere efficaci attività di informazione sui rischi e problemi legati alla guida sotto l'effetto dell'alcol;

-informare le persone fermate alla guida in stato di ebbrezza dei rischi connessi all'uso e all'abuso di alcol;

-offrire alle persone con problemi alcologici adeguate opportunità di riflessione sui rischi alcolcorrelati e di conoscenza dei Servizi che sul territorio si occupano di queste tematiche.

- Progetto multicentrico regionale "*Metti in moto la prudenza*" (Asl Alessandra e Asti).

Obiettivi: prevenire gli incidenti stradali in adolescenza, favorire la conoscenza del rischio connesso all'assunzione anche moderata di alcol.

Destinatari finali: adolescenti (13/14- 17/18 anni).

Destinatari intermedi: insegnanti di scuola media-superiore

Setting: scuola.

Intervento: formativo, informativo, educativo.

Descrizione dell'intervento: diagnosi epidemiologica / comportamentale / educativa; formazione operatori ASL; stesura progetti modulari, proposta alle direzioni scolastiche; formazione insegnanti che hanno aderito (scuole medie e superiori); ipotesi di "progetto" da svolgere in classe attuato da insegnanti; intervento di "esperti" nelle classi; valutazione.

P.A. BOLZANO

- L'Assessorato alla Sanità e Politiche Sociali ha elaborato il documento "*Piano per una prevenzione organica dell'abuso di alcol in Alto Adige*" , in attuazione di quanto previsto nelle "*Linee d'indirizzo per la politica sulle dipendenze in Alto Adige*" del 2003. Tramite questo documento viene sviluppata una strategia di prevenzione dell'abuso di alcol e si elencano una serie di interventi coordinati che coinvolgano tutta la rete dei servizi territoriali. L'attuazione non riguarda solo i servizi sanitari e sociali ma anche la scuola, il lavoro con i giovani, la famiglia, il tempo libero, la cultura, il commercio e la gastronomia.
L'obiettivo principale è quello di prevenire un uso problematico dell'alcol e promuoverne un uso consapevole diffondendo anche informazioni corrette e scientifiche sui pericoli derivanti dall'abuso di sostanze alcoliche.
Alla stesura del piano hanno collaborato esperti degli organismi maggiormente rappresentativi sul territorio che si occupano del tema dell'alcol, con particolare riguardo alla prevenzione, al trattamento ed alla riabilitazione. Il documento nella sua stesura attuale e definitiva è quindi basato sul largo consenso degli esperti nell'ambito delle dipendenze.
Un aspetto innovativo dell'elaborazione ed attuazione del documento consiste nel coinvolgimento di altri Assessorati, in particolare gli Assessorati al commercio, turismo e mobilità, la cui collaborazione è determinante per la riuscita e la durata del progetto di prevenzione (ad es. nell'ambito della tematica "Alcol e sicurezza stradale"appare importante la sensibilizzazione del settore gastronomico ecc.).

P.A. TRENTO

- Promulgazione nel novembre 2007 della legge provinciale con cui si apporta la modifica all'art. 30 della precedente legge provinciale 8 maggio 2000 n. 4 "*Disciplina dell'attività commerciale in provincia di Trento*", inserendo il seguente comma 3 bis : "*In armonia con i principi di prevenzione ricavabili dalla legislazione statale, negli esercizi di vendita al dettaglio disciplinati da questa legge è vietata la vendita di bevande alcoliche e superalcoliche ai minori di anni 16* ".

- Organizzazione del convegno internazionale "*Giovani e Alcol- Politiche, strategie e azioni per contrastare il consumo giovanile di alcol*", svoltosi a Rovereto (Tn) nel febbraio 2007 .

- Attività di promozione della salute mediante il Teatroforum a Borgo Valsugana (Tn) e l'iniziativa "*Giovani reporter – TV di strada*" a Bassa Valsugana e Tesino.

- Pubblicazione "Il rischio alcol in Trentino-dinamiche socio-culturali, politica dei servizi e linee di prevenzione" (in "Documenti per la salute", n. 31).

REGIONE VENETO

- Approvazione del documento "*Non solo cura ma cultura - Indirizzi per il lavoro in rete*" (Provvedimento D.G.R. n. 473 del 28 febbraio 2006) elaborato da uno specifico gruppo di lavoro composto da rappresentanti dell'ARCAT e degli Alcolisti Anonimi, dai coordinatori dei Dipartimenti per le dipendenze delle Aziende sociosanitarie, dal Coordinamento Veneto strutture terapeutiche e dalle Direzione regionali competenti.
Il documento, strutturato in quattro parti (*"La posizione degli operatori di salute", "Non solo cultura", "La rete alcologica" "Proposte di intervento"*) costituisce un importante strumento per la programmazione regionale di settore anche dal punto di vista dell'etica e del comportamento delle istituzioni e degli operatori sociosanitari.

- Realizzazione del progetto "*Sensibilizzazione, prevenzione, formazione e ricerca in campo alcologico*" (Provvedimento D.G.R. n. 3701 del 25 novembre 2008), presentato dall'Associazione regionale dei Clubs degli Alcolisti in trattamento (ARCAT).
La finalità del progetto è quella di contribuire al cambiamento della cultura generale sull'alcol e di aumentare le competenze e le capacità delle persone che si dedicano ai problemi alcolcorrelati. I destinatari del progetto sono individuati tra la popolazione generale, i frequentatori dei Clubs degli Alcolisti in trattamento, gli operatori pubblici.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- Prosecuzione del progetto condotto in collaborazione con l'Osservatorio per le dipendenze dell'Azienda USL di Bologna e l'Azienda USL di Piacenza. La finalità del progetto è costruire, attraverso un unico archivio, un sistema informativo regionale delle persone con problematiche alcolcorrelate, capace di evidenziare eventuali differenti configurazioni del fenomeno nelle aree territoriali della Regione con riferimento alle caratteristiche dei soggetti, alla loro prevalenza, alla stima del numero di potenziali utenti dei Servizi.

REGIONE TOSCANA

- Progetto sperimentale di comunità sociale " *Skipper*".
Il progetto, finalizzato all'analisi, alla prevenzione e agli interventi sul problema dei poliassuntori (alcol e cocaina), è un progetto multidimensionale per la promozione di strategie di prevenzione precoce dell'alcoldipendenza e per la riduzione del danno alcolcorrelato nei *setting* dei servizi sociosanitari di base e nella comunità di Pistoia e provincia. Esso nasce dall'esigenza di implementare le evidenze scientifiche e sperimentali sviluppate nel corso degli ultimi anni in Italia e a livello internazionale attraverso la promozione di strategie di intervento "*evidence based*".

REGIONE UMBRIA

- Il Progetto "*La prevenzione degli incidenti stradali*" ha l'obiettivo di contribuire all'efficacia didattica dei corsi delle autoscuole e soprattutto di introdurvi alcuni aspetti meno affrontati, quali la relazione tra guida ed uso di sostanze psicoattive. Il progetto formativo è rivolto agli educatori delle autoscuole con lo scopo di sviluppare le competenze relative alla promozione di comportamenti di guida sicura e responsabile nei candidati alla patente di guida.

REGIONE MARCHE

- Progetto "*Il Lavoro alla guida e l'Alcol*", attivato nell'ambito del progetto nazionale "*Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza per la prevenzione dell'uso inadeguato di alcol nei luoghi di lavoro*", promosso e finanziato dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga e coordinato dalla Regione Toscana. Il progetto ha come target il settore lavorativo dei trasporti ed è stato attuato con il coinvolgimento delle Associazioni di Categoria e delle Organizzazioni Sindacali.

REGIONE LAZIO

- Con D.G.R. 1045/2007, al fine di proseguire la ricerca sulla Sindrome Fetoalcolica, sono stati approvati n. 2 progetti triennali presentati ed elaborati dal Centro Alcologico Regionale del Lazio: "*Istituzione di un Osservatorio sullo Spettro dei disordini Fetoalcolici – FASD*" ed "*Istituzione di un Registro per i casi sospetti di FASD*".

- Nell'anno 2007 sono proseguite le attività del progetto "*Alcol: Help on line*", finanziato dalla Regione Lazio con il FNLD e implementato dalla ASL di Rieti.
In particolare sono proseguite le attività avviate negli anni precedenti in relazione al miglioramento delle procedure di *assessment* dei pazienti, alla definizione di una cartella clinica, alla attivazione di una rete territoriale. E'stata condotta un'indagine sui comportamenti di salute degli adolescenti su tutte le Scuole medie superiori di Rieti ed è stato siglato un protocollo d'intesa con il D.S.M. per la realizzazione di un percorso assistenziale rivolto ai pazienti con comorbilità psichiatrica.

- Il Centro Alcologico regionale del Lazio e l'Assessorato alla Tutela del consumatore della Regione Lazio si sono attivati per l'istituzione dell'Osservatorio "*Alcol e Pubblicità*". Lo scopo è quello di monitorare gli spots pubblicitari sulle bevande alcoliche sotto due profili: il rispetto della legge/codice di autoregolamentazione nella confezione degli spots e la correttezza della trasmissione in relazione alle disposizioni di legge sulle fasce orarie protette a tutela dei minori.

REGIONE ABRUZZO

- La Regione Abruzzo ha promosso nell'anno 2007 un programma di prevenzione ad ampio raggio, con interventi articolati nel campo delle problematiche alcolcorrelate.
Come prima azione, attuata ad Aprile 2007 nell'ambito del "Mese della prevenzione alcologica", si è svolta una campagna regionale di sensibilizzazione - informazione sui rischi e sui problemi alcolcorrelati rivolta sia alla popolazione generale che a target specifici, denominata "*Più sai, meno rischi*" , come la campagna nazionale indetta dalla SIA (Società Italiana di Alcologia) e dall'Istituto Superiore di Sanità.
Alla Azienda USL di Pescara, servizio di Alcologia -Area di Pescara- è stato affidato, in qualità di ASL capofila, il coordinamento delle attività progettuali, la gestione del finanziamento nonchè l'attivazione degli interventi di coinvolgimento di tutti gli altri enti/strutture partecipanti al progetto.
Per l'attuazione della campagna di sensibilizzazione/informazione si è provveduto alla realizzazione delle seguenti azioni:

-convegno regionale rivolto agli operatori interessati ed aperto alla popolazione generale;

-allestimento di spazi adeguati in punti strategici cittadini per facilitare il contatto con la popolazione ai fini della massima diffusione delle informazioni. Laddove possibile, grazie all'eventuale contributo di enti locali, sono stati utilizzati dei gazebo. In questi spazi sono stati allestiti percorsi informativi con mostra di manifesti tematici su appositi supporti espositivi;

-organizzazione di incontri di informazione e sensibilizzazione rivolti alla popolazione generale e a particolari categorie quali giovani, genitori, insegnanti;

-distribuzione di materiali informativi presso gli ambulatori dei medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta, i distretti sanitari di base, i consultori familiari, i quartieri e varie strutture territoriali e di intrattenimento.

REGIONE MOLISE

- Prosecuzione del progetto "*Andromede* ", finalizzato a conoscere gli stili di vita e di comportamento dei giovani di 14-18 anni e a diffondere la cultura del bere responsabile attraverso incontri mirati di sensibilizzazione per il target specifico e l'intera comunità locale.

- Prosecuzione del progetto "*Seneca*", destinato agli insegnanti e ai giovani studenti di 14-19 anni, che prevede l'adozione di strategie educativo-promozionali basate sulle *life skills*.

- Prosecuzione del progetto "*Nuovi sentieri*", destinato a tutta la popolazione al di sopra dei 14 anni per l'informazione dei gruppi e dei singoli e per la riduzione del danno.

- Progetto *"Alcol e guida"*, destinato a studenti tra i 14 e i 19 anni, finalizzato ad aumentare la consapevolezza dei rischi legati all'abuso di alcol nella guida e quindi a promuovere atteggiamenti e comportamenti responsabili dopo aver assunto bevande alcoliche, a tutela della propria e altrui sicurezza.

REGIONE BASILICATA

- Partecipazione al Programma "*Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari*".

REGIONE CALABRIA

- La Campagna di prevenzione denominata **"***Divertimento sicuro***"**, svoltasi nelle notti di venerdì e sabato nei mesi di luglio e agosto 2007, ha avuto lo scopo di sensibilizzare i giovani frequentatori di alcune discoteche del territorio regionale sui rischi conseguenti all'uso di bevande alcoliche, che producono alterazioni dello stato di attenzione e delle capacità di guida e che possono indurre dipendenza. Il progetto è stato condiviso ed ha coinvolto operatori del settore pubblico, del privato accreditato e del volontariato.

- Il progetto "*Vivere lucidamente*" prevede l'attuazione di una campagna di comunicazione tramite la realizzazione di uno spot televisivo informativo e di manifesti in lingua italiana ed araba, con l'obiettivo di trasmettere un messaggio sugli effetti dannosi derivanti dall'abuso di alcol e di sensibilizzare il maggior numero di persone di tutte le fasce di età, senza distinzione di genere né di cittadinanza, sulla necessità di adottare comportamenti che tutelino la salute e la sicurezza.

REGIONE SICILIA

- Prosecuzione delle attività relative alla collaborazione al progetto nazionale promosso e finanziato dal Ministero della Salute "*Impatto dei problemi e delle patologie alcol-correlate nella popolazione afferente alle aziende sanitarie locali e ospedaliere: epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi* ".

REGIONE SARDEGNA

Nel corso del 2007 la Regione autonoma della Sardegna ha considerato prioritaria l'area degli interventi nel settore dell'alcologia ed ha indicato gli interventi da attuare nel "*Programma regionale di interventi nel settore delle dipendenze*" (D.G.R. n.12/3 del 27.3.2007) e nel "*Progetto strategico salute mentale: linee di indirizzo per*

l'organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze" (D.G.R. n. 35/6 del 12.6.2007).

- Il "*Programma Regionale di Interventi nel Settore delle Dipendenze*" prevede lo sviluppo di percorsi formativi specifici per le figure professionali destinate alle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel campo dell'alcologia.
Il percorso formativo, elaborato con la partecipazione degli operatori dei servizi ed il supporto dell'Unità di coordinamento regionale delle dipendenze, è articolato nei seguenti tre moduli:

- il primo rivolto agli operatori di alcologia, per i quali si è ravvisata la necessità di accompagnare l'attivazione/rilancio dell'attività specifica con una formazione sugli aspetti tecnici ed organizzativi del lavoro;
- il secondo rivolto ai medici di base e pediatri di libera scelta, in relazione al ruolo preventivo di diagnosi e di intervento precoce che sono chiamati a svolgere;
- il terzo rivolto agli altri operatori sanitari che si trovano a gestire nei diversi contesti distrettuali ed ospedalieri le problematiche alcolcorrelate.

Nel 2007 è stato implementato il primo modulo del percorso formativo destinato agli operatori delle équipes di alcologia, cui hanno partecipato, in qualità di docenti, esperti di fama nazionale ed internazionale nel campo dell'alcologia.