

Doc. CC

n. 1

## RELAZIONE

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

(Anno 2005 e aggiornamenti Anno 2006 )

*Presentata dal Ministro della salute*

(TURCO)

---

Comunicata alla Presidenza il 15 giugno 2007

---

PAGINA BIANCA

**INDICE**

PRESENTAZIONE .....	Pag.	5
PREMESSA .....	»	7
<b>PARTE PRIMA</b>		
1. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO .....	»	9
1.1 I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo .	»	9
1.2 La mortalità e la morbilità alcoolcorrelata .....	»	16
1.3 Considerazioni critiche .....	»	19
2. GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 .....	»	23
2.1 Gli interventi di indirizzo .....	»	23
2.2 L'utilizzo dei finanziamenti previsti per il monitoraggio dei dati .....	»	32
2.3 L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge per gli interventi in materia di informazione e prevenzione ....	»	36
2.4 L'implementazione dei progetti finanziati a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga .....	»	37
2.5 La collaborazione con il Ministero del lavoro .....	»	41
2.6 La partecipazione alle politiche internazionali .....	»	44
3. LA SPESA FARMACEUTICA PER LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELLE PATOLOGIE ALCOOLCORRELATE .....	»	47
4. LE ATTIVITÀ DELLA CONSULTA NAZIONALE SULL'ALCOOL E I PROBLEMI ALCOOLCORRELATI PRESSO IL MINISTERO DELLA SOLIDARIETÀ SOCIALE ....	»	50
Tabelle e grafici .....	»	61
<b>PARTE SECONDA</b>		
5. I SERVIZI ALCOOLOGICI E L'UTENZA DOPO L'EMANAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 — ANNO 2005 .....	»	83
5.1 Il personale dei servizi .....	»	83
5.2 Le caratteristiche demografiche dell'utenza .....	»	83
5.3 I consumi alcoolici dell'utenza .....	»	85
5.4 I modelli di trattamento .....	»	86
5.5 I modelli organizzativi dei servizi .....	»	87
5.6 La collaborazione dei servizi con gli enti e le associazioni del volontariato, privato sociale e privato .....	»	87
Tabelle e grafici .....	»	89

## PARTE TERZA

6. L'ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 NELLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME .....	Pag.	125
6.1 Le norme programmatiche delle Regioni e Province Autonome in materia di alcool e problemi alcoolcorrelati .....	»	125
6.2 Gli interventi e le attività delle Regioni e Province Autonome in attuazione della legge 30.3.2001 n. 125 .....	»	134
6.2.1 Iniziative adottate per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali nonché per migliorarne la qualità .....	»	135
6.2.2 Iniziative adottate per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcoolcorrelati ....	»	148
6.2.3 Iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto .	»	165
6.2.4 Iniziative adottate per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario .....	»	173
6.2.5 Iniziative adottate per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del privato sociale <i>no profit</i> .....	»	177
6.2.6 Strutture di accoglienza eventualmente realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'articolo 11 della legge 30.3.2001 n. 125 .....	»	183
6.2.7 Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge .....	»	188
6.2.8 Attività di collaborazione con le competenti istituzioni dell'Amministrazione dell'interno, municipali o altre per il rispetto delle disposizioni in materia di pubblicità, vendita e guida .....	»	194
6.2.9 Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro .....	»	200
6.2.10 Provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o <i>anticraving</i> dell'alcoolismo .....	»	205
6.2.11 Progetti o iniziative di particolare rilevanza realizzati dalle Regioni in adesione agli orientamenti e ai principi della legge 125/2001 .....	»	208

## PRESENTAZIONE

Con la presente Relazione vengono illustrati al Parlamento, come previsto dall'art. 8 della legge 30.3. 2001 n.125 "*Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati*", gli interventi realizzati per l'attuazione della legge medesima nell'anno 2005, con aggiornamenti al 2006.

La legge 125/2001 continua ad essere importante strumento di rafforzamento delle politiche alcolologiche del nostro Paese e la sua attuazione ha consentito negli ultimi anni di mettere a punto interventi e strumenti sia in ambiti di competenza specifica del Ministero della Salute e delle Regioni, sia in ambiti di competenza di altre amministrazioni centrali che possono svolgere un ruolo importante ai fini del contenimento dei danni alcolcorrelati. A tale proposito si citano in particolare il recente decreto interministeriale, emanato dal Ministro del Lavoro di concerto con il Ministro della Salute, per l'individuazione dei luoghi di lavoro ove apporre il divieto totale di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche, in attuazione dell'art. 15 della legge; nonché l'insediamento, presso il Ministero della Solidarietà Sociale, della Consulta Nazionale sull'alcol prevista dall'art. 4 della legge medesima, divenuta operativa a tutti gli effetti.

L'alcol è da tempo considerato il terzo più importante fattore di rischio per la salute, dopo il tabacco e l'ipertensione; oltre ad essere una sostanza psicotropa che può dare dipendenza, esso è causa di molte patologie di varia natura, nonché di eventi patologici e traumatici gravi, incidenti, disordini mentali e comportamentali.

Nel nostro Paese stanno assumendo un andamento preoccupante in questi anni alcuni fenomeni di consumo alcolico a rischio, quali i consumi fuori pasto, i consumi eccessivi e l'ubriachezza, con particolare riferimento alla popolazione giovanile, ma anche alle donne e alla popolazione anziana. Le conseguenze di tali fenomeni interessano non solo il mondo sanitario, ma anche quello sociale ed economico, con perdita di anni di vita e di lavoro, sofferenza delle famiglie e degli individui, violenza, disadattamento sociale.

Il Ministero della Salute ha recentemente espresso un grande impegno strategico nel campo delle problematiche alcolcorrelate, con l'avvio di due importanti piani di azione, il Piano nazionale Alcol e Salute e il programma alcolologico del Programma governativo nazionale "Guadagnare Salute", entrambi perfettamente inseriti nel quadro degli orientamenti e delle politiche auspicate per gli Stati europei sia dall'Unione Europea che dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Se il PNAS rappresenta uno strumento di promozione delle politiche rivolto più specificamente alle istituzioni sanitarie, con il programma alcolologico del Programma governativo "Guadagnare Salute" il Ministero ha inteso sensibilizzare e coinvolgere altre amministrazioni che, pur al di fuori del settore sanitario, rivestono un ruolo importante per il contenimento del danno alcolcorrelato, nonché altri soggetti, enti e istituzioni con analoghe responsabilità, ivi compresi il mondo della produzione e della distribuzione.

Le Regioni hanno saputo corrispondere alle rinnovate esigenze del potenziamento delle politiche alcolologiche, costituendo, tra l'altro, un Sottogruppo tecnico di

coordinamento per l'alcolologia nell'ambito della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni.

Le Regioni hanno inoltre proseguito il loro impegno, pur con le inevitabili disomogeneità dovute ai diversi contesti sociali e culturali, per il consolidamento istituzionale degli interventi nell'ambito dei servizi socio-sanitari, e in particolare di quelli territoriali, non solo per assicurare trattamento e riabilitazione a un'utenza di alcolodipendenti in costante crescita, ma anche per potenziare la prevenzione dei danni alcolcorrelati nella popolazione generale e nei gruppi più a rischio. E' importante a tale proposito citare la crescente partecipazione delle Regioni, anche con proprie autonome iniziative, alla celebrazione della giornata nazionale dedicata alla prevenzione alcolologica ("Alcohol Prevention Day"), che l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero della Salute annualmente promuovono in collaborazione, quale strumento raccomandato dall'O.M.S. per sensibilizzare la popolazione e accrescere il sostegno della società alla adozione di efficaci politiche sull'alcol.

Sebbene le sfide che siamo chiamati ad affrontare siano di notevole portata, anche a causa dei problemi creati dalle nuove abitudini di consumo mutate da altri Paesi europei, le istituzioni e gli altri soggetti coinvolti si stanno impegnando per mettere a punto, anche con il supporto delle politiche elaborate nelle sedi istituzionali dell'Europa e dell'O.M.S., strumenti adeguati a sostenere un buon livello di protezione della popolazione dai danni e dai problemi alcolcorrelati.

Livia Turco

**PREMESSA**

L'art. 8 della legge 30.3.2001 n. 125 dispone che il Ministro della Salute trasmetta al Parlamento una relazione annuale sugli interventi realizzati ai sensi della legge stessa, da predisporre sulla base delle relazioni che le Regioni e Province Autonome sono tenute a trasmettere al Ministero, ai sensi dell'art. 9 comma 2, entro il 30 giugno.

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

La presente Relazione al Parlamento si riferisce agli interventi attivati nel corso dell'anno 2005, con aggiornamenti al 2006.

PAGINA BIANCA



## PARTE PRIMA

### 1. Il quadro epidemiologico

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

Un importante indicatore di futuri sviluppi nell'area della salute pubblica di un Paese è rappresentato dalla struttura dei consumi in termini di consumo totale di alcol, numero dei bevitori, percentuale delle diverse bevande alcoliche consumate e modalità di consumo, dati che ci consentono di valutare l'esposizione di una popolazione al rischio alcolcorrelato.

Le evidenze epidemiologiche di importanti studi di livello nazionale e internazionale continuano a confermare la correlazione tra l'elevato consumo di alcol nella popolazione e l'aumento del rischio di morbilità e mortalità per alcune cause. Il rischio di danni sanitari cresce generalmente con la quantità di alcol consumata. La frequenza e intensità delle intossicazioni acute accresce in particolare il rischio di incidenti stradali e di patologie cardiovascolari quali infarti e malattie coronariche.

Sebbene un consumo di alcol molto ridotto (pari a circa 10 grammi ogni due giorni) si correli a una diminuzione del rischio di malattie coronariche, questa evidenza è ancora in discussione, e studi effettuati nel Regno Unito hanno dimostrato che il livello di consumo alcolico associato con il più basso rischio di morte è 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 a partire dai 65 anni.

Nel nostro Paese si è verificata tra il 1981 e il 1998 una netta diminuzione del consumo medio pro-capite dell'alcol puro contenuto nelle varie bevande alcoliche (-33,3%), dovuta in gran parte al forte calo dei consumi di vino. In concomitanza col progressivo calo dei consumi, anche un importante indicatore di danno alcolcorrelato, il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica presenta ormai da molti anni nel nostro Paese una forte tendenza alla diminuzione (10,73 per 100.000 abitanti nel 2004 contro il 22,60 del 1990).

Negli ultimi anni la tendenza al calo dei consumi sembra peraltro interrompersi: tra il 2001 e il 2003 il consumo medio pro capite di alcol puro è passato da 9,1 litri a 10,5 litri nella popolazione al di sopra dei 15 anni di età.

Tale dato è comunque inferiore al dato medio nell'Europa dei 25 (tab.1), nonché a quello di Paesi a noi vicini quali Spagna, Francia e Germania; ma è ancora decisamente al di sopra del livello di consumo medio pro capite che l'O.M.S. raccomanda ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015, pari a 6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e a 0 litri per quella di età inferiore.

#### **Il confronto con gli altri Paesi europei**

Secondo l'indagine "*Special Eurobarometer 186-Health, Food and alcohol and safety*", condotta nel 2003, l'Italia, assieme a Portogallo e Spagna, presenta una percentuale di popolazione che ha bevuto alcol nelle precedenti 4 settimane tra le più basse in Europa (55,4% contro il 61,0% della media europea e il massimo dell'81,2% della Danimarca).

Contestualmente l'Italia, come tutti gli altri Paesi con un più basso numero di bevitori, presenta un'elevata frequenza del bere (numero medio di giorni all'anno in cui si beve alcol), pari a 19,06 giorni, superata in questo solo dal Portogallo (22,77 giorni) (il valore più basso è quello della Finlandia, con 8,44 giorni).

Analogamente agli altri Paesi ad alta frequenza del bere, anche l'Italia presenta valori fra i più elevati del numero di giorni in cui si beve vino, il cui consumo si conferma pertanto come fenomeno ad elevata diffusione sociale, ben inserito nelle abitudini della vita quotidiana.

Per quanto riguarda la misura dell'intensità del bere (numero medio di unità alcoliche consumate in un'unica occasione), l'Italia presenta il valore medio più basso in Europa (1,49), seguita da Portogallo e Austria (rispettivamente 1,96 e 1,88).

Anche la frequenza media degli abusi (quante volte in media si consuma in un'unica occasione più di una bottiglia di vino, o 5 lattine di birra o 5 dosi di bevanda superalcolica) in Italia è la più bassa in Europa (0,63 volte contro la media europea di 1,49 volte). La frequenza media più elevata si riscontra in Irlanda e Finlandia (2,53 volte).

### **I consumi nella popolazione generale**

Anche se in Italia permane ancora una radicata tradizione culturale di consumi alcolici moderati, incentrati sul vino e collegati ad occasioni alimentari, il tradizionale modello di consumo si sta da tempo evolvendo, in particolare tra i giovani, con l'influenza dei modelli che arrivano dai Paesi del Nord Europa.

Secondo l'ISTAT nell'anno 2005 i consumatori di almeno una bevanda alcolica nell'anno rappresentano il 69,7% della popolazione al di sopra degli 11 anni di età (l'82,1% tra i maschi e il 58,1% tra le femmine) (tab. 2a).

Il numero dei consumatori appare nel tempo sostanzialmente stabile nella popolazione generale al di sopra dei 14 anni a partire dal 1998 e fino al 2005, rappresentando circa il 70% della popolazione.

Il numero dei consumatori di vino, dopo la tendenza al calo degli ultimi anni, confermatasi anche negli anni fra il 2001 e il 2003, appare di nuovo in crescita tra il 2003 e il 2005, passando dal 55,9% al 57,6%. Considerando il periodo fra il 1998 e il 2005, i consumatori di vino crescono di 0,7 punti percentuali (tab.2b).

Una sostanziale stabilità si registra per i consumatori di birra, che diminuiscono di poco, passando dal 47,2 % del 1998 al 47% del 2005. I consumatori di birra con frequenza quotidiana rappresentano circa il 5% della popolazione (tab.2b).

Un netto incremento si registra nel numero dei consumatori di altri tipi di alcolici (aperitivi, amari, liquori), che dal 1998 al 2005 passano dal 39,5% al 43,1%, con un aumento di quasi 4 punti percentuali (tab.2b).

Secondo l'indagine IPSAD, confrontando la distribuzione percentuale della popolazione tra i 15 e i 54 anni di età per titolo di studio, tra coloro che hanno usato bevande alcoliche negli ultimi dodici mesi, rispetto a coloro che non ne hanno fatto uso, si nota che i primi hanno una scolarità più elevata: negli utilizzatori, le percentuali relative a "medie superiori" e "laurea" sono pari al 48,0% e al 26,9%, rispetto ai valori del 43,7% e del 18,4% dei non utilizzatori; viceversa, fra gli utilizzatori, coloro che presentano i

titoli di studio “elementare” e “media inferiore” sono percentualmente meno numerosi che fra i non utilizzatori (0,7% e 24,4% vs 1,5% e 36,5%). Tale effetto della scolarità risulta evidente e all’incirca della stessa misura anche se si considera l’uso negli ultimi trenta giorni (tab.3a).

L’ISTAT conferma questa tendenza all’aumento del consumo di alcol all’aumentare del titolo di studio soprattutto per le donne (tra quelle con licenza elementare consuma alcol il 46,1%, mentre tra le laureate consuma alcol il 73,8%).

Analogo confronto viene riportato nella tabella 3b facendo riferimento alla condizione occupazionale: si osserva che il 61,4% di coloro che hanno utilizzato alcol negli ultimi 12 mesi risulta occupato rispetto alla corrispondente percentuale del 54,4% dei non utilizzatori; il divario è anche più elevato se ci riferiamo all’uso negli ultimi 30 giorni, con valori, rispettivamente, del 63,1% e del 52,9%; parallelamente negli utilizzatori sono più basse le percentuali di disoccupati (5,8% per l’uso nell’ultimo anno; 5,6% per l’uso negli ultimi 30 giorni) rispetto ai non utilizzatori (8,6% per l’uso nell’ultimo anno; 8,1% per l’uso negli ultimi 30 giorni).

Gli studenti sembrano presenti in percentuali simili sia tra i consumatori che tra i non consumatori.

Casalinghe, pensionati e inabili al lavoro sono presenti tra i non consumatori in percentuali molto superiori che tra i consumatori.

### **I consumi più a rischio**

Il consumo di bevande alcoliche al di fuori dei pasti, che rappresenta un importante indicatore di esposizione al rischio alcolcorrelato, appare in aumento fin dal 1993 nella popolazione al di sopra dei 15 anni, con particolare evidenza, sia tra i maschi che tra le femmine, nel periodo 2002-2003, in cui i consumatori di alcolici fuori pasto almeno qualche volta l’anno sono passati dal 23,2% al 25,8%.

Nel 2005 ha consumato alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana il 6,8% della popolazione, soprattutto fra i maschi di età tra i 20 e i 30 anni (graf.1).

Secondo l’ISTAT inoltre il 3% della popolazione italiana associa il consumo almeno settimanale di alcolici fuori pasto con comportamenti di ubriacatura. Tale fenomeno, che indica una particolare intensità dell’esposizione al rischio, riguarda in misura maggiore i giovani maschi fra i 18 e i 34 anni.

Le persone con consumi che oltrepassano quotidianamente il limite di un consumo moderato (oltre 2 unità alcoliche nelle donne e 3 unità alcoliche nei maschi,<sup>1</sup> secondo i parametri indicati dall’OMS) e che si trovano pertanto esposte a un consistente rischio di patologie alcolcorrelate, rappresentano nel 2005 secondo l’ISTAT il 10,3% della popolazione maschile e il 2,2% della popolazione femminile al di sopra degli 11 anni (tab.4).

Il numero dei consumatori non moderati con consumi quotidiani aumenta con l’età e raggiunge il più alto valore nella fascia d’età 65-74 anni tra i maschi (16,0 %) e nella fascia

<sup>1</sup> L’unità alcolica considerata dall’ISTAT 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).

d'età 60-64 anni tra le donne (3,6%). Già nella fascia di età 33-44 anni si raggiunge peraltro la media nazionale del 10,3%.

I consumatori non moderati, per tutte le fasce di età, sono più numerosi fra le persone con più basso titolo di studio.

Alle suddette categorie di popolazione a rischio ne vanno peraltro aggiunte altre, relative a soggetti da considerare a rischio anche con consumi moderati, quali gli anziani, gli adolescenti fino a 15 anni, le persone con specifici problemi di salute. Tenendo conto di questi ulteriori parametri, l'Istituto superiore di Sanità ha calcolato che in Italia è a rischio il 16,7% della popolazione maschile e il 4,5% della popolazione femminile.

### **Le ubriacature**

Particolarmente preoccupante appare il dato ISTAT relativo alla popolazione che ammette comportamenti di ubriacatura almeno una volta l'anno, pari all'8,4% (tab. 5), in aumento rispetto al dato rilevato dall'ISTAT per il 2003, pari al 7,1 %.

Nella popolazione con comportamenti di ubriachezza, la metà (50,4%) dichiara di essersi ubriacata da 1 a 3 volte, oltre il 15% da 4 a 6 volte e il 7,7 % (più di 4 milioni e mezzo di persone) più di 12 volte nell'anno (tab.5).

Se si considerano i dati IPSAD 2005 sui soggetti tra i 15-54 anni che hanno avuto episodi di ubriacatura negli ultimi trenta giorni, si osserva che questi sono più frequentemente in possesso di un diploma superiore (53,9%) e studenti (51,2%), rispetto a coloro che non hanno avuto tali episodi (le percentuali corrispondenti sono pari al 46,7% e al 26,5%) (tab.6a-6b). L'interpretazione di tali dati è immediata se si considera che tale nuovo modello di consumo caratterizza prevalentemente le fasce di età più giovani della popolazione (soprattutto maschile) ed è maggiormente presente nella classe 18-19 anni, secondo quanto risulta dai dati ISTAT (graf. 2).

### **I consumi e i modelli di consumo nelle Regioni**

Per quanto riguarda la distribuzione dei consumatori nel territorio nazionale, si nota una netta differenziazione tra le Regioni del Nord Est e del Centro Sud (tab. 7).

Il più alto numero di consumatori di bevande alcoliche nell'anno si ha nel Veneto (76,2%), in Trentino-Alto Adige (75,4%), in Emilia Romagna (74,2%) e nel Friuli V.G. (73,7%), mentre il più alto numero di consumatori giornalieri si ha nelle Marche (38,2%), in Liguria (36,8%), in Toscana e Molise (36,1%), in Basilicata ed Emilia-Romagna (34,7%).

In Trentino-Alto Adige all'alto numero dei consumatori nell'anno fa riscontro un numero molto basso di consumatori giornalieri (26,3%).

In Molise all'alto numero dei consumatori giornalieri fa riscontro un numero molto basso di consumatori nell'anno (64,7%).

Veneto ed Emilia Romagna sembrano essere le Regioni con un alto numero di consumatori sia nell'anno che giornalieri.

In Lazio, Calabria, Campania, Sicilia e Sardegna i consumatori sia nell'anno che giornalieri risultano al di sotto della media nazionale.

Il dato sulla distribuzione territoriale delle ubriacature è più elevato nell'Italia nord orientale, dove il 10,8 % della popolazione ammette almeno una ubriacatura, e dove troviamo le più elevate percentuali di persone che ne ammettono da 4 a 12 l'anno (tab.5).

Nell'Italia nord occidentale troviamo la più elevata percentuale di persone che ammettono oltre 12 ubriacature l'anno.

I dati sulle ubriacature sono pressoché pari o inferiori alla media nell'Italia centrale e insulare e, con qualche eccezione, nell'Italia meridionale.

### **La situazione dei giovani**

Mentre nel periodo 1998-2005 appare sostanzialmente stabile il numero dei consumatori nella popolazione generale, cresce secondo l'ISTAT il numero dei giovani consumatori, e in particolare delle giovani donne di 18-19 anni (dal 53,3% del 1998 al 56,3% del 2005) e di 20-24 anni (dal 57,6% del 1998 al 60,4% del 2005).

Anche tra i ragazzi di 16-17 anni secondo l'ISTAT uno su due ha consumato alcolici nell'anno 2005.

I consumatori giornalieri sono poco diffusi tra i giovani e rappresentano nel 2005 il 2% della popolazione al di sotto dei 18 anni. Nella fascia di età 16-17 anni l'8% dei maschi consuma alcolici tutti i giorni.

Particolarmente preoccupante appare il dato relativo ai giovani tra gli 11 e i 15 anni, per i quali vige il divieto di somministrazione di alcolici, e tra i quali ben il 19,5% dichiara di aver bevuto alcolici nel corso del 2005.

Un dato relativamente più rassicurante ci viene fornito dallo studio europeo ESPAD, relativo ai giovani studenti italiani tra i 15 e i 19 anni, dal quale si rileva per la prima volta tra il 2004 e il 2005, dopo alcuni anni di tendenza all'aumento, un lieve calo dei giovani che hanno usato bevande alcoliche almeno una volta nella vita (91,9% nel 2004, 91,2% nel 2005) o negli ultimi 12 mesi (56,9% nel 2004, 55,8% nel 2005) (tab. 7a e 7b).

Nel 2005 i giovani tra i 20 e i 24 anni sono la classe di età più interessata dal consumo settimanale di alcolici fuori pasto (15,2% del totale dei giovani di quest'età, 21,4% tra i maschi e 9% tra le femmine). Subito dopo vengono i giovani tra i 25 e i 29 anni (19,9% tra i maschi e 4,9% tra le femmine) ma il fenomeno riguarda in maniera rilevante anche i giovani tra i 18 e i 19 anni (13,2% tra i maschi e 7,4% tra le femmine), i cui valori sono già superiori a quelli rilevati nel complesso della popolazione generale (6,8%, 11,6% tra i maschi e 2,3% tra le femmine) (graf.1).

La tendenza al consumo fuori pasto risulta chiaramente in crescita nel tempo a partire dal 1993 fra i giovanissimi di età compresa fra 14 e 17 anni. Fra essi la percentuale di bevitori fuori pasto risulta praticamente raddoppiata tra il 1994 e il 2006, passando dal 13,4% al 24,2% tra i maschi e dal 8,0% al 16,8 % tra le femmine (tab. 8).

Molto diffusi risultano tra i giovani maschi i comportamenti di ubriacatura.

Secondo l'ISTAT quasi il 50% dei giovani maschi di età compresa tra i 20 e i 29 anni ed il 14,6% di quelli fra i 18 e 19 anni ammette di essersi ubriacato nel 2005 almeno una volta (graf.2).

Ammette di essersi ubriacato almeno una volta anche il 3,2% dei giovani maschi di età inferiore a quella legale per la somministrazione di bevande alcoliche (16 anni).

L'indagine ESPAD rileva peraltro tra il 2004 e il 2005, nei giovani studenti italiani fra i 15 e i 19 anni, dopo alcuni anni di tendenza all'aumento, un calo di coloro che si sono ubriacati almeno una volta nella vita (-1,1 % punti percentuali) o negli ultimi 12 mesi (-1,4 % punti percentuali) (tab.7 a e 7 b).

Il 12,6% dei giovani maschi tra i 20 e i 24 anni associa il consumo di alcolici fuori pasto con comportamenti di ubriacatura, esponendosi in tal modo a un rischio particolarmente intenso. Le ragazze sono meno interessate da questo fenomeno, che raggiunge il picco nella classe di età 18-19 anni, con il 3,2 %.

L'ISTAT ha rilevato in un'indagine del 2006 che per i più giovani l'associazione tra il consumo fuori pasto e le ubriacature appare correlato alla frequentazione delle discoteche in misura superiore a quanto accade per i più anziani. Fra i giovani maschi di 11-24 anni che associano tali consumi a rischio, l'11,7% frequenta discoteche, e solo l'1,9% non le frequenta. Fra gli adulti di 25-44 anni, tali percentuali sono, rispettivamente, dell' 11,5% e del 4,1%.

Continua a diminuire dal 2003, secondo lo studio ESPAD, l'atteggiamento di "non disapprovazione" dei giovani studenti sia nei confronti del bere moderato (75,8% nel 2005 contro 77,0 % del 2003) sia nei confronti delle ubriacature settimanali (24,3% nel 2005 contro 26,5% del 2003) (tab.9). In aumento invece tra il 2004 e il 2005 la negazione del rischio connesso con il consumo quotidiano eccedentario (4-5 bicchieri al giorno) (3,0% nel 2005 contro 2,1% nel 2004) (tab.9).

Il fenomeno della diffusione dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla percentuale di giovani alcolodipendenti in carico presso i servizi sociosanitari per l'alcolodipendenza (graf. 3).

Come emerge dai dati rilevati dal Ministero della Salute, nel 2005 i minori di 20 anni rappresentano lo 0,7% dell'utenza (contro lo 0,6% del 2004) e i giovani fra i 20 e i 29 anni ne rappresentano l'11% (contro il 9,8% del 2004) (graf.3).

Tra gli utenti di età fra i 20 e i 29 anni si conferma nel 2005 la maggiore crescita nel tempo rispetto alle altre fasce di età a partire dal 1996 (tab.10), con maggiore evidenza per i nuovi utenti di tale età, che passano dal 10% del 1996 al 15,7% del 2005 (graf.4).

Nel 2005 il 17% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni.

Lo studio ESPAD ha messo in relazione, a fini interpretativi, l'uso dell'alcol nei giovanissimi con alcune variabili che caratterizzano il loro contesto familiare quali, tra le altre, il livello di scolarità dei genitori e lo stato socio-economico (percepito).

Per quanto riguarda il livello di scolarità, si osserva che esso appare ininfluenza se si considerano gli episodi di ubriacatura (68,7% e 68,2% sono le percentuali di coloro che, con genitori di scolarità medio-alta, non hanno avuto e hanno avuto, rispettivamente, ubriacature almeno una volta nella vita); mentre appare influente se si considera l'uso di alcol almeno una volta nella vita, con una percentuale più elevata di utilizzatori in coloro che hanno genitori con scolarità medio-alta (68,9%) rispetto ai non utilizzatori (63,0%) (tab.11a-11b).

Per quanto riguarda lo stato socio-economico "percepito", si osserva in generale che oltre il 90% degli studenti percepisce la situazione socio-economica familiare pari o al di sopra rispetto alle altre famiglie italiane e che coloro che non hanno mai usato bevande alcoliche hanno uno stato socio-economico "medio-alto" in misura solo di

poco più elevata rispetto a coloro che hanno usato bevande alcoliche almeno una volta nella vita; se si fa riferimento agli episodi di ubriacatura, la differenza è nella stessa direzione, anche se un po' più evidente, ma anche in tal caso non si osserva un forte effetto dello stato socio-economico sul fenomeno (tab.12a-12b).

Secondo l'ISTAT sul comportamento dei giovani tra 11 e 17 anni influisce anche l'abitudine al consumo non moderato da parte dei genitori.

Se infatti la percentuale dei giovani di quest'età che consumano in qualsiasi modo bevande alcoliche e vivono in famiglia è pari al 25,5% del totale, essa sale al 32,0% tra coloro che hanno almeno un genitore con consumi non moderati, e scende al 22,6% tra coloro che non hanno alcun genitore con consumi non moderati.

### **Il confronto con i giovani europei**

Secondo l'indagine "Flash Eurobarometro" condotta nel 2004 per conto della Commissione Europea, la percentuale dei consumatori regolari di alcol tra i giovani italiani di 15-24 anni, pari al 12% del totale, è la più bassa di tutti i Paesi dell'Europa dei 15, e di molto inferiore alla media europea (27%). Solo la Francia condivide con l'Italia questa posizione (tab. 13a).

La stessa indagine ci dice che il 20% degli stessi giovani considera l'alcol una sostanza molto pericolosa, contro il 13% della media dei Paesi dell'Europa dei 15. Si tratta del valore più alto in Europa, uguagliato solo dalla Francia (tab. 13b).

In rapporto alla media dei coetanei europei, la percezione della pericolosità dell'alcol è tra i giovani italiani molto più diffusa di quanto non avvenga per la cannabis (20% contro 24% della media europea) e per la cocaina, per la quale, pure, come per l'alcol, il pericolo è maggiormente percepito che mediamente in Europa (78% di giovani italiani contro 76% di giovani europei) (tab. 14 a).

Rispetto alla media dei giovani europei che ritengono l'alcol una possibile sostanza di transito verso la sperimentazione della droga (37%), solo il 29% dei giovani italiani condivide tale opinione (valori pari o inferiori si hanno solo per i Paesi Bassi, Austria, Belgio e Lussemburgo) (tab. 14 b).

Ciò potrebbe far pensare che tra i giovani italiani la percezione della pericolosità dell'alcol, la più elevata in Europa, sia legata ad aspetti specifici dell'alcol, più che alle qualità psicotrope che l'alcol condivide con la droga.

Secondo i dati dell'indagine "Eurobarometro 2002" della Commissione Europea, l'Italia presenta l'età più bassa in Europa in relazione al primo contatto con le bevande alcoliche, con una media di 12,2 anni contro i 14,6 anni della media europea, immediatamente seguita da Irlanda e Austria, con 12,7 anni.

Questo dato appare particolarmente preoccupante in relazione alla gravità degli effetti tossici dell'alcol assunto al di sotto dei 15 anni, quando l'organismo non è pronto ad una adeguata metabolizzazione.

## 1.2. La mortalità e la morbilità alcolcorrelate

### Mortalità

Su 26 fattori di rischio per la salute individuati dall'O.M.S. nella Regione europea, l'alcol occupa il terzo posto, secondo solo a tabacco e ipertensione.

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

In particolare nell'Unione Europea è attribuibile all'alcol il 25% della mortalità giovanile tra i maschi e il 10% tra le femmine.

L'alcol è anche responsabile di danni sia sanitari che sociali a carico di soggetti non bevitori, tra i quali in particolare, nei Paesi della U.E., del 16 % degli abusi e abbandoni di minori, dei 5-9 milioni di bambini in famiglie con problemi alcolcorrelati, di 10.000 morti provocate da soggetti alla guida in stato di ebbrezza.

In Italia le stime della mortalità alcolcorrelata, con differenze anche notevoli a seconda delle fonti dei dati e delle metodologie adottate, si sono collocate negli ultimi anni 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 circa 24.000 il numero delle morti per cause alcolcorrelate fra i soggetti di età superiore ai 20 anni, 7000 delle quali riguardano donne.

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.

Il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica e patologie croniche del fegato, considerato dall'O.M.S. uno dei più importanti indicatori di danno derivante dal consumo cronico ed eccedentario di alcol, è stato calcolato per l'Italia pari a 10,73 per 100.000 abitanti nel 2004, confermando la tendenza alla diminuzione ormai in atto da molti anni (22,60 nel 1990, 17,91 nel 1995, 13,64 nel 2001), in concomitanza con la diminuzione della quantità del consumo medio pro capite di alcol puro nella popolazione.

Tale dato risulta peraltro superiore a quello di altri Paesi europei quali Belgio, Francia, Irlanda, Olanda, Spagna, Svezia, Regno Unito.

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

Nell'anno 2005 sono stati rilevati dall'ISTAT 225.078 incidenti stradali (contro i 229.156 del 2004) che hanno provocato 5.426 morti (contro i 5.692 del 2004), con un indice di mortalità (rapporto tra numero di morti e numero di incidenti) pari a 2,4 (contro il 2,5 del 2004 e il 2,6 del 2003), che evidenzia una costante riduzione della gravità degli incidenti stradali negli ultimi anni.

---

\* 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 2005 si registra in rapporto al 2004 una riduzione del numero degli incidenti (-1,8 %), dei morti (-4,7%) e dei feriti (-2,7%), e sembra proseguire la tendenza alla riduzione dei danni che già era stata registrata per l'anno 2004 in rapporto al 2003.

I conducenti della fascia di età tra i 25 e i 29 anni, con 504 morti e 31.859 feriti, sono anche nel 2005 quelli più colpiti dagli incidenti stradali. Segue la fascia di età 30-34 anni, con 401 morti e 30.952 feriti.

La mortalità è molto elevata anche fra i conducenti di 21-24 anni (371 morti).

Quest'ultima fascia di età risulta essere quella più colpita per quanto riguarda la mortalità fra i trasportati, con 146 morti, immediatamente seguita dalla fasce di età di 18-20 e 25-29 anni, con 131 morti ciascuna.

Sempre secondo l'ISTAT, il venerdì si registra il maggior numero di incidenti, il sabato il maggior numero di feriti e la domenica il maggior numero di morti.

Il più elevato indice di mortalità si verifica negli incidenti notturni, con un valore massimo intorno alle 5 del mattino.

Nel 2005 gli incidenti del venerdì e sabato notte hanno rappresentato il 44,3 % del totale degli incidenti notturni, ed i morti e feriti in tali incidenti rappresentano, rispettivamente, il 45,0% ed il 47,1% del totale degli incidenti notturni.

Questo dato suscita particolare allarme 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.

I giovani sono interessati con particolare frequenza dagli incidenti derivanti da stato psicofisico alterato del conducente (malore, sonno, uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, ebbrezza da alcol), che rappresentano il 2% del totale di tutte le cause di incidente stradale nell'anno ed hanno spesso conseguenze molto gravi.

Nell'ambito di tali cause di incidente, l'ebbrezza alcolica ha rappresentato nel 2005 il 70% del totale, con 4.107 casi rilevati. Vi è stata pertanto una lieve diminuzione rispetto ai 4.140 casi rilevati nel 2004, che rappresentavano il 72% delle cause di incidente correlate a stato psicofisico alterato per quell'anno.

Gli incidenti correlati a stato di ebbrezza alcolica si verificano in percentuali pressochè simili nelle strade urbane ed extraurbane, con una lieve prevalenza in quelle urbane.

### **Morbilità**

Nell'anno 2004 il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente attribuibili all'alcol è di 107.988 (tab. 15 a), in diminuzione rispetto al dato del 2003 (108.294) e del 2002 (113.651).

Di tali diagnosi, 83.841 (77, 6%) si riferiscono a maschi, e 24.147 (22,4%) a femmine.

Il numero delle dimissioni ospedaliere che presentano le suddette diagnosi (tanto in causa principale di ricovero che nelle cause successive) ammonta a 95.806 unità, contro le 96.262 del 2003 e le 99.321 del 2000.

Il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (valore per 100.000 abitanti) è nel 2004 pari a 165,5, in diminuzione costante rispetto al 167,9 del 2003 e al 177,1 del 2002 (tab. 15b e 15d).

In controtendenza rispetto all'andamento del dato nazionale, il tasso di ospedalizzazione appare in forte aumento tra il 2003 e il 2004 nella P.A. Bolzano e in Valle D'Aosta, e

comunque in aumento nelle Regioni Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Basilicata, Sicilia, Sardegna (tab. 15 d).

Valle D'Aosta (con 514,6), P.A. di Bolzano (con 510,8) e P.A. di Trento (con 331,9) appaiono anche nel 2004, analogamente al 2003 e 2002, le Regioni a più alto tasso di ospedalizzazione, seguite da Friuli V.Giulia, Abruzzo e Molise (tab. 15 d).

I tassi di ospedalizzazione più bassi si hanno in Sicilia (86,0) e Campania (86,9), seguiti da Puglia e Umbria, tutte Regioni dove possiamo anche rilevare la presenza di un numero di consumatori nell'anno al di sotto o vicino alla media nazionale nonché un numero di consumatori giornalieri basso o tra i più bassi (tab.7).

La distribuzione per classi di età delle diagnosi totalmente alcolattribuibili ci mostra anche per il 2004 i valori più elevati (44,1%) nelle fasce di età più alte (oltre i 55 anni), anche se in minor misura rispetto al 2003 (44,9 %) (tab. 15c e 15 e ).

Le diagnosi di tale classe di età nel 2005 si riferiscono, in ordine di prevalenza, a cirrosi epatica alcolica, cardiomiopatia alcolica, steatosi epatica e gastrite alcolica (tab.15 c).

Aumentano, in rapporto al totale, le diagnosi nella fascia d'età 36-55, che passano dal 42,7 % del 2003 al 43,2 % del 2004 (tab. 15e).

Le diagnosi di tale classe di età si riferiscono, in ordine di prevalenza, ad avvelenamento da antagonisti dell'alcol (56%), sindrome di dipendenza da alcol( 53,7%) e sindromi psicotiche indotte dall'alcol(49,2%) (tab.15 c).

Anche nelle fasce di età più giovani (15-35 anni) le diagnosi totalmente alcolattribuibili sono in aumento in rapporto al totale delle diagnosi, passando dal 12,2% del 2003 al 12,4% del 2004, con i valori più elevati per la diagnosi di avvelenamento da antagonisti dell'alcol (36%), abuso di alcol (32,3%) ed effetti tossici dell'alcol (31,2%) (tab. 15e).

Alla fascia di età fino a 14 anni si riferisce lo 0,3% delle diagnosi (0,2 % nel 2003) , con riferimento quasi esclusivo agli effetti tossici dell'alcol (tab. 15 c e 15 e).

La diagnosi di ricovero prevalente per i maschi è, anche per l'anno 2004, e in misura maggiore che per il 2003 e 2002, la cardiomiopatia alcolica (88%) assieme all'epatite acuta alcolica e al danno epatico da alcol non specificato (tab. 15 a ).

Le diagnosi che interessano maggiormente le femmine riguardano, anche in misura maggiore che nel 2003, la gastrite alcolica (31,4%) e gli effetti tossici dell'alcol (29,9 %) (tab. 15 a).

La distribuzione percentuale fra le diverse diagnosi totalmente alcolcorrelate si mantiene sostanzialmente stabile nel tempo fra il 2000 e il 2004, con la sola eccezione della diagnosi di cirrosi epatica alcolica, che passa dal 26,30 % del 2000 al 30,9 % del 2004, con una evidente tendenza all'aumento (tab 15 f).

### **Alcoldipendenza**

Gli alcoldipendenti presi in carico presso i servizi alcolologici territoriali nell'anno 2005 sono 56.234, con un aumento del 4,3 % rispetto all'anno precedente (V.Parte II della Relazione).

Il rapporto maschi/femmine è pari a 3,5 e l'età media, pari a 44,5 anni, è in diminuzione in tutte le categorie, e in particolare nei nuovi utenti di sesso maschile (42,1 anni nel 2005 contro 44,0 anni del 2001).

Nel 2005 il 17% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni.

Come già riferito, si registra nel tempo un forte aumento dei nuovi utenti fra i 20 e i 29 anni, che passano dal 10% del 1996 al 15,7% del 2005.

In aumento, fra gli alcolodipendenti in trattamento, coloro che abusano di birra, che passano dal 14,1% al 23,5% fra il 1996 e il 2005, mentre contestualmente si registra una diminuzione di coloro che abusano di vino (V.Parte II della Relazione).

### **1.3. Considerazioni critiche**

Nel nostro Paese l'assunzione moderata di alcol, e in particolare di vino, continua ad essere abitudine alimentare molto diffusa e radicata in una solida tradizione culturale.

Fino al 2003 è confermata nella popolazione generale la tendenza, già delineatasi a partire dagli anni ottanta, a un progressivo calo dei consumi medi pro-capite di alcol puro (-33,3% tra il 1981 e il 1998).

Va peraltro tenuta sotto controllo la tendenza all'aumento del consumo medio pro-capite che si evidenzia se si prende in considerazione la sola popolazione di età superiore ai 15 anni.

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

Recenti studi, condotti anche su impulso dell'Unione Europea, hanno confermato che il consumo pro capite di alcol in una popolazione è un importante indicatore di futuri sviluppi nel settore della salute pubblica dei diversi Paesi. Risulta che un accrescimento dei consumi alcolici si correla in tutti i Paesi europei a un aumento di cirrosi epatiche, avvelenamenti da alcol, alcolodipendenze, psicosi alcoliche, incidenti, omicidi e morti totali, e che i cambiamenti nel consumo totale di alcol sono strettamente correlati anche ai cambiamenti della mortalità alcolcorrelata, in particolare per quanto riguarda la cirrosi epatica.

Il nostro Paese deve pertanto perseverare nel contenimento di tutti quei fattori che possono influire sul dato del consumo annuale medio pro capite.

#### **Aspetti relativi alla popolazione generale**

Per quanto riguarda la popolazione generale, i dati più rassicuranti per l'Italia riguardano senz'altro il confronto con la popolazione dell'Unione Europea su alcuni importanti parametri di rischio per i quali in Italia si riscontrano valori più bassi o tra i più bassi:

- numero dei bevitori;
- intensità del bere (numero medio delle unità alcoliche consumate in un'unica occasione);
- frequenza media delle occasioni di forte abuso (quante volte si consuma in un'unica occasione una quantità molto elevata di alcol);
- tendenza alla diminuzione nel tempo del tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente alcolattribuibili (che può indicare sia una minore diffusione di

patologie alcolcorrelate che una maggiore capacità di intervento da parte dei servizi territoriali);

-diminuzione costante del tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica e patologie croniche del fegato.

Elementi preoccupanti, da tenere sotto controllo per le forti implicazioni relative alla esposizione al rischio alcolcorrelato, sono i seguenti:

-alta percentuale di consumatori giornalieri (31%) tra i maschi delle classi di età medie e anziane, e, tra questi, alta percentuale di consumatori giornalieri eccedentari (16% della classe di età 65-74 anni);

-aumento, nei ricoveri ospedalieri, della percentuale di ricoveri femminili rispetto a quelli maschili e di ricoveri delle fasce di età più giovani rispetto a quelle più anziane;

-forti differenze regionali nel tasso di ospedalizzazione per patologie alcolattribuibili, con notevole aumento in alcune Regioni tra il 2003 e il 2004 e per alcune fin dal 2002 (Valle d'Aosta, Sicilia, Sardegna);

-aumento percentuale delle diagnosi di cirrosi epatica alcolica nei ricoveri ospedalieri (+ 4,6% fra il 2000 e il 2004);

-valore relativamente elevato del tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica e patologie croniche del fegato in relazione ad altri Paesi europei.

Inoltre, il forte aumento percentuale degli alcol dipendenti in carico nei servizi alcolgici (+ 4,3% tra il 2004 e il 2005), che pure è da mettere in rapporto con un miglioramento dell'offerta di servizi, segnala la presenza di una consistente domanda che non può non preoccupare, anche in considerazione della diminuzione dell'età di questi utenti e della presenza tra di essi di una buona percentuale di giovani.

#### **Aspetti relativi alla popolazione giovanile**

Per quanto riguarda in particolare la popolazione giovanile, i dati più rassicuranti derivano, ancora una volta, dal confronto con gli altri Paesi dell'Unione europea, che risulta a favore dell'Italia per i seguenti parametri:

-minore diffusione del consumo regolare di alcol;

-maggiore diffusione della percezione della pericolosità dell'alcol.

Inoltre va segnalato positivamente il manifestarsi tra il 2004 e il 2005, secondo il dato rilevato dall'indagine ESPAD, di una lieve tendenza al calo di consumi e ubriacature negli studenti di 15-19 anni.

Preoccupano invece altri fenomeni, che si manifestano anche in contraddizione con i segnali positivi prima descritti:

-aumento, tra il 2004 e il 2005, di un atteggiamento di negazione del rischio connesso con il consumo eccedentario anche giornaliero;

-persistente tendenza all'aumento nel tempo del numero dei consumatori nella fascia di età 18-24 anni, e in particolare fra le ragazze;

-alta percentuale di consumatori al di sotto dell'età legale (19,5%);

-persistente tendenza all'aumento nel tempo del numero dei consumatori fuori pasto tra i maschi e le femmine di età compresa fra i 18 e i 29 anni nonché, fatto particolarmente grave, di età compresa fra i 14 e i 17 anni;

- alta percentuale di giovani maschi con comportamenti di ubriacatura, notevolmente superiore alla media già tra i giovani di 18-19 anni;
- presenza di comportamenti di ubriacatura anche nei giovani al di sotto dei 16 anni, che rappresentano l'età legale per la liceità della somministrazione (3,2%);
- elevata percentuale di giovani con associazione di vari comportamenti a rischio alcolcorrelato (ubriacature, consumi fuori pasto, etc.);
- bassa età del primo contatto con l'alcol;
- elevata percentuale di giovani alcoldipendenti in trattamento nei servizi;
- persistente tendenza all'aumento nel tempo dei giovani alcoldipendenti in trattamento, rispetto alle altre fasce di età;
- elevata percentuale di morti per incidente stradale tra i giovani;
- elevata percentuale di incidenti notturni del venerdì e sabato, che coinvolgono spesso i giovani.

#### **Tipologie di rischio alcolcorrelato**

Nella popolazione del nostro Paese sembrano potersi individuare due fondamentali tipologie di rischio alcolcorrelato:

- una emergente, legata a nuove tendenze comportamentali e a modelli di consumo lontani dalla tradizione nazionale (consumi fuori pasto, *binge drinking*, ubriacature), che riguarda in particolare i più giovani e i giovanissimi;
- una più tradizionale, interna al modello di consumo mediterraneo, relativa alla diffusione di un bere frequente o quotidiano non sempre adeguatamente moderato, che riguarda le persone più mature e gli anziani.

Per ognuna di queste categorie di rischio vanno pertanto individuati e attuati adeguati interventi di prevenzione, con diversi approcci e obiettivi in relazione ai problemi connessi, prestando anche attenzione alle possibili contaminazioni e influenze tra i diversi modelli di consumo e al potenziale accrescimento del rischio che ne può derivare.

Per la popolazione più adulta sembrerebbero indicati interventi finalizzati a diffondere una più corretta informazione sui reali parametri che definiscono un consumo compatibile con la salute, anche all'interno del tradizionale modello di consumo mediterraneo, nonché a favorire con tutti gli strumenti possibili l'adeguamento comportamentale e istituzionale a tali parametri.

Per i più giovani, occorre rafforzare l'azione di protezione in relazione ai problemi per i quali il nostro Paese è ancora in una posizione relativamente favorevole rispetto all'attuale quadro europeo, per evitare di importare i problemi già in atto in altri Paesi; va tenuto presente che in Europa fra i giovani di 15-24 anni si va delineando una forte tendenza all'aumento del consumo regolare di alcol, cresciuto di due punti percentuali in due anni e passato dal 25% del 2002 al 27% del 2004. Tale tendenza è potenzialmente in grado di coinvolgere anche l'Italia, e deve essere pertanto contrastata con strumenti e in tempi adeguati.

Devono inoltre essere contenuti e contrastati con urgenza quei comportamenti di consumo a rischio che già si sono diffusi tra i giovani italiani: consumi fuori pasto, ubriacature, consumi precoci.

**Appare doveroso e urgente predisporre in proposito strategie e azioni mirate, favorendo nei diversi contesti della società la crescita di adeguati fattori protettivi, sia istituzionali che sociali e individuali.**

## **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**

Sono proseguite nell'anno 2005 le attività del Ministero della Salute finalizzate a sostenere l'adozione del Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), predisposto per favorire l'implementazione, nell'ambito dei territori regionali, di un insieme di azioni strategiche ritenute prioritarie, con l'obiettivo, in adesione ai principi sanciti dalla legge 125/2001, di ridurre i danni sanitari e sociali causati dall'alcol.

Il testo del PNAS, presentato alla Conferenza Stato Regioni con nota del 16.12.2004 per la acquisizione del relativo accordo, è stato esaminato e discusso dalle Regioni nelle sedi tecniche della Conferenza, che con nota del 7.7.2005 ha fatto pervenire al Ministero un testo emendato con le osservazioni delle Regioni.

Il testo del PNAS, quale generale documento programmatico del Ministero della Salute per la definizione di obiettivi e azioni in attuazione della legge 125/2001, è stato inoltre sottoposto, secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 1 della legge medesima, all'esame della Consulta nazionale sull'alcol e i problemi alcolcorrelati, nel frattempo costituita presso il Ministero del Lavoro e Politiche sociali ed insediata il 14 dicembre 2004.

La Consulta, esaminato il documento del Ministero, nella riunione del 12 dicembre 2005 ha espresso parere favorevole alla proposta di attuazione del PNAS, ritenuto prioritario ai fini della applicazione della legge 125/2001, e ha contestualmente formulato alcune proposte emendative, finalizzate a migliorare l'impatto complessivo dell'articolazione delle attività che il Piano si propone di realizzare a livello nazionale, regionale e locale.

Il Ministero, preso atto delle osservazioni pervenute dalle Regioni e dalla Consulta, che non hanno comportato modifiche sostanziali al documento originario, ha ritenuto di doverle accogliere ed ha formulato pertanto un nuovo testo per il recepimento congiunto delle osservazioni di cui trattasi.

Il Ministero ha altresì promosso, tramite la Commissione Salute per il coordinamento interregionale, un incontro con le Regioni finalizzato a concordare con le Regioni stesse le modalità del finanziamento degli interventi di prevenzione, informazione e monitoraggio dei dati previsti nel PNAS tramite le risorse della legge 125/2001.

In data 2 novembre 2006 il nuovo testo del PNAS, con le nuove proposte di finanziamento, è stato inoltrato alla Segreteria della Conferenza Stato-Regioni, e si sono attivate in merito le relative attività di consultazione regionale promosse dalla Commissione Salute per il coordinamento interregionale presso la Regione Toscana.

A seguito di successive consultazioni tra Ministero e Regioni, è stata concordata una nuova versione del Piano che, lasciando invariati i contenuti tecnici relativi alle strategie e alle azioni, definisce ulteriormente il ruolo del Ministero e delle Regioni nella implementazione del Piano e rimanda la definizione dei relativi finanziamenti a successive intese tra Ministero e Regioni da definirsi in stretta correlazione con le azioni

prioritarie che nell'ambito delle previste strategie del PNAS si deciderà concordemente di intraprendere.

La nuova bozza del PNAS è stata approvata nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 29 marzo 2007, e pubblicata nella G.U. s.g. n. 88 del 16 aprile 2007.

Se ne riporta di seguito una sintesi.

**Piano Alcol e Salute**  
**- Sintesi -**

*Il Piano nazionale Alcol e Salute è stato elaborato dal Ministero della Salute quale specifico documento di indirizzi per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati, in attuazione della legge 125/2001, prendendo atto che il consumo di alcol è ormai riconosciuto come uno degli elementi determinanti per la salute di una popolazione, e che la correlazione tra l'elevato consumo di alcol e l'aumento del rischio di mortalità e morbilità per alcune cause è oggi una evidenza scientifica riconosciuta.*

*La sua adozione trova riscontro nelle politiche a livello internazionale, in quanto il Piano recepisce i contenuti dei più recenti documenti elaborati in materia alcolologica a livello di U.E. e di O.M.S.: il II Piano di Azione europeo per l'alcol dell'O.M.S, la Raccomandazione del Consiglio U.E. sul consumo alcolico di bambini e adolescenti, le Conclusioni del Consiglio dell'U.E. per una strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati.*

*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 riduzione della mortalità e morbilità alcolcorrelate nel nostro Paese:*

- 1. **Informazione ed 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 trattamento 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 la attuazione degli interventi brevi; approccio integrato ai problemi, che coinvolga, oltre ai servizi socio-sanitari, i medici di medicina generale, i servizi sociali, i gruppi di autoaiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate)*
- 5. **Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione** (Risultati attesi: maggiore responsabilizzazione e disponibilità alla collaborazione da parte del mondo della produzione e distribuzione, soprattutto per il rispetto dei limiti di età legali per la somministrazione e per il contrasto dell'accesso dei giovani alle bevande alcoliche; -riduzione degli incidenti alcolcorrelati all'uscita degli ambienti dove si beve. Azioni: monitoraggio permanente per la stima dell'impatto dell'alcol sulla salute e per la valutazione dei costi relativi, nonché per*



valutare l' affidabilità delle politiche sociali ed economiche relative all'industria degli alcolici; programmi di formazione per accrescere il senso di responsabilità personale, etica e legale degli addetti alla vendita e somministrazione )

6. **Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol** (Risultati attesi: incremento delle azioni di comunità finalizzate alla riduzione dei diversi problemi alcolcorrelati; maggiore sensibilità ai problemi da parte delle diverse istituzioni locali. Azioni: assicurare agli operatori del settore non sanitario, quale quello educativo, sociale e giudiziario, un training professionale in campo alcolologico, che favorisca un effettivo approccio multisettoriale ai problemi; promozione di programmi socio-sanitari che rafforzino la mobilitazione della comunità e lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati)
7. **Potenzialità delle Organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto** (Risultati attesi: incremento del sostegno alle organizzazioni che promuovono iniziative di prevenzione o riduzione del danno alcolcorrelato. Azioni: supporto alle organizzazioni che operano non solo a livello professionale ma anche a livello di azione civile e che possono collaborare a migliorare l'informazione e a sostenere lo sviluppo di politiche efficaci)
8. **Monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto** (Risultati attesi: implementazione di un sistema informativo e di monitoraggio/sorveglianza sul consumo di alcol e sui modelli comportamentali connessi, sui danni alcolcorrelati e sulle politiche alcolologiche realizzate a livello regionale e locale. Azioni: creazione, in collaborazione con tutte le Regioni, di una rete che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, del danno alcolcorrelato e dell'efficacia degli interventi adottati).

#### **Metodologia**

Le azioni strategiche del PNAS saranno implementate dalle Regioni e coinvolgeranno varie strutture e soggetti del sistema sanitario nazionale quali i Servizi alcolologici organizzati secondo i vari modelli regionali, i Dipartimenti delle Dipendenze, i Dipartimenti di Salute mentale, i Medici di Medicina generale, le Aziende ospedaliere ed universitarie, le Associazioni di mutuo aiuto e di volontariato. Saranno altresì coinvolti, per quanto possibile, altre strutture, istituzioni e soggetti non sanitari che possono influire sulla popolazione target del PNAS, quali le scuole di ogni ordine e grado, le organizzazioni ricreative e dello sport di interesse per i giovani, i centri ricreativi per gli anziani, i consultori materno infantili, le imprese e le organizzazioni sindacali, le istituzioni giudiziarie e di polizia, il mondo della produzione e della distribuzione delle bevande alcoliche.

Le attività del PNAS prevedono l'attivazione e la standardizzazione di adeguati flussi informativi e/o sistemi di sorveglianza riguardo alla prevalenza dei fenomeni interessati, con particolare riferimento ai più nuovi e pericolosi, anche tramite indagini periodiche sulla frequenza dei fattori di rischio comportamentali.

#### **Collaborazione interistituzionale**

Le Regioni attivano un Gruppo tecnico interregionale sulle problematiche alcolcorrelate, individuando una Regione capofila.

Viene definito un gruppo tecnico congiunto (sottocomitato CCM e sottocommissione "Alcol" delle Regioni) per affrontare prioritariamente i seguenti argomenti:

- a. nuovi criteri di monitoraggio dei dati con individuazione degli indicatori, tenendo conto che questi dovranno essere funzionali alla predisposizione della Relazione al Parlamento prevista dalla legge 125/2001;
- b. individuazione delle azioni prioritarie rivolte alla protezione ed alla promozione della salute.

Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano si raccordano, tramite i propri referenti, per:

1. Implementare le azioni del PNAS a livello territoriale.

2. *Sviluppare e incrementare un sistema informativo integrato, concordando metodi e strumenti di rilevazione, definizione dei fenomeni da rilevare, strumenti di misura, linee guida e training per il personale reclutato.*
3. *Individuare ed estendere la pratica delle buone prassi a tutti i servizi deputati alla prevenzione, al trattamento e alla riabilitazione dei soggetti che presentano problematiche alcolcorrelate.*
4. *Realizzare interventi di formazione degli operatori ai vari livelli, finalizzate a migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione, la capacità di rilevazione e valutazione e le competenze necessarie per collaborare, operare e comunicare in rete.*
5. *Raccordare le azioni con le iniziative e i progetti nazionali e interregionali già in corso o da attuare, e in particolare per definire nel Piano Nazionale della Prevenzione percorsi in materia di protezione e promozione della salute particolarmente orientati all'alcol, agli stili di vita, alle life skill, alla peer education.*
6. *Stabilire modalità omogenee per la redazione di una relazione annuale circa le azioni implementate a livello di ciascuna Regione e Provincia Autonoma.*
7. *Valutare le attività realizzate.*
8. *Confermare o rimodulare, sulla base dei feedback ottenuti, le azioni condivise.*

*Il Piano Nazionale Alcol e Salute ha valenza triennale a partire dal 1 gennaio 2007 al 31 dicembre 2009.*

#### **Risorse economiche**

*Nell'ambito delle strategie ed azioni contemplate nel Piano Alcol e Salute, il Ministero della Salute identifica, d'intesa con le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, una o più azioni prioritarie che verranno sviluppate nei singoli territori.*

*Il Ministero della Salute, nell'ambito delle risorse annuali ad esso assegnate ai sensi della legge 125/2001 art.3 comma 1 lettera c) per l'attuazione delle azioni, trasferisce la quota da destinare alle Regioni.*

*Il Ministero della Salute contribuisce con un apposito finanziamento alle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano all'attuazione di azioni di informazione e prevenzione concordate tra il Ministero e le Regioni e Province Autonome.*

*Le azioni previste avranno durata triennale e la loro realizzazione avverrà sulla base di un adeguato trasferimento di risorse per il triennio.*

*Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano a tal fine si impegnano a relazionare al Ministero sulle attività di monitoraggio, di prevenzione e di informazione realizzate sulla base delle indicazioni e degli strumenti di valutazione concordati con il Ministero attraverso il gruppo tecnico interistituzionale.*

*Alle Regioni che non avranno presentato la relazione annuale, o la presenteranno oltre le scadenze stabilite, non saranno ripartite le quote di competenza, il cui importo complessivo confluirà nel fondo stanziato a favore di tutte le Regioni per gli anni successivi.*

#### **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 proposta di alleanze con ministeri, mondo della scuola e del lavoro, mondo delle aziende alimentari, rivenditori di tabacchi, produttori di bevande alcoliche, grandi catene di ristorazione, e altri attori delle varie filiere che possono utilmente intervenire per la prevenzione di quattro grandi fattori di rischio (sedentarietà, scorretta alimentazione, fumo, abuso di alcol), per consentire al Paese di guadagnare salute aiutando contestualmente la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale sia in termini economici che di efficacia dei propri interventi.

Si riporta di seguito il paragrafo del programma relativo all'abuso di alcol.

### **“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 stanziare risorse finanziarie che consentano la più ampia disponibilità, accessibilità e produttività degli operatori e dei servizi di base in merito ai suddetti interventi.*
- *Favorire un approccio integrato che coinvolga nella individuazione precoce dei casi di abuso, oltre ai servizi e agli operatori sanitari, anche i servizi sociali, i gruppi di auto-aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate.*

#### **6 Trovare alleanze con il mondo del lavoro**

- *Utilizzare i luoghi di lavoro quale ambiente particolarmente adeguato, data l'alta e stabile concentrazione di persone di varia identità socio demografica, per la realizzazione di azioni di prevenzione fondate sull'informazione, l'educazione e la tempestiva identificazione o autoidentificazione dei soggetti a rischio, anche in collaborazione, date le implicazioni dell'abuso di alcol sulla produttività lavorativa, col mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali.*
- *Implementare azioni di prevenzione ad hoc nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e la sicurezza di terzi individuati ai sensi della legge 125/2001 art. 15, per supportare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche sancito dalla stessa legge. Sarebbe opportuno attivare in merito la collaborazione del mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le Amministrazioni regionali del Lavoro e nell'ambito di quanto previsto anche dalle normative sulla sicurezza.*
- *Favorire l'ingresso dei lavoratori con problemi 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 alcolico, secondo le previsioni della legge 125/2001 art. 5.*



	Ministero Salute	Altri Ministeri ed Enti nazionali	Regioni, ASL ed Enti locali	Privati (produttori, gestori, rivenditori, ecc.)	Società Scientifiche e Associazioni
<p>Ridurre la disponibilità di bevande alcoliche nell'ambiente di vita e di lavoro lungo le principali arterie stradali</p> <p>Favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definire nuove categorie di ambienti e locali obbligatoriamente alcol free</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Favorire la limitazione del consumo di bevande alcoliche in tutti i luoghi di lavoro</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Incentivare la ricerca finalizzata alla produzione di bevande a minore gradazione alcolico</li> </ul>

28

Ministero della Salute

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

L'art. 3 comma 4 della legge 125/2001 dispone l'autorizzazione di una spesa annuale pari a € 516.457,00, assegnata in termini di competenza e di cassa su apposito capitolo 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.

In relazione all'utilizzo delle risorse relative all'anno 2005 per le attività di monitoraggio, il Ministero della Salute ha presentato alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, per il previsto parere ai sensi del decreto legislativo 281/97, una proposta di riparto secondo la tabella sottoindicata, approvata nella seduta del 26 gennaio 2006.

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

RIPARTO DEI FONDI PER IL MONITORAGGIO DEI DATI ALCOLOGICI	
-ANNO 2005-	
REGIONI E PROV. AUT.	QUOTA DI RIPARTO (in Euro)
PIEMONTE	40.709,38
VALLE D'AOSTA	1.330,61
LOMBARDIA	84.659,43
P.A. BOLZANO	3.754,92
P.A. TRENTO	4.039,70
VENETO	43.809,84
FIULI-VENEZIA GIULIA	11.434,84
LIGURIA	15.221,77
EMILIA-ROMAGNA	40.077,49
TOSCANA	34.403,90
UMBRIA	8.502,85
MARCHE	14.997,40
LAZIO	46.770,79
ABRUZZO	11.813,88
MOLISE	3.052,10
CAMPANIA	46.210,94
PUGLIA	34.143,35
BASILICATA	5.634,59
CALABRIA	16.994,69
SICILIA	34.343,89
SARDEGNA	14.550,65
<b>TOTALE</b>	<b>516.457,00</b>

Contestualmente all'approvazione del riparto, Regioni e Ministero hanno concordato di avviare un confronto per la definizione di nuovi criteri ed indicatori per le future attività di monitoraggio da realizzare con le risorse finanziarie ex legge 125/2001 relative all'anno 2005 e seguenti.



Nel corso dell'anno 2006 il Ministero ha attivato le opportune iniziative per portare a compimento tale ridefinizione, anche in collaborazione con la Commissione Salute insediata presso la Conferenza Stato/Regioni ai fini del coordinamento interregionale.

Non essendo stato possibile pervenire ad un definitivo accordo con le Regioni nell'ambito del 2006, è stato concordato che l'erogazione dei fondi stanziati per l'anno finanziario 2005 avverrà, secondo il riparto approvato dalla Conferenza Stato/Regioni, sulla base dell'invio di dati raccolti secondo i consueti indicatori già adottati per gli anni precedenti:

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

Nel corso dell'anno 2006, fino alla data di scadenza concordata con le Regioni per l'invio dei dati, fissata al 30.10.2006, il Ministero ha inoltre provveduto ad erogare alle Regioni adempienti le quote di riparto relative agli anni finanziari 2004 e precedenti.

Un numero crescente di Regioni è stato, nel tempo, in grado di adempiere ai compiti relativi al monitoraggio dei dati alcolologici, anche se con modalità, tempi e qualità del dato molto differenti tra Regione e Regione, consentendo al Ministero di erogare buona parte delle risorse stanziata ad hoc.

Anche grazie allo stimolo rappresentato da questo costante, sia pure esiguo, finanziamento, la cultura epidemiologica delle Regioni in campo alcolologico si è consolidata e molte di esse hanno progressivamente cominciato ad utilizzare, per la valutazione delle problematiche alcolcorrelate del proprio territorio, dati ed indicatori da tempo disponibili a livello nazionale, ma non sempre utilizzati a livello regionale, quali quelli relativi alle diagnosi di ricovero ospedaliero per patologie totalmente o parzialmente alcolattribuibili, o i dati delle indagini multiscope ISTAT relativi alla prevalenza dei consumatori e alle abitudini di consumo e altri dati.

Le attività di monitoraggio hanno così consentito alle Regioni di costruire e analizzare con maggiore chiarezza il quadro dei problemi del loro territorio dal punto di vista dell'impatto del consumo e abuso di alcol, e di mettere a punto adeguati strumenti programmatici e di intervento.

Il passo successivo da compiere, per cui il Ministero si appresta ad attivarsi con maggiore efficacia, è ora quello di perfezionare e incrementare gli strumenti di monitoraggio che garantiscono l'elaborazione e diffusione dei dati, oltre che a livello regionale, anche a livello nazionale, secondo le previsioni dell'art. 3 comma 1c) della legge 125/2001.

Nelle due tabelle seguenti è illustrata la situazione delle Regioni, aggiornata al 30.10.2006, in merito allo svolgimento delle previste attività di monitoraggio nonché ai

finanziamenti ricevuti dal Ministero a valere, rispettivamente, sui fondi relativi agli anni finanziari 2001, 2002, 2003 e 2004.

**FINANZIAMENTO DELLE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO DATI ALCOL  
CON I FONDI EX LEGGE 125/2001 (Riparto tra le Regioni di Euro 516.457,00)**

**Anno 2004**

<b>Regioni</b>	<b>Finanziamento previsto</b>	<b>Attività svolte</b>	<b>Somme erogate</b>
Piemonte	40.709,38		
Valle D'Aosta	1.330,61		
Lombardia	84.659,43	X	84.659,43
Prov. Aut. Trento	4.039,70	X	4.039,70
Prov. Aut. Bolzano	3.754,92	X	3.754,92
Veneto	43.809,84	X	43.809,84
Friuli Venezia Giulia	11.434,84	X	11.434,84
Liguria	15.221,77		
Emilia Romagna	40.077,49	X	40.077,49
Toscana	34.403,90	X	34.403,90
Umbria	8.502,85	X	8.502,85
Marche	14.997,40	X	14.997,40
Lazio	46.770,79	X	46.770,79
Abruzzo	11.813,88	X	11.813,88
Molise	3.052,10	X	3.052,10
Campania	46.210,94	X	46.210,94
Puglia	34.143,35	X	34.143,35
Basilicata	5.634,59	X	5.634,59
Calabria	16.994,69		
Sicilia	34.343,89	X	34.343,89
Sardegna	14.550,64		
	<b>516.457,00</b>		<b>427.649,91</b>

**FINANZIAMENTO DELLE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO DATI ALCOL  
CON I FONDI EX LEGGE 125/2001 (Riparto tra le Regioni di Euro 516.457,00)**

**Anni 2001-2002-2003**

REGIONI	ANNO 2001			ANNO 2002			ANNO 2003		
	Finanzia- mento	Attività svolte	Somme erogate	Finanzia- mento	Attività svolte	Somme erogate	Finanzia- mento	Attività svolte	Somme erogate
Piemonte	40.709,38	x	40.709,38	40.709,38	x	40.709,38	40.709,38	x	40.709,38
Valle D'Aosta	1.330,61			1.330,61			1.330,61		
Lombardia	84.659,43	x	84.659,43	84.659,43	x	84.659,43	84.659,43	x	84.659,43
Prov. Aut. Trento	4.039,70	x		4.039,70	x		4.039,70	x	
Prov. Aut. Bolzano	3.754,92	x	3.754,92	3.754,92	x	3.754,92	3.754,92	x	3.754,92
Veneto	43.809,84	x	43.809,84	43.809,84	x	43.809,84	43.809,84	x	
Friuli Venezia Giulia	11.434,84	x	11.434,84	11.434,84	x	11.434,84	11.434,84	x	
Liguria	15.221,77	x	15.221,77	15.221,77	x	15.221,77	15.221,77	x	15.221,77
Emilia Romagna	40.077,49	x	40.077,49	40.077,49	x	40.077,49	40.077,49	x	40.077,49
Toscana	34.403,90	x	34.403,90	34.403,90	x	34.403,90	34.403,90	x	34.403,90
Umbria	8.502,85	x	8.502,85	8.502,85	x	8.502,85	8.502,85	x	8.502,85
Marche	14.997,40	x	14.997,40	14.997,40	x	14.997,40	14.997,40	x	
Lazio	46.770,79	x	46.770,79	46.770,79	x	46.770,79	46.770,79	x	46.770,79
Abruzzo	11.813,88	x	11.813,88	11.813,88	x	11.813,88	11.813,88		
Molise	3.052,10			3.052,10			3.052,10		
Campania	46.210,94	x	46.210,94	46.210,94	x	46.210,94	46.210,94	x	46.210,94
Puglia	34.143,35	x	34.143,35	34.143,35	x	34.143,35	34.143,35	x	34.143,35
Basilicata	5.634,58	x	5.634,58	5.634,58	x	5.634,49	5.634,59	x	5.634,59
Calabria	16.994,69			16.994,69			16.994,69		
Sicilia	34.343,89	x	34.343,89	34.343,89	x	34.343,89	34.343,89	x	
Sardegna	14.550,65			14.550,65			14.550,64		
	<b>516.457,00</b>		<b>476.489,25</b>	<b>516.457,00</b>		<b>476.489,16</b>	<b>516.457,00</b>		<b>360.089,41</b>

### 2.3. L'utilizzo dei finanziamenti previsti dalla legge per gli interventi in materia di informazione e prevenzione

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

A tali fini nel corso del 2005 la Direzione generale della Comunicazione e Relazioni istituzionali del Ministero della Salute, cui è stata assegnata la competenza per la relativa spesa, ha realizzato una campagna di comunicazione finalizzata a trasmettere messaggi informativi sugli effetti dannosi derivanti dall'abuso di alcol e a sensibilizzare i giovanissimi sulla necessità di assumere comportamenti che tutelino la salute e la sicurezza, sottolineando i gravi rischi per sé e per gli altri connessi con gli eccessi.

La campagna si è articolata in diversi interventi quali attività di comunicazione di vario tipo (televisione, radio, Internet), due eventi musicali e un *mailing* ad hoc per le scuole superiori.

Sono stati trasmessi su alcuni canali musicali e digitali della TV due spot da 30 secondi, che hanno avuto come *testimonial*, rispettivamente, il cantante Gigi D'Alessio e i ragazzi di "Amici", la nota trasmissione televisiva. E' stato realizzato un comunicato radiofonico con la partecipazione del cantante e alcuni *banner* con lo slogan "Se guidi non bere", inseriti anche sui siti Internet più visitati dai ragazzi.

E' stato inoltre distribuito nelle scuole superiori un kit contenente un CD Rom con gli spot della campagna, due locandine con la raccomandazione di non bere alla guida dei ciclomotori e delle auto, un opuscolo informativo diretto ai ragazzi in età scolare, un portachiavi a nastro che riporta l'indicazione del sito del Ministero della salute, due questionari di verifica della campagna rivolti, rispettivamente, agli insegnanti e agli studenti.

E' stato organizzato un evento-concerto ad ingresso gratuito dal titolo "*Il ritmo della vita*", svoltosi al Palalottomatica di Roma il 5 ottobre 2005, a cui hanno partecipato numerosi personaggi del mondo dello spettacolo e della musica che riscuotono particolare gradimento da parte dei giovani, e sono stati diffusi messaggi informativi per la prevenzione alcolologica nel corso di un'altra manifestazione musicale legata alla campagna (concerto di Gigi D'Alessio a Napoli del 30 settembre 2005).

Nel corso di entrambi i concerti è stato trasmesso lo spot di cui è *testimonial* l'artista napoletano e sono state proiettate le due locandine che mettono in guardia sui pericoli della guida in stato di ebbrezza. Sono stati, altresì, distribuiti dei portachiavi con il messaggio della campagna.

E' stato reso operativo a livello nazionale, dalle ore 10.00 alle ore 16.00, il Numero Verde "*Alcol?*" (800.632000) presso l'Istituto superiore di Sanità, che fornisce un servizio gratuito di informazione, consulenza e sostegno psicologico agli alcolisti, nel rispetto dell'anonimato.

E' stato realizzato anche il previsto monitoraggio nelle scuole per conoscere il gradimento dei ragazzi e degli insegnanti, che ha fornito positivi e validi suggerimenti per le campagne successive.

All'inizio dell'anno 2006 è stata stipulata una convenzione con l'Istituto superiore di Sanità, finalizzata ad acquisire una collaborazione in merito a diverse iniziative di prevenzione e comunicazione:

- prosecuzione delle attività del Numero Verde "Alcol";
- organizzazione della quinta edizione della manifestazione nazionale "Alcol Prevention Day", occasione periodica di aggiornamento scientifico ed epidemiologico sulle tendenze in atto a livello nazionale nonché annuale appuntamento di confronto e dibattito interistituzionale e con le Regioni sui problemi alcolcorrelati, che si tiene nell'ambito del mese di prevenzione alcolologica (aprile);
- produzione e diffusione di opuscoli, manifesti e set multimediali per la prevenzione su target specifici di popolazione quali giovani in età scolare, popolazione femminile e immigrati;
- realizzazione e diffusione del gioco-programma "Il pilota", finalizzato a promuovere il concetto di responsabilità nel bere e a sollecitare la guida in stato di sobrietà. Il gioco ha come scopo specifico la sensibilizzazione sul problema del consumo di alcol tra i frequentatori dei locali serali e/o notturni attraverso una gara che mette in competizione gruppi di giovani (stimolandone l'aggregazione) a livello locale, regionale ed infine interregionale;
- funzionamento del Centro Collaborativo O.M.S. e dell'Osservatorio Nazionale Alcol-OssFAD presso l'Istituto Superiore di Sanità, per le attività di ricerca e promozione della salute sull'alcol e per il sostegno e l'impulso all'implementazione di iniziative di informazione e prevenzione basate sul consenso e sulle evidenze scientifiche raggiunte a livello nazionale e internazionale.

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

Dopo l'approvazione della Legge 18.2.1999 n. 45 "Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze", si sono estese anche ai progetti relativi all'alcoldipendenza le possibilità di finanziamento a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga.

Successivamente all'entrata in vigore della legge 125/2001 il Ministero della Salute ha presentato al suddetto Fondo una richiesta di finanziamento per la realizzazione di progetti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi enunciati dalla stessa legge e per favorire interventi e azioni utili alla sua puntuale attuazione.

Sono stati approvati e finanziati n. 3 progetti, per la cui implementazione sono state identificate, tramite la struttura di coordinamento delle Regioni presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, le Regioni interessate a partecipare, e in particolare quelle disponibili a svolgere un ruolo di capofila per la gestione amministrativa e il coordinamento tecnico.

Si illustrano di seguito i progetti indicati, le cui attività sono tuttora in corso ai vari livelli di avanzamento.

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)*

La legge 125/2001 ha impegnato il Ministero della Salute ad assicurare il funzionamento di servizi alcolologici quantitativamente e qualitativamente adeguati ai bisogni del territorio nazionale e le Regioni ad una specifica programmazione di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati.

Il Ministero della Salute ha inteso quindi sostenere con uno specifico progetto l'efficace e proficua messa a punto di validi strumenti a ciò finalizzati, creando una solida base conoscitiva, operativa e organizzativa su cui innestare un'efficace attività istituzionale, anche tramite la sperimentazione di attività innovative.

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

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

Il ruolo di capofila del progetto è stato assegnato congiuntamente alle Regioni Toscana e Lombardia, con il compito di coordinare le Regioni Piemonte, Liguria, Veneto, Abruzzo, Umbria, Marche, Calabria, Campania, Puglia e Sardegna. Successivamente hanno aderito alle attività progettuali anche le Regioni Emilia Romagna, Sicilia e Basilicata.

Il progetto si è pertanto suddiviso in due diversi sottoprogetti, che sono stati contestualmente approvati dalle due Regioni capofila, con i rispettivi piani di lavoro e finanziari per la realizzazione delle attività di competenza previste.

Nell'ambito del sottoprogetto coordinato dalla Regione Toscana sono stati individuati i referenti istituzionali per il coordinamento, ed è stata emanata una specifica delibera di approvazione del progetto esecutivo da parte della Giunta regionale, con l'indicazione del Centro Alcolologico Regionale e della Azienda USL n. 5 di Pisa quali enti responsabili della gestione delle azioni previste.

E' stato inoltre formato un Comitato tecnico scientifico con la partecipazione di rappresentanti di tutte le Regioni che hanno aderito alle attività progettuali.

Nel progetto esecutivo elaborato dalla Regione Toscana viene prevista in particolare la messa a punto di una cartella alcolologica sperimentale e la relativa informatizzazione, i cui applicativi saranno messi a disposizione di tutte le Regioni partners del progetto. Si prevede inoltre la effettuazione di una ricerca per la valutazione e il monitoraggio

dell'impatto delle patologie alcolattribuibili nella popolazione, nonché lo sviluppo di specifiche abilità tecniche negli operatori dei servizi alcolologici.

Nell'ambito del sottoprogetto coordinato dalla Regione Lombardia sono stati individuati il referente istituzionale per il coordinamento e l'ente responsabile delle attività di gestione, coordinamento e implementazione delle attività progettuali (dipartimento Dipendenze della ASL Milano 2). E' stato inoltre formato un Comitato tecnico scientifico cui partecipano i rappresentanti di tutte le Regioni interessate, e sono stati organizzati incontri per la presentazione del progetto esecutivo alle altre Regioni.

Il sottoprogetto esecutivo di competenza della Regione Lombardia prevede, in particolare, interventi volti a migliorare l'esistente sistema di servizi tramite l'analisi dei protocolli organizzativi, operativo-diagnostici e terapeutici, e a definire, tramite una successiva specifica ricerca-intervento, un protocollo di rilevazione per le unità funzionali di Alcologia nell'ambito dei dipartimenti delle Dipendenze.

Il progetto prevede inoltre di approfondire le finalità prioritarie che i servizi si propongono nel loro operare in rapporto ai livelli essenziali di assistenza (LEA) nell'ambito delle attività di prevenzione delle recidive, tutela della salute, mantenimento dei trattamenti e cura.

Si prevede di focalizzare la fase formativa del progetto sui percorsi clinici per la definizione di un protocollo regionale unitario, relativo sia ai percorsi diagnostici e clinici degli utenti nei servizi che ai rapporti delle strutture territoriali con quelle specialistiche, ospedaliere e altre strutture quali le Commissioni Patenti.

La fase valutativa riguarderà l'intero percorso di cura degli utenti, e comprenderà anche l'analisi dei costi. I risultati del progetto saranno diffusi e pubblicati.

Acquisita la documentazione relativa alle prime fasi di attività di entrambi i sottoprogetti, il Ministero della Salute ha attivato le procedure per il pagamento della prima delle tre rate di finanziamento previste.

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

*(Finanziamento approvato: € 206.582,76)*

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

Poiché le ricadute nell'abuso da parte di soggetti già disintossicati costituiscono un nodo cruciale e ancora irrisolto nel trattamento degli alcolisti e vengono rilevate, nonostante la correttezza e l'efficacia dei metodi di disintossicazione, percentuali di ricaduta mediamente molto elevate, è stato elaborato uno specifico progetto di carattere sperimentale finalizzato a costruire un modello di intervento che faciliti l'accesso degli utenti alcolisti al sistema, prolunghi la loro permanenza nei programmi di trattamento e

accrezca nel tempo e nello spazio le occasioni di rapporto con i servizi, assicurando periodici contatti a lungo termine, anche tramite teleassistenza, in grado di contenere nel lungo periodo i fenomeni di ricaduta. Si prevede di sostenere a tal fine anche la diffusione sul territorio di esperienze di auto-mutuo aiuto promosse o protette dal servizio pubblico.

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

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

Sono state finora realizzate le attività previste per il primo stato di avanzamento del progetto, con la formale adesione di tutte le altre Regioni partecipanti alle azioni pianificate, la nomina del responsabile scientifico e dei responsabili amministrativi, l'elaborazione di un progetto esecutivo con un dettagliato piano finanziario, l'attivazione di incontri del gruppo sperimentale con i referenti regionali per l'illustrazione del modello di approccio cognitivo-comportamentale, che sostiene le metodologie adottate nel progetto. Sono stati inoltre adottati e illustrati gli indicatori che saranno utilizzati per esprimere i risultati della sperimentazione, e programmate le attività di formazione degli operatori, preliminari alla implementazione della vera e propria fase sperimentale.

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

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

*(Finanziamento approvato: € 480.930,00)*

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

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

Il progetto si propone di individuare i punti di forza o di criticità, a livello comunicativo, cognitivo, relazionale o quant'altro, delle strategie educative e dei programmi adottati, di studiare opinioni, credenze, condizionamenti e situazioni che favoriscono l'attrazione



dei giovani verso modelli di consumo alcolico a rischio, di costruire e sperimentare, sulla base delle conoscenze acquisite, un modello operativo in grado di coinvolgere i giovani in modo attivo nella gestione degli interventi preventivi nella scuola e di valorizzarli come risorsa.

La realizzazione del progetto è stata affidata alla Regione Emilia Romagna, quale Regione coordinatrice delle altre Regioni partecipanti al progetto (Basilicata, Campania, Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Puglia).

Sono state svolte finora le attività relative alla scelta dell'ente gestore del progetto e alla nomina dei responsabili scientifico-amministrativi, nonché riunioni con le Regioni aderenti ed elaborazione di un progetto esecutivo condiviso con le Regioni partecipanti e corredato da uno specifico piano finanziario.

Il progetto esecutivo elaborato dalla Regione Emilia Romagna, rispettando gli orientamenti del progetto-guida ministeriale, ne potenzia gli aspetti innovativi, in quanto appare finalizzato a favorire, nella realizzazione dei programmi di prevenzione alcolica, modalità di ideazione e pianificazione partecipata e rappresentativa delle diverse componenti interessate (giovani studenti, insegnanti, genitori, operatori socio-sanitari pubblici e privati).

Viene rispettata e valorizzata la valenza strategica individuata dal Ministero come fondamentale per la caratterizzazione del progetto, ossia il coinvolgimento attivo degli studenti nell'implementazione delle attività di prevenzione. Gli studenti saranno considerati non come i destinatari passivi del modello sperimentale di intervento, ma come risorsa, sul piano creativo, etico, culturale, tecnico e didattico, per l'ideazione e la costruzione di strumenti e contenuti, nonché per un confronto con gli esperti adulti anche in relazione alle fasi di valutazione e analisi del materiale da questi già raccolto e valutato.

A livello di contenuti il progetto è orientato ad approfondire un fenomeno finora poco considerato e valorizzato dagli adulti e dagli educatori nell'ambito della prevenzione dei comportamenti giovanili a rischio, e cioè la percezione, da parte dei giovani, dei fattori protettivi e determinanti del benessere nonché dei percorsi che, partendo da situazioni di benessere e piacere, possono condurre all'abuso e alla dipendenza.

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

## **2.5. La collaborazione con il Ministero del Lavoro**

Nel corso dell'anno 2005 sono proseguite le attività di confronto e collaborazione tecnica del Ministero della Salute con il Ministero del Lavoro, cui è demandata la competenza primaria per la predisposizione dello schema di Decreto interministeriale previsto dall'art. 15 comma 1 della legge 125/2001, ai fini dell'individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortunio sul lavoro, per la adozione del divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche.

Il concerto tra i due Ministeri si è concluso con la elaborazione di uno schema di decreto che è stato trasmesso successivamente dal Ministro del Lavoro alla Conferenza

permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, ai fini della acquisizione dell'intesa prevista dall'art. 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131.

Lo schema di decreto è stato altresì sottoposto all'esame della Consulta nazionale sull'alcol di cui all'art. 4 della legge 125/2001, che ha recepito tutte le proposte emendative formulate in sede tecnica.

Con provvedimento del 16 marzo 2006 la Conferenza Stato-Regioni ha pertanto sancito l'**"Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'art. 15 della legge 30 marzo 2001 n. 125. Intesa ai sensi dell'art. 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131 (Rep.atti n. 2540)"**, pubblicata nella G.U. n. 75 del 30.3.2006.

Si riporta di seguito l'articolato dell'intesa con il relativo allegato n. 1.

### **Articolo 1**

*(Attività lavorative a rischio)*

1. *Le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, per le quali si fa divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125, sono quelle individuate nell'Allegato I, che forma parte integrante della presente intesa.*
2. *In relazione alla peculiarità dei compiti istituzionali e delle esigenze connesse all'espletamento delle correlate mansioni, al personale delle Forze armate, delle Forze di polizia, degli altri Corpi armati e del Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco si applicano le disposizioni previste dai rispettivi ordinamenti in materia di idoneità fisica, psichica e attitudinale al servizio, per gli aspetti disciplinati dalla presente intesa.*

*La presente intesa, con il relativo Allegato I, sono pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.*

### **ALLEGATO I**

#### **ATTIVITA' LAVORATIVE CHE COMPORTANO UN ELEVATO RISCHIO DI INFORTUNI SUL LAVORO OVVERO PER LA SICUREZZA, L'INCOLUMITA' O LA SALUTE DEI TERZI**

- 1) *Attività per le quali è richiesto un certificato di abilitazione per l'espletamento dei seguenti lavori pericolosi:*
  - a) *impiego di gas tossici (articolo 8 del regio decreto 9 gennaio 1927, e successive modificazioni);*
  - b) *conduzione di generatori di vapore (decreto ministeriale 1 marzo 1974);*
  - c) *attività di fochino (articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1956, n. 302);*
  - d) *fabbricazione e uso di fuochi artificiali (articolo 101 del regio decreto 6 maggio 1940, n. 635);*
  - e) *vendita di fuosanitari (articolo 23 del decreto del Presidente della Repubblica 23 aprile 2001, n. 290);*
  - f) *direzione tecnica e conduzione di impianti nucleari (decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1970, n. 1450, e successive modifiche);*
  - g) *manutenzione degli ascensori (decreto del Presidente della Repubblica 30 aprile 1999, n. 162);*

- 2) *dirigenti e preposti al controllo dei processi produttivi e alla sorveglianza dei sistemi di sicurezza negli impianti a rischio di incidenti rilevanti (articolo 1 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 334);*
- 3) *sovrintendenza ai lavori previsti dagli articoli 236 e 237 del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1955, n. 547;*
- 4) *mansioni sanitarie svolte in strutture pubbliche e private in qualità di: medico specialista in anestesia e rianimazione; medico specialista in chirurgia; medico ed infermiere di bordo; medico comunque preposto ad attività diagnostiche e terapeutiche; infermiere; operatore socio-sanitario; ostetrica; caposala e ferrista;*
- 5) *vigilatrice di infanzia o infermiere pediatrico e puericultrice, addetto ai nidi materni e ai reparti per neonati e immaturi; mansioni sociali e socio-sanitarie svolte in strutture pubbliche e private;*
- 6) *attività di insegnamento nelle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado;*
- 7) *mansioni comportanti l'obbligo della dotazione del porto d'armi, ivi comprese le attività di guardia particolare e giurata;*
- 8) *mansioni inerenti le seguenti attività di trasporto:*
  - a) *addetti alla guida di veicoli stradali per i quali è richiesto il possesso della patente di guida categoria B, C, D, E e quelli per i quali è richiesto il certificato di abilitazione professionale per la guida di taxi o di veicoli in servizio di noleggio con conducente, ovvero il certificato di formazione professionale per guida di veicoli che trasportano merci pericolose su strada;*
  - b) *personale addetto direttamente alla circolazione dei treni e alla sicurezza dell'esercizio ferroviario;*
  - c) *personale ferroviario navigante sulle navi del gestore dell'infrastruttura ferroviaria con esclusione del personale di camera e di mensa;*
  - d) *personale navigante delle acque interne;*
  - e) *personale addetto alla circolazione e alla sicurezza delle ferrovie in concessione e in gestione governativa, metropolitana, tranvie e impianti assimilati, filovie, autolinee e impianti funicolari aerei e terrestri;*
  - f) *conducenti, conduttori, manovratori e addetti agli scambi di altri veicoli con binario, rotaie o di apparecchi di sollevamento, esclusi i manovratori di carri ponte con pulsantiera a terra e di monorotaie;*
  - g) *personale marittimo delle sezioni di coperta e macchina, nonché il personale marittimo e tecnico delle piattaforme in mare, dei pontoni galleggianti, adibito ad attività off-shore e delle navi posatubi;*
  - h) *responsabili dei fari;*
  - i) *piloti d'aeromobile;*
  - l) *controllori di volo ed esperti di assistenza al volo;*
  - m) *personale certificato dal Registro aeronautico italiano;*
  - n) *collaudatori di mezzi di navigazione marittima, terrestre ed aerea;*
  - o) *addetti ai pannelli di controllo del movimento nel settore dei trasporti;*
  - p) *addetti alla guida di macchine di movimentazione terra e merci;*
- 9) *addetto e responsabile della produzione, confezionamento, detenzione, trasporto e vendita di esplosivi;*
- 10) *lavoratori addetti ai comparti della edilizia e delle costruzioni e tutte le mansioni che prevedono attività in quota, oltre i due metri di altezza;*

- 11) *capiforno e conduttori addetti ai forni di fusione;*
- 12) *tecnici di manutenzione degli impianti nucleari;*
- 13) *operatori e addetti a sostanze potenzialmente esplosive e infiammabili, settore idrocarburi;*
- 14) *tutte le mansioni che si svolgono in cave e miniere.*

## **2.6. La partecipazione alle politiche internazionali**

Il Ministero della Salute ha partecipato nel corso del 2005 e del primo semestre del 2006 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.

Nel 2005 è stata approvata, nel corso del Comitato Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità svoltosi a Bucarest, la "*Framework on Alcohol Policies in the European Region*", quadro di riferimento e orientamento per le politiche sull'alcol nell'ambito della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nell'ambito delle azioni di prevenzione indicate in questo documento hanno trovato pieno riscontro, fra l'altro, i principi sanciti dalla legge 125/2001 per la tutela della popolazione, e in particolare dei bambini e adolescenti, dai danni alcolcorrelati e le conseguenti strategie del Ministero della Salute.

Il Ministero della Salute ha designato quale *National Counterpart* governativo, deputato alla consulenza in merito all'*alcohol policy* e alle tematiche alcolcorrelate, l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, che ha garantito le competenze e la partecipazione specifica nei gruppi di lavoro formali europei che hanno condotto alla definizione e alla firma da parte dei 52 Stati Membri afferenti alla Regione Europea dell'OMS del documento strategico che rinnova sino al 2010 il Piano di Azione Europeo sull'Alcol. L'Istituto Superiore di Sanità ha attuato su richiesta dell'OMS anche la programmata valutazione di impatto delle precedenti fasi delle strategie di prevenzione del suddetto Piano di azione.

Nel corso del 2005 il Ministero della Salute ha garantito, tramite le competenze del Reparto Salute della Popolazione del Centro Nazionale di Epidemiologia (CNESPS) dell'ISS, la partecipazione dell'Italia alle attività della Commissione Europea dedicate alla valutazione periodica prevista dalla Raccomandazione del Consiglio "*Consumo di bevande alcoliche da parte di bambini e adolescenti*" e dalla Conclusione del Consiglio U.E. per l'adozione di una strategia comunitaria tesa a ridurre l'impatto sociale e sanitario dell'alcol nell'ambito della popolazione generale. Tale partecipazione è stata espressa nell'ambito degli organi formali della Commissione ed in particolare nel Gruppo di lavoro "*Alcol e salute*" insediato presso la Direzione Generale Salute e Tutela dei Consumatori della Commissione europea (DG SANCO). Il Ministero della Salute ha partecipato, in particolare, alla *survey* promossa dalla DGSANCO per l'identificazione dei risultati conseguiti e delle criticità incontrate a seguito dell'adozione ed implementazione nazionale della Raccomandazione del Consiglio sul

consumo alcolico di giovani ed adolescenti. Il report europeo prodotto dalla Commissione Europea ha elaborato la raccolta comparata di dati su alcol e stili di vita, riguardante indicatori relativi al consumo, al monitoraggio della pubblicità e delle modalità di marketing dell'alcol, alla legislazione esistente. Il report ha costituito uno dei documenti di riferimento per la definizione della *Community Strategy on Alcohol*, che è stata oggetto di una specifica Comunicazione della Commissione al Consiglio e delle successive "Conclusioni del Consiglio su una strategia dell'Unione europea per ridurre i danni connessi con l'alcol", adottata il 30 novembre 2006 al termine del semestre di presidenza europea finlandese. Il Ministero ha partecipato alle tavole rotonde organizzate a Bruxelles dalla Commissione Europea per la definizione delle priorità da perseguire attraverso la futura strategia comunitaria sull'alcol.

Un'attenzione specifica è stata posta sia in ambito UE che OMS alla promozione di target specifici nell'elaborazione di politiche e attività prioritarie di contrasto all'abuso di alcol: giovani e adolescenti, donne in gravidanza, alcol e guida; pubblicità degli alcolici e codici di regolamentazione.

Il Ministero della Salute ha proseguito la collaborazione con l'OMS nell'ambito delle attività di *reporting* e aggiornamento periodico della base di dati ed informativa prevista dall'European Alcohol Information System e dall'Alcohol Control Database, gestito e coordinato per l'Italia dall'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS e consultabile su apposito sito internet dell'Alcohol Control Database.

Il 2005 ha rappresentato anche un'importante opportunità per la partecipazione alla produzione delle Linee Guida Cliniche Europee per la identificazione precoce dell'abuso alcolico, a cui l'Istituto Superiore di Sanità ha partecipato nell'ambito delle attività del Progetto europeo PHEPA, finalizzato alla definizione di standard e contenuti per la formazione specifica del personale sanitario e dei medici di Medicina Generale (le Linee Guida sono pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità-Epicentro (<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol>) e su quello europeo ([www.phepa.net/units/phepa/html/en/dir360/doc8870.html](http://www.phepa.net/units/phepa/html/en/dir360/doc8870.html)).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato sul sito internazionale (Gineva) l'esperienza condotta dall'Italia nell'ambito del Progetto Collaborativo in fase IV EIBI (*Early Identification and Brief Intervention*) coordinato dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS su nomina congiunta OMS-Ministero della Salute.

Nel corso del 2005 e del primo trimestre del 2006 è stata predisposta su richiesta della Commissione Europea una relazione utile alla definizione dell'impatto economico e sociale dell'alcol nella U.E., i cui dati, raccolti in tutti gli Stati Membri dell' U.E., sono stati utilizzati per la redazione del report "*Alcohol in Europe*".

Il Ministero della Salute ha partecipato alla definizione dei contenuti della Risoluzione sui problemi derivanti dall'abuso di alcol approvata nel maggio 2005 dall'Assemblea Mondiale dell'OMS e alla predisposizione del *draft* della fase finale del Piano d'Azione per gli anni 2005-2010.

In collaborazione con il WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol dell'Istituto Superiore di Sanità, il Ministero della Salute ha organizzato e finanziato nell'aprile 2006 l'Alcohol Prevention Day (APD), che ha coinvolto i rappresentanti formali della Commissione Europea (DG SANCO) e dell'OMS di

Copenaghen, oltre a rappresentanti di alcuni Stati Membri della EU e del Comitato Europeo delle Regioni.

Nel corso dell'APD 2006 è stato prodotto un libretto con la traduzione italiana delle strategie OMS ed è stato programmato per l'anno seguente un libretto relativo alle strategie EU.

Il Ministero della Salute ha promosso le attività previste dal *workplan* del *Centro di collaborazione dell'O.M.S. per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcolcorrelati*, attivo dal 2000 presso il CNESPS, finanziando, tramite apposito accordo di collaborazione, la realizzazione di attività di informazione e prevenzione e una serie di iniziative di valenza internazionale relative ad attività di ricerca, formazione, valutazione e coordinamento di progetti finalizzati alla riduzione dei rischi per la salute legati all'uso e abuso di alcol.

### **3. La spesa farmaceutica per la terapia farmacologica delle patologie alcolcorrelate\***

#### **La spesa farmaceutica convenzionata (farmacie aperte al pubblico)**

La spesa farmaceutica convenzionata (tramite le farmacie aperte al pubblico) a carico del SSN per l'anno 2006 è stimata in circa 451.000 Euro, con una riduzione del -12% rispetto all'anno precedente (tab. 1).

Il farmaco maggiormente prescritto è il naltrexone (ETILTOX® - ANTAXONE®), che rappresenta la quasi totalità (99,7%) delle prescrizioni effettuate (tab. 2).

**Tabella 1 Spesa farmaceutica convenzionata**

Molecola	N° confezioni in commercio	Spesa convenzionata SSN			
		2005	2006*	var assoluta	var %
Naltrexone	9	509.316	448.454	-60.862	-11,9%
Metadossina	3	2.350	1.582	-768	-32,7%
Disulfiram	2	963	679	-283	-29,4%
<b>Totale</b>	<b>14</b>	<b>512.629</b>	<b>450.715</b>	<b>-61.914</b>	<b>-12,1%</b>

\* stima effettuata sui dati del 1° semestre 2006

**Tabella 2 Dosi prescritte farmaceutica convenzionata**

Molecola	N° confezioni in commercio	N° dosi prescritte				Quota di mkt
		2005	2006*	var assoluta	var %	
Naltrexone	9	1.099.747	1.154.280	54.533	5,0%	99,7%
Disulfiram	2	2.305	1.828	-477	-20,7%	0,2%
Metadossina	3	1.217	1.405	188	15,4%	0,1%
<b>Totale</b>	<b>14</b>	<b>1.103.269</b>	<b>1.157.513</b>	<b>54.244</b>	<b>4,9%</b>	<b>100,0%</b>

\* stima effettuata sui dati del 1° semestre 2006

\* Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco

**La spesa farmaceutica non convenzionata (strutture pubbliche)**

La spesa farmaceutica non convenzionata, ottenuta attraverso il sistema della "targatura", che individua i dati relativi all'acquisto di farmaci da parte delle strutture pubbliche dislocate sul territorio italiano (ospedali, ASL, Regioni), è stimata per l'anno 2006 in 5,2 ml di Euro (tab. 3), con un incremento rispetto all'anno 2005 del 22,1%. Il farmaco maggiormente utilizzato è il sodio ossibato (ALCOVER®), il quale rappresenta l'89,3% delle confezioni prescritte (tab. 4).

**Tabella 3 Spesa farmaceutica non convenzionata**

	Spesa non convenzionata			
	2005	2006*	var assoluta	var %
Sodio ossidato	1.886.197	2.429.775	543.577	28,8%
Metadossina	1.984.330	2.194.363	210.033	10,6%
Naltrexone	161.004	278.873	117.869	73,2%
Disulfiram	233.751	304.443	70.692	30,2%
<b>Totale</b>	<b>4.265.283</b>	<b>5.207.453</b>	<b>942.170</b>	<b>22,1%</b>

\*stima effettuata sui dati del 1° semestre 2006

**Tabella 4 N° confezioni prescritte farmaceutica non convenzionata**

	N° confezioni				Quota di mkt
	2005	2006*	var assoluta	var %	
Sodio ossibato	1.261.056	1.688.136	427.080	33,9%	89,3%
Metadossina	113.910	131.922	18.012	15,8%	7,0%
Disulfiram	33.276	45.070	11.794	35,4%	2,4%
Naltrexone	19.805	26.034	6.229	31,5%	1,4%
<b>Totale</b>	<b>1.428.047</b>	<b>1.891.162</b>	<b>463.115</b>	<b>32,4%</b>	<b>100,0%</b>

\*stima effettuata sui dati del 1° semestre 2006



**La spesa farmaceutica complessiva**

La spesa farmaceutica complessiva (convenzionata e non convenzionata), per i farmaci utilizzati per la cura della dipendenza da alcol, è stimata per l'anno 2006 in circa 5,7 ml di Euro, ed ha evidenziato un aumento del 18,4 % rispetto all'anno 2005. La quasi totalità dell'erogazione di questi farmaci avviene all'interno delle strutture ospedaliere o attraverso la distribuzione da parte delle farmacie ospedaliere; la spesa farmaceutica non convenzionata rappresenta infatti il 92% della spesa complessiva sostenuta per questa classe di farmaci (tab. 5).

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

Anno	Spesa convenzionata	Spesa non convenzionata	Spesa totale	% conv.	% non conv.
2005	512.629	4.265.283	<b>4.777.912</b>	10,7%	89,3%
2006	450.715	5.207.453	<b>5.658.169</b>	8,0%	92,0%

#### **4. Le attività della Consulta nazionale sull'alcol e i problemi alcolcorrelati presso il Ministero della Solidarietà Sociale**

La Consulta nazionale sull'alcol prevista dall'art. 4 della legge 125/2001 è stata regolamentata con DM 3 giugno 2004 n. 199 e si è per la prima volta riunita il giorno 14 dicembre 2004.

Per favorire il contributo della Consulta alla redazione della Relazione al Parlamento, secondo le previsioni dell' art. 4 comma 5 a) della legge 125/201, il Ministero della Salute ha invitato le Regioni ad inoltrare anche alla Consulta le relazioni annualmente inviate al Ministero ai fini della redazione della Relazione medesima.

L'organizzazione dei lavori della Consulta nel corso del 2005 ha previsto il funzionamento di n. 4 gruppi di lavoro.

Tutti i documenti prodotti dai singoli gruppi di lavoro sono stati oggetto di discussione e valutazione nel corso di riunioni plenarie della Consulta e, una volta emendati, sono stati approvati all'unanimità e trasmessi ai Ministri competenti.

La documentazione di interesse del Ministero della Salute è stata inviata allo stesso con nota del 14 giugno 2006.

Si riporta di seguito una sintesi dei documenti pervenuti prodotti dai suddetti quattro gruppi di lavoro.

#### **ATTIVITA', PARERI E PROPOSTE DELLA CONSULTA NAZIONALE ALCOL RAPPORTO ANNI 2005-2006**

**GRUPPO DI LAVORO "MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLE DOCUMENTAZIONI NAZIONALI, EUROPEE ED INTERNAZIONALI PERTINENTI AGLI AMBITI E ALLE COMPETENZE DELLA CONSULTA NAZIONALE ALCOL."**

##### ***Svolgimento delle attività del Gruppo di lavoro***

*Il Gruppo di Lavoro "Monitoraggio e valutazione delle documentazioni nazionali, europee ed internazionali pertinenti agli ambiti e alle competenze della Consulta Nazionale Alcol" ha esaminato una serie di documenti attualmente disponibili riguardanti gli ambiti di competenza richiamati nella Legge 125/2001, selezionando quelli più idonei e coerenti a fornire un contributo di valenza sociale e sanitaria utile al perseguimento di norme, iniziative, strategie ed attività finalizzate alla prevenzione, cura e reinserimento sociale degli alcol dipendenti. Il gruppo di Lavoro ha individuato alcuni punti prioritari che emergono a livello europeo ed internazionale e che in termini di obiettivi appare indispensabile perseguire nel breve e medio termine, quale contributo al raggiungimento delle finalità poste dalla 125/2001.*

##### ***Documentazioni di riferimento***

*Il gruppo di lavoro ha esaminato i documenti OMS, EU e Nazionali prodotti nel periodo 2000-2005 selezionando il seguente nucleo di riferimento:*

##### ***OMS***

*Risoluzione WHO/EUR/RC49/R8: approvazione della terza fase dell'European Alcohol Action Plan (2002-2005); Health21, Salute 21, target 12.2, OMS 2000; Risoluzione WHO/EUR/RC51/R4: adozione della Declaration on Young People and Alcohol nel corso della WHO Ministerial Conference on Young People and Alcohol in Stoccolma, 2001; HEN (Rete di evidenze per la salute), OMS 2004; Risoluzione 55° Comitato Regionale OMS, Framework for Alcohol Policy in the European Region (FAP), 2005; Documento Framework for Alcohol Policy in the European Region (FAP), OMS 2005-2010 e background documentation; Risoluzione WHA58.26 dell'Assemblea Mondiale della Sanità "Public health problems caused by harmful use of alcohol", 2005.*

**EU**

Raccomandazione del Consiglio d'Europa sul bere di Giovani e Adolescenti, 2001; Comunicazione della Commissione sulla Strategia Europea sull'alcol, 2001; Studio ESPAD, 2003; Eurobarometer, Commissione Europea, 2004.

**NAZIONALI**

Relazioni del Ministro della Salute al Parlamento ai sensi della legge 125/2001, anni 2004 e 2005; Rilevazione periodica del Ministero della Salute 2001, 2002 e 2003 delle attività nel settore dell'alcoldipendenza.

A partire dalla strategia Health 21 e attraverso la seconda e terza fase del Piano d'Azione Europeo sull'Alcol (EAAP), l'OMS sollecita la riduzione dei consumi di alcol a livello di popolazione e sottolinea l'urgenza di ridurre a zero il consumo di alcol al di sotto dei 15 anni d'età. Le evidenze disponibili relative alle misure che presentano il più vantaggioso rapporto costo/beneficio sono state oggetto di continui aggiornamenti e inglobate nella Framework for Alcohol Policy e recepiscono le indicazioni della Rete di Evidenza per la Salute WHO (HEN) del 2004 e di gran parte delle pubblicazioni scientifiche che hanno costituito la background documentation presentata e approvata, nel corso del Comitato Regionale OMS del settembre 2005, dai 52 Ministri della Salute della Regione Europea dell'OMS. Ai fini della prevenzione dei problemi alcolcorrelati a livello di popolazione l'OMS suggerisce una politica basata su un mix di misure, tra le quali:

- a) aumento del prezzo delle bevande alcoliche attraverso aumento della tassazione
- b) limitazione di orario e giorni di apertura degli esercizi che vendono alcolici
- c) controllo (limitazione) del numero degli esercizi che vendono alcolici
- d) innalzamento dell'età minima legale di accesso all'alcol (vendita/acquisto e somministrazione)
- e) interventi su alcol e guida (check-points per misurazione tramite etilometro dell'alcol consumato, abbassamento dell'alcolemia consentita alla guida, misure differenziali per i guidatori principianti, programmi di intervento breve sui bevitori problematici)
- f) interventi sulla regolamentazione della pubblicità e sulle modalità di marketing
- g) interventi e campagne di educazione, informazione e sensibilizzazione, governativi, indipendenti, di lungo termine e combinati con strategie di continuità e coinvolgimento a livello familiare.

La FAP WHO 2005 dedica un intero paragrafo alle "alcohol-free situations", alle circostanze o occasioni o periodi della vita in cui è appropriato evitare completamente l'uso di alcol. Tra le situazioni elencate quelle relative alla sicurezza stradale, alla sicurezza nei luoghi di lavoro, alla gravidanza, all'età infantile ed adolescenziale, ai luoghi deputati allo sport, agli eventi musicali o comunque di aggregazione giovanile sono quelli per cui esistono evidenze di necessità di intervento ai fini della sicurezza e della salute. La FAP WHO 2005 sollecita, inoltre, la realizzazione di una giornata nazionale di prevenzione (focus day on preventing alcohol-related problems) in combinazione con interventi di medio-lungo termine quale strumento integrativo e di supporto alla realizzazione di opzioni preventive collegate alle politiche alcolologiche nazionali. Infine si sollecita il sostegno alla realizzazione di progetti o programmi di ricerca finanziata e studi capaci di sostenere, attraverso i risultati, politiche sull'alcol basate sull'evidenza epidemiologica, sociale e culturale nazionali. Le aree di intervento sollecitate dalla FAP WHO del 2005 sono le dieci aree di azione dell'EAAP 2002-2005 (terza fase) e già parzialmente ricomprese nel Piano Nazionale Alcol e Salute del Ministero della Salute.

**Proposte**

L'analisi della documentazione richiama esplicitamente l'adozione di una serie di possibili misure volte a favorire in Italia "la prevenzione, la cura ed il reinserimento sociale degli alcolodipendenti" come da art.1 della Legge 125/2001. Poiché le finalità richiamate dall'art 2 della Legge (Finalità) si ispirano a ben definiti ambiti di intervento, appare adeguato richiamarsi alle cinque finalità di cui al comma a) ed e) del citato articolo, dando per acquisita la validità e l'efficacia delle indicazioni esaminate nelle documentazioni ufficiali già, peraltro, formalmente sottoscritte a livello governativo.

Ovviamente esulava dalle competenze del Gruppo indicare azioni per tutte le aree di possibile intervento, ma dodici priorità sono state individuate ed è a queste che le proposte si sono indirizzate in concreto focalizzandosi prioritariamente sui gruppi più vulnerabili all'alcol e al rischio alcolcorrelato: i bambini,

*i giovani, le donne. L'analisi epidemiologica e l'allarme sociale sollecitano un rafforzamento della tutela della salute e della sicurezza dei giovani, in particolare di quelli al di sotto dei sedici anni; attualmente le norme vietano ai minori di anni 16 la somministrazione di alcolici, ma non proibiscono la vendita che è largamente consentita (circa 800.000 under-aged all'anno dichiarano di consumare bevande alcoliche secondo dati dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS).*

- a) Una prima proposta è quindi quella di introdurre il divieto di vendita, oltre che di somministrazione, di alcolici ai giovani al di sotto dell'età legale.*
- b) Una seconda proposta, peraltro già considerata dalla futura Community Strategy on Alcohol a livello EU, e coerente con la tendenza europea di armonizzare ovunque a 18 anni l'età minima, riguarda l'innalzamento dell'età dagli attuali 16 anni ai 18 anni, accompagnando tali modifiche con un adeguato rafforzamento dei controlli e applicazione delle relative sanzioni a carico degli esercenti che violino tali norme.*
- c) Sempre nell'ottica della protezione dei giovani dalle pressioni al bere che ne determinano la precocità e quindi l'incremento del rischio nell'età adulta, occorre rafforzare le misure relative alle modalità di marketing e di pubblicità che promuovono l'alcol, inclusa la sponsorizzazione di eventi che richiamano i giovani.*
- d) Al di là di ulteriori e possibili revisioni del codice di autoregolamentazione (e di cui si discute a livello europeo) sarebbe opportuno proporre la creazione di un fondo da destinare alla ricerca e alla prevenzione, garantito da adeguate forme di prelievo. Un fondo di prevenzione specifico è stato creato negli anni trascorsi per il fumo attraverso una maggiore tassazione delle sigarette; tale opzione sarebbe comunque da tenere in stretta considerazione.*
- e) Una priorità costante e riemergente è quella relativa ad alcol e guida. Tra le proposte che è realistico avanzare ci sono quelle relative alle esperienze già in atto in altre nazioni europee e relative alla dotazione di check-points per misurazione tramite etilometro dell'alcol consumato nei locali frequentati in particolare dai giovani, e l'abbassamento dell'alcolemia consentita alla guida con misure differenziali per i guidatori principianti, più giovani e quindi più inesperti.*
- f) Sempre in tale ottica sarebbe da modificare la norma relativa al divieto di vendita di superalcolici sulle autostrade nelle ore notturne sostituendola con un divieto di vendita di tutte le bevande alcoliche.*
- g) Per la sensibilizzazione, in particolare dei giovani, sugli effetti dell'alcol, si propone un programma di promozione della salute riguardante l'alcol ed i problemi alcolcorrelati nei contesti scolastici. I programmi, differenziati per fascia di età, dovrebbero favorire l'incremento delle abilità e della capacità critica dei giovani attraverso il sostegno degli insegnanti, dei gruppi di pari e, in continuità, dei genitori.*
- h) Programmi specifici di prevenzione, di identificazione precoce di abuso alcolico e di intervento breve andrebbero previsti per tutti i luoghi di lavoro, rafforzando altresì i controlli per tutte le categorie a maggior rischio indicate dalle normative vigenti.*
- i) L'informazione e la sensibilizzazione su alcol e giovani, alcol e donna, alcol e gravidanza sono da considerarsi prioritarie e da proporre in maniera sistematica attraverso iniziative costanti e di medio-lungo termine.*
- l) Dato il contributo "essenziale" delle associazioni di volontariato basate sul mutuo-aiuto, è opportuno sollecitare la individuazione delle modalità atte a garantire sia a livello nazionale (per le associazioni di coordinamento) sia a livello regionale e locale, il necessario sostegno alla loro attività ordinaria.*
- m) Relativamente alla ricerca, il Piano Nazionale Alcol e Salute, che recepisce le indicazioni emergenti dalla Relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute sullo stato di implementazione della 125/2001, considera solo parzialmente tali aree che dovrebbero pertanto esser riconsiderate nella loro integralità ricomprendendo, quindi, ad esempio, anche le aree relative alla ricerca (comma e) della 125/2001 e alla formazione e aggiornamento del personale che si occupa di problemi alcolcorrelati.*
- n) Riguardo alla formazione, sarebbe opportuno prevedere un programma di formazione e l'integrazione di attività specifiche riguardanti l'identificazione precoce e l'intervento breve secondo lo standard europeo OMS e EU (Phepa) nei setting di medicina generale ed in quelli socio-sanitari di prevenzione ed assistenza.*

**GRUPPO DI LAVORO “DEFINIZIONE DEI CRITERI DI MONITORAGGIO SUI PROBLEMI ALCOL CORRELATI: RILEVAZIONE DELL’ESISTENTE E DEI BISOGNI DI LIVELLO NAZIONALE E REGIONALE”**

L'articolo 4 della Legge 125/2001, comma 5, lettera a, definisce gli incarichi della Consulta tra i quali emerge quello di collaborare “nella predisposizione della relazione prevista dall’articolo 8, esaminando, a tal fine, i dati risultati dal monitoraggio effettuato ai sensi dell’articolo 3, comma 1, lettera c), delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano”. La Consulta perciò ha tra le sue finalità oltre al compito consultivo di cui all’art. 3 comma 1 anche quella di formulare proposte su “i criteri per il monitoraggio dei dati relativi all’abuso di alcol e ai problemi alcol correlati” e di garantire “l’elaborazione e la diffusione degli stessi a livello regionale e nazionale” (Legge 125/2001, articolo 3, comma 1, lettera c). La Consulta nazionale sull’alcol, attraverso l’attività del presente Gruppo di Lavoro, ha valutato le esigenze relative alla attivazione di un monitoraggio valido e costante che a partire dalle singole Regioni permetta di avere un quadro nazionale del fenomeno dei problemi e patologie alcol correlate e che metta in rete tutti coloro che lavorano in questo settore: Servizi del SSN, Servizi privati, Equipes o centri alcologici, Associazioni di volontariato e di auto-mutuo aiuto, Municipalità. Alla luce delle informazioni disponibili e delle attività già in atto a cura degli organismi competenti, emerge la necessità di integrare e rinnovare l’attuale Sistema Informativo attraverso informazioni relative all’uso di alcol e ai problemi alcol correlati che abbiano come principale finalità quella di colmare quelle aree che attualmente risultano ancora carenti o mal definite e di dotare il nuovo Sistema Informativo di un set di indicatori. Tale sistema dovrebbe avvalersi di strumenti standardizzati, di indicatori e relative tecniche di rilevazione, capaci di garantire una conoscenza dettagliata dei fenomeni di interesse, misurandone i cambiamenti, fornendo una descrizione sintetica di una condizione o di un fenomeno. E’ opportuno che idonei criteri di selezione per gli indicatori vengano adottati e perseguiti, tra i quali:

- Validità (la capacità di misurare un fenomeno)
- Sensibilità (la capacità di misurare i cambiamenti nel tempo)
- Comparabilità (la standardizzazione ed omogeneità degli indicatori)
- Periodicità (la regolarità almeno annuale della rilevazione)
- Consistenza dei dati generati attraverso l’indicatore selezionato
- Precisione e disponibilità (utilizzo/non utilizzo dell’indicatore).

Nell’attuazione del sistema di monitoraggio si dovrebbero prevedere fasi dedicate a:

a) Definire le aree di indagine ; b) Definire il livello di dettaglio informativo secondo le particolari necessità ; c) Definire gli indicatori occorrenti per il monitoraggio e concordare i criteri di selezione degli indicatori stessi; d) Definire indicatori di primo livello per ognuna delle aree da integrare con quelli di secondo livello che permettono una migliore descrizione del fenomeno in oggetto; e) Definire e concordare i criteri per il campionamento in modo da rappresentare statisticamente il livello territoriale; f) Definire e attuare le procedure e le metodologie di rilevazione; g) Produrre e pubblicare report informativi.

Tale sistema di monitoraggio presenterebbe il vantaggio di risultare dinamico e flessibile e maggiormente idoneo a rispondere alle esigenze e alle necessità emergenti.

**Le finalità**

Le finalità del sistema di monitoraggio che la Consulta nazionale sull’alcol ritiene necessarie ed inderogabili, sono:

- Attivare un monitoraggio permanente per la stima dell’impatto dell’alcol sulla salute e per la valutazione dei costi relativi, nonché per valutare l’affidabilità delle politiche sociali ed economiche relative all’industria degli alcolici
- Creare, attraverso la collaborazione in rete di tutte le Regioni, i Servizi Territoriali, le realtà del volontariato e dell’auto-mutuo aiuto, una rete di Osservatori Regionali sull’Alcol e un sistema informativo di monitoraggio, sorveglianza e valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico nonché degli indicatori del danno alcol correlato e degli interventi adottati

- Favorire un approccio integrato che coinvolga, oltre ai servizi sanitari, anche i medici di medicina generale, i servizi sociali, i gruppi di auto-aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate
- Costruire un sistema complesso di trattamento accessibile, fruibile, efficace ed efficiente, flessibile e affidabile, basato su evidenze scientifiche e su un'adeguata valutazione dei bisogni.

#### **Gli obiettivi**

*Gli obiettivi che si possono realizzare grazie alla rete di tutti i diversi enti che si occupano del fenomeno in oggetto sono numerosi :*

1. *Istituire un'anagrafe dei servizi pubblici o dei gruppi di lavoro che erogano prestazioni socio-sanitarie in materia di alcol-dipendenza, nonché degli enti del volontariato, del privato sociale o privati che collaborano, a vario titolo, con i servizi socio-sanitari in materia di alcol-dipendenza*
2. *Monitorare i consumi annuali pro-capite di alcol puro delle popolazioni regionali (ISTAT, ad-hoc survey, altre fonti o banche dati) e il cambiamento dei modelli di consumo, come nel caso del fenomeno del binge drinking (il bere per ubriacarsi), attraverso la rilevazione nel numero di episodi di concentrazione del consumo*
3. *Studiare la prevalenza e l'incidenza delle patologie e problematiche alcolcorrelate sulla popolazione nelle varie Regioni partendo dai servizi SSN ed arricchendo ove possibile tali informazioni con quelle che possono rientrare nelle disponibilità delle Prefetture, delle Questure, degli Enti Ausiliari, delle RSA e del mondo del volontariato*
4. *Monitorare il numero di utenti con PPAC, i servizi rilevati (territoriali e ospedalieri, pubblici e privati, convenzionati o accreditati), i gruppi di auto e mutuo aiuto*
5. *Analizzare i costi sanitari (e sociali) del fenomeno e l'impatto sul SSN; stimare i costi, inclusi quelli necessari ad attuare programmi di identificazione precoce e di intervento breve che l'evidenza scientifica identifica come i più efficaci (Progetto PHEPA)*
6. *Valutare accessibilità, fruibilità ed efficacia clinica dei programmi di trattamento e riabilitazione nel sistema pubblico e terzo settore nonché competenze e abilità tecniche del personale*
7. *Realizzare una cartella clinica alcolologica informatizzata sperimentale unica per i servizi alcolologici (si veda il Progetto Ministeriale "Impatto dei problemi alcolcorrelati nella popolazione afferente alle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere: epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi", coordinato da Regione Toscana e Lombardia),*

#### **Gli strumenti**

*Gli strumenti a disposizione (quali Cartella clinica informatizzata, Scheda di dimissione Ospedaliera, flussi informativi inclusi quelli normativi attuati dal Ministero per la rilevazione periodica legata ai servizi dedicati al recupero degli alcolodipendenti, strumenti di monitoraggio e rilevazione creati ad hoc per realtà specifiche, elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità ed altri strumenti disponibili presso le Regioni, i Servizi e le Associazioni) dovrebbero essere utilmente integrati e rafforzati da uno standard uniforme dettato da linee guida generali da predisporre in funzione delle attività connesse al Sistema di Monitoraggio.*

#### **Documenti di riferimento**

*Sistema attuale di rilevazione alcol Ministero Salute; Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (D.M. 12 dicembre 2001); Legge 125/2001; Piano Nazionale Alcol e Salute del Ministero della Salute.*

#### **Proposta**

*A seguito dell'esame delle fonti normative e delle opportunità che sono oggi disponibili in termini di fonti di dati, di indicatori disponibili e sviluppabili attraverso opportune attività, peraltro già richiamate dal PNAS del Ministero della Salute, e tenuto conto della indispensabilità di un opportuno coordinamento tecnico-scientifico che potrebbe essere svolto dall'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il CCM del Ministero della Salute, si propone che un sistema specifico di monitoraggio sull'alcol venga attivato dal Ministero della Salute in stretta e inderogabile cooperazione con le Regioni secondo le*

modalità ed i criteri identificati e sopra esposti, integrati da indicazioni tecniche specifiche che gli organismi e le istituzioni competenti in tema di monitoraggio vorranno apportare, al fine di adeguare l'attuale livello informativo alle esigenze sanitarie e sociali, sia regionali che nazionali, relative alla prevenzione dei problemi alcol-correlati. Il gruppo di lavoro sollecita il coinvolgimento nelle attività di realizzazione del Sistema Informativo e di Monitoraggio sull'Alcol di tutte le istituzioni nazionali e regionali, le organizzazioni, le società scientifiche e il terzo settore che possano contribuire a rendere il Sistema efficace ed adeguato a garantire nel tempo l'implementazione di un sistema orientato a soddisfare le esigenze di tutti gli utenti finali: gli alcolisti e le loro famiglie, i cittadini, i politici, gli operatori sanitari e sociali.

**GRUPPO DI LAVORO "FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE CHE SI OCCUPA DEI PROBLEMI ALCOLCORRELATI"**

Il gruppo di lavoro ha compiuto una ricognizione della realtà esistente nel panorama nazionale ed ha identificato bisogni formativi e di aggiornamento in maniera differenziata circa le tipologie di operatori in merito ai vari ambiti di prevenzione, trattamento e riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati. Il gruppo di lavoro ha preliminarmente riconosciuto la molteplicità e la differenziazione di obiettivi formativi relativi a vocazioni, competenze e professionalità di varia origine e tipologia come quelle attinenti al campo alcologico. In particolare alcune problematiche sono state identificate e discusse:

- a) la necessità di standard formativi minimi uniformi e di livelli di apprendimento progressivi in corsi che dovrebbero essere omogenei per categoria di personale da formare;
- b) l'esigenza di verificare la validità o la validazione di percorsi formativi già svolti;
- c) la previsione di nuove tipologie di corsi e di titoli universitari, in sostituzione o in aggiunta a quelli esistenti, o anche modificandone l'ordinamento e la durata;
- d) la distinzione tra attività didattiche di base, specialistiche, di perfezionamento scientifico, di alta formazione permanente e ricorrente.

Le attività del gruppo di lavoro si sono concentrate: 1) sulla ricognizione delle realtà esistenti; 2) sull'analisi della documentazione disponibile, in particolare la documentazione della Società Italiana di Alcologia (SIA); 3) sulla discussione sui percorsi formativi e sui titoli preferenziali di accesso alla formazione specialistica alcologica; 4) sulla qualificazione degli operatori già attivi nel settore alcologico; 5) sull'individuazione dei requisiti del corpo docente anche in vista della costituzione di team didattici; 6) sull'armonizzazione della formazione in alcologia a livello europeo; 6) sulla formulazione di proposte operative.

**Ricognizione della situazione**

L'alcologia non viene affrontata e scarsamente considerata a livello dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia o di vecchio ordinamento in Psicologia o Scienze dell'Educazione, né tanto meno nei diplomi universitari o lauree brevi di vecchio ordinamento nell'area delle professioni sanitarie o di quelle ad indirizzo sociale e pedagogico. Nei corsi di laurea triennale e specialistica, nell'area delle professioni sanitarie e di quelle ad indirizzo sociale e psicologico, è raro l'inserimento dell'alcologia nell'offerta didattica. In tutta Italia risultano attivi solo n. 6 Master in Alcologia (o in materie attinenti con insegnamenti più specificamente dedicati all'area alcologica) in altrettante università (Bari, Cagliari, Firenze, Napoli, Roma LUMSA, Roma Cattolica); di questi, 5 sono di primo livello e istituiti presso Facoltà di Medicina e 1 è di secondo livello, presso una Facoltà di Scienze della Formazione. Sono stati istituiti, in varie sedi universitarie, cicli di Dottorato di Ricerca, di cui alcuni specificamente attivati in area alcologica e altri in materie affini con argomenti attinenti o orientati all'area alcologica. La formazione professionale e l'aggiornamento per gli operatori di alcologia vengono programmati su base regionale dalle ASL, ad opera dei Dipartimenti competenti, usualmente nell'ambito della formazione per operatori delle dipendenze, attraverso l'istituzione di corsi che rilasciano titoli spendibili a livello locale, regionale e nazionale. Parimenti l'aggiornamento e la formazione specialistica in argomenti alcologici per il personale sanitario sono a cura delle istituzioni competenti, anche attraverso corsi ECM. Altre

iniziative formative sono state indirizzate ai medici di Medicina Generale (MMG), ai pediatri, ai medici del lavoro e ad altro personale di primary care. In Italia si sono sviluppati percorsi formativi, ormai consolidati e sperimentati nel tempo, con partenza dal volontariato e dal terzo settore, rivolti sia ai volontari che alla popolazione generale e agli operatori socio-sanitari, in linea con le indicazioni, fornite dall'OMS, relative agli stili di vita e alla promozione della salute, anche in conformità con le basi teorico-applicative degli interventi di auto-mutuo aiuto.

#### **Analisi della documentazione della SIA**

Alla luce dell'orientamento proposto in merito alla formazione da parte della Società Italiana di Alcolologia (SIA), il gruppo di lavoro ha manifestato consenso sulla urgenza di richiesta di inserimento delle specifiche competenze alcolologiche nell'ambito di corsi integrati o di attività didattiche opzionali, con un core curriculum e specifici percorsi formativi. E', in tale ottica, irrinunciabile la disponibilità di crediti formativi universitari per tutti i corsi di laurea nell'area sanitaria, sociale e psicologica, e tutti gli sforzi andranno sostenuti al fine di raggiungere per l'alcolologia il riconoscimento, oggi arduo, di disciplina universitaria autonoma, seppure con contenuti transdisciplinari. E' importante aggiungere ai settori scientifico-disciplinari segnalati per l'afferenza della materia (MED/09, MED/22, M-PSI, SP S/07) i settori MED/25 (Psichiatria) e MED/12 (Gastroenterologia) e raggiungere l'equivalenza tra scuole di specializzazione in Alcolologia e Master, la cui promozione va perseguita e stimolata.

Risulta prioritario individuare crediti integrativi e aggiuntivi relativi ad altre discipline (ad esempio in area medica: Neurologia, Medicina Legale, Farmacologia) mentre, dal lato dei bisogni formativi, appare opportuno che, nel settore della Psichiatria, accanto alle problematiche alcolcorrelate di dipendenza, vengano considerate anche quelle, non meno importanti in termini di rilevanza, dei disturbi (acuti e cronici) da uso di alcol e indotti da alcol.

#### **Percorsi formativi e titoli preferenziali di accesso alla formazione specialistica alcolologica**

Sono stati identificati, quali titoli preferenziali di accesso a corsi di perfezionamento e di Master, nonché a dottorati di ricerca che dovessero essere attivati in materia alcolologica, i seguenti titoli di studio:

- *Laurea: Medicina, Psicologia, Biologia, Giurisprudenza, Agraria, corsi di laurea ad indirizzo sociale e pedagogico; la laurea specialistica viene ovviamente privilegiata rispetto a quella triennale;*
- *Specializzazione post-laurea in Medicina: Medicina Interna, Gastroenterologia, Psichiatria, Farmacologia, Igiene, Medicina Legale, Neurologia, etc.*

#### **Qualificazione degli operatori già attivi nel settore alcolologico**

La questione della qualificazione degli operatori a vario titolo già attivi nel settore alcolologico investe sia la legittimazione delle figure professionali e dei profili lavorativi, sia l'ingresso, attraverso meccanismi concorsuali, contrattuali o di affidamento di incarico, nell'area sanitaria e socio-assistenziale pubblica e privata di operatori attivi, a livello volontaristico o precario, in campo alcolologico. Il gruppo di lavoro ritiene che, al di là degli adempimenti formali e istituzionali, il personale che prende contatto, a vario titolo e con varia competenza, con problematiche alcolcorrelate, abbia il diritto e il dovere di essere qualificato, in quanto riconosciuto nelle proprie capacità teoriche, tecniche e applicative di approccio a tali problematiche. Il gruppo ha espresso le seguenti considerazioni riguardo ad alcune specifiche questioni:

- *professionalizzazione dei percorsi formativi post-laurea: Master, corsi di perfezionamento e dottorati di ricerca in materia di alcolologia dovrebbero costituire un titolo preferenziale da raccomandare per i criteri di valutazione alle commissioni di concorso. Parimenti l'accesso ai servizi pubblici e alle strutture private, anche attraverso altri meccanismi di ingresso, dovrebbe essere riservato a professionisti qualificati che abbiano seguito percorsi formativi post-laurea;*
- *la formazione e l'aggiornamento continuo per medici e operatori è valutabile attraverso i crediti formativi ottenuti con corsi di perfezionamento, corsi ECM, congressi con ECM, etc. I Master, al pari delle scuole di specializzazione, danno diritto all'esenzione dall'acquisizione dei crediti ECM per il periodo di svolgimento, garantendo altresì l'acquisizione di specifici crediti formativi;*



- nell'ambito del biennio di formazione dei medici di Medicina Generale devono essere previsti spazi di apprendimento dell'alcolologia.

#### **Individuazione dei requisiti dei docenti**

I team didattici, in cui il lavoro d'équipe dovrebbe essere garantito da competenze multidisciplinari e multiprofessionali, dovrebbero prevedere il coinvolgimento di docenti in alcolologia la cui esperienza sia documentata attraverso: esperienza nel settore, esperienza didattica, titoli accademici, produzione scientifica, curriculum assistenziale. E' inoltre da riconoscere a chi si è occupato, a livello clinico-scientifico e di ricerca, di alcolologia e ha esercitato la didattica in tale materia, un titolo che lo qualifichi e gli consenta di essere identificato quale Esperto in alcolologia e problematiche alcolcorrelate.

#### **Formazione in alcolologia a livello europeo**

Nei paesi europei la formazione in alcolologia resta ancor oggi inadeguata. Nella maggior parte delle università non è stato attivato alcun programma in campo alcolologico nel corso degli studi di medicina (tranne che in Svezia, Spagna, Olanda e Francia) e le tematiche inerenti l'alcolologia vengono trattate in maniera tutt'altro che esaustiva ed omogenea in uno o più dei seguenti corsi a discrezione dei docenti: Psichiatria, Farmacologia, Medicina Interna, Neurologia, Tossicologia, Biochimica e Fisiologia. La formazione post-laurea e continua appare altrettanto frammentaria ed in alcuni paesi viene affidata del tutto o in parte ad istituzioni od organizzazioni esterne all'università. Il gruppo di lavoro ha identificato come buona prassi l'esperienza prodotta dal Gruppo PHEPA recependo il recente documento (2006) su: Alcohol and Primary Health Care – Training Programme on Identification and Brief Interventions, a cura della Comunità Europea nel quadro del Primary Health Care European Project on Alcohol e presente sul sito: <http://www.phepa.net>.

#### **Conclusioni e proposte**

Il gruppo di lavoro "Formazione e aggiornamento del personale che si occupa dei problemi alcolcorrelati" ritiene che la cultura delle problematiche alcolcorrelate e in particolare relative all'alcol dipendenza vada diffusa e promossa attraverso i mass media ed i classici canali di comunicazione generale, con un duplice obiettivo: mantenere alto il livello di attenzione su una patologia misconosciuta e rinforzare negli operatori del settore il senso di importanza del loro ruolo terapeutico. Rilevando inoltre le gravi carenze formative in materia alcolologica in Italia, in accordo con l'analisi della SIA e in ottemperanza alla Legge 125/2001, il gruppo di lavoro ha formulato alcune proposte da sottoporre all'attenzione delle autorità e dei Ministri competenti:

- 1) è necessario che i Ministeri competenti, in riferimento a quanto già previsto nell'art. 5 della legge 125/2001, propongano di inserire nozioni alcolologiche nelle varie aree didattiche nei corsi di laurea di primo e secondo livello e di Medicina e sollecitino l'istituzione di corsi integrati e attività elettive. In tale ambito, all'interno di attività didattiche opzionali (ADE), di tipo multidisciplinare, le singole Facoltà dovrebbero inoltre prevedere l'insegnamento delle problematiche alcol-correlate;
- 2) si raccomanda l'istituzione da parte del Ministero dell'Istruzione Universitaria e della Ricerca, nel rispetto dell'ordinamento degli studi universitari, di corsi di laurea di I livello in Alcolologia, nell'ambito della classe delle lauree di area socio-sanitaria;
- 3) è altresì necessario che il Ministero contatti gli Uffici Manifestazioni o i Servizi Formazione Permanente afferenti alle diverse Facoltà interessate all'insegnamento dell'alcolologia (Medicina, Psicologia, Scienze della Formazione, Sociologia, Giurisprudenza, Agraria, etc.), onde censire le specifiche offerte didattiche universitarie post-laurea; ciò avrebbe rilevanza anche ai fini della qualificazione degli operatori già attivi nel settore;
- 4) è necessario che il Ministero promuova, insieme alle Regioni, nell'ambito di una rivalutazione della formazione professionale per gli operatori socio-sanitari, un'attività formativa di I livello sull'alcol e sulle patologie alcol-correlate. È, ancora, necessario riconoscere l'opportunità di una formazione permanente di II livello, al fine di garantire alle équipes alcolologiche già operanti nel campo dell'assistenza la produzione di strategie di intervento appropriate, adeguate e

- presumibilmente efficaci. Titoli preferenziali di ingresso alla formazione permanente possono essere individuati nelle lauree triennali e specialistiche, nelle lauree e nei diplomi dell'area sociosanitaria e psicoeducativa;*
- 5) *si propone al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali di promuovere, in accordo con il Coordinamento Centri di Servizio delle Associazioni di Volontariato, identificati e opportunamente valutati i bisogni formativi, un pacchetto di formazione in alcolologia destinato ad operatori del volontariato, del terzo settore e del privato sociale;*
  - 6) *sulla base dello standard europeo delineato dal progetto comunitario PHEPA - Primary Health care European Project on Alcohol - e delle esigenze di formazione specifica del personale sanitario operante nel settore di prevenzione primaria, è raccomandabile un'implementazione nazionale e regionale delle attività preventive alcol-correlate attraverso l'attuazione di corsi specifici volti a garantire la formazione dei Medici di Medicina generale e l'aggiornamento continuo. Per tale compito l'Istituto Superiore di Sanità si è già proposto di coordinare e promuovere tali attività in concertazione con le Regioni ed in collaborazione con Società professionali (SIMG) e scientifiche (SIA).*

#### GRUPPO DI LAVORO "ALCOL E LAVORO"

"

*Il Gruppo di lavoro ha preso in esame la proposta di decreto recante "Regolamento concernente l'individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'art 15 della legge 30 marzo 2001, n.125". Il Gruppo di Lavoro ha accolto, in gran parte, la proposta S.I.A.- A.N.Me.L.P. , con integrazioni sulla base del Progetto Nazionale ministeriale Alcol e Lavoro, per la modifica-integrazione dello schema del decreto stesso, formulando estese motivazioni alle proposte presentate. La riduzione del rischio di problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro è uno degli obiettivi del Piano Nazionale Alcol e Salute. A questo scopo occorre promuovere politiche fondate sull'identificazione precoce del rischio, sull'educazione, la prevenzione e la facile accessibilità, nel pieno rispetto della privacy, a trattamenti integrati ove necessari. Occorre, inoltre, promuovere contestualmente la tutela delle condizioni di sicurezza dei lavoratori e le opportunità di cura per quei lavoratori che risultano affetti da problematiche alcolcorrelate. La finalità generale dell'art 15 della L.125/2001 è chiaramente la prevenzione del rischio infortunistico e la tutela della salute dei lavoratori e di terzi che potrebbero essere esposti a rischi in relazione al consumo altrui di bevande alcoliche ( "...ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi legato all'assunzione di alcolici..."). In relazione a questo è necessario tenere presenti due elementi:*

*-il consumo di alcolici è un fattore o cofattore di rischio, in relazione agli effetti che l'assunzione di alcolici ha sulla vigilanza e l'attenzione ed infine sulle prestazioni psicofisiche del lavoratore;*

*-tutte le lavorazioni hanno intrinsecamente un rischio;*

*-il consumo di bevande alcoliche rappresenta dunque un rischio aggiuntivo rispetto a quello presente in tutte le lavorazioni.*

*Si dovrebbe quindi, da una parte prevedere la valutazione degli effetti dell'assunzione di alcolici sulla "abilità" del lavoratore (in particolare gli effetti sulla attenzione-percezione dei rischi e sugli organi di senso), e dall'altra la valutazione del rischio legato alla lavorazione stessa. Il rischio infortunistico è sempre da intendersi come "Probabilità per il lavoratore di subire, per causa violenta, un danno consistente in una lesione psicofisica derivante eziologicamente dall'attività lavorativa svolta" (UNI - Ente Nazionale Italiano per l'Unificazione - che detta norme tecniche di riferimento, utilizzate peraltro dalla stessa Magistratura). Questa probabilità deriva in primo luogo dall'osservazione epidemiologica degli eventi accaduti. Queste basi appaiono pertanto essenziali per formulare un elenco di lavorazioni rispondente ai dettami della norma ribadendo, comunque, che le indicazioni dell'OMS in merito alla tematica alcol e lavoro riportano esplicitamente il concetto che i luoghi di lavoro dovrebbero comunque essere sempre "alcohol free". La legge 125/2001 non appare, se non integrata da ulteriori momenti normativi, adeguata ad affrontare il problema infortunistico legato all'assunzione di alcolici negli*

ambienti di lavoro, anche se rappresenta uno strumento essenziale alla conoscenza del fenomeno. Ciò sulla base delle seguenti carenze:

- 1) la sorveglianza sanitaria -ove disposta ex lege- è mirata prevalentemente alla valutazione del rischio di contrarre malattie professionali; perciò casuale, problematica e comunque non prevista è in generale la possibilità di conoscere e intervenire in situazioni a rischio infortunistico connesse all'uso di alcol e a patologie alcolcorrelate. Gli articoli 16 e 17 del D.lgs. 19 settembre 1994 n. 626, che normano l'attività del medico competente, non esplicitano in modo chiaro che in situazioni di rischio per la sicurezza, l'incolumità o la salute di terzi il medico possa porre un giudizio di idoneità od inidoneità;
- 2) l'altra figura autorizzata dalla legge a effettuare controlli alcolimetrici -il medico del lavoro dei Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro- stando alla norma, non può porre un giudizio di inidoneità, non sembra poter svolgere un ruolo preventivo (non essendo possibile la sua presenza capillare nelle aziende) e neppure sembra poter essere efficace nei casi critici. Tale figura, invece, dovrebbe rappresentare un elemento di riferimento per il medico competente, in collaborazione con le RSU e gli RLS, nell'individuazione del rischio lavorativo alcol correlato e nella costituzione di una rete preventiva efficace, attivando anche la necessaria collaborazione con i Servizi di Alcolologia delle Aziende USL. Il medico del lavoro dei Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro con funzioni di vigilanza, inoltre, avrebbe competenza nel valutare l'idoneità dei lavoratori autonomi, non soggetti a sorveglianza sanitaria, che svolgono le lavorazioni indicate nel decreto applicativo e possono comportare un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi;
- 3) il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche è esplicitamente limitato al solo "luogo di lavoro" e non vi è previsione alcuna circa il fatto che il lavoratore possa giungere sul posto di lavoro avendo in precedenza assunto alcol. La difficoltà di soluzione insita in tale punto critico della norma non è insignificante: esso sembrerebbe, infatti, indicare l'opportunità di valutare il tasso alcolemico del lavoratore all'ingresso sul luogo di lavoro e se, in linea teorica, parrebbe idonea a prevenire "sul nascere" il concretizzarsi di situazioni di "rischio aggiuntivo" connesse alla performance del soggetto già in quel momento alterata, indurrebbe però a percorrere vie discutibili sotto il profilo della libertà dell'individuo costituzionalmente sancita e impraticabili nel concreto sotto l'aspetto meramente organizzativo. Queste considerazioni si ricollegano al punto precedente, in quanto neppure il riscontro di un'alcolemia elevata rende possibile un giudizio di non idoneità, anche parziale o temporanea, del lavoratore. Sostanzialmente la norma pone il principio della prevenzione sul punto "divieto" dell'assunzione sul luogo di lavoro, non sulla situazione di "condizione" di "soggetto che ha assunto alcolici", condizione che rappresenta il vero fattore di rischio. Mentre, correttamente, il Codice della strada prevede un obbligo che coinvolge la responsabilità di chi si mette alla guida, quello di non trovarsi in condizioni di rischio legate a propri comportamenti, cioè di non bere alcolici se si deve guidare, la L. 125/01 dovrebbe prevedere che i lavoratori con alcolemie che dimostrino l'assunzione di alcolici non siano idonei a svolgere le lavorazioni indicate nell'elenco di cui al decreto applicativo, indipendentemente dal fatto che si sia bevuto a casa o sul posto di lavoro;
- 4) Le misure di sostegno previste e codificate in tempi e modi sono applicabili esclusivamente ai lavoratori assunti a tempo indeterminato. L'introduzione di una varietà di figure di lavoratori "precari", attraverso la somministrazione di lavoro (ex lavoro interinale), il distacco, il lavoro occasionale, intermittente, ripartito, a tempo parziale, il lavoro a progetto, ecc., coinvolge in misura rilevante l'organizzazione e di conseguenza anche la gestione di problemi e norme connessi alla tutela della sicurezza dei lavoratori. Studi svolti indicano che i così detti "lavoratori temporanei" sono soggetti a maggiore probabilità di infortunio, attribuendo alla temporaneità -o meglio alla "precarietà"- valenza di fattore aggravante del rischio lavorativo. Appare perciò necessario definire con chiarezza ed efficacia sostanziale -e non meramente formale- le modalità di applicazione a tali lavoratori della norma in materia di alcol e patologie alcolcorrelate;
- 5) appare essenziale che, sulla base del decreto applicativo ex art. 15 della legge 125/2001, nell'ambito della valutazione dei rischi di cui agli articoli 3 e 4 del D.lgs. 19 settembre 1994 n. 626, il datore di lavoro, in collaborazione con il medico competente, gli RLS e le RSU, individui le mansioni che comportano per il lavoratore un elevato rischio di andare incontro a infortuni sul lavoro, ovvero un elevato rischio che lo stesso possa provocare infortuni a terzi, con riferimento ai rischi derivanti da

*eventuali situazioni legate a stati patologici psico-fisici dovuti all'assunzione di alcolici. L'informazione e la formazione (prevista al capo IV del del D.lgs. 19 settembre 1994 n. 626) dei lavoratori adibiti alle mansioni di cui al punto 3 dell'art. 15 della legge 125/01, dovrebbe comprendere di conseguenza anche l'informazione sui rischi derivanti da alterazioni del proprio stato di salute, in funzione dell'eventuale consumo di alcolici, e dovrebbe comprendere la formazione relativa ai corretti comportamenti da intraprendere per evitare tali rischi.*

*Alla luce delle considerazioni esposte sono state formulate indicazioni di adeguamento della proposta di Decreto sottoposta al parere della Consulta, indicazioni formalmente trasmesse alle amministrazioni competenti.*

**PARERE DELLA CONSULTA SUL "PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE" DEL MINISTERO DELLA SALUTE**

*La Consulta ha esaminato nel corso del 2005 il Piano Nazionale Alcol predisposto dal Ministero della Salute e le proposte di modifiche richieste dalle Regioni nel corso delle riunioni della Conferenza Stato-Regioni.*

*La Consulta Nazionale Alcol, esaminato il documento pervenuto dal Ministero, ha espresso un parere favorevole alla proposta di attuazione del Piano Nazionale Alcol e Salute, ritenuto prioritario ai fini dell'applicazione della Legge 125/2001, formulando proposte nel merito di alcuni punti che, a giudizio dei componenti della Consulta, possono contribuire a migliorare l'impatto complessivo dell'articolazione delle attività che il Piano si propone di realizzare a livello nazionale, regionale e locale.*

*Il documento trasmesso è articolato e non può essere oggetto di sintesi ai fini della presente relazione. E' da menzionare che in relazione alle esigenze complessive del Piano, dopo un ampio dibattito, la Consulta ha ritenuto opportuno raccomandare la realizzazione di una sistema informativo e di monitoraggio e sorveglianza coordinato da un' unica Agenzia indipendente che assicuri competenze ed esperienze in materia. A tale riguardo è stato posto uno specifico richiamo alla relazione del Gruppo di Lavoro "Definizione dei criteri di monitoraggio sui problemi alcol correlati: rilevazione dell'esistente e dei bisogni di livello nazionale e regionale", che ha esaminato nel dettaglio gli aspetti tecnici relativi a quanto richiamato nella Legge 125 2001, attuato una valutazione dell'esistente e formulato proposte specifiche.*

## TABELLE E GRAFICI

**Tab.1 - CONSUMO DI ALCOL PURO PRO-CAPITE NELLA POPOLAZIONE  
CON PIU' DI 15 ANNI DI ETA' DEI PAESI EUROPEI- ANNO 2003  
(valore in litri pro capite)**

<b>Paesi</b>	<b>Consumo pro capite</b>
Malta	6,6
Svezia	6,9
Polonia	8,2
Grecia	9,0
Paesi Bassi	9,6
Lettonia	9,9
<b>Italia</b>	<b>10,5</b>
Belgio	10,9
Portogallo	11,1
Finlandia	11,3
Cipro	11,4
Regno Unito	11,4
Slovacchia	11,6
Spagna	11,7
Slovenia	11,7
Danimarca	12,1
Francia	12,3
Lituania	12,5
Austria	12,6
Germania	12,7
Ungheria	13,8
Repubblica Ceca	16,2
Lussemburgo	18,0
Estonia	-
Irlanda	-
<b>Eu 25</b>	<b>10,7</b>

Fonte: WHO, European Health for All Database

**Tab.2b - PERSONE DI 14 ANNI E PIU' PER CONSUMO DI VINO, BIRRA  
E ALTRI ALCOLICI ALMENO QUALCHE VOLTA L'ANNO - ANNI 1998-2005**  
(per 100 persone della stessa età)

Anni	Consumo vino	Consumo birra	Consumo altri alcolici
1998	56,9	47,2	39,5
2001	59,6	48,4	-
2002	57,4	46,3	-
2003	55,9	47,2	-
2005	57,6	47,0	43,1

Fonte : ISTAT - L'uso e l'abuso di alcol in Italia - anno 2005

**Tab.2 a - PERSONE DI 11 ANNI E PIU' CHE HANNO CONSUMATO  
ALMENO UNA BEVANDA ALCOLICA NELL'ANNO - ANNO 2005**  
(per 100 persone con le stesse caratteristiche)

Classi di età	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
11-15	21,8	17,0	19,5
16-17	58,8	42,4	50,9
18-19	75,6	61,0	68,7
20-24	84,6	64,0	74,3
25-29	85,4	65,7	75,7
35-44	88,3	65,0	76,6
45-54	89,7	66,9	78,0
55-59	88,1	61,5	74,8
60-64	89,2	59,7	74,0
65-74	85,5	55,0	68,6
75 e più	79,8	46,3	59,1
<b>Totale</b>	<b>82,1</b>	<b>58,1</b>	<b>69,7</b>

Fonte : ISTAT - L'uso e l'abuso di alcol in Italia - anno 2005

**Tab. 3 a - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NELLA POPOLAZIONE  
TRA I 15 E I 54 ANNI E CONDIZIONE SCOLARITA' - ANNO 2005**

Bevande alcoliche negli ultimi dodici mesi	Elementari	Medie Inferiori	Medie Superiori	Laurea
non uso	1,5%	36,5%	43,7%	18,4%
uso	0,7%	24,4%	48,0%	26,9%

Bevande alcoliche negli ultimi trenta giorni	Elementari	Medie Inferiori	Medie Superiori	Laurea
non uso	1,2%	35,6%	44,7%	18,4%
uso	0,7%	23,1%	48,2%	28,1%

Fonte: IPSAD@Italia2005

**Tab. 3 b - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NELLA POPOLAZIONE  
TRA I 15 E I 54 ANNI E CONDIZIONE OCCUPAZIONALE - ANNO 2005**

Bevande alcoliche negli ultimi dodici mesi	Occupato	Studente	Disoccupato	Altro*
non uso	54,4%	26,5%	8,6%	10,5%
uso	61,4%	28,5%	5,8%	4,2%

Bevande alcoliche negli ultimi trenta giorni	Occupato	Studente	Disoccupato	Altro*
non uso	52,9%	29,6%	8,1%	9,3%
uso	63,1%	27,4%	5,6%	4,0%

\* Volontario in forma breve, casalinga, inabile al lavoro, pensionato

Fonte: IPSAD@Italia2005



**Tab.4 - PERSONE DI 11 ANNI E PIU' PER CONSUMO QUOTIDIANO ECCEZIONARIO DI BEVANDE ALCOLICHE, PER SESSO E CLASSI DI ETA' - ANNO 2005**  
(per 100 persone della stessa età e sesso)

CLASSE DI ETA'	MASCHE		FEMMINE	
	4 e più unità	3 e più unità	3 e più unità	3 e più unità
11-15	0,1	0,1	0,1	0,1
16-17	1,3	0,2	0,2	0,2
18-19	1,4	0,8	0,8	0,8
20-24	5,8	0,9	0,9	0,9
25-29	7,3	1,6	1,6	1,6
30-34	7,4	1,7	1,7	1,7
35-44	10,3	2,2	2,2	2,2
45-54	13,8	2,9	2,9	2,9
55-59	15,7	3,3	3,3	3,3
60-64	15,6	3,6	3,6	3,6
65-74	16,0	3,0	3,0	3,0
75 e più	8,7	1,7	1,7	1,7
<b>Totale</b>	<b>10,3</b>	<b>2,2</b>	<b>2,2</b>	<b>2,2</b>

Fonte : ISTAT - L'uso e l'abuso di alcol in Italia - anno 2005

**Tab.5 - PERSONE DI 11 ANNI E PIU' CHE SI SONO UBRIACATE ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 12 MESI E NUMERO DI VOLTE IN CUI SI SONO UBRIACATE, PER RIPARTIZIONE TERRITORIALE - ANNO 2005**  
(per 100 persone della stessa ripartizione geografica)

	Numero di ubriacature nel corso degli ultimi 12 mesi				
	Almeno una ubriacatura	1-3 volte	4-6 volte	7-12 volte	più di 12 volte
Italia nord-occidentale	8,7	48,4	13,9	10,9	11,3
Italia nord-orientale	10,8	48,3	18,7	12,3	7,6
Italia centrale	8,5	49,8	14,5	11,2	6,6
Italia meridionale	7,1	56,6	13,8	10,2	4,8
Italia insulare	6,1	50,2	13,8	10,9	6,2
<b>Italia</b>	<b>8,4</b>	<b>50,4</b>	<b>15,1</b>	<b>11,1</b>	<b>7,7</b>

Fonte : ISTAT - L'uso e l'abuso di alcol in Italia - anno 2005

Tab. 6 a - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NELLA POPOLAZIONE 15-54 ANNI E SCOLARITA'

	Elementari	Medie Inferiori	Medie Superiori	Laurea
non uso	0,8%	26,9%	46,7%	25,6%
uso	0,7%	24,2%	53,9%	21,3%

Fonte: IPSAD@Italia2005

Tab. 6 b - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NELLA POPOLAZIONE 15-54 ANNI E CONDIZIONE OCCUPAZIONALE

	Occupato	Studente	Disoccupato	Altro*
non uso	61,4%	26,5%	6,3%	5,8%
uso	40,1%	51,2%	7,1%	1,6%

\* Volontario in forma breve, casalinga, inabile al lavoro, pensionato

Fonte: IPSAD@Italia2005

**Tab.7- GRADUATORIA DELLE PERSONE DI 11 ANNI E PIU' CHE CONSUMANO  
QUOTIDIANAMENTE ALCOL PER REGIONE - ANNO 2005**  
(per 100 persone della stessa Regione di residenza)

Regioni	Consumo nell'anno	Regioni	Consumo giornaliero
Veneto	76,2	Marche	38,2
Trentino-Alto Adige	75,4	Liguria	36,8
Emilia-Romagna	74,2	Toscana	36,1
Friuli-Venezia Giulia	73,7	Molise	36,1
Valle d'Aosta	73,1	Emilia-Romagna	34,7
Lombardia	72,6	Veneto	34,7
Piemonte	72,5	Basilicata	34,7
Toscana	72,4	Umbria	34,3
Marche	72,3	Puglia	33,9
Umbria	70,3	Valle d'Aosta	33,7
Liguria	69,8	Piemonte	33,6
<b>ITALIA</b>	<b>69,7</b>	Friuli-Venezia Giulia	33,4
Abruzzo	68,1	Abruzzo	31,4
Basilicata	67,0	Lombardia	31,4
Puglia	66,8	<b>ITALIA</b>	<b>31,0</b>
Lazio	66,6	Lazio	28,4
Calabria	66,6	Sardegna	27,0
Campania	65,3	Campania	26,8
Molise	64,7	Trentino-Alto Adige	26,3
Sardegna	64,0	Calabria	24,8
Sicilia	61,2	Sicilia	21,5

Fonte : ISTAT - L'uso e l'abuso di alcol in Italia - anno 2005

Tab.7 a - USO DI BEVANDE ALCOLICHE E UBRIACATURE NEGLI STUDENTI 15-19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bevande alcoliche	86,5%	89,4%	87,4%	89,0%	90,8%	91,9%	91,2%
Ubriacarsi	52,7%	55,0%	55,2%	54,6%	56,4%	56,9%	55,8%

Fonte: ESPAD@Italia2005

Tab.7 b - USO DI BEVANDE ALCOLICHE E UBRIACATURE NEGLI STUDENTI 15-19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 12 MESI

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bevande alcoliche	78,5%	82,2%	85,1%	85,6%	84,9%	86,2%	85,4%
Ubriacarsi	38,9%	40,4%	41,9%	42,3%	40,7%	42,8%	41,4%

Fonte: ESPAD@Italia2005

Tab.8 - PREVALENZA DEI CONSUMATORI (%) DI ALCOLICI FUORI PASTO NELLA CLASSE DI ETÀ 14-17 ANNI - ANNI 1993-2006 (a)

	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005	2006
Maschi	9,8	13,4	12,9	18,4	15,2	18,0	16,8	17,1	18,3	20,7	20,6	24,2
Femmine	7,1	8,0	6,0	10,8	9,7	12,8	12,2	13,8	11,5	16,2	15,6	16,8

(a) nel 1996 e nel 2004 le informazioni non sono state rilevate

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

Tab.9 - APPROVAZIONE E PERCEZIONE DEL RISCHIO NELL'USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Non disapprovo bere 1 o 2 bicchieri	74,0%	79,0%	76,0%	77,0%	76,6%	75,8%
Non disapprovo ubriacarsi 1 volta la settimana	20,0%	23,0%	25,0%	26,5%	25,6%	24,3%
Nessun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri quasi ogni giorno	3,0%	4,0%	4,0%	2,3%	2,1%	3,0%

Fonte: ESPAD@Italia2005

Tab.10 - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

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

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

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

**Tab. 11 a - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI 15-19 ANNI  
ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E SCOLARITA' DEI GENITORI**

Bevande alcoliche	Bassa (licenza media)	Medio-Alta (diploma o laurea)
non uso	37,0%	63,0%
uso	31,1%	68,9%

Fonte: ESPAD@Italia2005

**Tab. 11 b - UBRIACATURE NEGLI STUDENTI 15-19 ANNI  
ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E SCOLARITA' DEI GENITORI**

Ubriacarsi	Bassa (licenza media)	Medio-Alta (diploma o laurea)
non uso	31,4%	68,7%
uso	31,8%	68,2%

Fonte: ESPAD@Italia2005

**Tab. 12 a - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI 15-19 ANNI  
ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E STATO SOCIO-ECONOMICO  
DELLA FAMIGLIA (percepito dagli studenti)**

Bevande alcoliche	Basso*	Medio-Alto**
non uso	7,7%	92,3%
uso	8,4%	91,6%

Fonte: ESPAD@Italia2005

**Tab. 12 b - UBRIACATURE NEGLI STUDENTI 15-19 ANNI  
ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E STATO SOCIO-ECONOMICO  
DELLA FAMIGLIA (percepito dagli studenti)**

Ubriacarsi	Basso*	Medio-Alto**
non uso	7,4%	92,6%
uso	9,1%	90,9%

Fonte: ESPAD@Italia2005

\* Basso: situazione economica familiare "al di sotto" rispetto alle altre famiglie italiane

\*\* Medio-Alto: situazione economica familiare "pari o al di sopra" rispetto alle altre famiglie italiane

**Tab.13a- GIOVANI EUROPEI 15-24 ANNI CHE AFFERMANO DI BERE ALCOL REGOLARMENTE (%)**

<b>UE-15</b>	<b>27%</b>
DK	65%
IE	61%
NL	56%
UK	54%
BE	34%
FI	31%
SE	31%
ES	29%
AT	25%
LU	22%
PT	19%
DE	18%
EL	18%
FR	12%
<b>IT</b>	<b>12%</b>

Fonte: Flash Eurobarometer "Young people and drugs"-giugno 2004

**Tab. 13b-GIOVANI EUROPEI 15-24 ANNI CHE CONSIDERANO MOLTO PERICOLOSO L' ALCOL (%)**

<b>EU 15</b>	<b>13%</b>
DK	3%
NL	3%
FI	5%
DE	11%
EL	11%
PT	11%
UK	11%
AT	12%
BE	12%
ES	12%
IE	12%
LU	12%
SE	13%
FR	20%
<b>IT</b>	<b>20%</b>

Fonte: Flash Eurobarometer "Young people and drugs"-giugno 2004

**Tab.14 a- GIOVANI EUROPEI 15-24 ANNI CHE CONSIDERANO MOLTO PERICOLOSI ALCOL, CANNABIS E COCAINA (%)**

	<b>Alcohol</b>	<b>Cannabis</b>	<b>Cocaine</b>
<b>EU 15</b>	<b>13%</b>	<b>24%</b>	<b>76%</b>
BE	12%	21%	82%
DK	3%	8%	65%
DE	11%	28%	76%
EL	11%	40%	83%
ES	12%	22%	66%
FR	20%	20%	80%
IE	12%	31%	72%
<b>IT</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>78%</b>
LU	12%	19%	71%
NL	3%	6%	67%
AT	12%	21%	79%
PT	11%	35%	84%
FI	5%	30%	79%
SE	13%	44%	84%
UK	11%	26%	73%

Fonte: Flash Eurobarometer "Young people and drugs"-giugno 2004

**Tab.14 b - GIOVANI EUROPEI 15-24 ANNI CHE CONCORDANO CON L'AFFERMAZIONE "CHI BEVE HA PIU' PROBABILITA' DI SPERIMENTARE ANCHE LA DROGA " (%)**

<b>EU 15</b>	<b>37%</b>
SE	52%
IE	45%
PT	45%
UK	44%
ES	43%
FI	43%
DE	40%
DK	35%
EL	35%
FR	34%
<b>IT</b>	<b>29%</b>
NL	29%
AT	27%
BE	24%
LU	23%

Fonte: Flash Eurobarometer "Young people and drugs"-giugno 2004



Tab.15a - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI ATTRIBUIBILI ALL'ALCOL SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNO 2004

	Cause di dimissione (*)	Valore assoluto			Valore percentuale		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	
291	Sindrome psicotiche indotte da alcool	4.325	1.026	5.351	80,8%	19,2%	5,0%
303	Sindrome di dipendenza da alcool	25.422	7.859	33.281	76,4%	23,6%	30,8%
305.0	Abuso di alcool	8.038	2.973	11.011	73,0%	27,0%	10,2%
357.5	Polineuropatia alcoolica	1.848	472	2.320	79,7%	20,3%	2,1%
425.5	Cardiomiopatia alcoolica	586	80	666	88,0%	12,0%	0,6%
535.3	Gastrite alcoolica	600	274	874	68,6%	31,4%	0,8%
571.0	Steatosi epatica alcoolica	7.586	2.398	9.984	76,0%	24,0%	9,2%
571.1	Epatite acuta alcoolica	3.590	745	4.335	82,8%	17,2%	4,0%
571.2	Cirrosi epatica alcoolica	26.333	7.073	33.406	78,8%	21,2%	30,9%
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato	5.268	1.143	6.411	82,2%	17,8%	5,9%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	18	7	25	72,0%	28,0%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcool	227	97	324	70,1%	29,9%	0,3%
	<b>Totale</b>	<b>83.841</b>	<b>24.147</b>	<b>107.988</b>	<b>77,6%</b>	<b>22,4%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

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

**Tab. 15 b - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIAGNOSI TOTALMENTE ATTRIBUIBILI ALL'ALCOL (cod. ICD 9-CM: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 977.3, 980) - ANNO 2004**  
(Dimessi per 100.000 abitanti)

Regione di dimissione	<= 14 anni		15 - 35 anni		36 - 55 anni		> 55 anni		Totale
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
Piemonte	3,7	2,4	92,6	40,4	362,3	139,4	410,9	96,3	169,5
Valle d'Aosta	12,1	25,9	217,4	91,6	895,6	422,8	1.583,2	310,2	514,6
Lombardia	4,2	4,2	138,4	44,3	370,0	127,6	565,8	114,3	193,4
Prov. Auton. Bolzano	31,5	30,5	373,2	137,8	953,6	334,2	1.626,5	398,4	510,8
Prov. Auton. Trento	2,6	8,3	136,8	33,6	630,7	181,6	1.191,3	224,1	331,9
Veneto	3,7	0,3	99,1	32,7	393,2	162,7	755,0	195,2	232,2
Frituli Venezia Giulia	2,8	0,0	65,4	19,8	394,6	164,8	827,3	205,6	255,6
Liguria	3,4	7,2	207,6	82,9	561,8	202,6	472,9	102,8	241,7
Emilia Romagna	2,4	1,7	123,1	38,4	390,9	143,8	423,2	90,4	179,5
Toscana	4,1	2,4	128,8	50,7	306,4	120,9	276,4	70,3	139,7
Umbria	3,7	7,9	97,5	30,5	231,8	55,0	324,0	50,4	115,9
Marche	3,0	3,2	174,8	66,4	473,4	167,3	370,0	71,3	189,5
Lazio	1,9	2,6	120,4	38,1	361,9	83,8	347,5	69,0	142,7
Abruzzo	5,5	7,0	258,1	63,8	583,0	135,7	637,2	98,6	250,7
Molise	8,8	0,0	191,9	20,8	667,9	144,9	556,2	130,0	242,5
Campania	3,4	1,4	80,9	16,3	246,0	52,1	218,8	60,9	86,9
Puglia	3,9	2,8	102,0	21,0	292,4	61,7	297,9	63,9	111,1
Basilicata	0,0	0,0	115,7	20,1	428,3	73,4	459,7	70,5	159,0
Calabria	5,5	1,9	90,8	22,0	345,8	67,0	443,2	76,7	138,5
Sicilia	6,1	2,2	80,7	14,7	259,9	51,0	201,0	39,4	86,0
Sardegna	5,3	4,7	155,1	30,1	502,9	100,5	557,3	78,6	198,0
<b>Italia</b>	<b>4,2</b>	<b>3,0</b>	<b>118,6</b>	<b>35,0</b>	<b>367,6</b>	<b>112,3</b>	<b>447,9</b>	<b>97,3</b>	<b>165,6</b>

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Tab.15 c - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ATTRIBIBILI ALL'ALCOL (cod. ICD 9-CM: 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 977.3, 980) SECONDO LA CLASSE DI ETÀ DEL DIMESSO - ANNO 2004

	Cause di dimissione (*)					Totale
	2-14 anni	15-35 anni	36-55 anni	> 55 anni		
291		0,1	12,9	49,2	37,7	100,0
303		0,2	19,5	53,7	26,7	100,0
305.0		1,4	32,3	46,7	19,6	100,0
357.5		0,0	4,1	45,7	50,1	100,0
425.5		0,2	4,1	36,9	58,9	100,0
535.3		0,5	12,0	37,0	50,6	100,0
571.0		0,1	8,0	40,2	51,7	100,0
571.1		0,0	10,7	46,0	43,3	100,0
571.2		0,0	1,8	31,5	66,7	100,0
571.3		0,0	7,7	42,4	49,9	100,0
977.3		0,0	36,0	56,0	8,0	100,0
980		16,7	31,2	31,2	21,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>0,3</b>	<b>12,4</b>	<b>43,2</b>	<b>44,1</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

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

**Tab. 15d- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE  
PER DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI  
ANNI 2000- 2002- 2003 -2004 (Dimessi per 100.00 ab.)**

<b>REGIONE DI DIMISSIONE</b>	<b>2000</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Piemonte	174,2	178,6	168,2	169,5
Valle d'Aosta	398,0	560,5	459,8	514,6
Lombardia	215,8	220,1	204,6	193,4
Prov. Auton. Bolzano	448,0	426,6	420,9	510,8
Prov. Auton. Trento	421,1	357,6	349,0	331,9
Veneto	263,9	251,6	244,8	232,2
Friuli Venezia Giulia	300,0	283,7	264,0	255,6
Liguria	279,2	272,7	250,6	241,7
Emilia Romagna	180,2	184,5	176,9	179,5
Toscana	143,2	149,8	138,9	139,7
Umbria	153,7	119,1	125,0	115,9
Marche	200,9	203,6	194,7	189,5
Lazio	137,4	146,1	143,0	142,7
Abruzzo	243,2	259,4	259,6	250,7
Molise	234,2	286,8	274,7	242,5
Campania	80,3	93,5	82,7	86,9
Puglia	125,4	123,7	113,5	111,1
Basilicata	177,2	164,0	153,1	159,0
Calabria	145,3	149,8	144,8	138,5
Sicilia	72,5	85,7	84,5	86,0
Sardegna	161,1	205,2	195,2	198,0
<b>Italia</b>	<b>172,2</b>	<b>177,1</b>	<b>167,9</b>	<b>165,5</b>

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

**Tab. 15e - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI  
TOTALMENTE ATTRIBIBILI ALL'ALCOL SECONDO LA  
CLASSE DI ETÀ DEL DIMESSO - ANNI 2000-2002-2003-2004**

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

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

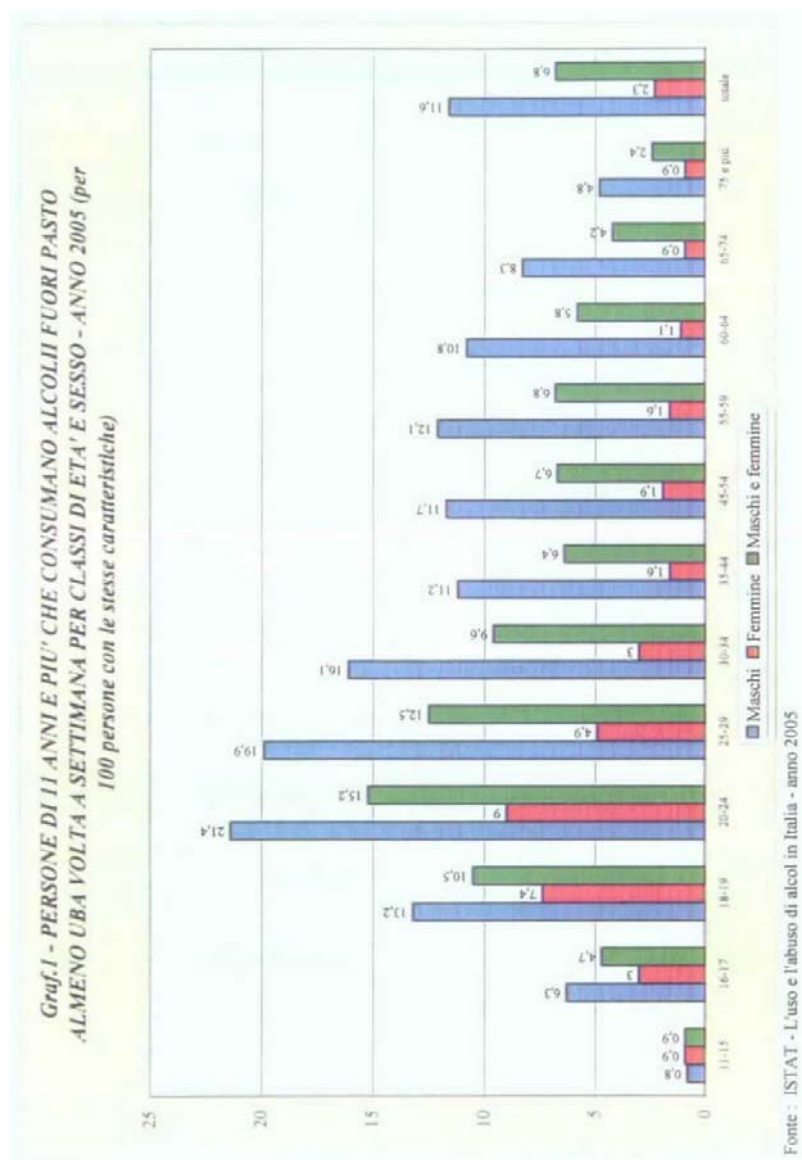
(\*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

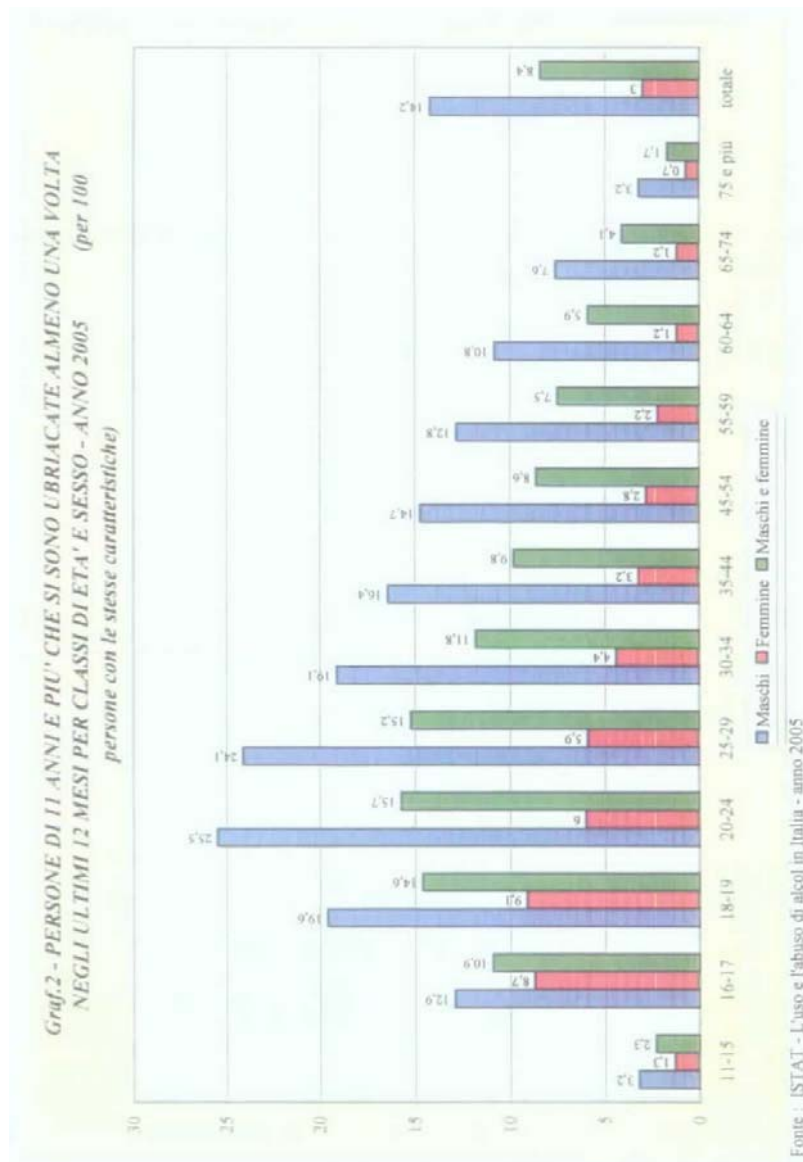
**Tab. 15 f- DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE  
ATTRIBUIBILI ALL'ALCOL - ANNI 2000-2002-2003-2004**

	% diagnosi secondo il tipo di diagnosi			
	2000	2002	2003	2004
<b>CAUSE DI DIMISSIONE (*)</b>				
291 Sindrome psicotiche indotte da alcool	5,4%	5,0%	5,1%	5,0%
303 Sindrome di dipendenza da alcool	31,8%	32,2%	31,4%	30,8%
305.0 Abuso di alcool	10,6%	9,1%	9,6%	10,2%
357.5 Polineuropatia alcoolica	2,4%	2,6%	2,4%	2,1%
425.5 Cardiomiopatia alcoolica	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%
535.3 Gastrite alcoolica	0,9%	0,8%	0,8%	0,8%
571.0 Steatosi epatica alcoolica	9,4%	9,5%	9,1%	9,2%
571.1 Epatite acuta alcoolica	5,5%	4,7%	4,2%	4,0%
<b>571.2 Cirrosi epatica alcolica</b>	<b>26,3%</b>	<b>28,3%</b>	<b>30,0%</b>	<b>30,9%</b>
571.3 Danno epatico da alcool, non specificato	7,0%	6,7%	6,3%	5,9%
977.3 Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
980 Effetti tossici dell'alcool	0,1%	0,4%	0,3%	0,3%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

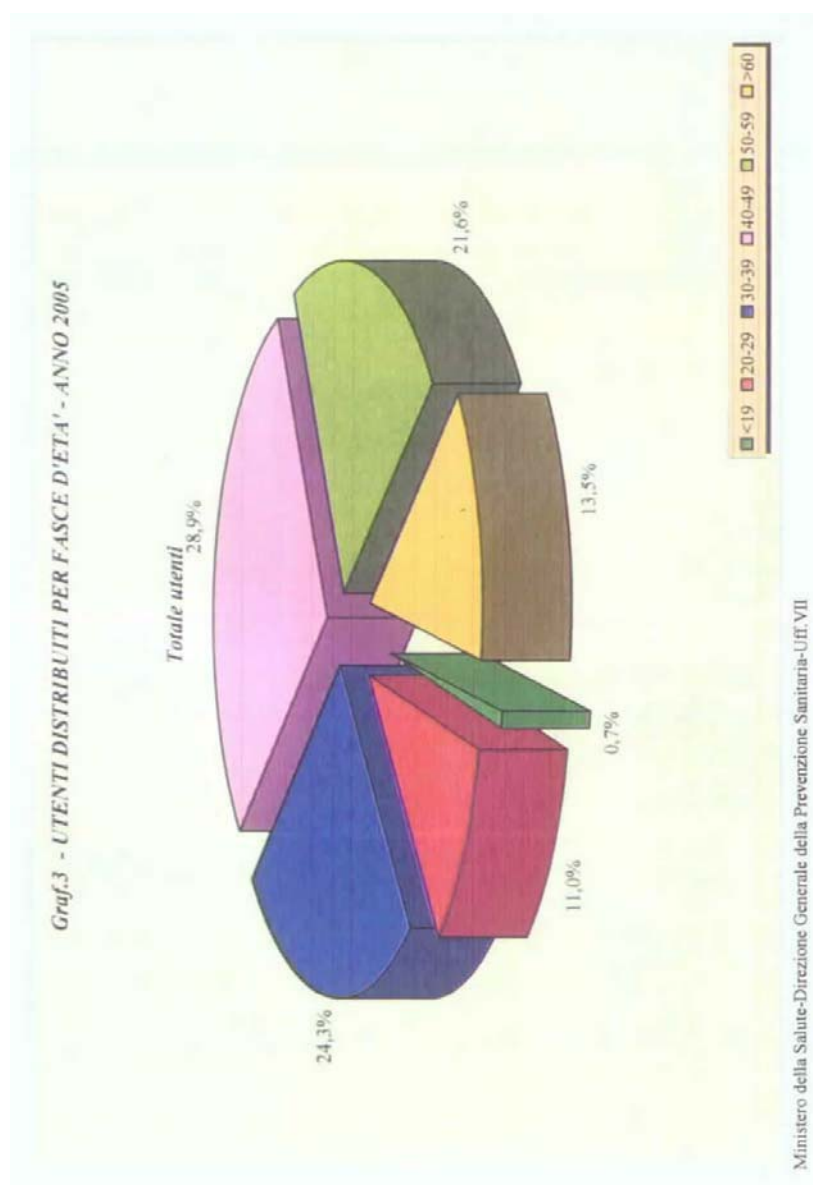
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

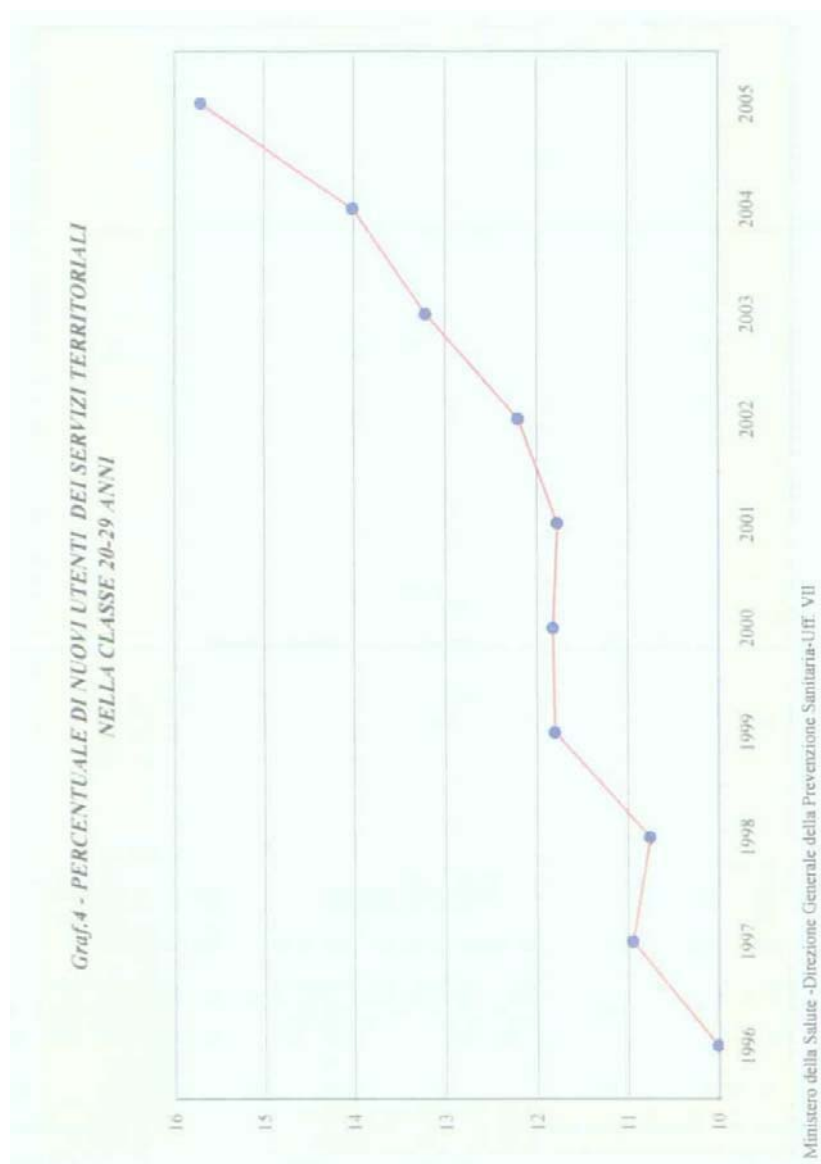
(\*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie











## PARTE SECONDA

### **5. I servizi alcolologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30.3.2001 n. 125.**

#### **Anno 2005**

##### **5.1. Il personale dei servizi**

Al 31.12.2005 sono stati rilevati 412 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza, distribuiti in 19 Regioni: il 94,7% sono di tipo territoriale, il 3,1% di tipo ospedaliero, il 2,2% di tipo universitario (tab.1-2; graf.1).

In totale nel 2005 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 3.416 unità di personale: 797 addette esclusivamente (23,3% del totale) e 2.619 addette parzialmente (76,7% del totale).

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

Analizzando distintamente i profili professionali direttamente coinvolti nel trattamento dell'alcoldipendenza, si rileva che la proporzione più alta di addetti esclusivi spetta agli educatori professionali (26,2%), seguiti dagli assistenti sociali (24,9%), dagli psicologi (23,9%) e dagli infermieri professionali (23,2%); viceversa, nel ruolo medico si osserva la quota più elevata di addetti parziali (77,5%) (tab.3; graf.2-3).

La tabella 4 riporta i trend nel periodo 1996-2005 del numero assoluto delle unità di personale (totale, esclusivo e parziale) distinte nelle singole qualifiche professionali.

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 48,5% del personale totale è costituito da operatori sociosanitari; i medici rappresentano il 23,3% e gli psicologi il 17,3%; il restante 10,9% riguarda il personale amministrativo o di altra qualifica.

La distribuzione del personale esclusivo si caratterizza, rispetto a quella del personale parziale, per una minore presenza di medici (22,5% negli esclusivi, 23,6% nei parziali) e una maggiore di psicologi e di operatori socio-sanitari (rispettivamente: 17,7% e 50,6% negli esclusivi, 17,1% e 47,9% nei parziali).

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

##### **5.2. Le caratteristiche demografiche dell'utenza**

Nel 2005 sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 56.234 soggetti alcol dipendenti (tab.6), valore in aumento rispetto all'anno precedente (+4,3%) (graf.5).

Il 34,5% dei servizi ha meno di 50 utenti; quelli a più alta utenza (200 o più soggetti in carico) rappresentano il 19,1% del totale dei servizi o gruppi di lavoro rilevati (graf. 6). La graduatoria regionale vede le Regioni del nord (ad eccezione della Valle d'Aosta) ai primi posti. In particolare Veneto e Lombardia sono le Regioni con il numero assoluto più elevato di utenti (rispettivamente, 11.242 e 9.254), mentre il valore più basso si registra in Valle d'Aosta con 254 utenti.

Il 36,3% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il rimanente 63,7% 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 37,2% per i maschi e a 33,4% per le femmine.

A livello regionale, i nuovi utenti presentano un'elevata disomogeneità nella distribuzione percentuale: la maggiore concentrazione si osserva in Abruzzo (56,1%) mentre la più bassa in Valle d'Aosta (23,6%) (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 3,9 nei nuovi utenti e a 3,3 negli utenti già in carico o rientrati, a conferma della maggiore proporzione di maschi tra i nuovi utenti (79,6%) rispetto agli utenti già presi in carico dai servizi (76,8%).

A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al centro-sud, sia per il totale degli utenti che distinguendo gli utenti per tipologia (nuovi e già in carico o rientrati): quasi tutte le Regioni centrali e tutte le Regioni meridionali rilevate presentano valori del rapporto M/F superiori alla media nazionale.

L'analisi per età (tab. 7) evidenzia che la classe modale è 40-49 anni, sia per l'utenza totale (16.234 soggetti, pari al 28,9%) sia per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti (rispettivamente 26,8% e 30,1%). Gli individui di età compresa tra i 30 e i 59 anni rappresentano il 74,8% di tutti gli alcoldipendenti in esame (71,3% nei nuovi utenti e 76,8% negli utenti già in carico), i giovani al di sotto dei 30 anni non superano il 17% (11,7% negli utenti totali, 17,0% nei nuovi utenti e 8,7% nei vecchi utenti), mentre non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre (13,5% negli utenti totali, 11,6% nei nuovi utenti e 14,5% nei vecchi utenti).

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: il 56,8% dei primi ha più di 40 anni rispetto al 68,1% dei secondi; il 17,0% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale è dell'8,7%; viceversa, gli ultracinquantenni sono il 30,0% per i nuovi utenti e il 38,0% per quelli già in carico. Analizzando distintamente i due sessi si nota che l'utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 37,8% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 30,0% delle femmine; nella classe modale 40-49 si concentra il 31,7% delle donne (contro il 28,1% del sesso maschile), nella classe successiva (50-59 anni) le percentuali scendono a 23,3% e a 21,2%, rispettivamente, per le donne e per gli uomini; infine la proporzione di utenti con età maggiore o uguale a 60 anni è pari a 13,1% nei maschi e a 14,9% nelle femmine. Stratificando per sesso e tipologia di utenza si osserva nuovamente il maggior peso percentuale, nelle donne, delle classi di età più avanzate. Nel tempo la tendenza più evidente e più interessante è quella relativa all'aumento della frequenza della classe di età giovanile 20-29, sia nell'utenza totale che, e soprattutto, nei

nuovi utenti, per i quali si è passati dal 10,7% del 1998 all'attuale 15,7%. Per quest'ultima tipologia si nota, negli anni più recenti, anche un aumento dei soggetti con meno di 20 anni e, parallelamente, la diminuzione di quelli di età 40-49 anni e soprattutto 50-59 anni e  $\geq 60$  anni, a ulteriore conferma di un "ringiovanimento" sempre più evidente nell'utenza che si rivolge per la prima volta ai servizi. Tale andamento si osserva negli ultimi anni, ovviamente in maniera molto più sfumata, anche nei vecchi utenti: le frequenze delle classi 20-29 anni e 30-39 anni aumentano, mentre quella della classe 50-59 anni diminuisce (tab.8; graf.8a-8b).

Le caratteristiche fin qui evidenziate sulla distribuzione per età degli utenti vengono sostanzialmente confermate analizzando l'età media (tab.9).

Nel 2005 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 44,5 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (46,0 rispetto a 44,1) a conferma dell'ipotesi della maggiore anzianità dell'utenza alcolodipendente femminile e, come già evidenziato, i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (42,5 vs 45,7), ma entrambi i sottogruppi non si discostano dalla tendenza generale di una maggiore rappresentatività delle età avanzate nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 44,3 vs 42,1 nel sottogruppo dei nuovi utenti e 46,8 vs 45,3 anni nel sottogruppo degli utenti già in carico).

A livello regionale, si delinea, pur con qualche eccezione, una sorta di gradiente nord-sud: per il complesso degli utenti tutte le Regioni settentrionali, ad eccezione della Lombardia, della Provincia autonoma di Trento e della Liguria, presentano valori dell'età media superiori al dato nazionale; viceversa nel sud si registrano valori più bassi.

Dalla tabella 10 e dal grafico 9 si osserva, negli anni più recenti, una diminuzione dell'età media in tutte le categorie di soggetti considerate (meno netta solo per gli utenti già in carico maschi); in particolare nei nuovi utenti maschi tale diminuzione è più evidente e si osserva già dal 2001 (da 44,0 a 42,1 anni) a conferma del "ringiovanimento" dell'utenza che per la prima volta si rivolge ai Servizi.

### 5.3. I consumi alcolici dell'utenza

Nel 2005 (graf. 10) la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (56,1%), seguito dalla birra (23,5%), dai superalcolici (11,6%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,0%). La birra risulta prevalentemente consumata dai maschi (24,5% vs 19,5% delle femmine), mentre per il vino, per i superalcolici e per gli aperitivi, amari e digestivi si osservano percentuali più elevate di consumatori di sesso femminile (rispettivamente 58,4%, 11,7% e 5,8% vs 55,5%, 11,6% e 4,8% dei maschi).

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 65,6% del Piemonte al 37,8% della Sicilia; il sud sembra caratterizzarsi per un maggior uso, oltre che di birra (tutte le Regioni, ad eccezione della Campania, presentano valori superiori alla media) anche di superalcolici (il 20,5% e il 22,5% in Calabria e in Sicilia contro l'11,6% della media nazionale) e di aperitivi/amari/digestivi, particolarmente utilizzati anche in alcune Regioni centrali (graf.11).

Nel periodo 1996-2005 (graf. 12) vi è una tendenza all'aumento del consumo di birra (da 14,1% a 23,5%) ed alla diminuzione del consumo di vino (dal 68,3% al 56,1%) tra gli utenti dei servizi, particolarmente evidente dal 2001; per i superalcolici e per gli aperitivi, amari, digestivi si osservano valori oscillanti intorno, rispettivamente, all'11% e al 5%. Stratificando per sesso risulta che l'aumento del consumo di birra e la riduzione del consumo di vino appaiono più marcati tra gli utenti maschi (rispettivamente +72,5% e -19,3% contro +44,4% e -12,4% delle femmine nel periodo 1996-2005).

L'uso concomitante di sostanze stupefacenti o psicotrope e l'abuso o l'uso improprio di farmaci (tab.11) riguardano, rispettivamente, l'8,4% (4.734 utenti) e il 5,0% (2.787 utenti) degli individui rilevati. Questi dati risultano molto variabili territorialmente, mentre temporalmente, ad un iniziale aumento dell'uso di stupefacenti (pari al 5,7% nel 1996), negli ultimi anni si osserva una stabilizzazione di tale uso intorno al valore del 9%; valori in tendenziale diminuzione, viceversa, si osservano dal 2002 per l'abuso di farmaci (tab.12).

#### **5.4. I modelli di trattamento**

Analizzando i programmi di trattamento (tab.13; graf.13) si osserva che il 28,2% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,1% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 9,8% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 12,1% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,5% degli alcolodipendenti. I trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per l'11,6% degli utenti e sono principalmente consistiti nella terapia individuale (60,3%) e nella terapia di gruppo o familiare (39,7%).

Il ricovero ha riguardato il 6,8% del totale degli utenti rilevati (4,4% in istituti pubblici, 2,4% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (61,4% sul totale dei ricoverati in regime ospedaliero ordinario o in day hospital e 66,7% sul totale dei ricoverati in casa di cura privata convenzionata).

Dall'analisi territoriale emerge nuovamente una situazione di estrema eterogeneità: ad esempio si ricorre al trattamento medico-farmacologico per oltre il 40% dei casi in Emilia Romagna, Valle d'Aosta e Toscana; per il counseling valori elevati si osservano nella Provincia autonoma di Trento, in Umbria e in Abruzzo (rispettivamente 42,7%, 50,7% e 40,0%), mentre per la psicoterapia (individuale o di gruppo) nelle Marche (21,9%) e in Puglia (19,1%); l'inserimento in gruppi di auto/mutuo aiuto presenta valori superiori alla media nazionale in diverse Regioni del nord-centro mentre il trattamento socioriabilitativo è relativamente più frequente in Puglia (18,7%) e in Calabria (22,0%); l'inserimento in comunità semiresidenziali o residenziali è massimo in Basilicata (8,9%) e minimo in Friuli Venezia Giulia (0,5%).

A livello temporale (graf.14) si delinea negli ultimi anni una sostanziale stabilizzazione dei trattamenti medico-farmacologici ambulatoriali (intorno al 28%), di quelli socio-riabilitativi (intorno al 12%) e della psicoterapia (intorno all'11%); la partecipazione a

gruppi di auto/mutuo aiuto è in lieve diminuzione (11,4% nel 2003; 9,8% nel 2005); viceversa si osserva un trend crescente per il counseling (23,0% nel 2002; 26,1% nel 2005) e per l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale (1,7% nel 2000; 2,5% nel 2005). Infine il ricovero costituisce una possibilità di trattamento in tendenziale disuso (la proporzione di pazienti che vi ricorre scende dal 10,3% del 1996 al 6,8% del 2005), soprattutto nelle strutture pubbliche.

### **5.5. I modelli organizzativi dei servizi**

Ai fini di una caratterizzazione del modello organizzativo-funzionale, sono state rilevate le funzioni effettivamente svolte dal servizio o gruppo di lavoro nel corso del 2005 in riferimento alle linee guida di cui all'Accordo Stato Regioni 21/1/1999 ("Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti"). Nella tabella 14 sono visualizzate, per ogni singola funzione e con dettaglio regionale, le percentuali di servizi o gruppi di lavoro che hanno dichiarato di aver svolto nel corso del 2005 le funzioni indicate. Come si può osservare, oltre il 90% dei servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi (97,1%), ha definito (95,4%) e/o attuato (96,4%) programmi terapeutico-riabilitativi e ha effettuato interventi di prevenzione (90,3%). Per le funzioni di coordinamento, le percentuali di attivazione più basse sono riferite a quelle che coinvolgono le rilevazioni epidemiologiche (59,2%) e gli interventi di altre strutture o servizi sanitari pubblici (63,8%), le più alte sono attribuibili al coordinamento con il servizio sociale pubblico (86,7%), con i servizi ospedalieri (88,6%) e con il medico di famiglia (86,7%). I piani operativi di formazione del personale e sensibilizzazione hanno coinvolto il 70,1% dei servizi rilevati.

Tali percentuali sono molto variabili regionalmente.

Nel tempo (tab.15) si osserva, negli ultimi anni, l'aumento del livello di coinvolgimento dei servizi nelle funzioni di accoglienza, osservazione e diagnosi (87,3% nel 2001; 97,1% nel 2005), nella definizione (84,9% nel 2001; 95,4% nel 2005) e attuazione (93,8% nel 2003; 96,4% nel 2005) di programmi terapeutico-riabilitativi, nelle funzioni di coordinamento di interventi di altre strutture/servizi sanitari pubblici (57,4% nel 2001; 63,8% nel 2005) e della rilevazione epidemiologica (48,8% nel 2001, 59,2% nel 2005).

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

Sono state infine acquisite informazioni sulle 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 e privato sociale nonché del privato in materia di alcoldipendenza.

Per quanto riguarda la collaborazione con i Gruppi di auto-mutuo aiuto, si osserva (tab.16) che nel 2005 il 64,3% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 45,4% con gli A.A. e il 17,2% 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 45,9% e il 21,1% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 43,4%. Nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli enti privati, cioè con case di cura convenzionate (21,4%) o private (1,2%).

Si ripropone, come per molti altri aspetti del fenomeno in esame, l'assenza di una omogeneità territoriale, qui ancora più accentuata per la presenza di situazioni "estreme" (Regioni con scostamenti molto significativi, in una direzione o in quella opposta, rispetto al valore centrale di riferimento).

Nella tabella 17 è riportato il numero medio annuale, per servizio o gruppo di lavoro, di enti o associazioni del volontariato e privato sociale che hanno collaborato con i servizi per l'alcoldipendenza.

Analizzando il dato nazionale si osserva che mediamente, nel corso del 2005, ogni servizio ha collaborato con circa 8 CAT, 4 AA e 3 comunità e cooperative sociali. Meno frequente, come già visto, la collaborazione con gli enti privati (valori medi pari a 1,8 e a 1,6, rispettivamente, per le case di cura convenzionate e 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 2005

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				TOTALE
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	
PIEMONTE	56	0	0	0	56
VALLE D'AOSTA	1	0	0	0	1
LOMBARDIA	47	4	4	0	55
PROV. AUTON. BOLZANO	5	1	0	0	6
PROV. AUTON. TRENTO	11	0	0	0	11
VENETO	29	6	0	0	35
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	0	0	0	6
LIGURIA	7	0	0	0	7
EMILIA ROMAGNA	41	0	3	0	44
TOSCANA	16	0	0	0	16
UMBRIA	9	0	0	0	9
MARCHE	15	2	0	0	17
LAZIO	16	0	0	0	16
ABRUZZO	5	0	0	0	5
MOLISE	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
CAMPANIA	24	0	1	0	25
PUGLIA	45	0	0	0	45
BASILICATA	6	0	0	0	6
CALABRIA	12	0	0	0	12
SICILIA	39	0	1	0	40
SARDEGNA	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
<b>ITALIA</b>	<b>390</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>412</b>

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

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

Tab. 3 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA (%) - ANNO 2005

REGIONE	MEDICI		PSICOLOGI		ASSISTENTI SOCIALI		EDUCATORI PROFESSIONALI	
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente
PIEMONTE	11,7	88,3	13,2	86,8	13,8	86,2	12,5	87,5
VALLE D'AOSTA	66,7	33,3	-	100,0	50,0	50,0	50,0	50,0
LOMBARDIA	26,3	73,7	23,8	76,2	23,5	76,5	37,1	62,9
PROV.AUTON.BOLZANO	28,6	71,4	31,6	68,4	-	100,0	50,0	50,0
PROV.AUTON.TRENTO	8,3	91,7	-	100,0	100,0	0,0	42,9	57,1
VENETO	17,2	82,8	23,1	76,9	30,6	69,4	42,3	57,7
FRIULI VENEZIA GIULIA	72,2	27,8	70,6	29,4	90,0	10,0	87,5	12,5
LIGURIA	26,7	73,3	42,9	57,1	28,6	71,4	-	100,0
EMILIA ROMAGNA	13,8	86,2	17,6	82,4	16,3	83,7	20,0	80,0
TOSCANA	15,6	84,4	6,7	93,3	4,8	95,2	15,4	84,6
UMBRIA	-	100,0	11,1	88,9	-	100,0	-	100,0
MARCHE	19,1	80,9	25,0	75,0	33,3	66,7	-	100,0
LAZIO	23,7	76,3	29,2	70,8	40,0	60,0	-	100,0
ABRUZZO	71,4	28,6	66,7	33,3	33,3	66,7	100,0	0,0
MOLISE	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
CAMPANIA	38,8	61,2	23,1	76,9	31,1	68,9	40,0	60,0
PUGLIA	20,3	79,7	24,6	75,4	23,6	76,4	21,7	78,3
BASILICATA	13,3	86,7	41,7	58,3	10,0	90,0	33,3	66,7
CALABRIA	59	41	53	47	71	29	80	20
SICILIA	12,9	87,1	18,2	81,8	15,7	84,3	11,1	88,9
SARDEGNA	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
<b>ITALIA</b>	<b>22,5</b>	<b>77,5</b>	<b>23,9</b>	<b>76,1</b>	<b>24,9</b>	<b>75,1</b>	<b>26,2</b>	<b>73,8</b>

Segue Tab. 3

REGIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI		AMMINISTRATIVI		ALTRO		TOTALE	
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	addetti esclusivamente	addetti parzialmente
PIEMONTE	10,1	89,9	15,4	84,6	17,6	82,4	12,6	87,4
VALLE D'AOSTA	100,0	0,0	-	-	-	-	50,0	50,0
LOMBARDIA	18,2	81,8	10,0	90,0	71,4	28,6	24,4	75,6
PROV. AUTON. BOLZANO	14,3	85,7	28,6	71,4	-	100,0	22,4	77,6
PROV. AUTON. TRENTO	50,0	50,0	-	-	-	-	36,7	63,3
VENETO	19,5	80,5	15,0	85,0	14,3	85,7	24,1	75,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	82,4	17,6	-	100,0	62,5	37,5	74,1	25,9
LIGURIA	22,7	77,3	-	100,0	-	100,0	21,2	78,8
EMILIA ROMAGNA	19,5	80,5	5,6	94,4	16,7	83,3	16,6	83,4
TOSCANA	18,5	81,5	-	100,0	-	100,0	12,2	87,8
UMBRIA	18,2	81,8	-	-	16,7	83,3	8,5	91,5
MARCHE	11,8	88,2	13,3	86,7	-	100,0	17,5	82,5
LAZIO	37,5	62,5	-	100,0	-	100,0	29,6	70,4
ABRUZZO	42,9	57,1	-	100,0	66,7	33,3	53,6	46,4
MOLISE	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
CAMPANIA	41,9	58,1	33,3	66,7	36,8	63,2	35,6	64,4
PUGLIA	22,1	77,9	-	100,0	19,0	81,0	21,6	78,4
BASILICATA	33,3	66,7	-	100,0	-	100,0	23,0	77,0
CALABRIA	50,0	50,0	60,0	40,0	66,7	33,3	59,8	40,2
SICILIA	13,8	86,2	-	100,0	19,4	80,6	14,2	85,8
SARDEGNA	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
<b>ITALIA</b>	<b>23,2</b>	<b>76,8</b>	<b>12,6</b>	<b>87,4</b>	<b>25,9</b>	<b>74,1</b>	<b>23,3</b>	<b>76,7</b>

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

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

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

Tab.5 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEL PERSONALE PER RUOLO PROFESSIONALE - ANNO 2005

REGIONE	personale totale				personale addetto esclusivamente				personale addetto parzialmente			
	medici	psicologi	operatori socio-sanitari	amministrativi ed altro	medici	psicologi	operatori socio-sanitari	amministrativi ed altro	medici	psicologi	operatori socio-sanitari	amministrativi ed altro
PIEMONTE	20,9	17,1	50,7	11,3	19,4	17,9	47,8	14,9	21,1	17,0	51,1	10,8
VALLE D'AOSTA	25,0	25,0	50,0	0,0	33,3	0,0	66,7	0,0	16,7	50,0	33,3	0,0
LOMBARDIA	23,9	21,2	48,1	6,8	25,8	20,6	46,4	7,2	23,3	21,3	48,7	6,7
PROV. AUTON. BOLZANO	12,1	32,8	39,7	15,5	15,4	46,2	23,1	15,4	11,1	28,9	44,4	15,6
PROV. AUTON. TRENTO	40,0	3,3	56,7	0,0	9,1	0,0	90,9	0,0	57,9	5,3	36,8	0,0
VENETO	18,6	15,1	54,5	11,9	13,3	14,5	65,1	7,2	20,2	15,3	51,1	13,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	22,2	21,0	43,2	13,6	21,7	20,0	50,0	8,3	23,8	23,8	23,8	28,6
LIGURIA	22,7	10,6	60,6	6,1	28,6	21,4	50,0	0,0	21,2	7,7	63,5	7,7
EMILIA ROMAGNA	25,4	14,9	51,0	8,7	21,1	15,8	57,9	5,3	26,2	14,7	49,7	9,4
TOSCANA	27,8	13,0	53,0	6,1	35,7	7,1	57,1	0,0	26,7	13,9	52,5	6,9
UMBRIA	21,3	19,1	46,8	12,8	0,0	25,0	50,0	25,0	23,3	18,6	46,5	11,6
MARCHE	26,6	15,8	42,9	14,7	29,0	22,6	41,9	6,5	26,0	14,4	43,2	16,4
LAZIO	30,4	19,2	45,6	4,8	24,3	18,9	56,8	0,0	33,0	19,3	40,9	6,8
ABRUZZO	25,0	10,7	50,0	14,3	33,3	13,3	40,0	13,3	15,4	7,7	61,5	15,4
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	25,7	14,9	47,5	11,9	28,0	9,7	50,5	11,8	24,4	17,9	45,8	11,9
PUGLIA	22,5	19,9	47,7	9,8	21,2	22,7	50,0	6,1	22,9	19,2	47,1	10,8
BASILICATA	24,6	19,7	45,9	9,8	14,3	35,7	50,0	0,0	27,7	14,9	44,7	12,8
CALABRIA	24,8	16,2	39,3	19,7	24,3	14,3	40,0	21,4	25,5	19,1	38,3	17,0
SICILIA	22,2	17,4	44,3	16,1	20,0	22,2	44,4	13,3	22,5	16,6	44,3	16,6
SARDEGNA	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
<b>ITALIA</b>	<b>23,3</b>	<b>17,3</b>	<b>48,5</b>	<b>10,9</b>	<b>22,5</b>	<b>17,7</b>	<b>50,6</b>	<b>9,3</b>	<b>23,6</b>	<b>17,1</b>	<b>47,9</b>	<b>11,4</b>

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

REGIONE	1996				1997				1998				1999				2000				
	Maschi		M/F		Maschi		M/F		Maschi		M/F		Maschi		M/F		Maschi		M/F		
	Totale	Femmine	Totale	Femmine	Totale	Femmine	Totale	Femmine	Totale	Femmine	Totale	Femmine	Totale	Femmine	Totale	Femmine	Totale	Femmine	Totale	Femmine	
PIEMONTE	2.043	658	2.701	3,1	1.791	562	2.553	3,2	-	-	-	-	2.721	852	3.573	3,2	2.581	800	3.381	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	
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	
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	
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	
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	
LIGURIA	-	-	-	-	30	13	43	2,3	-	-	-	-	322	108	430	3,0	344	93	437	3,7	
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	
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	
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	
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	
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	
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	-	-	-	-	-	321	78	399	4,1
SICILIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
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	
<b>ITALIA</b>	<b>16.361</b>	<b>5.148</b>	<b>21.509</b>	<b>3,2</b>	<b>17.531</b>	<b>5.615</b>	<b>23.146</b>	<b>3,1</b>	<b>20.567</b>	<b>6.141</b>	<b>26.708</b>	<b>3,3</b>	<b>25.536</b>	<b>7.371</b>	<b>32.907</b>	<b>3,5</b>	<b>26.319</b>	<b>8.239</b>	<b>34.558</b>	<b>3,2</b>	
<b>REGIONE</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>M/F</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>M/F</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>M/F</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>M/F</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>M/F</b>	
PIEMONTE	2.591	818	3.409	3,2	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	
VALLE D'AOSTA	137	59	196	2,3	175	57	232	3,1	151	35	206	2,7	180	63	243	2,9	198	56	254	3,5	
LOMBARDIA	4.395	1.501	5.896	2,9	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	
PROV.AUTON.BOLZANO	1.679	426	2.105	3,9	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	
PROV.AUTON.TRENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	2.350	652	3.002	3,6	2.092	477	2.569	4,4	1.841	446	2.287	4,1	
VENETO	7.400	2.358	9.758	3,1	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	3,7	
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.416	513	2.929	4,7	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	
LIGURIA	332	100	432	3,3	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	
EMILIA ROMAGNA	2.330	760	3.090	3,1	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	
TOSCANA	2.040	832	2.872	2,5	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	
UMBRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	970	222	1.192	4,4	1.159	263	1.422	4,4	667	115	782	1,710	4,9
MARCHE	798	204	1.002	3,9	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	
LAZIO	-	-	-	-	1.048	356	1.384	3,1	874	223	1.097	3,9	964	281	1.245	3,4	844	242	1.086	3,5	
ABRUZZO	-	-	-	-	512	126	638	4,1	-	-	-	-	787	177	964	4,4	921	281	1.202	3,3	
MOLISE	234	57	291	4,1	261	60	321	4,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
CAMPANIA	557	99	656	5,6	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	
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	
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	289	66	355	4,4	307	86	393	3,6	
CALABRIA	-	-	-	-	740	119	859	6,2	929	144	1.073	6,5	-	-	-	-	-	1.168	191	1.359	6,1
SICILIA	940	221	1.161	4,3	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	
SARDEGNA	796	185	981	4,3	1.070	248	1.318	4,3	1.018	236	1.254	4,3	1.294	275	1.569	4,7	-	-	-	-	
<b>ITALIA</b>	<b>26.645</b>	<b>8.133</b>	<b>34.778</b>	<b>3,3</b>	<b>34.191</b>	<b>10.295</b>	<b>44.486</b>	<b>3,3</b>	<b>38.620</b>	<b>12.566</b>	<b>51.186</b>	<b>3,1</b>	<b>41.829</b>	<b>12.085</b>	<b>53.914</b>	<b>3,5</b>	<b>43.772</b>	<b>12.462</b>	<b>56.234</b>	<b>3,5</b>	



## XV LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue Tab.6

UTENTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI

REGIONE	1996				1997				1998				1999				2000			
	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
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
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
PROV. AUTON. BOLZANO	598	168	766	3,6	222	36	258	6,2	293	218	511	3,2	834	306	1.140	2,7	736	236	972	3,1
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
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
LIGURIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	143	37	180	3,9	159	43	202	3,7
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
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
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
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
CAMPANIA	20	8	28	2,5	4	0	4	-	185	24	209	7,7	75	7	82	10,7	109	20	129	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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
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
<b>ITALIA</b>	<b>9.729</b>	<b>2.946</b>	<b>12.675</b>	<b>3,3</b>	<b>9.805</b>	<b>3.171</b>	<b>12.976</b>	<b>3,1</b>	<b>11.607</b>	<b>3.598</b>	<b>15.205</b>	<b>3,2</b>	<b>14.417</b>	<b>4.188</b>	<b>18.605</b>	<b>3,4</b>	<b>15.423</b>	<b>5.117</b>	<b>20.540</b>	<b>3,0</b>
REGIONE	2001				2002				2003				2004				2005			
	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	1.690	535	2.225	3,2	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
VALLE D'AOSTA	91	39	130	2,3	120	48	168	2,5	113	42	155	2,7	131	48	179	2,7	143	51	194	2,8
LOMBARDIA	2.706	930	3.636	2,9	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
PROV. AUTON. BOLZANO	816	248	1.064	3,3	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
PROV. AUTON. TRENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	1.385	394	1.779	3,5	1.281	281	1.562	4,6	1.057	263	1.320	4,0
VENETO	4.715	1.600	6.315	2,9	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
FRIULI VENEZIA GIULIA	847	207	1.054	4,1	750	166	916	4,5	762	156	918	4,9	999	227	1.226	4,4	1.528	329	1.857	4,6
LIGURIA	152	47	199	3,2	495	107	602	4,6	791	187	978	4,2	1.072	267	1.339	4,0	1.367	258	1.625	5,3
EMILIA ROMAGNA	1.587	509	2.096	3,1	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
TOSCANA	1.261	520	1.781	2,4	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
UMBRIA	-	-	-	-	669	157	826	4,3	789	176	965	4,5	366	68	434	5,4	906	175	1.081	5,2
MARCHE	326	72	398	4,5	455	140	595	3,3	486	149	635	3,3	718	208	926	3,5	869	275	1.144	3,2
LAZIO	-	-	-	-	538	175	713	3,1	597	146	743	4,1	606	163	769	3,7	567	146	713	3,9
ABRUZZO	-	-	-	-	238	47	285	5,1	-	-	-	-	436	67	503	6,5	437	91	528	4,8
MOLISE	131	33	164	4,0	168	42	210	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	265	48	313	5,5	409	72	481	5,7	686	95	781	7,2	620	103	723	6,0	814	121	935	6,7
PUGLIA	-	-	-	-	536	82	618	6,5	700	103	803	6,8	665	124	789	5,4	860	138	998	6,2
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	164	40	204	4,1	205	62	267	3,3
CALABRIA	-	-	-	-	407	72	479	5,7	628	89	717	7,1	-	-	-	-	876	130	1.006	6,7
SICILIA	539	136	675	4,0	547	145	692	3,8	769	199	968	3,9	881	202	1.083	4,4	802	161	963	5,0
SARDEGNA	504	123	627	4,1	669	176	845	3,8	688	166	854	4,1	851	201	1.052	4,2	-	-	-	-
<b>ITALIA</b>	<b>15.630</b>	<b>5.047</b>	<b>20.677</b>	<b>3,1</b>	<b>19.861</b>	<b>6.184</b>	<b>26.045</b>	<b>3,2</b>	<b>23.635</b>	<b>8.271</b>	<b>31.906</b>	<b>2,9</b>	<b>26.318</b>	<b>7.996</b>	<b>34.314</b>	<b>3,3</b>	<b>27.499</b>	<b>8.295</b>	<b>35.794</b>	<b>3,3</b>

## XV LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue Tab.6 (bis)

UTENTI/NUOVI

REGIONE	1996				1997				1998				1999				2000					
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine			
	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale		
PIEMONTE	727	295	1.022	2,5	717	229	946	3,1	-	-	-	-	846	289	1.135	2,9	825	292	1.117	2,8		
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		
LOMBARDIA	816	283	1.099	2,9	1.974	667	2.641	3,0	2.307	3.097	2,9	1.898	705	2.603	2,7	1.466	511	1.977	2,9			
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		
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		
FRUOLI 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		
LIGURIA	-	-	-	-	30	13	43	2,3	-	-	-	-	-	179	71	250	2,5	185	50	235	3,7	
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		
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		
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		
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		
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		
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
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		
<b>ITALIA</b>	<b>6.632</b>	<b>2.202</b>	<b>8.834</b>	<b>3,0</b>	<b>7.726</b>	<b>2.444</b>	<b>10.170</b>	<b>3,2</b>	<b>8.960</b>	<b>2.543</b>	<b>11.503</b>	<b>3,5</b>	<b>11.119</b>	<b>3.183</b>	<b>14.302</b>	<b>3,5</b>	<b>10.896</b>	<b>3.122</b>	<b>14.018</b>	<b>3,5</b>		

REGIONE	2001				2002				2003				2004				2005			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale	M/F	Totale
PIEMONTE	901	283	1.184	3,2	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
VALLE D'AOSTA	46	20	66	2,3	55	9	64	6,1	38	13	51	2,9	49	15	64	3,3	55	5	60	11,0
LOMBARDIA	1.689	571	2.260	3,0	2.112	771	2.883	2,7	2.024	935	3.559	2,8	2.662	703	3.365	3,8	3.111	696	3.807	4,5
PROV.AUTON.BOLZANO	863	178	1.041	4,8	668	187	855	3,6	532	177	709	3,0	495	169	664	2,9	480	159	639	3,0
PROV.AUTON.TRENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	965	258	1.223	3,7	811	196	1.007	4,1	784	183	967	4,3
VENETO	2.685	758	3.443	3,5	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
FRUOLI VENEZIA GIULIA	1.569	306	1.875	5,1	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
LIGURIA	180	53	233	3,4	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
EMILIA ROMAGNA	743	251	994	3,0	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
TOSCANA	779	312	1.091	2,5	723	305	1.028	2,4	679	268	947	2,5	808	287	1.095	2,8	335	99	434	3,4
UMBRIA	-	-	-	-	301	65	366	4,6	370	87	457	4,3	301	47	348	6,4	515	114	629	4,5
MARCHE	472	132	604	3,6	508	156	664	3,3	602	242	844	2,5	325	138	463	2,4	778	254	1.032	3,1
LAZIO	-	-	-	-	510	161	671	3,2	277	77	354	3,6	358	118	476	3,0	277	96	373	2,9
ABRUZZO	-	-	-	-	274	79	353	3,5	-	-	-	-	351	110	461	3,2	484	190	674	2,5
MOLISE	103	24	127	4,3	93	18	111	5,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	292	51	343	5,7	337	57	394	5,9	394	89	483	4,4	355	77	432	4,6	395	102	497	3,9
PUGLIA	-	-	-	-	346	60	406	5,8	350	56	406	6,3	433	73	506	5,9	528	106	634	5,0
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	125	26	151	4,8	102	24	126	4,3
CALABRIA	-	-	-	-	333	47	380	7,1	301	55	356	5,5	-	-	-	-	292	61	353	4,8
SICILIA	401	85	486	4,7	421	75	496	5,6	539	106	645	5,1	594	131	725	4,5	595	87	682	6,8
SARDEGNA	292	62	354	4,7	401	72	473	5,6	330	70	400	4,7	443	74	517	6,0	-	-	-	-
<b>ITALIA</b>	<b>11.015</b>	<b>3.086</b>	<b>14.101</b>	<b>3,6</b>	<b>14.330</b>	<b>4.115</b>	<b>18.445</b>	<b>3,5</b>	<b>14.985</b>	<b>4.295</b>	<b>19.280</b>	<b>3,5</b>	<b>15.711</b>	<b>4.089</b>	<b>19.800</b>	<b>3,8</b>	<b>16.273</b>	<b>4.167</b>	<b>20.440</b>	<b>3,9</b>

Tab.7 - DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2005

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	219	1,3	54	1,3	273	1,3	116	0,4	27	0,3	143	0,4	335	0,8	81	0,6	416	0,7
20-29	2.750	16,9	464	11,1	3.214	15,7	2.491	9,1	465	5,6	2.956	8,3	5.241	12,0	929	7,5	6.170	11,0
30-39	4.371	26,9	974	23,4	5.345	26,1	6.563	23,9	1.756	21,2	8.319	23,2	10.934	25,0	2.730	21,9	13.664	24,3
40-49	4.216	25,9	1.260	30,2	5.476	26,8	8.064	29,3	2.694	32,5	10.758	30,1	12.280	28,1	3.954	31,7	16.234	28,9
50-59	2.912	17,9	845	20,3	3.757	18,4	6.353	23,1	2.064	24,9	8.417	23,5	9.265	21,2	2.909	23,3	12.174	21,6
>=60	1.805	11,1	570	13,7	2.375	11,6	3.912	14,2	1.289	15,5	5.201	14,5	5.717	13,1	1.859	14,9	7.576	13,5
<b>TOTALE</b>	<b>16.273</b>	<b>100,0</b>	<b>4.167</b>	<b>100,0</b>	<b>20.440</b>	<b>100,0</b>	<b>27.499</b>	<b>100,0</b>	<b>8.295</b>	<b>100,0</b>	<b>35.794</b>	<b>100,0</b>	<b>43.772</b>	<b>100,0</b>	<b>12.462</b>	<b>100,0</b>	<b>56.234</b>	<b>100,0</b>



Tab.9 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2005

REGIONE	Nuovi utenti			Utenti già in carico o rientrati			Totale utenti		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
PIEMONTE	44,7	44,9	44,8	46,9	47,6	47,1	46,3	46,8	46,4
VALLE D'AOSTA	53,2	52,5	53,2	47,6	50,2	48,3	49,2	50,4	49,5
LOMBARDIA	41,8	44,6	42,3	44,9	46,8	45,3	43,6	46,0	44,1
PROV. AUTON. BOLZANO	46,2	46,5	46,3	49,9	49,8	49,9	48,7	48,8	48,8
PROV. AUTON. TRENTO	40,3	44,0	41,0	43,9	45,3	44,2	42,3	44,8	42,8
VENETO	42,6	45,0	43,2	47,1	47,7	47,3	45,7	47,0	46,0
FRUOLI VENEZIA GIULIA	42,0	45,5	42,4	47,4	48,8	47,7	44,4	47,3	44,9
LIGURIA	39,0	44,2	39,7	42,4	46,7	43,1	40,9	45,7	41,6
EMILIA ROMAGNA	44,4	45,4	44,7	47,3	47,4	47,4	46,6	46,9	46,7
TOSCANA	42,3	45,0	42,9	47,2	48,8	47,7	45,8	48,0	46,4
UMBRIA	38,6	41,6	39,1	40,4	41,0	40,5	39,7	41,2	40,0
MARCHE	42,9	43,4	43,1	41,9	42,6	42,0	42,4	43,0	42,5
LAZIO	43,9	45,3	44,3	44,0	45,0	44,2	44,0	45,1	44,2
ABRUZZO	40,5	42,4	41,0	40,4	45,4	41,2	40,4	43,3	41,1
MOLISE	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
CAMPANIA	43,8	42,8	43,6	43,3	41,1	43,1	43,5	41,9	43,2
PUGLIA	40,3	40,5	40,3	41,4	40,5	41,3	41,0	40,5	40,9
BASILICATA	43,5	43,8	43,6	43,6	44,2	43,8	43,6	44,1	43,7
CALABRIA	42,8	42,1	42,7	42,0	42,0	42,0	42,2	42,0	42,2
SICILIA	38,5	39,5	38,6	40,9	41,2	40,9	39,9	40,6	40,0
SARDEGNA	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
<b>ITALIA</b>	<b>42,1</b>	<b>44,3</b>	<b>42,5</b>	<b>45,3</b>	<b>46,8</b>	<b>45,7</b>	<b>44,1</b>	<b>46,0</b>	<b>44,5</b>

Tab. 10 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI

ANNO	NUOVI UTENTI		GIÀ 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

Tab.11 - USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE E DI FARMACI - ANNO 2005

REGIONE	Uso concomitante di sostanze stupefacenti e psicotrope		Abuso o uso improprio di farmaci	
	Numero di utenti	Percentuale sul totale utenti	Numero di utenti	Percentuale sul totale utenti
PIEMONTE	350	7,1	291	5,9
VALLE D'AOSTA	8	3,1	45	17,7
LOMBARDIA	906	9,8	309	3,3
PROV. AUTON. BOLZANO	30	1,5	24	1,2
PROV. AUTON. TRENTO	32	1,4	85	3,7
VENETO	799	7,1	621	5,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	183	4,5	168	4,2
LIGURIA	81	2,8	59	2,0
EMILIA ROMAGNA	442	8,7	313	6,2
TOSCANA	138	8,7	12	0,8
UMBRIA	71	4,2	69	4,0
MARCHE	389	17,9	131	6,0
LAZIO	175	16,1	98	9,0
ABRUZZO	119	9,9	99	8,2
MOLISE	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
CAMPANIA	221	15,4	146	10,2
PUGLIA	356	21,8	129	7,9
BASILICATA	30	7,6	14	3,6
CALABRIA	182	13,4	76	5,6
SICILIA	222	13,5	98	6,0
SARDEGNA	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
ITALIA	4734	8,4	2787	5,0

**Tab. 12 - USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI  
E PSICOTROPE**

ANNO	Percentuali sul totale utenti	
	Uso concomitante di sostanze stupefacenti e psicotrope	Abuso o uso improprio di farmaci
1996	5,7	6,3
1997	6,8	7,5
1998	5,9	7,2
1999	7,0	6,7
2000	7,3	6,6
2001	7,6	5,7
2002	8,9	6,6
2003	9,1	5,8
2004	9,0	5,4
2005	8,4	5,0



Tab.13 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2005

REGIONE	Medico farmacologico ambulatoriale	Psicoterapeutico		Counseling all'utente o alla famiglia	Inserimento nei gruppi di aiuto/inizio aiuto	Trattamento psico- sociale riabilitativo	Inserimento in comunità di cittadini residi- vanti o semiresidi-	Ricovero ospedaliero o day hospital per:		Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:			Altro	
		individuale	di gruppo o familiare					sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcolcorrelate	altro	sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcolcorrelate		altro
PIEMONTE	27,8	7,2	5,1	22,9	9,6	16,0	2,4	3,0	1,5	0,0	2,4	0,3	0,0	1,6
VALLE D'AOSTA	41,7	13,3	1,9	1,9	6,4	16,9	8,6	9,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
LOMBARDIA	33,8	10,0	4,6	21,7	6,6	13,3	2,5	2,4	0,6	0,1	0,4	0,0	0,0	4,0
PROV. AUTON. BOLZANO	27,4	10,0	7,1	30,9	6,5	5,7	3,8	4,1	0,0	2,0	2,5	0,0	0,0	0,0
PROV. AUTON. TRENTO	30,3	0,1	0,2	42,7	13,0	4,3	1,6	2,2	1,1	0,2	2,5	1,9	0,0	0,0
VENETO	24,9	5,1	5,4	24,3	16,1	11,4	2,4	3,7	1,6	0,1	0,4	0,0	0,7	3,7
FRILUNI VENEZIA GIULIA	14,4	2,2	6,7	33,2	11,2	5,4	0,5	2,4	0,5	3,8	0,1	0,0	3,1	16,6
LIGURIA	29,8	13,4	3,8	22,4	1,9	17,6	2,1	4,6	0,5	0,0	2,4	0,2	0,0	1,4
EMILIA ROMAGNA	45,8	4,0	1,8	15,7	5,7	17,9	4,0	1,0	0,3	1,7	0,7	0,2	0,6	0,7
TOSCANA	40,6	1,4	2,3	33,2	10,2	10,4	1,4	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
UMBRIA	15,1	3,0	2,4	50,7	18,4	4,8	1,6	1,7	0,4	0,0	1,8	0,2	0,0	0,0
MARCHE	17,1	14,0	7,9	20,9	11,8	3,8	3,3	2,9	0,5	0,0	13,0	4,0	0,0	1,0
LAZIO	20,7	10,3	4,8	34,1	8,8	8,2	2,4	2,0	5,0	0,3	2,9	0,6	0,1	0,0
ABRUZZO	26,7	4,6	1,1	40,0	13,2	7,5	0,8	3,1	2,0	0,3	0,6	0,1	0,0	0,0
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.	n.r.	n.r.
CAMPANIA	31,3	9,3	4,1	24,1	4,0	14,8	2,4	3,7	5,2	0,0	0,9	0,2	0,0	0,0
PUGLIA	22,8	12,1	7,0	26,9	2,2	18,7	4,1	2,6	3,1	0,0	0,4	0,1	0,0	0,0
BASILICATA	33,4	10,1	6,7	18,0	4,5	13,5	8,9	2,6	0,8	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0
CALABRIA	27,1	4,7	4,4	25,3	7,7	22,0	3,7	1,5	0,6	0,0	0,6	0,2	0,0	2,2
SICILIA	28,5	11,6	4,2	27,2	5,6	16,5	2,4	1,5	1,3	0,0	0,9	0,2	0,0	0,0
SARDEGNA	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
ITALIA	28,2	7,0	4,6	26,1	9,8	12,1	2,5	2,7	1,2	0,5	1,6	0,4	0,4	2,8

Tab.14 - FUNZIONI PREVISTE DAL MODELLO ORGANIZZATIVO-FUNZIONALE DEL SERVIZIO O GRUPPO DI LAVORO - ANNO 2005

REGIONE	Percentuali di servizi o gruppi di lavoro (sul totale dei rilevati) che hanno svolto le specifiche funzioni										Formazione del personale e sensibilizzazione	Altro		
	Prevenzione		Accoglienza, osservazione e diagnosi		Programmi terapeutico-rabilitativi		Funzioni di coordinamento							
	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	100,0	100,0	57,1	92,9	67,9	94,6	98,2	46,4	69,6	1,8			
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0			
LOMBARDIA	85,5	98,2	96,4	54,5	90,9	65,5	92,7	74,5	50,9	32,7	12,7			
PROV. AUTON. BOLZANO	100,0	100,0	83,3	100,0	83,3	83,3	100,0	83,3	50,0	100,0	16,7			
PROV. AUTON. TRENTO	100,0	81,8	100,0	100,0	81,8	100,0	100,0	100,0	72,7	81,8	45,5			
VENETO	97,1	100,0	97,1	71,4	97,1	88,6	97,1	94,3	77,1	91,4	22,9			
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	100,0	100,0	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0	83,3	100,0	33,3			
LIGURIA	57,1	85,7	85,7	85,7	71,4	85,7	85,7	85,7	85,7	71,4	28,6			
EMILIA ROMAGNA	81,8	93,2	93,2	63,6	90,9	70,5	84,1	86,4	68,2	79,5	22,7			
TOSCANA	100,0	100,0	100,0	87,5	100,0	100,0	100,0	100,0	87,5	93,8	75,0			
UMBRIA	100,0	100,0	100,0	77,8	100,0	88,9	77,8	100,0	77,8	77,8	33,3			
MARCHE	88,2	88,2	88,2	58,8	70,6	58,8	82,4	82,4	58,8	64,7	0,0			
LAZIO	75,0	100,0	87,5	50,0	62,5	87,5	87,5	93,8	50,0	68,8	0,0			
ABRUZZO	80,0	100,0	100,0	20,0	100,0	40,0	100,0	100,0	80,0	100,0	80,0			
MOLISE	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.			
CAMPANIA	96,0	96,0	92,0	72,0	84,0	64,0	68,0	76,0	48,0	80,0	16,0			
PUGLIA	82,2	100,0	97,8	60,0	80,0	66,7	84,4	80,0	53,3	66,7	11,1			
BASILICATA	100,0	100,0	100,0	66,7	83,3	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	0			
CALABRIA	100,0	100,0	91,7	66,7	91,7	83,3	91,7	91,7	66,7	91,7	8,3			
SICILIA	97,5	95,0	92,5	55,0	75,0	52,5	80,0	75,0	47,5	55,0	15,0			
SARDEGNA	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.			
ITALIA	90,3	97,1	95,4	63,8	86,7	72,1	88,6	86,7	59,2	70,1	17,2			

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

ANNI	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			
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	

**Tab.16 - PERCENTUALI\* DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO CHE HANNO SVOLTO ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE  
CON IL VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE - ANNO 2005**

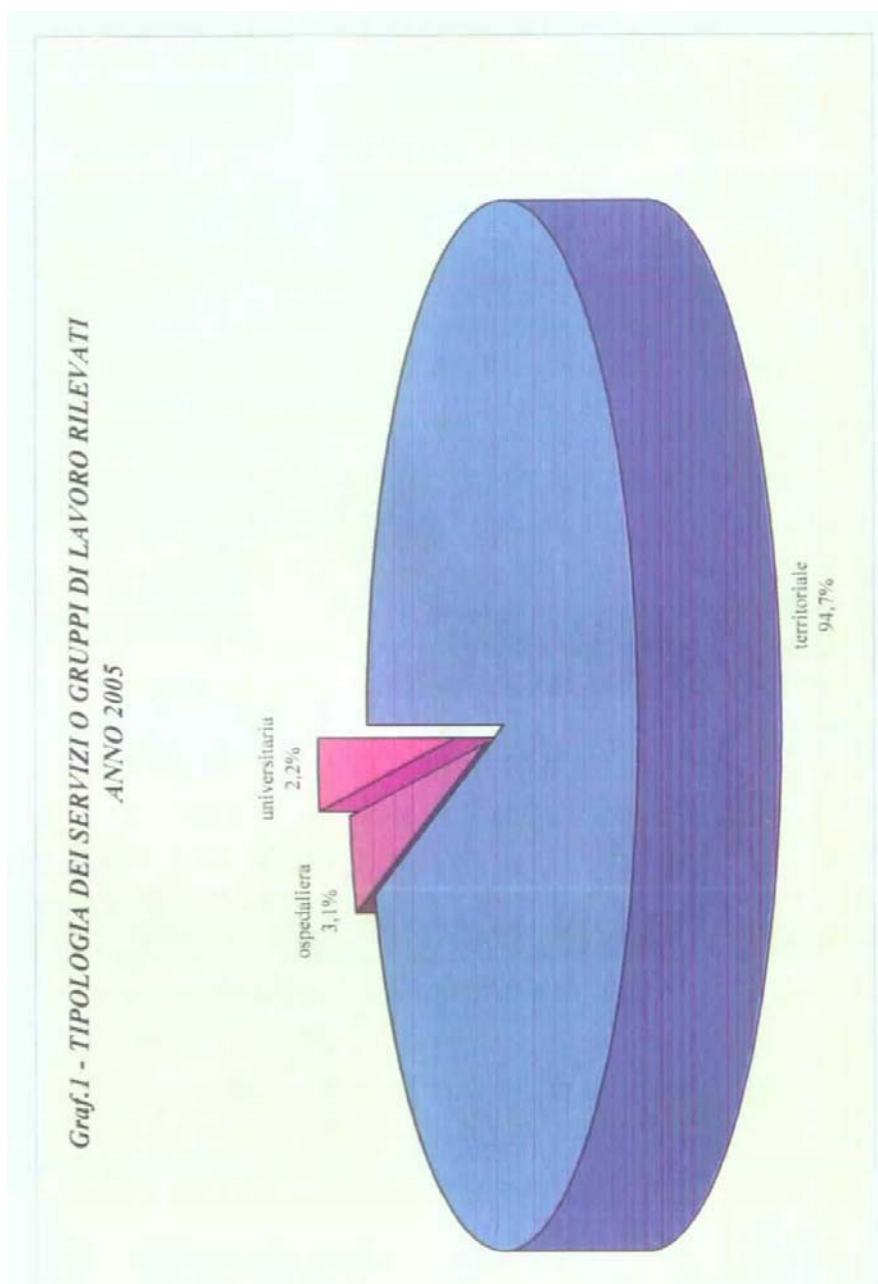
REGIONE	Gruppi auto \ mutuo aiuto			Comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali	Cooperative sociali per la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi	Cooperative sociali per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	Altro
	CAT	AA	Altro				
PIEMONTE	78,6	39,3	16,1	39,3	25,0	58,9	3,6
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	-	-	-	-
LOMBARDIA	76,4	65,5	27,3	47,3	25,5	54,5	9,1
PROV.AUTON.BOLZANO	16,7	33,3	66,7	33,3	16,7	33,3	-
PROV.AUTON.TRENTO	100	45,5	-	36,4	27,3	63,6	-
VENETO	94,3	77,1	28,6	45,7	20,0	77,1	8,6
FRILU VENEZIA GIULIA	100,0	100,0	16,7	33,3	16,7	66,7	-
LIGURIA	71,4	71,4	14,3	42,9	-	57,1	-
EMILIA ROMAGNA	72,7	59,1	25,0	27,3	20,5	43,2	4,5
TOSCANA	81,3	62,5	12,5	50,0	31,3	56,3	-
UMBRIA	66,7	33,3	22,2	66,7	55,6	44,4	-
MARCHE	52,9	58,8	-	58,8	29,4	35,3	-
LAZIO	50,0	50,0	12,5	81,3	25,0	56,3	-
ABRUZZO	60,0	40,0	20,0	40,0	40,0	20,0	-
MOLISE	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
CAMPANIA	32,0	24,0	8,0	20,0	16,0	12,0	-
PUGLIA	42,2	13,3	6,7	48,9	11,1	13,3	-
BASILICATA	83,3	66,7	16,7	83,3	16,7	66,7	-
CALABRIA	41,7	25,0	16,7	66,7	25,0	25,0	-
SICILIA	35,0	12,5	10,0	57,5	10,0	20,0	7,5
SARDEGNA	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
<b>ITALIA</b>	<b>64,3</b>	<b>45,4</b>	<b>17,2</b>	<b>45,9</b>	<b>21,1</b>	<b>43,4</b>	<b>3,6</b>

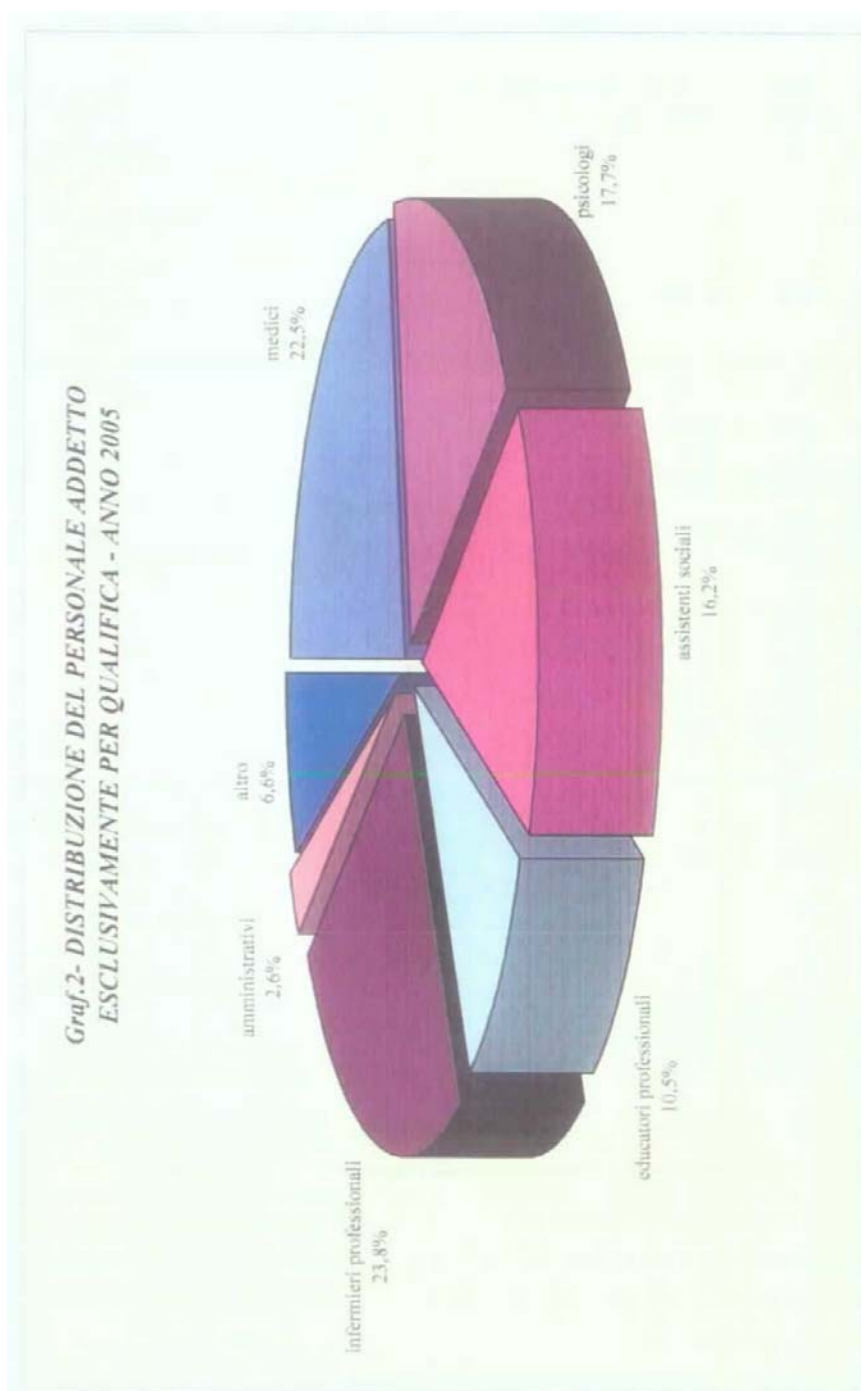
\*=calcolate sul totale dei servizi o gruppi di lavoro che hanno fornito l'informazione (modello ALC.07)

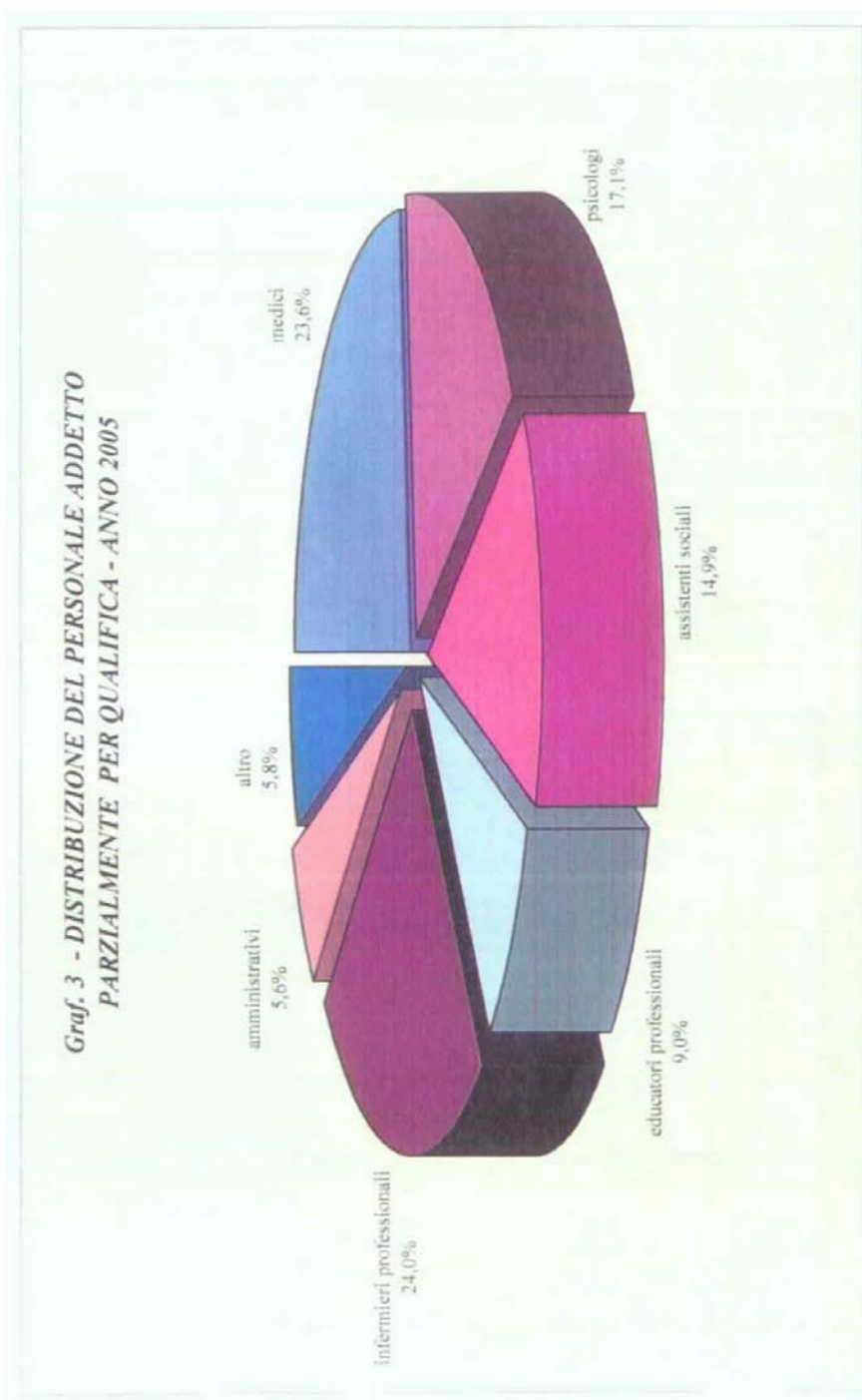
**Tab.17 - NUMERO MEDIO\* DI ENTI O ASSOCIAZIONI DEL VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE CHE HANNO COLLABORATO CON I SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO - ANNO 2005**

REGIONE	Gruppi auto \ mutuo aiuto			Comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali	Cooperative sociali per la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi	Cooperative sociali per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	Altro
	CAT	AA	Altro				
PIEMONTE	3,8	1,2	1,4	2,6	3,0	3,0	1,0
VALLE D'AOSTA	6,0	7,0	1,0	-	-	-	-
LOMBARDIA	6,8	2,2	3,4	2,4	2,3	3,0	2,0
PROV.AUTON.BOLZANO	15,0	5,5	5,5	3,5	5,0	2,0	-
PROV.AUTON.TRENTO	16,5	3	-	1	3	2	-
VENETO	19,7	4,8	3,5	2,4	2,1	2,7	2,3
FRUILI VENEZIA GIULIA	48,3	4,0	20,0	4,0	1,0	2,5	-
LIGURIA	2,4	1,4	1,0	1,7	-	2,8	-
EMILIA ROMAGNA	4,2	1,5	2,1	2,6	2,0	2,4	1,0
TOSCANA	8,2	4,0	2,0	2,3	1,6	3,7	-
UMBRIA	5,0	1,7	1,5	1,5	2,0	2,0	-
MARCHE	1,3	28,1	-	2,3	1,6	2,3	-
LAZIO	1,6	1,3	2,0	2,2	1,3	2,9	-
ABRUZZO	4,3	2,0	1,0	4,5	3,0	1,0	-
MOLISE	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
CAMPANIA	1,5	1,5	1,5	3,8	1,5	1,0	-
PUGLIA	3,7	1,0	1,3	2,5	1,0	1,3	-
BASILICATA	2,6	1,5	1,0	5,2	4,0	1,0	-
CALABRIA	2,0	1,7	3,0	3,3	1,7	1,3	-
SICILIA	2,0	1,0	1,3	1,9	1,3	1,4	3,3
SARDEGNA	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
<b>ITALIA</b>	<b>7,7</b>	<b>3,8</b>	<b>2,8</b>	<b>2,5</b>	<b>2,1</b>	<b>2,6</b>	<b>2,1</b>

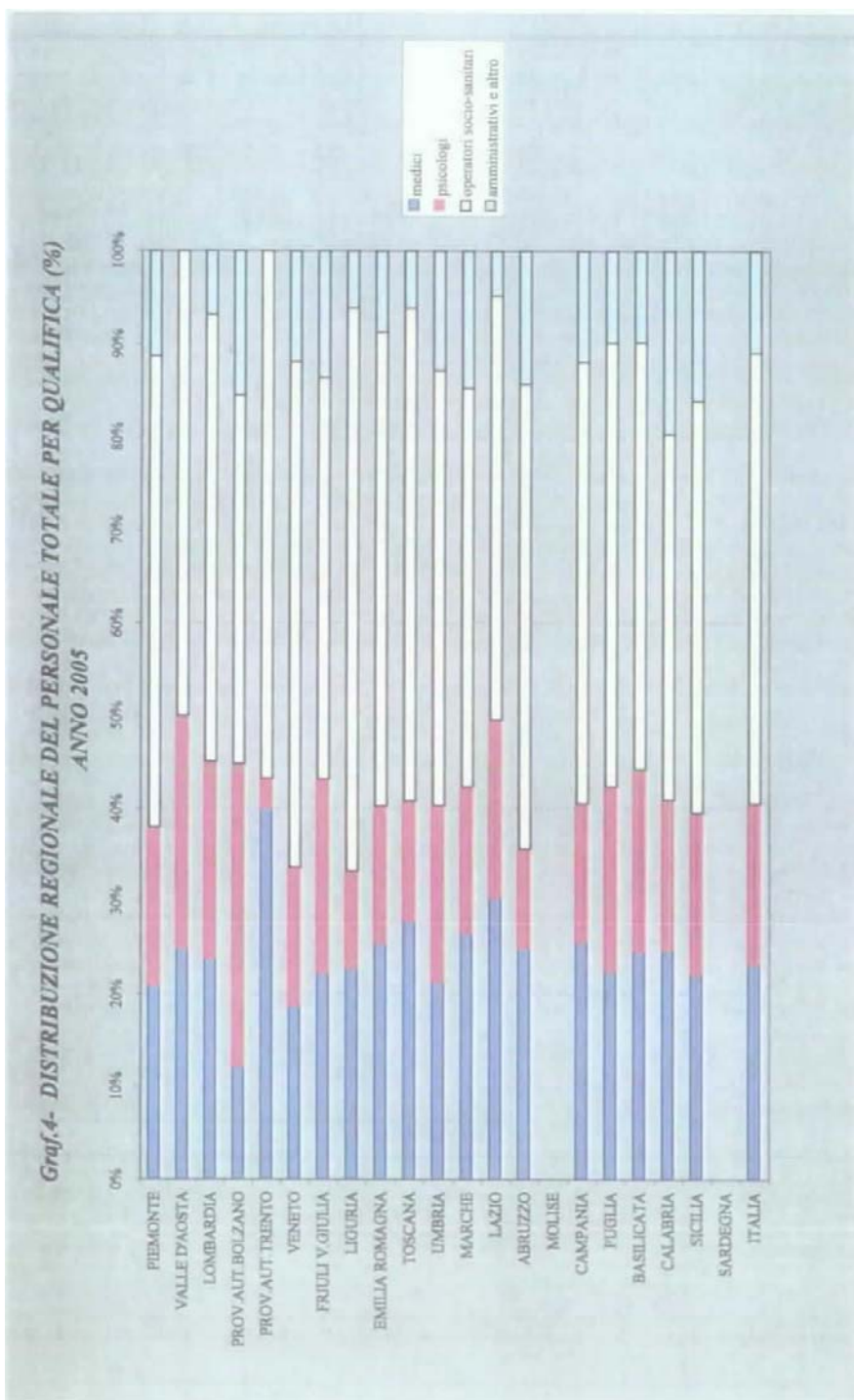
\*-per servizio o gruppo di lavoro (solo per i servizi o gruppi di lavoro che hanno svolto attività di collaborazione)

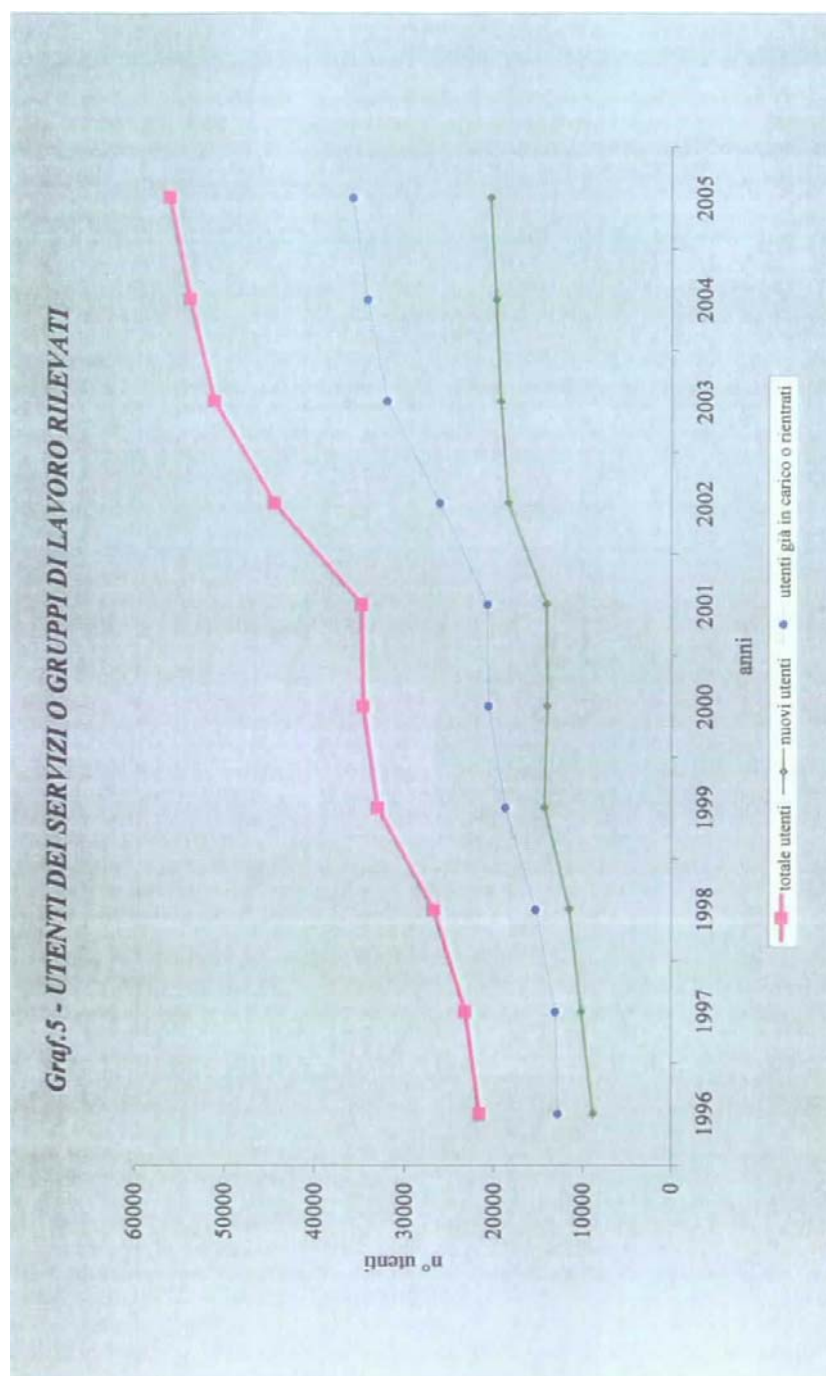


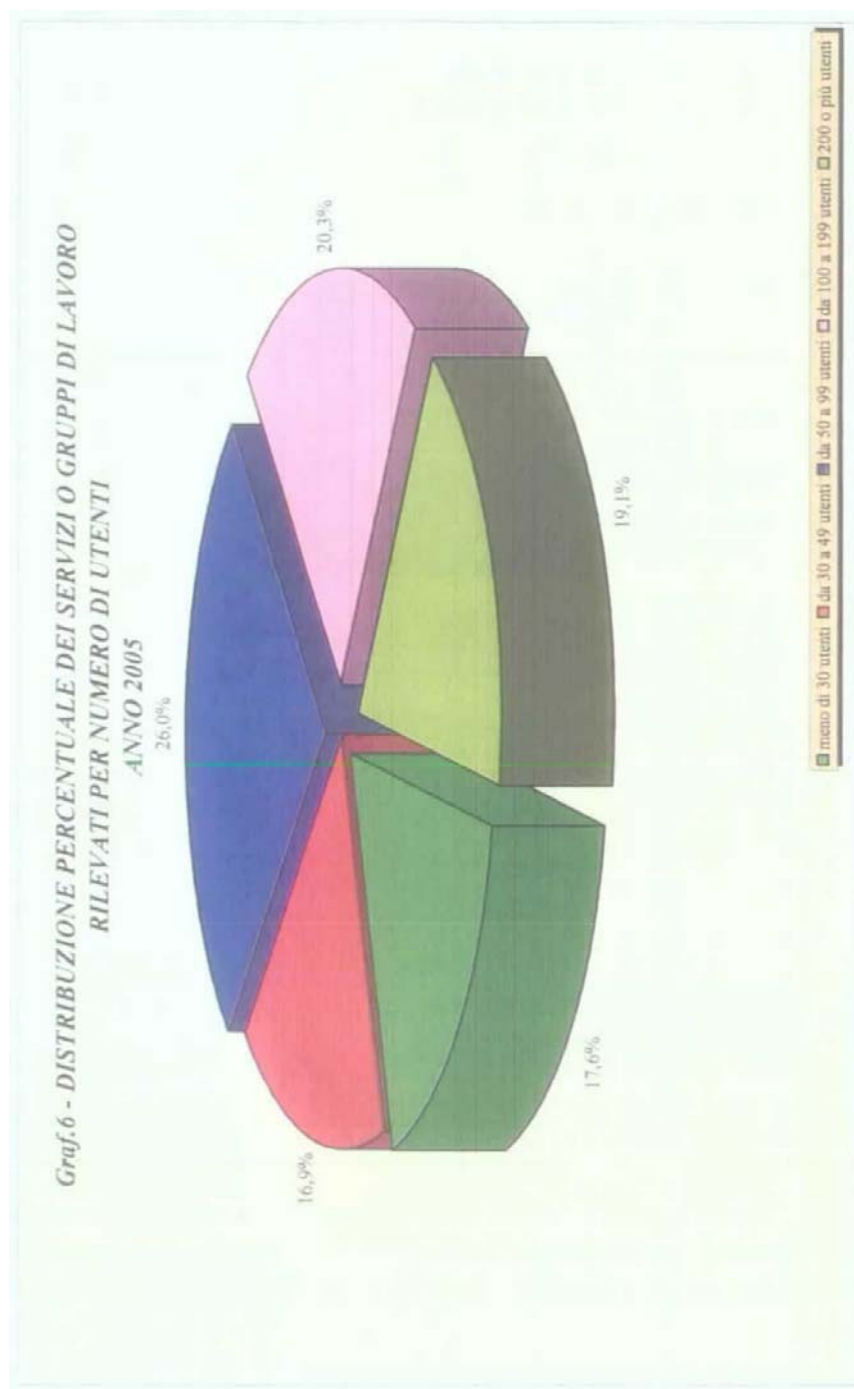


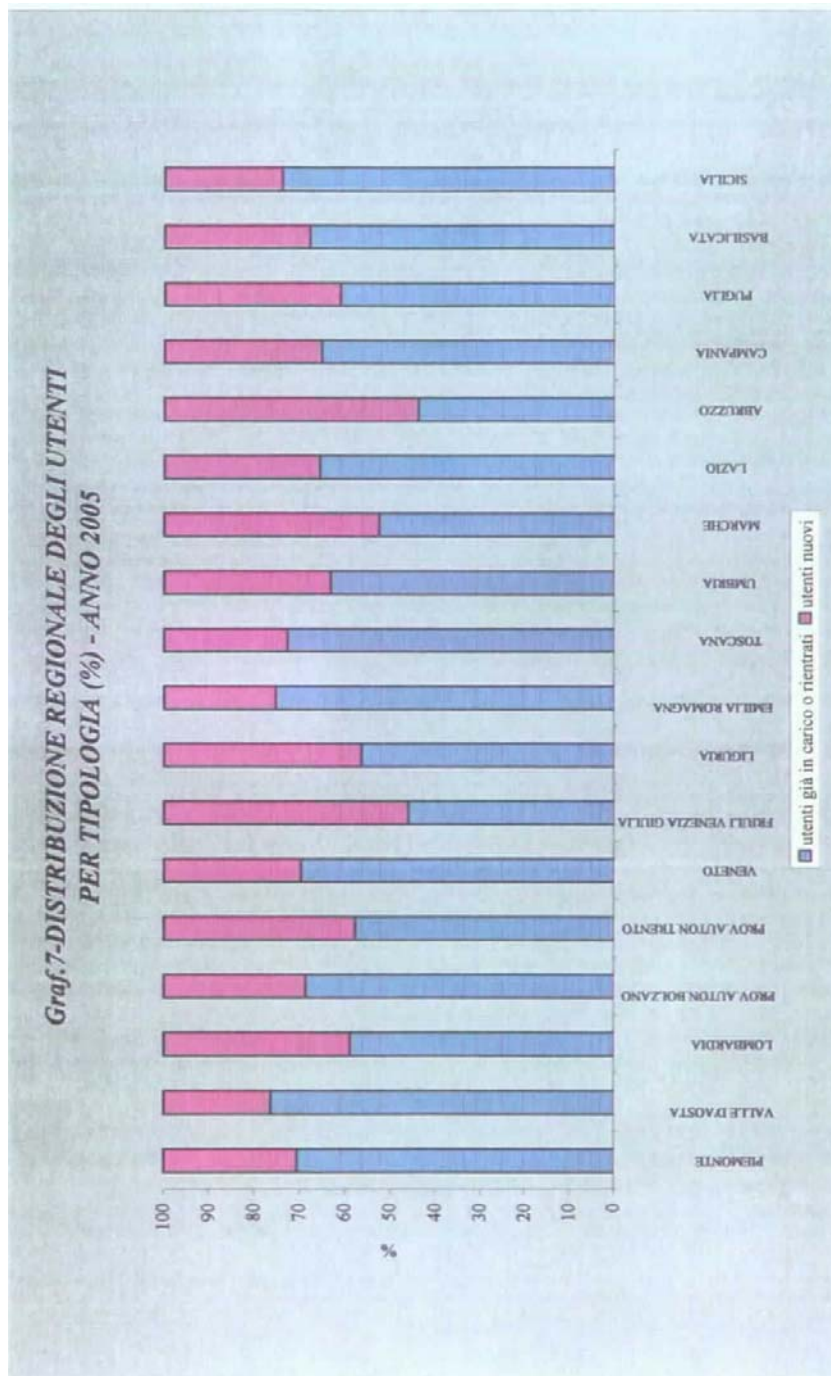




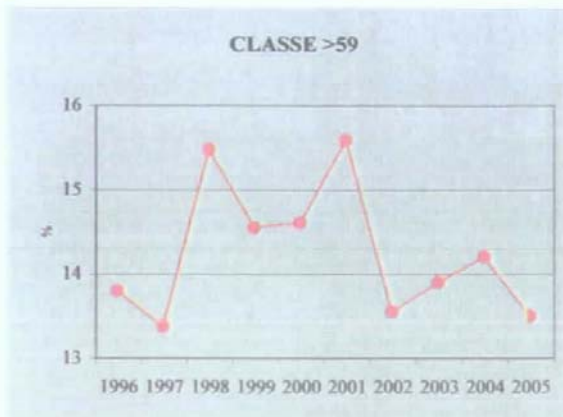
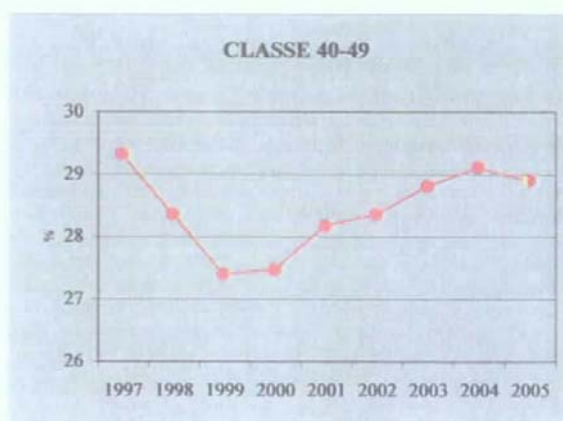
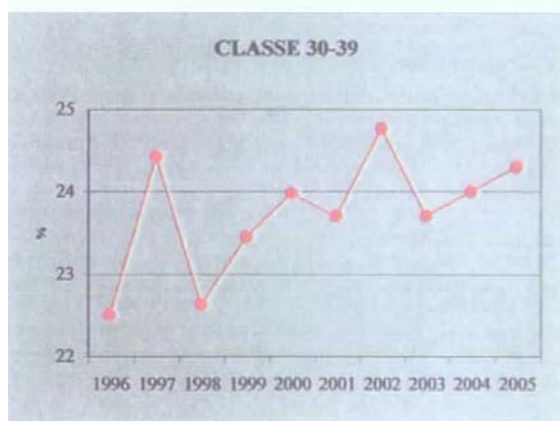
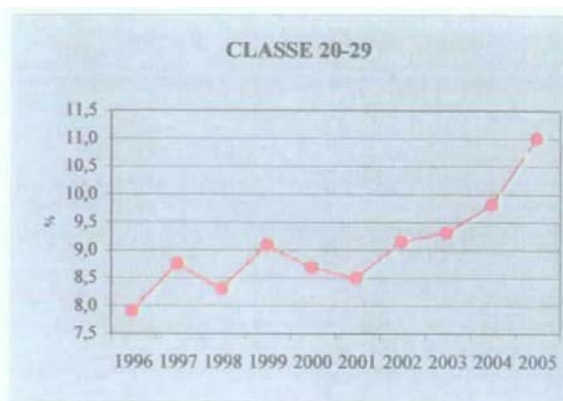
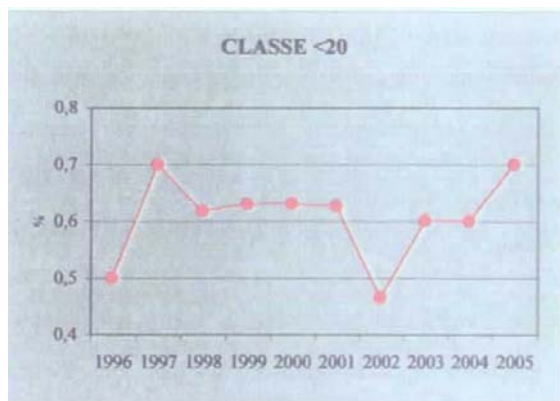






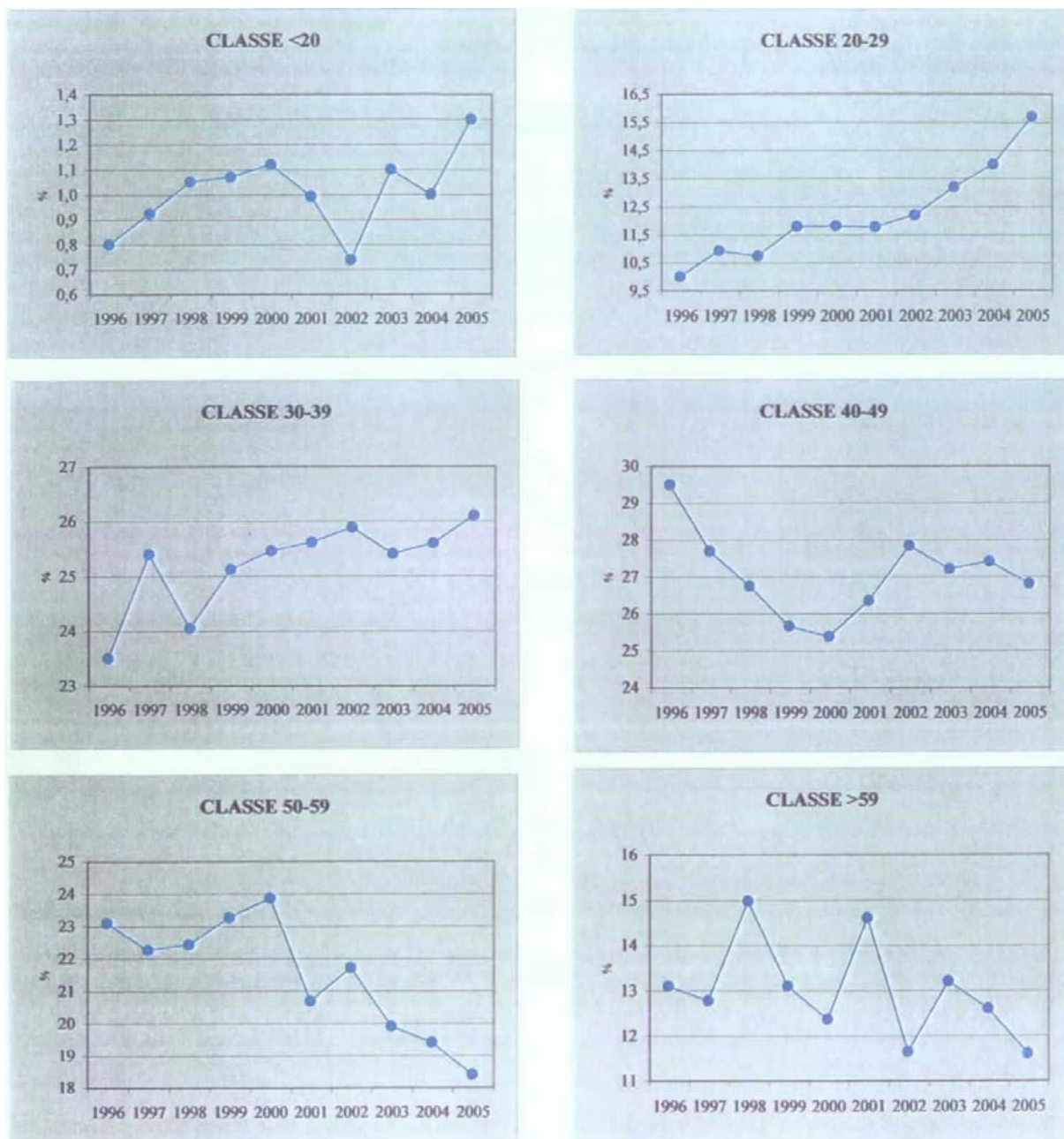


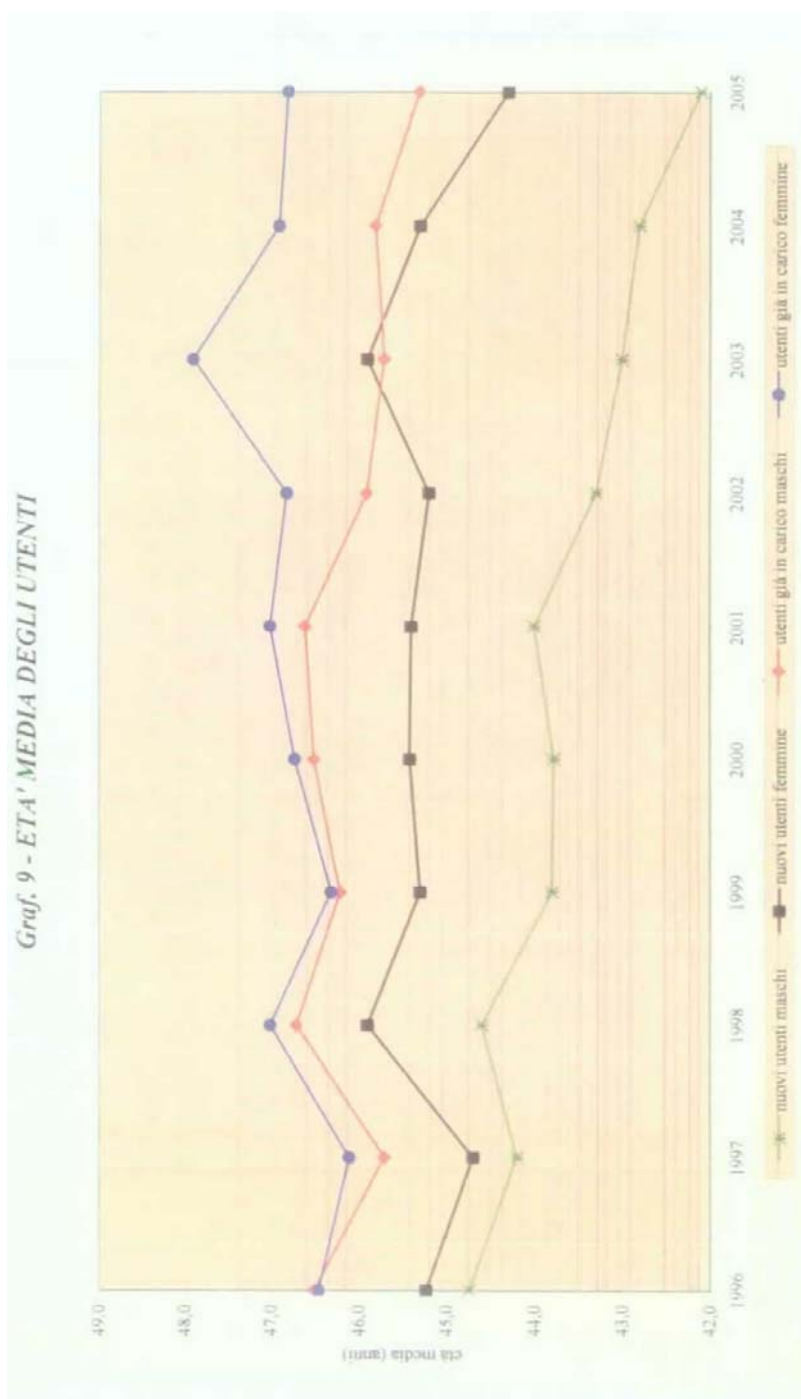
**Graf. 8a - DISTRIBUZIONE PER ETÀ' (%) DEGLI UTENTI (TOTALE)  
DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI**

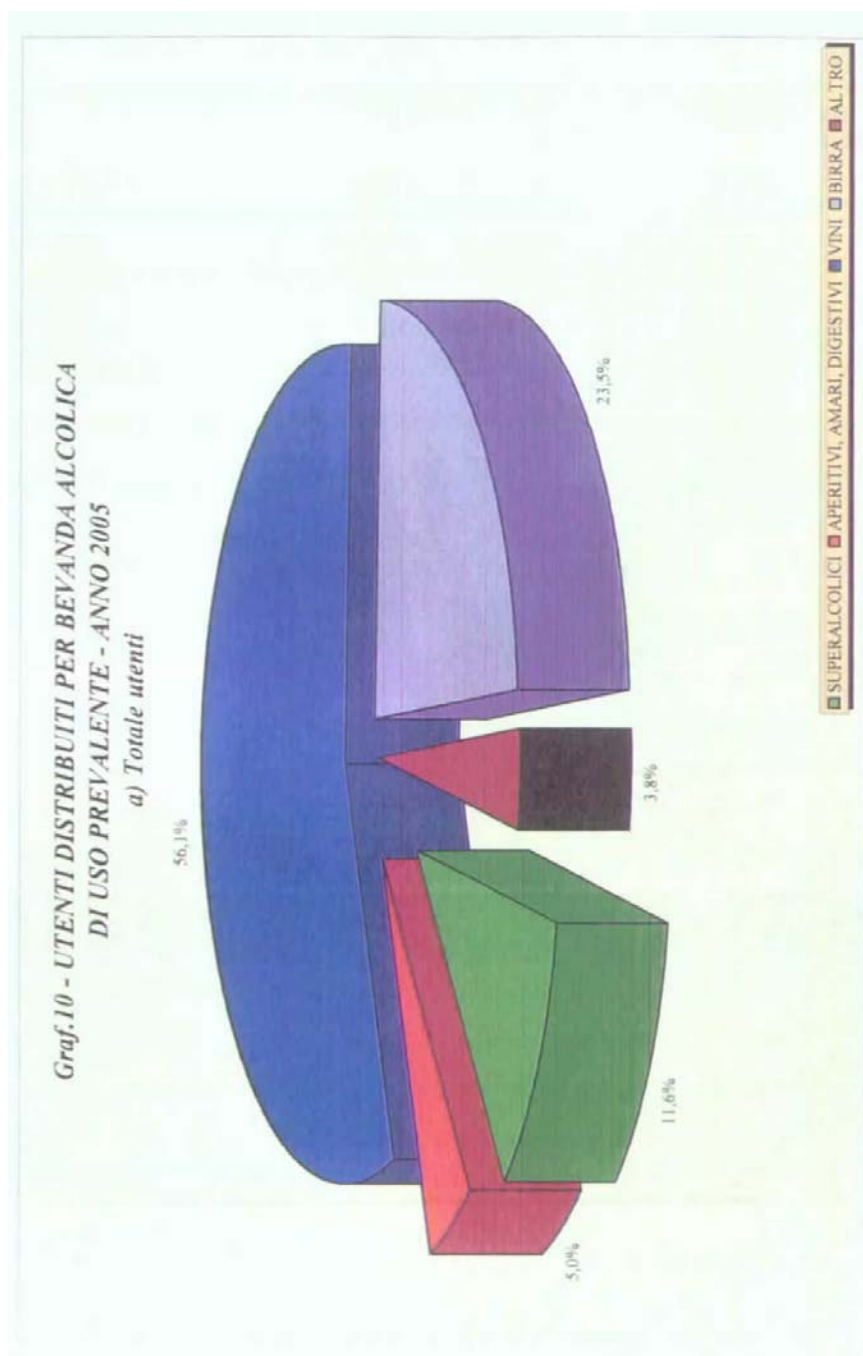




**Graf. 8b - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEI NUOVI UTENTI  
DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI**

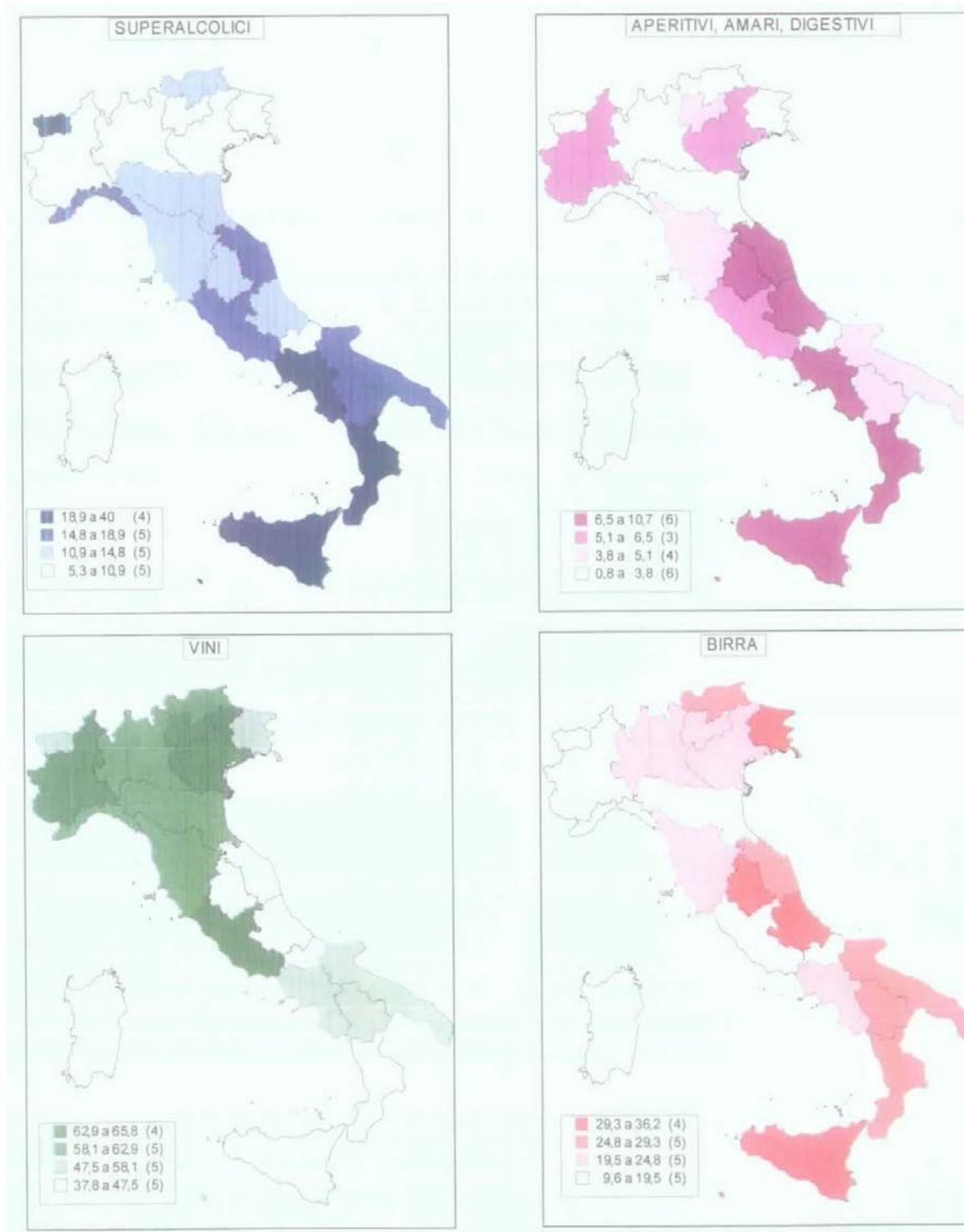




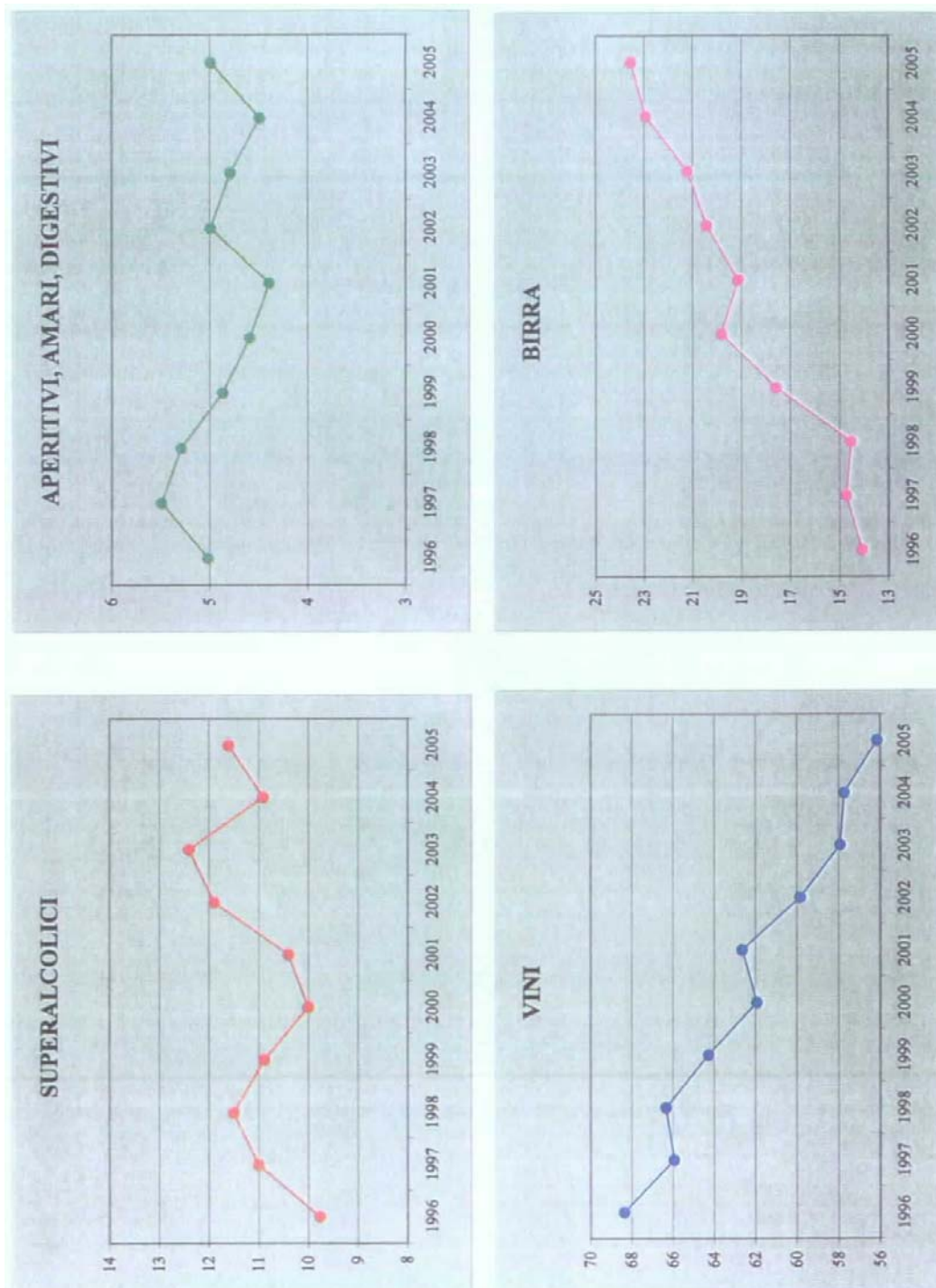




**Graf.11 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEGLI UTENTI PER BEVANDA  
ALCOLICA DI USO PREVALENTE (%) - ANNO 2005**

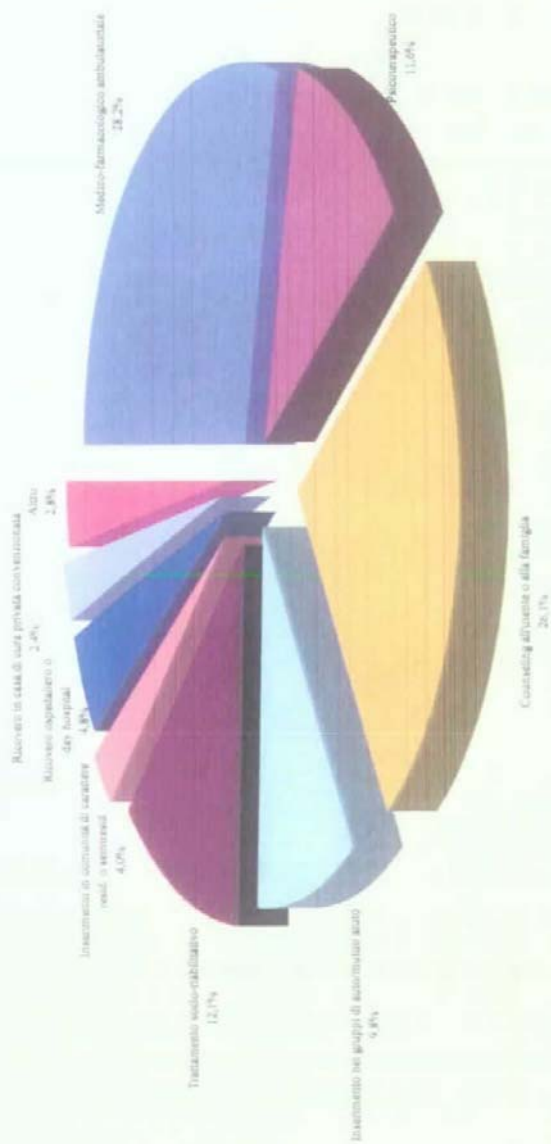


**Graf. 12 - DISTRIBUZIONE PER BEVANDA (%) DEGLI UTENTI  
DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI**

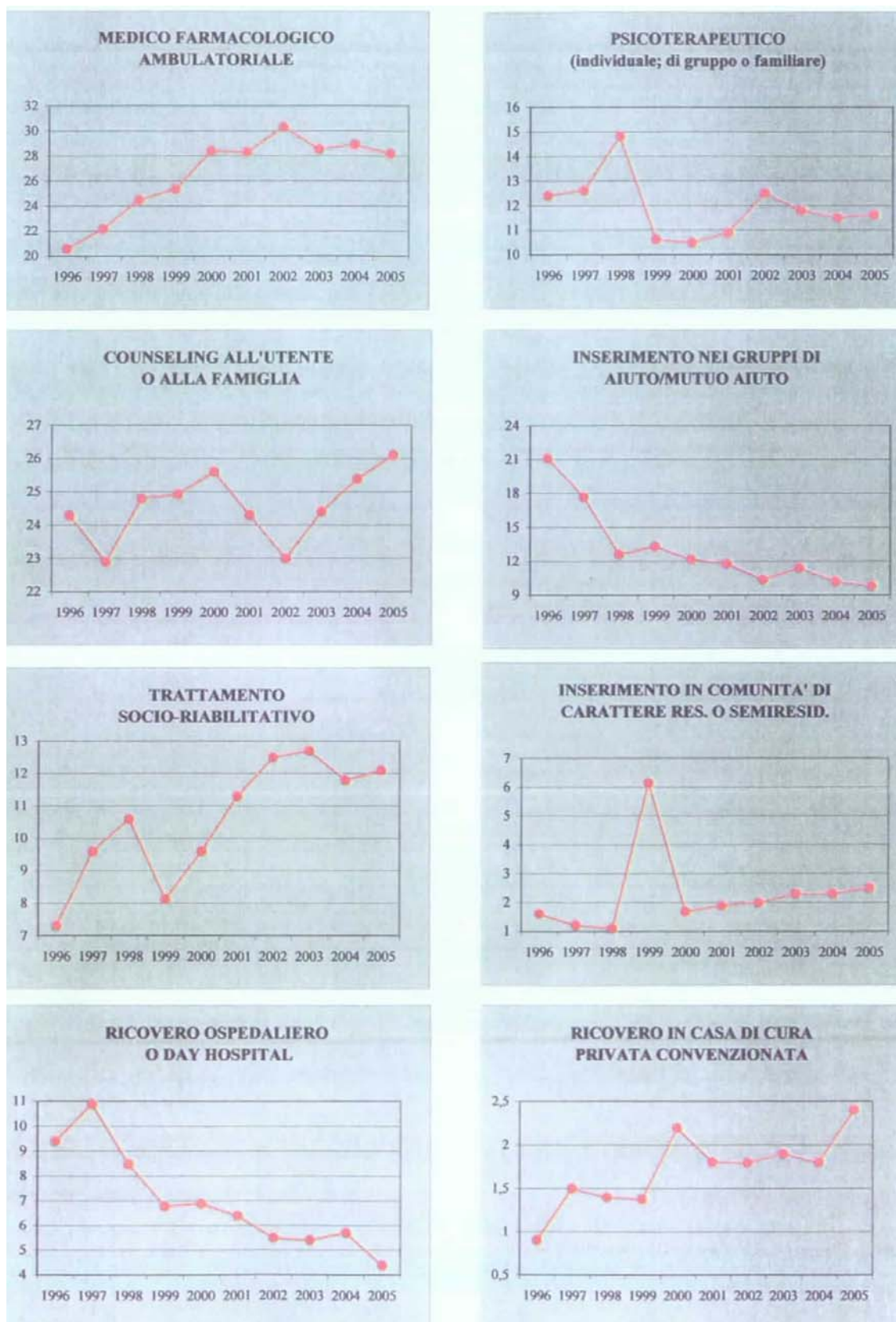


**Graf.13 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO  
PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (\*)**

ANNO 2005



(\*)—percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati

**Graf.14 - PERCENTUALE DI SOGGETTI TRATTATI PER TIPOLOGIA DI PROGRAMMA**

**PARTE TERZA****6. L'attuazione della legge 30.3.2001 n. 125 nelle Regioni e Province autonome****6.1. Le norme programmatiche delle Regioni e Province Autonome in materia di alcol e problemi alcolcorrelati**

Nel luglio 2006 il Ministero della Salute ha richiesto la collaborazione della Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali allo scopo di effettuare una ricognizione della normativa regionale in materia di alcol e problemi correlati, con particolare riferimento ai Piani Sanitari Regionali e ad altre norme programmatiche adottate, ai fini di poter valutare lo stato di recepimento della normativa nazionale. Si riporta di seguito uno schema sintetico contenente i principali risultati di tale ricognizione, ultimata nel settembre 2006, che illustra, per ciascuna Regione, i Piani sanitari e sociosanitari vigenti nonché le altre norme programmatiche di interesse per il settore alcologico. L'esame di tale quadro mostra come l'emanazione della legge 125/2001 abbia trovato riscontro nella evoluzione della normativa regionale, sebbene spesso inserendosi in un quadro di norme preesistenti, più specificamente predisposte per far fronte ai problemi posti dalle dipendenze da sostanze illegali. Dopo la legge 125/2001, molte Regioni hanno inserito il tema dell'alcol e dei problemi alcolcorrelati all'interno delle normative relative alle dipendenze da sostanze illegali; ma negli ultimi anni molti Piani sanitari regionali dedicano alle politiche alcologiche uno spazio specifico, spesso in relazione ai problemi delle fasce di età più giovani.



## NORME PROGRAMMATORIE REGIONALI \*

REGIONI	PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO	
	<i>Piani sanitari e socio-sanitari regionali vigenti</i>	<i>Altre norme programmatiche regionali</i>
VALLE D'AOSTA	Piano Regionale per la Salute 2006-2008, approvato con L.R. 20.6.2006, n. 13. Il Piano tratta del problema sia nell'area della promozione della salute e prevenzione delle malattie sia con una specifica azione, denominata "Sviluppo della rete dei servizi per le dipendenze patologiche".	
PIEMONTE	Piano sanitario regionale 1997-1999, approvato con L.R. 12.12.1997 n. 61. Il Piano dedica un capitolo al "Progetto Dipendenze", confermando che in ogni ASL devono essere garantiti gli interventi a favore degli alcol dipendenti mediante i GLA, ossia gruppi di lavoro interservizi per l'alcolismo, nominati dal Direttore Sanitario. Ogni ASL deve inoltre predisporre programmi coordinati ed integrati di prevenzione e riabilitazione delle situazioni di dipendenza, da adottare e realizzare con il concorso di tutti gli Enti coinvolti.	Delibera di Giunta Regionale 80 - 1700 del 11.12.2000 sulle linee guida dell'atto aziendale, che indica l'attivazione del Dipartimento di patologie delle Dipendenze nelle ASL.
LOMBARDIA	Piano socio-sanitario regionale 2002-2004 approvato con D.C.R. 13.3.2002 n. 462. Il Piano prevede, sul tema delle tossicodipendenze e alcol dipendenze, obiettivi specifici per due aree: <i>Area di sostegno e trattamento e Area di reinserimento sociale</i> . Più in generale il Piano prevede: - il rafforzamento del ruolo della ASL quale garante del cittadino e acquirente delle prestazioni: essa esercita la funzione di programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie, - l'estensione del sistema di autorizzazione e di accreditamento a tutti gli ambiti delle attività sanitarie e socio sanitarie, a tutela della libertà di scelta del cittadino, - l'introduzione del contratto come strumento che regola i rapporti fra ASL e soggetti erogatori di prestazioni, con parità di diritti e doveri tra strutture pubbliche e private.	"Progetto Regionale Dipendenze", approvato con D.G.R. n. 12621 del 7.4.2003, che riguarda due aspetti: da un lato approva gli indirizzi programmatici e direttive per l'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL; dall'altro determina i requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accREDITAMENTO dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite.
P.A. TRENTO	Schema di Piano sanitario provinciale 2000-2002: nell'ambito dell'area "promozione della salute e prevenzione primaria delle malattie", inserisce il Progetto "Riduzione del consumo di alcol", con i seguenti obiettivi generali: riduzione della diffusione e del consumo di alcol; promozione di un uso appropriato dei farmaci; riduzione di altri comportamenti a rischio per la salute.	

REGIONI	PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO	
	<i>Piani sanitari e sociosanitari regionali vigenti</i>	<i>Altre norme programmatiche regionali</i>
P.A.BOLZANO	<p><b>Piano sanitario provinciale 2000-2002</b>, approvato con DG.P. 19 luglio 1999 n. 3028. Il Piano affronta il tema dell'abuso di alcol in più punti, tra cui: la sezione 10.3 tratta degli aspetti della prevenzione e pone l'obiettivo di sensibilizzare bambini e giovani rispetto ai comportamenti devianti che possono portare alla dipendenza; il capitolo 2.5.6. è dedicato al tema "Abuso di droghe, alcool, farmaci e fumo di tabacco".</p>	<p><b>L.P. 18 maggio 2006, n. 3: "Interventi in materia di dipendenze"</b> attua la legge 125/01 con misure di prevenzione e tutela della salute: vieta la vendita di alcol ai minori di 16 anni; vieta la pubblicità di alcolici nei programmi di radio e televisioni locali dalle ore 16 alle 19; nei programmi per minori dai 15 minuti precedenti ai 15 m. successivi la trasmissione; nella stampa rivolta ai minori, nei cinema per film rivolti ai minori. Gli esercizi commerciali devono esporre separatamente gli alcolici dalle altre bevande e disporre di almeno 2 bevande fredde non alcoliche più economiche rispetto agli alcolici. I Comuni possono disporre ulteriori misure per feste, manifestazioni sportive etc. Sono fissate le sanzioni pecuniarie per la violazione delle norme.</p>
VENETO	<p>Il <b>Piano Socio-Sanitario regionale 1996-1998</b>, approvato con L.R. 3 febbraio 1996 n. 5, include tra gli Obiettivi strategici previsti dall'art. 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la prevenzione ed il contrasto dell'uso di sostanze psicotrope e alcol e il reinserimento socio-lavorativo dei dipendenti da tali sostanze;</li> <li>- la riduzione del danno connesso all'uso di sostanze psicotrope, tabacco e alcol;</li> </ul> <p>L'art. 11 "I progetti obiettivi e le azioni programmate" prevede che il provvedimento relativo alle tossicodipendenze deve includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il recepimento, in materia di alcoldipendenza, del "Progetto Alcologia Veneto" di cui alla D.G.R. 30 agosto 1994, n. 3980, attuativo del D.M. Sanità 30.8.1993;</li> <li>- la revisione della L.R. 22 ottobre 1982, n. 49 "Competenza e disciplina degli interventi in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcol".</li> </ul>	<p>Documento "<b>Alcologia nel Veneto - Non solo cura ma cultura. Indirizzi per il lavoro in rete</b>" approvato con D.G.R. 473 del 28.2.2006.</p>

REGIONI	PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO	
	<i>Piani sanitari e sociosanitari regionali vigenti</i>	<i>Altre norme programmatiche regionali</i>
FRIULI V.G.	<p><b>Piano sanitario regionale 2000-2002</b>, definito anche "Piano di intervento a medio termine (PIMT)", approvato con D.G.R. 9 marzo 2001 n. 734. Il Piano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inserisce, tra gli obiettivi di salute prioritari, la promozione di comportamenti e stili di vita per la salute con particolare riferimento a fumo, alcol, dieta e attività fisica;</li> <li>- dedica il punto 5.8 ai Servizi per le dipendenze. In quest'ambito prevede che il sistema di assistenza deve considerare le seguenti priorità: la centralità del soggetto portatore di un bisogno; interventi basati sulle problematiche generali sull'uso delle sostanze e non solo sulla dipendenza; garanzia di un'area specifica di intervento per l'alcoldipendenza; ruolo di integrazione dei diversi soggetti istituzionali e non, che devono trovare ricomposizione nel distretto etc.</li> </ul>	<p>La L.R. 31.3.2006 n. 6 "<b>Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale</b>" dedica l'art. 48 alle <i>Politiche di contrasto alle dipendenze</i>.</p>
LIGURIA	<p><b>Piano Socio-Sanitario Regionale 2003-2005</b>, approvato con D.C.R. 20/27.1.2004 n. 3, in cui la Regione affronta specificamente il tema dell'alcol e dei problemi alcol-correlati ed assume come propri gli obiettivi delineati dal PSN e della legge quadro n. 125/2001. Il Piano definisce le azioni prioritarie per le Aziende sanitarie per migliorare la rete dei servizi, coordinare gli interventi e aggiornare gli operatori sociosanitari, sostenere le realtà territoriali autonome di autotutela e promozione della salute etc.</p>	<p>La Regione Liguria ha adottato le "<b>Linee di indirizzo su prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze</b>" (D.C.R. 31.7. 2001 n. 34), precedute dalle <b>Linea Guida per l'istituzione dei Dipartimenti per le Dipendenze</b> (D.G.R. 9.3.2001 n. 305), in cui si riuniscono, all'interno di un assetto dipartimentale dell'azienda USL, anche i soggetti del privato sociale che gestiscono Comunità di Accoglienza e recupero dei tossicodipendenti. Inoltre, la L.R. 24.5.2006 n. 12 "<b>Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari</b>" e il "<b>Piano triennale dei Servizi Sociali 2002-2004</b>" prevedono l'azione prioritaria "Prevenzione e reinserimento sociale dei soggetti dipendenti".</p>



REGIONI	PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO	
	<i>Piani sanitari e sociosanitari regionali vigenti</i>	<i>Altre norme programmatiche regionali</i>
EMILIA- ROMAGNA	<p>Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001, approvato con D.C.R. n. 1235/1999, si sofferma sul tema delle dipendenze patologiche nell'ambito dei Progetti Speciali per l'integrazione socio-sanitaria. Rileva che nel settore delle dipendenze patologiche è da tempo avvertita la necessità di definire le modalità di integrazione delle competenze, delle risorse e degli interventi fra Aziende USL ed Enti locali prevedendo il coinvolgimento anche degli Enti ausiliari e delle Associazioni di volontariato. A tale scopo è adottato, con D.G.R. n. 62/1999, un Protocollo d'intesa con la Confederazione delle Autonomie Locali dell'Emilia-Romagna (CALER). Il protocollo chiarisce le differenze fra competenze istituzionali e gestione degli interventi, consentendo di individuare modalità di rapporto tra i diversi enti che garantiscano unitarietà di programmazione e di indirizzi ed integrazione operativa degli interventi.</p>	<p>D.G.R. 17.1.2005 n. 26: "Applicazione della L.R. n. 34/1998 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso - Ulteriori precisazioni" La Regione definisce le modalità di qualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali di particolare complessità, quali: <i>accoglienza e presa in cura dei casi con morbilità anche psichiatrica; appropriatezza dell'intervento residenziale; appropriatezza dei trattamenti farmacologici dei tossicodipendenti da eroina e da alcol.</i></p>
TOSCANA	<p>Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 approvato con D.C.R. 16 febbraio 2005, n. 22, nella parte dedicata ai <i>progetti speciali di interesse regionale e alla prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze</i>, prevede uno sviluppo delle azioni finalizzate alla promozione dell'<i>empowerment</i> della popolazione attraverso interventi tesi a ridurre l'uso eccessivo di alcol, in particolare nelle fasce di età adolescenziali e giovanili, e la prevalenza di forti bevitori. Il Piano prevede, inoltre, la <i>revisione dell'Azione Programmata: "Organizzazione dei servizi alcolologici"</i> di cui alla D.C.R. n. 281/1998, alla luce delle esigenze emerse e delle indicazioni contenute nella legge quadro nazionale n. 125/2001.</p>	<p>In attuazione del PSR 2005/2007, la D.G.R. 27 marzo 2006 n. 210 prevede "Attivazione del processo di revisione dell'Azione Programmata: "Organizzazione dei servizi alcolologici" e indirizzi per azioni di promozione, sostegno e coordinamento degli interventi di sensibilizzazione e prevenzione dei rischi derivanti dall'uso di sostanze alcoliche".</p>

REGIONI	PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO	
	<i>Piani sanitari e sociosanitari regionali vigenti</i>	<i>Altre norme programmatiche regionali</i>
MARCHE	<p><b>Piano sanitario regionale 2003-2006</b>, approvato con D.C.R. n. 314/2003, dedica il paragrafo 2.2.4 al tema “dipendenze patologiche”. Il paragrafo inizia con l’analisi del “cambiamento del sistema di welfare”, che ha portato ad una modifica dei servizi alla persona e quindi anche delle dipendenze. L’articolata rete dei servizi nella Regione costituisce lo strumento per perseguire <b>obiettivi prioritari</b>, tra cui il potenziamento degli interventi di prevenzione primaria, anche attraverso collaborazioni interistituzionali (comuni, provveditori agli studi, ecc.), riconoscendo agli ambiti la funzione di co-progettazione delle azioni di salute rivolte alla prevenzione primaria. E’ necessario definire un piano pluriennale (progetto obiettivo) per articolare una programmazione, di governo e di gestione; occorre anche stabilire profili di assistenza che attraversino i diversi servizi (materno-infantile, età evolutiva, servizi per le dipendenze patologiche, ecc.) e siano fondati sulla centralità di funzione del MMG e del PLS.</p>	<p>In attuazione del Piano sanitario regionale, la Regione ha previsto la “<b>Adozione dell’atto di riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche</b>” (D.G.R. 29.6.2004 n. 747). Si tratta di un ampio provvedimento, che definisce il sistema integrato territoriale dei servizi alla persona e alla comunità in materia di dipendenze, disciplinando in particolare il dipartimento dipendenze patologiche.</p>
UMBRIA	<p>Il <b>Piano Sanitario Regionale 2003-2005</b>, approvato con D.C.R. n. 314/2003, conferma e sviluppa gli obiettivi sulla prevenzione e contrasto delle dipendenze patologiche sulla base di una serie di atti regionali precedenti ed in particolare: “<b>Atto di indirizzo programmatico sulla riduzione del danno da dipendenze</b>” (D.C.R. 10.1.2000 n. 767); “<b>Nuovo sistema servizi nell’area delle dipendenze e tariffe regionali di riferimento utenti tossicodipendenti</b>” (D.G.R. 29.7.2002 n. 1057); “<b>Piano sociale regionale 2000/2002</b>” (D.C.R. 20.12.1999 n. 759); Il Piano sanitario regionale prevede anche lo sviluppo di alcuni servizi specialistici, tra cui il <i>Servizio terapeutico riabilitativo per persone con problemi alcolcorrelati</i>.</p>	<p>La D.G.R. 15.12.2004 n. 1973: “<b>Linee di indirizzo Aziende sanitarie relative ai progetti del PSR 2003-2005. Dipendenze</b>”, che si sofferma sulla attuale organizzazione dei servizi, compresi i Centri Alcologia, e stabilisce le priorità di azione, tra cui l’approfondimento sulla conoscenza dei fenomeni e una diversa e più adeguata metodica di rilevazione e diffusione dei dati.</p>

REGIONI	PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO	
	<i>Piani sanitari e sociosanitari regionali vigenti</i>	<i>Altre norme programmatiche regionali</i>
LAZIO	<p>Il <b>Piano Sanitario Regionale 2002-2004</b>, approvato con <b>D.C.R. n. 114/2002</b> prevede, tra i problemi di salute specifici nell'ambito delle dipendenze, il tema della dipendenza da alcol. Tale attività sarà inserita nell'ambito del Dipartimento delle Dipendenze attivato presso le Aziende USL (Progetto obiettivo dipendenze D.G.R. 716/2000). La proposta operativa nel campo della Diagnosi e cura dell'alcoldipendenza è quella di attivare in ogni ASL un Servizio Alcolologico Territoriale (SALT) dotato di un' équipe alcolologica multidisciplinare. Il progetto obiettivo del 2000 sarà implementato con il <i>Piano di intervento regionale sui Problemi Alcol Correlati</i> elaborato dal Centro di Riferimento Regionale per i problemi e le Patologie Alcol Correlate (PAC) istituito con D.G.R. 5626/97 (Policlinico Umberto I- Dipartimento di Medicina Clinica).</p>	<p>Provvedimenti sui "criteri per la definizione dei progetti e il riparto della quota del Fondo Nazionale di Lotta alla Droga trasferita alla Regione Lazio" (es. <b>D.G.R. 3.8.2001 n. 1229</b>).</p>
ABRUZZO	<p>Il "<b>Piano sanitario regionale 1999-2001</b>", approvato con <b>L.R. 2.7.1999 n. 37</b> e <b>tuttora vigente</b>, dedica ampio spazio al tema della "prevenzione cura e recupero delle tossicodipendenze e interventi in materia di alcoldipendenza e di dipendenza dal tabagismo". Il Piano sviluppa ulteriormente i servizi e gli obiettivi previsti dalla <b>L.R. 29.11.1999 n. 114</b>: "<b>Prevenzione dei problemi alcol-droga-correlati e formazione di operatori del settore socio-sanitario, del settore socio-educativo e del volontariato</b>".</p>	
CAMPANIA	<p>Nell'ambito del "<b>Piano Sanitario regionale 2002-2004</b>", approvato con <b>D.C.R. 20.6.2002 n. 129/3</b>, la Regione Campania ha definito specifici obiettivi di salute da perseguire nel triennio anche sui problemi correlati all'alcol, in riferimento a quanto previsto dal PSN 1998-2000 e con la finalità generale di promuovere comportamenti e stili di vita per la salute. Il Piano regionale prevede, poi, lo sviluppo degli interventi di cura, riabilitazione e contrasto delle dipendenze, nonché delle azioni per monitorare e conoscere meglio il fenomeno.</p>	<p>Con la <b>D.G.R. 2 luglio 2004, n. 970</b> la Regione ha approvato un "<b>Programma di interventi per gli alcoldipendenti, ai sensi della legge 30 maggio 2001, n. 125</b>". Con diverso provvedimento, <b>D.G.R. 16.12.2005 n. 1910</b>, la Regione disciplina la "<b>Rete Ser.T. e strategie d'intervento per l'assistenza ai tossicodipendenti</b>." La <b>D.G.R. 15.4.2005 n. 514</b> concerne invece la: "<b>Informatizzazione dei Ser.T.</b>" in riferimento al Progetto Ministeriale "Sesit".</p>

REGIONI	PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO	
	<i>Piani sanitari e sociosanitari regionali vigenti</i>	<i>Altre norme programmatiche regionali</i>
BASILICATA	<p>il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999, approvato con D.C.R. 30.12.1996, n. 478 prevede una specifica <i>Azione programmata sulle "Patologie alcolcorrelate"</i>, con questi risultati attesi: ridurre il consumo di alcol del 25% entro l'anno 2000; ridurre le morti per patologia alcolcorrelata; ridurre i ricoveri per patologia alcolcorrelata; recupero e reinserimento degli alcolisti. Definisce le conseguenti azioni prioritarie: sviluppo di programmi di promozione ed educazione alla salute; rete di servizi coordinata in aree funzionali omogenee o in Dipartimenti; definizione di programmi di intervento specifico per le famiglie.</p>	<p>Il "Piano Socio Assistenziale per il triennio 2000/2002", approvato con D.C.R. 22.12.1999 n. 1280 stabilisce, tra le priorità, lo sviluppo di una politica organica di lotta alla droga e alle altre dipendenze patologiche sul fronte della prevenzione; l'utilizzo dei Piani di zona come occasione per sviluppare una programmazione organica degli interventi, delle risorse e dei servizi territoriali, anche di promozione sociale, in un quadro di integrazione verticale ed orizzontale dei soggetti istituzionali e sociali.</p>
MOLISE	<p>Il Piano Sanitario Regionale 1997-1999, approvato con D.C.R. n. 505 del 30.12.1996, affronta specificamente il tema "Tossicodipendenza e alcolodipendenza", definendo alcuni obiettivi generali ed azioni prioritarie. Aggiorna così quanto in precedenza stabilito con la L.R. 8 giugno 1992, n. 18 "Interventi sociali e sanitari per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcolismo e per il trattamento dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicotrope".</p>	
CALABRIA	<p>Piano regionale per la Salute 2004/2006, approvato con L.R. 19.3.2004 n. 11, tratta il tema dell'Alcol al paragrafo 2.3, rilevando che "la riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol è, attualmente, una delle più importanti azioni di salute pubblica che gran parte degli Stati Europei si preparano a realizzare per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini". Per affrontare questo complesso problema il Piano considera prioritaria la prevenzione e l'implementazione dei servizi; definisce inoltre un'articolata serie di obiettivi di salute e di azioni prioritarie.</p>	

REGIONI	PRINCIPALI NORME DI RIFERIMENTO	
	<i>Piani sanitari e sociosanitari regionali vigenti</i>	<i>Altre norme programmatiche regionali</i>
PUGLIA	<p>“Piano Sanitario regionale 2002-2004 e Piano regionale di Salute 2002-2007”, approvato in via definitiva con D.G.R. 27.12.2001 n. 2087. -Il paragrafo 8.2.2 “Dipendenza da sostanze di abuso” conferma la scelta di coordinare la rete dei servizi nel “Dipartimento delle dipendenze patologiche” delle ASL, come previsto dalla L.R. 6.9.1999, n. 27. Stabilisce gli obiettivi prioritari, tra cui la definizione del sistema di autorizzazione ed accreditamento; il recepimento della legge n. 125/2001 e degli obiettivi del PSN 1998/2000 per realizzare - attraverso l’attivazione di strutture dedicate sia nell’ambito del Dipartimento per le dipendenze patologiche sia nell’ambito delle strutture ospedaliere ed universitarie i seguenti obiettivi specifici: prevenzione dell’abitudine all’alcol tra gli studenti delle scuole; prevenzione dell’abitudine all’alcol nei confronti della popolazione in generale ed in particolari luoghi di aggregazione; trattamenti per la disassuefazione dall’alcol.</p>	<p>La Regione, con D.G.R. 30.11.2005 n. 1722, ha previsto la “Costituzione del Comitato regionale interdipartimentale sulle dipendenze patologiche” (C.R.I.Di.P.), con funzioni di orientamento, istruttoria, implementazione, formazione, ricerca e supporto tecnico-scientifico alla gestione strategica regionale in materia di dipendenze patologiche. Inoltre la L.R. 9 agosto 2006, n. 26 “Interventi in materia sanitaria” dedica l’art. 6 alle dipendenze patologiche e prevede nuove modalità organizzative al fine di garantire la piena operatività dei SERT e dei Dipartimenti per le dipendenze patologiche (DDP); delega poi la Giunta regionale ad emanare indirizzi in materia (anche per la tutela della salute dei detenuti in attuazione del D.Lgs. 230/99).</p>
SICILIA	<p>Il Piano sanitario regionale 2000-2002, approvato con D.P.Reg. 11.5.2000, prevede che le A.U.S.L. istituiscano il Dipartimento funzionale delle dipendenze patologiche, come scelta strategica per coordinare e riorganizzare il sistema degli interventi e fornisce indicazioni sull’organizzazione del Dipartimento e sulle principali unità componenti, i SERT.</p>	<p>In attuazione del Piano sanitario regionale, il Dec.Ass. 21 dicembre 2001 ha approvato le “Linee guida sul dipartimento delle dipendenze patologiche”. Inoltre la Circ.Ass. 22.5.2006 n. 1195 fornisce “Direttive per lo sviluppo del nuovo sistema informativo regionale delle dipendenze. Debito informativo aziendale e obiettivi di attività per l’anno 2006”.</p>
SARDEGNA	<p>Il Piano Regionale per i Servizi Sanitari, approvato con D.G.R. n. 51/9/2005 ed in fase di approvazione da parte del Consiglio regionale, stabilisce specifici obiettivi ed azioni prioritarie sul tema delle dipendenze. Impegna anche la Regione, entro 180 giorni dall’entrata in vigore del Piano, a predisporre un programma di interventi nel settore delle dipendenze (inclusi alcolismo e tabagismo), prevedendo il coinvolgimento di tutta la rete dei servizi, pubblici e privati, impegnati nella risposta a tale bisogno di salute. La Regione istituisce la Commissione regionale per le dipendenze con compiti di supporto all’analisi e al monitoraggio degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nonché di sostegno tecnico-scientifico nella promozione delle iniziative.</p>	<p>Il “Piano socio-assistenziale per il triennio 1998-2000”, approvato con D.C.R. 29.7.1998, contiene un’azione programmatica sulla prevenzione e contrasto delle dipendenze patologiche, per collegare alla più articolata e consistente attività delle Aziende U.S.L. le competenze dei Comuni nell’ambito della prevenzione e nella predisposizione e attivazione di progetti di inserimento sociale. Dovrà porsi particolare attenzione agli stili di vita ed al disagio della popolazione adolescente e giovanile.</p>

\*Fonte: Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali

**6.2. 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 2005 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.

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

E' possibile pertanto per l'anno 2005 presentare un quadro illustrativo dell'impatto della legge 125/2001 in tutto il territorio nazionale nei vari settori di interesse.

## **6.2.1 INIZIATIVE ADOTTATE PER FAVORIRE L'ACCESSO AI TRATTAMENTI SANITARI E ASSISTENZIALI NONCHÉ PER MIGLIORARNE LA QUALITÀ**

### **REGIONE PIEMONTE**

-Costituzione di Dipartimenti delle Dipendenze, con la realizzazione nel loro ambito di Unità Operative di Alcologia. Sempre più numerose sono le ASL piemontesi che hanno effettuato tale scelta, sebbene persistano alcune A.S.L. in cui si sono preferite soluzioni organizzative diverse come l'istituzione di équipes di operatori addetti al trattamento delle problematiche alcolcorrelate nell'ambito dei Servizi per le Dipendenze.

-Attività delle associazioni del privato sociale e del Volontariato. Fra esse una realtà molto importante, presente in tutto il Piemonte, è sicuramente costituita dalle ACAT (Associazione dei Club Alcolisti in Trattamento). Sono state censite 35 ACAT con 270 Clubs funzionanti. Un'altra significativa realtà è quella dei gruppi di auto-aiuto degli Alcolisti Anonimi, presenti in numero di 23 in tutta la regione. Altre agenzie operanti in questo settore sono l'Associazione Aliseo, con sede a Torino, ed il Cufrad, con sede a Sommariva del Bosco in provincia di Cuneo. Vanno ricordate anche la Comunità Terapeutica Cascina Nuova di Roletto, gestita dall'Associazione Aliseo, e la Fondazione Ruffini con la Comunità Cascina Vesco di Ivrea.

### **REGIONE VALLE D'AOSTA**

-Ampliamento della capacità ricettiva e della attenzione alle problematiche alcolcorrelate del Ser.T della ASL della Valle d'Aosta, nell'ambito del quale, in conseguenza di ciò, gli utenti alcolodipendenti hanno registrato un forte e costante aumento.

-Studio della attivazione di specifici servizi dedicati, non ancora presenti nella Valle d'Aosta, nel quadro di un complessivo ripensamento dei servizi da prestare all'utenza tossico-alcolodipendente.

-Prosecuzione della valorizzazione dell'associazionismo familiare e della promozione dell'esperienza dei gruppi di auto aiuto.

### **REGIONE LOMBARDIA**

-Ampliamento e perfezionamento del sistema d'intervento messo in atto contro le dipendenze, tramite il completamento del percorso di accreditamento dei servizi pubblici e privati presenti nel territorio, la definizione del tariffario di prestazioni e funzioni eseguite dai servizi e la sperimentazione di un sistema di classificazione a "pacchetti di prestazione", al fine di ottimizzare gli interventi dei servizi.

-Possibilità di poter usufruire dei nuovi servizi specialistici per "alcoldipendenze e poliabuso" nell'ambito delle unità di offerta di un sistema d'intervento centrato sul Dipartimento e finalizzato a contrastare tutte le dipendenze in maniera univoca.

### **P.A. BOLZANO**

-Attività di consulenza psicologica con utenti con problematiche alcoliche degenti in ospedale, su richiesta dei singoli reparti di degenza (514 consulenze effettuate).

-Prosecuzione della collaborazione tra reparto di Gastroenterologia e ambulatorio alcolologico dell'Azienda ospedaliera di Bolzano e ambulatorio alcolologico territoriale Hands per l'organizzazione dei ricoveri nel reparto ospedaliero di Gastroenterologia, con n. 2 posti letto dedicati a ricoveri programmati di disintossicazione/riabilitazione alcolica (43 ricoveri programmati nell'anno 2005). La collaborazione è finalizzata ad accogliere e trattare il paziente in modo integrato.

Metodologie e strumenti: definizione concordata di tutto il processo (modalità d'invio, selezione della tipologia d'utenza, tempi e metodi della valutazione medica, della disintossicazione da alcol, della valutazione psicologica, dell'intervento informativo e motivazionale, dell'avvio alla riabilitazione post-degenza); effettuazione di periodiche riunioni tra i referenti ospedalieri e ambulatoriali per la messa a punto di aspetti organizzativi, analisi e gestione integrata dei casi.

-Prosecuzione della collaborazione operativa tra ASL di Bolzano, ambulatorio territoriale di Alcologia Hands e centro terapeutico residenziale "Bad Bachgart", tramite l'attività terapeutica, di coordinamento e visita periodica del medico psichiatra del Ser.T di Bolzano presso le citate strutture.

-Protocollo d'intesa tra ambulatorio territoriale di Alcologia Hands e Commissione Patenti, per le visite di valutazione alcolica connesse al ritiro della patente di guida.

-Incremento delle ore di presenza degli operatori dell'ambulatorio territoriale di Alcologia Hands presso i distretti socio-sanitari, per le attività di informazione dell'utenza, i colloqui psicologici, la psicoterapia e il sostegno alla formazione di gruppi di auto-aiuto, la consulenza e il coordinamento degli interventi con gli operatori del distretto e i medici di Medicina Generale.

-Prosecuzione del progetto transfrontaliero finalizzato all'attivazione di gruppi di sostegno a conduzione professionale (psicologi e psicoterapeuti) per familiari,



elaborato e realizzato in collaborazione con l'associazione austriaca del Tirolo del Nord "B.I.N." e finanziato dal Fondo Sociale Europeo.

-Prosecuzione delle attività del gruppo di lavoro congiunto per il miglioramento del lavoro di rete, con la partecipazione dei medici di Medicina Generale, degli operatori del servizio psichiatrico, del Ser.T, del servizio psicologico e dei consulenti nonché del medico dell'ambulatorio territoriale Hands.

-Visite settimanali da parte degli operatori della ASL ai pazienti aziendali ricoverati per problematiche alcoliche nelle cliniche convenzionate.

-Controllo e verifica costante del protocollo operativo, della qualità degli interventi e della capacità di "ritenzione" dei pazienti del Ser.T di Merano.

-Gestione di gruppi post-dimissioni nel Ser.T di Merano.

-Funzionamento di un consultorio per le alcoldipendenze presso l'Azienda ospedaliera "F.Tappeiner" e presso la clinica convenzionata "S.Anna".

-Funzionamento di un consultorio psico-sociale della associazione Caritas-Silandro(Bz), in convenzione con la Provincia e con la ASL di Merano, per il trattamento di problematiche derivanti dall'abuso di alcol, dipendenza da farmaci, droghe illegali, gioco d'azzardo e disturbi alimentari concomitanti (132 pazienti trattati per problemi di alcoldipendenza).

-Prosecuzione del funzionamento dei Ser.T di Bressanone e Brunico per la gestione dei soggetti con problemi alcolologici, in collaborazione con i servizi delle ASL, gli ospedali, i medici di Medicina Generale, i gruppi di auto aiuto, i servizi 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 Alcolologico 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.) e di incontri *ad personam* con i medici di famiglia, con la finalità di sensibilizzare all'invio delle persone con problemi alcolcorrelati ai servizi di Alcologia.

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

-Prosecuzione del coordinamento dei servizi di Alcologia tramite il "Servizio di Riferimento per le attività alcolologiche", per 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

-Prosecuzione del funzionamento, presso i dipartimenti per le Dipendenze delle ASL regionali, di unità operative di Alcologia, costituite da ambulatori alcolologici operanti secondo un modello integrato e multimodale.

-Prosecuzione del funzionamento della rete alcolologica regionale, che consiste in 21 dipartimenti per le Dipendenze all'interno dei quali si trova almeno un'unità operativa/funzionale di Alcologia, una comunità terapeutica residenziale per alcolisti e per soggetti con doppia diagnosi, l'associazione regionale dei Clubs per alcolisti in trattamento, con 523 gruppi e 33 associazioni di Clubs (ACAT), l'associazione Alcolisti Anonimi con 100 gruppi, una comunità del privato sociale specifica per alcolisti e altre comunità terapeutiche con moduli specifici per il trattamento di alcolodipendenti.

I servizi alcolologici offrono consulenze e prese in carico psicologiche, psicoterapiche, mediche e sociali sia dei soggetti alcolodipendenti sia dei familiari, attraverso un'ampia e diversificata offerta di programmi terapeutici sanitari e assistenziali, che vanno dalla disintossicazione farmacologica al *counseling* telefonico, al sostegno psicologico e psicoterapeutico individuale e/o di gruppo, al ricovero ospedaliero (in regime sia diurno che ordinario), all'inserimento in centri diurni o in comunità terapeutiche residenziali, all'invio in gruppi di auto-mutuo aiuto, all'orientamento lavorativo-professionale.

-Sostegno della rete alcolologica territoriale tramite il mantenimento o potenziamento di protocolli d'intesa ed operativi stipulati con le divisioni specialistiche ospedaliere interessate ai problemi alcolcorrelati, con i medici di Medicina Generale, con i servizi socio-sanitari, gli enti locali, gli istituti penitenziari, le organizzazioni di volontariato e

auto-mutuo aiuto, le cooperative sociali, le comunità terapeutiche del privato-sociale, le Forze dell'ordine, gli istituti scolastici, le associazioni imprenditoriali di categoria e sindacali.

-Potenziamento dei protocolli attuati in collaborazione tra i dipartimenti per le Dipendenze e i dipartimenti di Salute Mentale, per l'intervento congiunto in caso di pazienti con doppia diagnosi psichiatrica.

-Attivazione di percorsi terapeutici specifici per donne, anziani ed immigrati alcol dipendenti.

### **REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

-Nell'ambito della ASS n.1 "Triestina":

apertura di n. 3 centri di ascolto da parte dell'associazione di volontariato "As.Tr.A", con la collaborazione del servizio di Alcologia;

ampliamento dell'offerta delle attività di cura, con la possibilità di ricoveri nelle 24 ore presso il centro residenziale, il centro diurno e il centro serale;

potenziamento della presenza di operatori presso gli ambulatori dell'unità operativa.

-Nell'ambito della ASS n.2 "Isontina":

distrettualizzazione del Ser.T e creazione di due strutture operative semplici (Alto e Basso Isontino);

accessibilità dell'utenza alle due sedi in orari più ampi;

mantenimento dell'attività di trattamento terapeutico quotidiano di gruppo.

-Nell'ambito della ASS n.3 "Alto Friuli":

attuazione del progetto "*Nuove strategie di trattamento per problemi alcol-correlati*", finalizzato a migliorare la qualità dei trattamenti sanitari tramite un'offerta di percorsi terapeutici in grado di trattare efficacemente anche le nuove tipologie di alcolisti e quelle che non rispondono ai trattamenti storicamente proposti dai servizi di Alcologia.

Nell'ambito della ASS n.4 "Medio Friuli":

-organizzazione di una rete territoriale complessa per la collaborazione tra servizi del settore pubblico e del privato sociale (distretto, centro Salute mentale, medici di Medicina Generale, Clubs di alcolisti in trattamento, AA ecc.), allargata anche alle altre associazioni ed enti.

### **REGIONE LIGURIA**

-Funzionamento in tutte le ASL della Liguria, nell'ambito dei dipartimenti delle Dipendenze e comportamenti di abuso, di specifici nuclei operativi per l'offerta di servizi in relazione all'alcoldipendenza e ai problemi alcolcorrelati.

-Ampliamento dell'orario di funzionamento dei servizi per far fronte al notevole incremento dei nuovi accessi.

#### **REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

-Prosecuzione delle attività sanitarie e assistenziali in adesione alle linee d'indirizzo sugli interventi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'alcolismo e dei problemi alcol-correlati definite nella Delibera di Giunta n. 1639/1996 e aggiornate nel 2003.

-Prosecuzione del funzionamento, nell'ambito di tutti i Ser.T della Regione, di presidi funzionali dedicati all'area specifica delle sostanze legali (alcol e tabacco), con accessi differenziati rispetto ai pazienti che fanno uso di sostanze illegali.

#### **REGIONE TOSCANA**

-Adozione di un modello organizzativo di rete, finalizzato a favorire continuità d'intervento e integrazione operativa tra i servizi sanitari territoriali e ospedalieri, con la partecipazione sistematica ai programmi di attività delle associazioni e volontariato, dei medici di Medicina Generale, delle équipes alcolologiche territoriali, degli specialisti ospedalieri, con l'adozione di protocolli validati e condivisi dai vari livelli operativi, per la partecipazione attiva di tutti gli operatori.

-Articolazione operativa a due livelli:

- 1) livello territoriale (presenza in ogni Ser.T di una équipe alcolologica multidisciplinare, coordinata dal responsabile del Ser.T, con funzioni di educazione sanitaria, prevenzione, intervento diagnostico e orientamento terapeutico);
- 2) livello regionale (Centro Alcolologico Regionale, con funzioni di osservatorio epidemiologico, prevenzione, formazione e ricerca; Comitato Tecnico Scientifico presso la Giunta regionale, con funzioni di assistenza alla Giunta per l'indirizzo, il coordinamento e il supporto dell'azione programmata).

-Inserimento nel Piano Sanitario Regionale 2005/2007 dell'aggiornamento dell'assetto organizzativo e funzionale dei servizi alcolologici, finalizzato ad adeguarli alle indicazioni della legge 125/2001.

-Costituzione di un tavolo di concertazione regionale sulle problematiche alcolcorrelate, finalizzato a preparare la revisione organizzativa dei servizi alcolologici prevista dal

Piano Sanitario Regionale e composto da rappresentanti dei servizi pubblici, delle associazioni di auto-mutuo aiuto e degli enti ausiliari, della Società Italiana di Alcologia, dell'ANPPAS e degli enti locali.

Definizione e approvazione dei requisiti strutturali, funzionali e organizzativi per l'accreditamento istituzionale dei servizi per le tossicodipendenze, all'interno dei quali operano le équipes alcolologiche, nell'ottica di fornire prestazioni sanitarie di livello e appropriatezza sempre più elevati.

-Messa a punto e avvio del perfezionamento di una cartella alcolologica regionale informatizzata, finalizzata a monitorare il fenomeno dell'alcoldipendenza e delle patologie alcolcorrelate nella Regione, e a consentire valutazioni e definizione di linee guida per il trattamento delle persone con problemi e patologie alcolcorrelate.

### **REGIONE UMBRIA**

-Inserimento funzionale delle unità alcoliche nell'ambito dei dipartimenti per le Dipendenze in tutte le ASL, per assicurare il coordinamento degli interventi con gli altri dipartimenti e distretti socio-sanitari pubblici e privati, i servizi ospedalieri, gli istituti penitenziari e tutte le realtà che, nei diversi territori, a vario titolo, entrano in contatto con le problematiche alcolcorrelate.

-Semplificazione delle procedure di contatto e accoglienza degli utenti dei servizi alcolologici, tramite garanzia dell'accesso diretto, senza necessità di richiesta medica né pagamento di *ticket* sanitario, che consente il passaggio veloce dal primo contatto alla presa in carico, senza liste di attesa.

-Prosecuzione dei rapporti di consulenza e collaborazione dei servizi territoriali con le Aziende ospedaliere.

-Organizzazione di interventi specifici rivolti ai detenuti alcolodipendenti, secondo metodologie multidisciplinari integrate.

-Realizzazione di un protocollo con i dipartimenti di Salute mentale per la gestione degli utenti con "doppia diagnosi".

-Elaborazione del "Documento di Valutazione del Sistema Sanitario Regionale" (DVSS), in base al quale è stato misurato l'impatto del consumo di bevande alcoliche sulla salute dei cittadini umbri e sono stati definiti gli indicatori per la valutazione dell'esito degli interventi sanitari messi in atto nei confronti dei problemi alcolcorrelati.

### **REGIONE MARCHE**

-Prosecuzione della attuazione della Delibera di Giunta Regionale n. 747/04 “Atto di riordino del sistema dei servizi per le dipendenze”, per la ricerca di modalità organizzative integrate e condivise tra i servizi preposti, pubblici e del privato sociale accreditato.

-Costituzione dei 9 dipartimenti per le Dipendenze, di cui 4 sovrazonali, nell’ambito dei quali le attività di accoglienza e presa in carico delle persone con problemi alcolcorrelati vengono garantite da una unità operativa di Alcologia per ciascun dipartimento.

- Attivazione di specifiche progettualità, anche con il finanziamento di fondi aggiuntivi regionali, per l’implementazione delle azioni di accoglienza, diagnosi e valutazione.

-Adozione di Carte dei servizi (U.O. dipendenze patologiche Ser.T Zona Territoriale n. 10 - Camerino).

-Collaborazione con i servizi ospedalieri per garantire percorsi assistenziali caratterizzati da continuità ed omogeneità, tramite diffusione di circolari informative alle unità operative ospedaliere (Ser.T Zona Territoriale n. 11 – Fermo) e adozione di protocolli d’intesa, anche con i reparti di Medicina, per programmi di disintossicazione in ambito ospedaliero.

-Protocolli d’intesa con i dipartimenti di Salute Mentale per i casi che presentano problematiche psicopatologiche.

## **REGIONE LAZIO**

-Prosecuzione delle attività del Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio (CRARL), che ha tra i suoi fini quello di individuare i componenti essenziali per il miglioramento della qualità dei servizi che operano nel campo alcolologico.

-Avvio di numerosi protocolli di trattamento farmacologico e psicologico specifico (motivazionale, cognitivo-comportamentale individuale e di gruppo) in coordinamento e in collaborazione con istituzioni estere con le quali si vanno definendo accordi di collaborazione istituzionale.

## **REGIONE ABRUZZO**

-Funzionamento, nell’ambito di 3 delle 6 ASL regionali, di servizi esclusivamente dedicati all’Alcologia (SER.A.) (nelle altre ASL i Ser.T provvedono sia ai problemi della tossicodipendenza che dell’alcoldipendenza).

-Nell'ambito del SER.A. Avezzano - ASL 101:

partecipazione al progetto *“Centro Servizi Integrati della Marsica”*, in collaborazione con vari enti e associazioni;

attivazione di un protocollo di collaborazione con vari enti per il progetto *“PASS – Porta d'Accesso unica ai Servizi Socio-Sanitari”*.

-Nell'ambito del SER.T. SULMONA - ASL 101:

consulenze specialistiche alcolologiche con i reparti di Medicina interna, Chirurgia e Ortopedia dei presidi ospedalieri del territorio;

gruppi di auto-mutuo aiuto per pazienti con problemi alcolcorrelati e loro familiari.

-Nell'ambito del SER.A. -CHIETI – ASL 102:

inserimento di una nuova unità operativa (assistente sociale) nell'ambulatorio alcolologico e riorganizzazione e revisione dei compiti degli operatori;

ampliamento dell'orario di accesso degli utenti al servizio, con eliminazione delle liste di attesa;

formazione e aggiornamento costante degli operatori nelle materie alcolologiche.

-Nell'ambito del SER.T. L'AQUILA – ASL 104:

progetto *“Potenziamento della rete territoriale per la prevenzione, l'assistenza ed il reinserimento sociale di soggetti con diagnosi di abuso/dipendenza da sostanze stupefacenti e/o psicoattive, e in particolare l'alcol, nel Comune di Barisciano”*, finalizzato a strutturare una rete di collaborazione tra i servizi sociali del Comune di Barisciano, il distretto sanitario e altre istituzioni, per favorire l'accoglienza e la presa in carico di pazienti alcolodipendenti e il supporto alle famiglie;

progetto *“Servizio Ascolto Famiglie”*, realizzato in collaborazione con il Comune di L'Aquila in un'ottica di integrazione tra servizi e di *“de-sanitarizzazione”* del disagio, che ha consentito di creare uno *“spazio riservato”* alle famiglie con disagio alcolcorrelato presso il centro servizi sociali del Comune di L'Aquila;

progetto *“Oltre il programma terapeutico”*, per la realizzazione di corsi di orientamento finalizzati all'inserimento lavorativo di pazienti che hanno effettuato un percorso terapeutico.

-Nell'ambito del SER.A. PESCARA – ASL 105:

realizzazione di attività di sensibilizzazione/informazione rivolte ad operatori socio-sanitari, alla popolazione generale e a *target* specifici, con distribuzione di materiali informativi;

razionalizzazione logistica del servizio, con acquisto di 6 P.C. da mettere in rete;

corsi e convegni per l'aggiornamento/formazione del personale, con particolare attenzione alla qualità della relazione d'aiuto;

interventi di formazione/sensibilizzazione del personale ospedaliero;

partecipazione al progetto “*Daphne VeR.S.O.*”, finalizzato ad affrontare la difficoltà di adeguate risposte sanitarie alle donne che subiscono violenza;

rapporti di collaborazione con reparti ospedalieri (Medicina, Psichiatria etc.) per garantire continuità terapeutica agli alcolisti ricoverati;

attività di collaborazione con vari servizi della ASL (Medicina di comunità, centri di Salute mentale, Ser.T ), con gruppi di auto-mutuo aiuto (A.A., CAT, AlAnon, Co.DA) e associazioni del volontariato sociale.

-Nell’ambito del SER.T. TERAMO – ASL 106:

rapporti di stretta collaborazione con i servizi di Salute Mentale e con le divisioni di Medicina Interna dei presidi ospedalieri del territorio;

ampliamento del numero dei posti in convenzione con comunità terapeutiche che offrono programmi specifici per soggetti con dipendenza da alcol.

## **REGIONE MOLISE**

-Campagne informative destinate ai medici di Medicina Generale per la diagnosi precoce dei problemi alcolcorrelati.

## **REGIONE CAMPANIA**

-Prosecuzione delle attività in attuazione della Delibera di Giunta Regionale n° 970/2004, contenente linee guida per un Piano d’azione regionale sulle alcoldipendenze (“Azione A”), tramite la stimolazione e il supporto offerto ai servizi territoriali per le Dipendenze per la definizione dei progetti operativi e dei tempi per la realizzazione dei previsti obiettivi prioritari.

-Prosecuzione della costituzione delle “Unità A”, équipes alcolologiche territoriali espressamente dedicate all’intervento sui problemi alcolcorrelati.

-Prosecuzione della attivazione in ogni ASL di *Call center* dedicati all’ascolto e all’aiuto di persone e famiglie in difficoltà per l’alcol (“Linea A”).

-Istituzione della “Equipe A”, organismo previsto da “Azione A” per supportare il lavoro dell’Assessorato alla Sanità per la pianificazione ed attuazione di programmi operativi coerenti con le linee guida contenuti nel piano di azione regionale.

-Funzionamento nel territorio di n. 44 unità operative nel settore pubblico, che dedicano risorse umane e logistiche all’utenza del settore alcolologico e svolgono specifiche e



documentate attività attraverso gruppi di lavoro formali o informali (ambulatori, unità operative semplici, nuclei operativi, sportelli, etc.).

-Funzionamento nel territorio regionale di n. 30 Clubs di alcolisti in trattamento, n. 14 gruppi di AA, n. 17 strutture del terzo settore (centri di ascolto, centri diurni, comunità terapeutiche) con programmi di accoglienza e trattamenti specifici in campo alcologico, n. 8 cooperative del terzo settore con programmi di reinserimento sociale.

-Progetti finanziati con la quota regionale del Fondo per la lotta alla droga (ex legge 45/99) ai fini del potenziamento delle attività di accoglienza e presa in carico degli utenti alcolodipendenti, anche tramite lavoro di strada e interventi con gli immigrati.

-Attività di accoglienza e trattamento di utenti con problemi alcolcorrelati svolte presso strutture pubbliche o private accreditate quali le sedi della medicina di base, i servizi di Salute Mentale, le unità operative ospedaliere di Medicina, Gastroenterologia, Malattie Infettive, le cliniche psichiatriche.

#### **REGIONE PUGLIA**

-Prosecuzione del funzionamento, in tutte le 12 ASL pugliesi, dei dipartimenti delle Dipendenze patologiche, costituiti con legge regionale 27/99, nell'ambito dei quali operano apposite unità operative distrettuali con 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 ospedaliere e la costituzione di una rete di interventi e collaborazioni con associazioni, servizi, distretti, ospedali, prefetture e altri enti utili a rispondere ai bisogni dell'utenza con problemi alcologici (506 nuovi utenti nel 2005).

-Organizzazione di un gruppo di auto-muto-aiuto presso la ASL FG/1, con la finalità di favorire l'accesso dei soggetti alcolisti ai trattamenti sanitari e assistenziali senza richiesta di "ticket" da parte del servizio e con un adeguamento flessibile degli orari ai bisogni dell'utenza.

-Sostegno all'accesso dell'utenza extra comunitaria senza fissa dimora presso il Ser.T della ASL LE/1, tramite le segnalazioni dei Comuni, della CRI, della Caritas, della Casa circondariale di Lecce, dei reparti ospedalieri e dei medici di base.

-Funzionamento c/o il Policlinico di Bari della unità di Alcologia clinica medica "A. Murri", per il ricovero di alcolisti sia in degenza ordinaria che in regime di day hospital (in totale 80 ricoveri nel 2005) e il trattamento ospedaliero ambulatoriale (257 utenti in trattamento visitati nel 2005).

**REGIONE BASILICATA**

-Consolidamento dei rapporti di collaborazione con i medici di Medicina Generale e i reparti ospedalieri sull'invio e la gestione congiunta degli utenti con patologie alcolcorrelate.

-Apertura di un ambulatorio del Ser.T in due distretti sanitari (Stigliano e Valsinni), con personale medico in continuità assistenziale per favorire l'accesso ai trattamenti.

-Messa a punto e distribuzione di una "Carta dei servizi" (Ser.T di Villa d'Agri).

-Attività di ricerca e analisi volte alla conoscenza delle caratteristiche e della diffusione del fenomeno alcolismo sul territorio.

-Acquisizione di strumentazione tecnologica adeguata (alcolimetro) (Ser.T di Lagonegro).

**REGIONE CALABRIA**

-Funzionamento di n. 4 specifici servizi di Alcologia (902 utenti in totale nel 2005, con un aumento del 34% rispetto al 2003).

-Attività alcoliche nell'ambito dei 12 Ser.T della Regione (614 utenti in totale nel 2005).

-Rilevazione di dati nell'ambito di ospedali, Case di cura, etc., per una più puntuale conoscenza della domanda di servizi alcolologici.

**REGIONE SICILIA**

-La Regione ha aderito al progetto nazionale *"Impatto dei problemi e 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 con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga.

-Prosecuzione del funzionamento di n. 46 Ser.T attivi anche nel campo delle alcoldipendenze, che hanno preso in carico complessivamente 1947 utenti nell'anno 2005.

**REGIONE SARDEGNA**

-Prosecuzione e consolidamento della disponibilità di interventi e trattamenti alcologici nelle ASL e in particolare presso i Ser.T, per i trattamenti sanitari e gli interventi farmacologici, nonché per la presa in carico estesa anche al nucleo familiare.

-Funzionamento di sportelli informativi presso alcuni Comuni della Sardegna.

-Adozione di un ingresso separato per gli utenti alcoldipendenti o utilizzo di strutture dedicate.

## **6.2.2. INIZIATIVE ADOTTATE PER FAVORIRE L'INFORMAZIONE, LA PREVENZIONE E L'EDUCAZIONE SUI DANNI ALCOLCORRELATI**

### **REGIONE PIEMONTE**

-Campagna "Alcohol Prevention Day", rivolta a tutta la popolazione cittadina ma particolarmente a quella giovane o giovanissima con l'intento di sensibilizzare riguardo la pericolosità dell'uso di alcol per alcune tipologie di persone o in alcune situazioni rischiose. Metodologie utilizzate: effettuazione gratuita di etilometria, distribuzione di gadgets accattivanti per i più giovani.

-"Progetto Bob", iniziativa svolta nelle discoteche dagli operatori dei servizi di Alcologia delle ASL piemontesi, in collaborazione con la Regione, con l'intento di aumentare la consapevolezza di pericolosità dell'uso di sostanze alcoliche in alcune situazioni a rischio (come ad es. la guida dell'automobile), prevenire l'abuso di alcol nella popolazione giovanile e ridurre i consumi.

-Attività dei servizi alcolologici regionali per la prevenzione secondaria e la presa in carico di soggetti adulti e giovani, anche con supporto ai familiari, svolta in collegamento con i medici di famiglia e le associazioni di volontariato.

### **REGIONE VALLE D'AOSTA**

-Progetto per uno specifico intervento sperimentale nel territorio di una Comunità montana che ha presentato dati più elevati della media locale nella mortalità per tumori e patologie alcolcorrelate.

Metodologie utilizzate: interventi di operatori del Ser.T in occasione di sagre e di feste popolari, per l'attivazione di punti informativi e di confronto per la sensibilizzazione in particolare dei giovani; organizzazione di incontri/serate con la popolazione per favorire una puntuale informazione sui problemi alcolcorrelati; coinvolgimento diretto degli amministratori della Comunità montana per l'adozione di iniziative adeguate; invito rivolto dagli amministratori della Comunità montana agli esercenti di bar e punti vendita di alcolici a non protrarre l'orario di vendita oltre le ore 2.30.

### **REGIONE LOMBARDIA**

-Partnership tra servizi pubblici e terzo settore, con un ruolo di "capofila attivo" e di coordinamento svolto dalla ASL, per l'attuazione di interventi trasversali e contestuali sulle tematiche alcol e droga, secondo un'ottica che vede la prevenzione quale parte integrante della profilassi contro tutte le sostanze di abuso.

-Interventi di prevenzione nella scuola, rivolti a docenti, studenti e genitori, con finalità sia di tipo generale, informativo/preventive, che più specifiche, quali la promozione di *opinion leaders*, etc. (in totale 59 interventi con un coinvolgimento di circa 41.721 soggetti).

Metodologie e strumenti: attivazione di siti web, uso di kit multimediali, preparazione e diffusione di opuscoli, uso di questionari anche come strumenti di "aggancio" preventivo.

-Interventi di prevenzione nell'area della aggregazione giovanile, condotti spesso in modo trasversale per coinvolgere attori diversi (giovani e adulti) pur in momenti specifici dedicati.

Il target giovanile ha riguardato gruppi informali, giovani "a rischio", giovani di gruppi formali (associazioni sportive, associazioni scout, oratori, ecc.), partecipanti a eventi quali concerti, manifestazioni sportive, attività ricreative *alcol free*, discoteche (in totale 14 interventi con un coinvolgimento di più di 9.000 soggetti).

Metodologie e strumenti: *peer education*, lavoro di gruppo, unità mobile, materiale informativo dedicato, spazi di ascolto.

-Interventi di prevenzione nell'area della guida per la prevenzione degli incidenti stradali alcolcorrelati, rivolti alla popolazione generale, alla popolazione giovanile, a categorie di persone con un ruolo di specifica valenza preventiva, quali insegnanti delle scuole superiori, istruttori di scuola guida, Automobile Club Italiano, agenti di Polizia municipale e delle Forze dell'ordine, animatori e gestori di locali notturni, operatori dell'informazione, rappresentanti di centri d'aggregazione giovanile, rappresentanti di associazioni di volontariato, sindacati dei locali da ballo (in totale 9 interventi con un coinvolgimento di circa 26.628 soggetti).

Metodologie e strumenti: formazione di "operatori della salute" fra le persone individuate per il ruolo di specifica valenza preventiva; informazione e sensibilizzazione della popolazione; momenti specifici dedicati al tema alcol e droghe all'interno delle lezioni di teoria nelle autoscuole; distribuzione di materiale informativo ad hoc all'interno delle autoscuole; distribuzione ed addestramento all'uso di specifici supporti didattici multimediali sul tema alcol e guida da utilizzare nelle lezioni di teoria; realizzazione di occasioni di formazione in collaborazione con consorzi ed associazioni di categoria, collaborazione con le Commissioni mediche locali patenti, per programmi di sensibilizzazione e trattamento di persone segnalate per infrazione all'art. 186 del Codice della strada.

-Interventi di prevenzione nell'area del lavoro, finalizzati alla realizzazione di percorsi formativi rivolti ai delegati sindacali, ai lavoratori responsabili della sicurezza, ai lavoratori e operatori di alcune categorie sensibili al problema dell'alcol e altre sostanze

psicotrope negli ambiti lavorativi (in totale 26 interventi con un coinvolgimento di circa 11.000 soggetti) .

-Interventi di prevenzione nell'area del divertimento notturno, rivolti sia ai frequentatori dei locali che ai gestori, finalizzati a potenziare l'impatto preventivo delle attività tramite la ricerca di sinergie e integrazione dei diversi attori coinvolti nei vari contesti del divertimento notturno (in totale 11 interventi con un coinvolgimento di più di 40.000 soggetti).

Metodologie e strumenti: realizzazione e diffusione di materiale informativo adeguato ai luoghi del divertimento notturno e al gusto giovanile; monitoraggio dei flussi di spostamento tra i vari locali; sperimentazione di nuovi strumenti per la divulgazione dei messaggi di prevenzione; realizzazione di eventi ad alto impatto territoriale in grado di potenziare la visibilità degli interventi preventivi.

-Interventi nell'area dell'informazione della popolazione generale, particolarmente potenziati rispetto agli anni precedenti in relazione alla riconosciuta necessità di modificare l'approccio culturale al bere e ad attenuarne l'eccessiva tolleranza sociale.

Metodologie e strumenti: intensificazione degli interventi a livello territoriale da parte di Regione, ASL, enti locali, medici di base e associazioni di auto-mutuo aiuto, con il coinvolgimento del maggior numero possibile di cittadini (in totale 61 interventi con il coinvolgimento di più di 42.000 soggetti).

-Utilizzo, ai fini di attività di prevenzione di livello territoriale, dei finanziamenti del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, al cui interno sono previste le risorse legate alle leggi di settore (legge 45/99 e altre).

#### **P.A. BOLZANO**

-Ciclo di conferenze della associazione Hands nei distretti destinate alla popolazione generale sull'uso consapevole di alcol.

-Progetto transfrontaliero "*Aktion Verzicht - Io rinuncio, meno è meglio*", in collaborazione tra l'associazione Hands e l'associazione "Forum-Prevenzione" e diverse agenzie della Provincia di Bolzano ed austriache.

-Ciclo di serate informative in lingua tedesca della associazione Hands destinate ai familiari di ragazzi dal titolo "*Über Alkohol reden*" ("parliamo di alcol").

-Interventi informativi del Ser.T di Merano con la popolazione e nelle scuole medie inferiori e superiori.

-Ideazione e attuazione all'interno del Ser.T di Merano di un modulo denominato "Servizio di prevenzione secondaria/selettiva" (per alcolismo e tossicodipendenza), in collaborazione con una associazione privata.

-Offerta di colloqui psicologici informativo-preventivi nel Ser.T di Merano ai soggetti coinvolti nelle procedure medico-legali relative al ritiro delle patenti di guida.

-Attività del consultorio psico-sociale Caritas-Silandro (Bz) per interventi di prevenzione destinati a giovani e adulti, informazione dell'opinione pubblica, consulenza nei centri giovani e nelle scuole.

### **P.A. TRENTO**

-Progetto "Salute, alcol e fumo" per le scuole materne, elementari e medie, per la realizzazione di un corso annuale di formazione ed educazione razionale-emotiva rivolto agli insegnanti, al fine di aiutarli a fornire a bambini e ragazzi gli strumenti e gli stimoli per leggere le proprie emozioni, aumentare l'autostima e resistere alle pressioni del gruppo dei pari che siano in contrasto con le scelte di salute.

-Progetto di intervento nelle scuole superiori, curato dagli operatori dei servizi di Alcologia in collaborazione con gli insegnanti, i quali vengono impegnati a realizzare un insieme minimo di attività (incontro preliminare con gli operatori, somministrazione di un questionario preventivo agli studenti, una lezione di educazione emotiva, lavori di gruppo e singoli sull'alcol, cenni al problema durante l'anno scolastico).

-Interventi nel mondo dello sport, in collaborazione con le Federazioni aderenti al CONI più diffuse nel mondo giovanile, per la 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 da fumo".

-Interventi sui problemi di alcol e guida, in collaborazione con le autoscuole della Provincia, per la formazione-sensibilizzazione di tutti gli istruttori e insegnanti delle scuole guida tramite appositi corsi della durata di 4 ore e la fornitura di specifico materiale audiovisivo, per consentire che a tutti gli allievi delle autoscuole trentine venga fatta una lezione sull'argomento.

-Interventi sui frequentatori di discoteche, pub e feste campestri, finalizzati a scoraggiare la guida in stato di ebbrezza tramite azioni di comunicazione dissuasiva da parte di giovani operatori preventivamente preparati che, nell'ambito di una postazione mobile dotata di etilometro, stazionano nelle ore notturne davanti a pub, discoteche o altri luoghi di divertimento.

-Progetto "Coordinamenti alcol, sicurezza e promozione della salute", finalizzato a uno stabile coordinamento, in tutto il territorio provinciale, tra i servizi di Alcologia, le

autoscuole, le Forze dell'ordine, le scuole, i Comuni e le associazioni private per iniziative comuni di prevenzione delle problematiche alcolcorrelate e in particolare di quelle inerenti l'alcol e guida.

-Interventi vari di sensibilizzazione della Comunità (conferenze serali, trasmissioni radio e televisive locali, conferenze stampa etc.).

## **REGIONE VENETO**

-Prosecuzione dei progetti triennali finanziati con il Fondo regionale per la lotta alla droga, rivolti al mondo della scuola (scuole materne, elementari, medie inferiori e superiori, per il coinvolgimento di studenti, genitori, docenti, personale ausiliario), al mondo del lavoro (lavoratori, apprendisti, dirigenti, sindacalisti, medici del lavoro, responsabili della sicurezza, associazioni di categoria), al mondo del tempo libero e associazionismo (adulti significativi, gruppi formali e informali), al mondo del divertimento notturno (frequentatori, gestori, animatori dei locali notturni), alle autoscuole e ai frequentatori dei corsi di scuola guida, alla popolazione generale.

Metodologie e strumenti: collaborazione attiva delle ASL con il mondo dell'associazionismo e del privato-sociale, Forze dell'ordine e uffici territoriali del Governo, al fine di trasmettere informazioni corrette e coerenti, favorire il confronto interpersonale e intergruppi, stimolare e rafforzare i comportamenti tendenti ad evitare i danni derivanti dal consumo di alcol; incontri informativi, dibattiti pubblici, animazione di strada in occasione di festività o situazioni aggregative particolari.

-Celebrazione dell'"Alcohol Prevention Day" nella quasi totalità delle unità operative di Alcologia dei dipartimenti per le Dipendenze.  
Metodologie e strumenti: organizzazione e coordinamento di eventi culturali, manifestazioni, dibattiti pubblici, momenti di sensibilizzazione.

-Conferenza regionale sull'Alcol, organizzata dall'Associazione regionale dei Clubs di alcolisti in trattamento (ARCAT) del Veneto su mandato della Regione Veneto, con l'obiettivo di portare all'attenzione dell'opinione pubblica le problematiche e i rischi connessi al consumo e all'abuso di bevande alcoliche.

## **REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

-Nell'ambito della ASS n.1 "Triestina":

attività di prevenzione nella scuola (interventi nelle scuole medie superiori e inferiori, con consegna a tutte le classi quinte di 6 scuole superiori di Trieste di kit contenenti palloncino, regolo ed un pieghevole sul tema "alcol e guida"; incontro-dibattito con gli studenti universitari);

attività di prevenzione specifica sul problema alcol e guida (progettazione e produzione di materiale informativo e gadget da distribuire in varie occasioni di rischio per chi guida; partecipazione ai corsi di formazione per istruttori di scuola guida; corso di



educazione alla salute per i patentati che hanno violato l'art.186 del Codice della strada per guida in stato di ebbrezza);  
attività di informazione e prevenzione rivolte alla comunità (manifestazione “*Aprile Mese di Prevenzione Alcolologica*”, con incontri di preparazione all’evento, interventi radiofonici e televisivi, conferenza stampa, preparazione e distribuzione di materiale informativo, esposizione di locandina su “alcol e guida” in farmacie ed ospedali, invio a tutti i medici di famiglia di pieghevole informativo e locandina da esporre negli ambulatori; torneo di calcio giovanile dedicato a giovani vittime di automobilisti in stato di ebbrezza; distribuzione di pieghevoli e magliette; coinvolgimento di pattuglie di Polizia per la spiegazione del funzionamento dell’etilometro e misurazione volontaria dell’alcoemia; rappresentazioni teatrali, volte a stimolare la discussione tra gli studenti delle classi superiori);  
implementazione del progetto “*Microaree*”, realizzato nella microarea San Giovanni con interventi relativi alla popolazione giovanile, al problema “alcol e guida”, alle politossicodipendenze, al *binge drinking* .

-Nell’ambito della ASS n.2 “Isontina”:  
interventi di educazione alla salute nelle scuole;  
contributo alle “*scuole alcoliche territoriali di 3° modulo*” delle associazioni dei Clubs di alcolisti in trattamento;  
organizzazione a Gorizia di giornate di studio sul tema “disturbi mentali e alcol”.

-Nell’ambito della ASS n.3 “Alto Friuli” :  
interventi informativi nelle scuole medie inferiori, superiori e sulla popolazione generale;  
ricerca svolta su tutti gli studenti delle classi seconde e quarte delle scuole medie superiori.

-Nell’ambito della ASS n.4 “Medio Friuli”:  
creazione delle “*scuole alcoliche territoriali di 3° modulo*”, con funzioni di sensibilizzazione della popolazione tramite incontri aperti a tutti, con la partecipazione di amministratori, medici di base, operatori dei settori sociali e sanitari, associazioni ed il sostegno del Comune per la disponibilità di locali e attrezzature;  
attività di prevenzione nelle scuole;  
convegno internazionale sul tema “alcol e giovani”, con specifici momenti organizzati e condotti dai giovani delle diverse nazioni partecipanti.

## **REGIONE LIGURIA**

-Interventi di comunicazione e prevenzione rivolti alla popolazione in generale e in particolare a quella giovanile, anche in cooperazione con le risorse del volontariato territoriale, per favorire l’avvio di un radicale cambiamento culturale nel territorio regionale rispetto al consumo di bevande alcoliche.

-Convegno su “Alcol e guida”.

-Campagna estiva “Salvalapelle” con l’unità di strada della ASL “Genovese”.

-Interventi di educazione sanitaria e prevenzione nelle scuole, nelle discoteche e sul territorio con l’ausilio di unità mobile, in collaborazione con la comunità terapeutica “La Fattoria”.

-Manifestazione “Non solo calcio”, contestuale allo svolgimento di tutto il campionato mondiale di calcio 2006, finalizzata alla prevenzione dell’abuso di alcol e sostanze psicoattive e realizzata in collaborazione con la comunità terapeutica “La Fattoria”, il Comune di Chiavari e la ASL “Chiavarese”.

-Iniziative locali di prevenzione e informazione nelle scuole medie superiori di La Spezia per il conseguimento del “patentino” per i ciclomotori .

## REGIONE EMILIA-ROMAGNA

-Prosecuzione delle azioni avviate negli anni precedenti nelle aree d’intervento relative ai problemi alcol e giovani, alcol e guida, alcol e luoghi di lavoro.

-Inserimento di ulteriori istituti scolastici nel progetto regionale “...E sai cosa bevi”, basato sull’utilizzo di un kit didattico-multimediale rivolto a insegnanti e alunni delle scuole medie inferiori e superiori.

-Interventi di prevenzione alcologica nel territorio della ASL di Reggio Emilia, in collaborazione con la locale sede della Lega Tumori:  
sperimentazione del kit “...E sai cosa bevi”, in associazione con altri strumenti didattici di forte contenuto partecipativo per i ragazzi, come l’educazione tra pari, la scrittura creativa e le tecniche espressive del “Teatro dell’Oppresso” e del “Playback Theatre”;  
convegno regionale “Alcol e stili di vita: strategie d’intervento per la prevenzione”, che ha trattato problemi alcologici relativi a giovani, guida, lavoro, valutazione e monitoraggio degli interventi di comunità, ruolo degli enti locali nella prevenzione alcologica, realizzato in collaborazione con il Comune di Bologna, l’associazione Rete Italiana Città Sane-OMS, Società Italiana di Alcologia, Ordine dei Medici di Reggio Emilia, CSA di Reggio Emilia, ARCAT, Alcolisti Anonimi, Al-Anon;  
realizzazione del primo “Festival Alcol e Fumo: prevenire creando”, visitato da oltre 2000 persone tra operatori, docenti e studenti, articolato in seminari scientifici, laboratori didattici e rassegne teatrali e promosso da un tavolo interistituzionale comprendente Regione, Provincia, Comune, ASL, Lega Tumori di Reggio Emilia, con il supporto tecnico organizzativo dell’Istituto Oncologico Romagnolo e delle

associazioni di volontariato reggiane e in particolare dell'ARCAT regionale, che ha curato un'apposita sessione sulla metodologia degli interventi di prevenzione periodicamente svolti dalla stessa associazione nella scuola; inaugurazione a Reggio Emilia della sede permanente di *"Luoghi di prevenzione"*, centro di valenza regionale per la prevenzione in tema di alcol e fumo, con compiti di attività didattica per gli studenti, formazione di docenti e operatori, documentazione e disponibilità di pacchetti didattici ad uso delle scuole, ricerca metodologica sui linguaggi di comunicazione in collaborazione con le Università di Modena e Reggio.

-Prosecuzione del distretto sanitario di Correggio (Reggio Emilia) di un progetto sperimentale di prevenzione alcolologica di comunità, avviato nel 2004 con la finalità di qualificare le iniziative di informazione e sensibilizzazione della popolazione generale e codificare un modello di intervento sui rischi alcolcorrelati, da diffondere in ambito regionale.

Azioni portate a compimento nell'anno 2005: costituzione di un gruppo di lavoro con rappresentanti di tutte le istituzioni territoriali coinvolte (Comuni, scuole, Forze dell'ordine, società sportive, principali aziende produttive del territorio, associazioni di categoria dei baristi e ristoratori, scuole guida, media locali); conferenza stampa e coinvolgimento dei media per la diffusione del progetto; prima campagna informativa per la popolazione generale; inserimento del progetto nei Piani per la Salute e nei Piani Sociali di Zona; preparazione degli strumenti di monitoraggio e valutazione del progetto; visita al centro didattico *"Luoghi di Prevenzione"* da parte delle scuole del territorio e formazione dei pari; coinvolgimento e sensibilizzazione delle Forze dell'ordine; coinvolgimento e sensibilizzazione dei medici di Medicina Generale; collaborazione con i Comuni del distretto e le associazioni locali per l'organizzazione di iniziative *alcol-free* in occasione della *"Festa della Birra"*.

-Celebrazione del *"Mese di Prevenzione Alcolologica"*, che ha interessato tutte le ASL con il contributo e la partecipazione attiva delle associazioni di auto-aiuto e nel cui ambito sono stati realizzati numerosi eventi promozionali con diffusione al pubblico di materiale informativo sui danni alcolcorrelati e sulle prestazioni dei servizi territoriali.

## REGIONE TOSCANA

-Organizzazione degli interventi relativi alla manifestazione *"Mese di Prevenzione alcolologica"* (Aprile 2005), realizzata in collaborazione con la Società Italiana di Alcologia e l'associazione italiana dei Clubs degli alcolisti in trattamento (AICAT), finalizzata a sensibilizzare sui rischi alcolcorrelati la popolazione generale e alcuni gruppi più a rischio (donne in gravidanza, anziani, minori, persone che assumono farmaci, che hanno problemi di alcoldipendenza), nonché a sviluppare ulteriormente la rete nazionale e regionale tra servizi pubblici e le associazioni del terzo settore.

Metodologie e strumenti: realizzazione e distribuzione alle équipes alcolologiche e agli altri enti richiedenti di materiale informativo, cartaceo e multimediale destinato alla

popolazione; locandina del “*Mese di prevenzione alcolologica*” in cui inserire i loghi dei partners locali e la descrizione delle iniziative realizzate sul territorio; volantino del “*Mese di prevenzione alcolologica*” con le informazioni di primo livello sui rischi connessi al consumo di alcol; opuscolo blu “*Alcol ... sai cosa bevi?*”, finalizzato a fornire informazioni scientificamente corrette sull'alcol e sulle conseguenze del suo consumo; libretto arancio “*Guida utile all'identificazione e alla diagnosi dei problemi alcol-correlati*”; opuscolo arancione “*Guida utile all'identificazione e alla diagnosi dei problemi alcolcorrelati*”, destinato ai medici e agli operatori sociosanitari per il riconoscimento e la diagnosi dei problemi alcolcorrelati; opuscolo informativo verde “*Alcol...sai cosa bevi?*”, rivolto alle persone con consumo problematico di alcol, con semplici informazioni e consigli per modificare gli abituali atteggiamenti nei confronti dell'alcol; opuscolo rosso “*Progetto Alcol e Lavoro: scegli la sicurezza...più sai meno rischi*” (realizzato nell'ambito del progetto nazionale “*Alcol e Lavoro*”, finanziato dal Ministero della Salute e finalizzato a sperimentare interventi di prevenzione dell'uso di alcol nei luoghi di lavoro); etilotest monouso per la rilevazione del tasso alcolemico, utile soprattutto per la sensibilizzazione ai rischi dell'uso di alcol e guida; regolo per l'autovalutazione dei consumi e dei relativi livelli di alcolemia, accolto con molto interesse da parte dei giovani; prosecuzione della campagna di sensibilizzazione “*Conta i bicchieri perché loro contano*”, in collaborazione con l' ANPAS Toscana; diffusione su scala nazionale della nuova campagna “*Alcol e disabilità*”, in collaborazione con il Centro Alcolologico Regionale e l'ANPAS Toscana.

-Partecipazione alla manifestazione “*Alcohol Prevention Day*”, giornata di informazione e sensibilizzazione organizzata per il giorno 21 Aprile dal Ministero della Salute e dall'Istituto superiore di Sanità.

-Interventi e progetti promossi dalla Regione Toscana e realizzati nei territori delle 12 ASL regionali.

Metodologie e strumenti:

sensibilizzazione della popolazione generale; sensibilizzazione e informazione nelle scuole medie superiori e inferiori; interventi nella scuola sulla sicurezza stradale; somministrazione di questionari; sensibilizzazione e informazione degli insegnanti; formazione sulle problematiche alcolcorrelate nei “*Laboratori dell'alta velocità*”; interventi di operatori di strada rivolti alla popolazione giovanile; dimostrazioni con l'etilometro in collaborazione con i vigili urbani; incontri a tema con la popolazione; incontri a tema con i giovani; attività di sensibilizzazione nei locali notturni frequentati da giovani; allestimento di banchetti informativi con distribuzione di materiale durante manifestazioni promozionali di bevande alcoliche; convegni; spettacoli teatrali; seminari per gli operatori sulla prevenzione alcolologica; collaborazione con i gruppi di auto-muto aiuto; corsi di aggiornamento per i medici del lavoro; interventi formativi per il personale dell'esercito; interventi formativi per i medici di base; sperimentazione di strategie per la prevenzione precoce dell'abuso di alcol nella medicina di base.

-Attività svolte dalle associazioni di auto-mutuo aiuto e dal terzo settore (ACAT di Sesto Fiorentino e Campi Bisenzio, cooperativa sociale *“Il Delfino”*, associazione *“Genitori Comunità Incontro”* di Pistoia, ACAT di Scandicci, ACAT di Prato, *“Informagiovani”* di Cadenzano).

Metodologie e strumenti:

serate di informazione e sensibilizzazione, organizzazione di corsi, rassegne musicali e artistiche in locali notturni, incontri nelle scuole superiori, spettacoli teatrali con i bambini, cabaret, campagne locali, manifestazioni sportive, mercatini di beneficenza.

## **REGIONE UMBRIA**

-Prosecuzione degli interventi di educazione, prevenzione e informazione sui danni alcolcorrelati nell'ambito della scuola, della famiglia, dei luoghi di lavoro, delle scuole guida, del territorio in genere, condotti dagli operatori pubblici e del privato sociale.

Metodologie e strumenti: progetto *“Alcol”* per le scuole superiori; incontri in alcune scuole medie inferiori e superiori sul tema alcol e guida e sugli stili di vita per la salute; progetto sul tema alcol e lavoro; campagna itinerante di promozione della salute *“Una marcia in più”*, con approccio di contatto diretto con la popolazione nelle piazze e nei luoghi pubblici; collaborazione con radio locale per la realizzazione di incontri radiofonici a cadenza mensile sul tema alcol; realizzazione e distribuzione presso i medici di Medicina Generale e le farmacie di apposita locandina informativa sui problemi alcolologici e sui relativi servizi; progetto *“Alcol e guida”* nelle scuole superiori, in collaborazione con l'associazione dei Clubs degli alcolisti in trattamento e la Polizia Stradale; progetto *“Scuola Territoriale” di I e II modulo*, rivolto alle famiglie con problemi alcolcorrelati e alle famiglie dell'intera comunità, con l'obiettivo della sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati; incontri di informazione e sensibilizzazione rivolti agli operatori penitenziari; incontri specifici su alcol e guida nelle scuole medie inferiori e superiori nell'ambito dei corsi di formazione per l'idoneità alla guida del ciclomotore.

-Interventi delle unità di strada nei luoghi del divertimento e sul territorio in genere, per l'identificazione delle problematiche di policonsumo e la facilitazione dell'accesso ai servizi, tramite la creazione di opportunità e specifici percorsi, con la finalità di favorire anche l'adesione, in fasi successive, a programmi di trattamento più complessi.

-Attività di sostegno svolte dai Clubs degli alcolisti in trattamento, dall'associazione degli Alcolisti Anonimi e da altre associazioni per l'approccio sociale e familiare alla sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati.

## **REGIONE MARCHE**

- Prosecuzione delle attività di prevenzione primaria e secondaria negli istituti scolastici superiori, condotte in gran parte dai Centri di Informazione e Consulenza (CIC) della scuola.

-Attività di prevenzione, con interventi di informazione sul corretto consumo delle bevande alcoliche, rivolte ai soggetti che afferiscono ai servizi alcolologici per accertamenti sanitari relativi alla revisione della patente di guida per violazione dell' art. 186 del Codice della strada (guida in stato di ebbrezza),

-*Training* di prevenzione primaria dell'abuso di alcol rivolti ai giovani tossicodipendenti in trattamento in programmi semiresidenziali (UO Dipendenze patologiche Zona Territoriale n. 1 Pesaro).

-Prosecuzione delle attività da parte delle unità di strada presenti nel territorio regionale (n. 10 unità), rivolte alla popolazione giovanile e svolte nei luoghi di aggregazione (discoteche, *chalet*, ritrovi etc.) tramite l'utilizzo di modalità interattive e multimediali e la somministrazione di alcoltest per la verifica volontaria dei requisiti psico-fisici di idoneità alla guida.

-Prosecuzione del funzionamento del “*Servizio risposte alcolologiche*” del Comune di San Benedetto del Tronto - Settore Attività Sociali ed Educative, con specifico numero verde, per attività preventive di vario tipo, fra le quali:

indagine sulle abitudini alcoliche degli alunni di terza media della città;

incontri di sensibilizzazione alcolologica e prevenzione in classi di scuola elementare e media inferiore e superiore, anche con il coinvolgimento dei genitori;

attività di prevenzione alcolologica nello stadio;

divulgazione di materiale informativo negli ambulatori dei medici di Medicina Generale, nelle farmacie, nelle parrocchie.

## **REGIONE LAZIO**

-Avvio del progetto “*Impariamo a contare*”, rivolto agli studenti di 28 scuole medie superiori della Provincia di Roma, che ha permesso di sensibilizzare, con un coinvolgimento attivo, circa 10.000 studenti.

-Conclusione del 1° anno delle attività collegate alla ricerca sui “*Fetal Alcohol Spectrum Disorders*” (FASD), svolta in collaborazione tra Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio e NIH degli Stati Uniti, per la protezione della popolazione femminile esposta al rischio di avere figli con gravi problemi di salute legati all'assunzione di alcol durante la gravidanza.

## **REGIONE ABRUZZO**

-Nell'ambito del SER.A. AVEZZANO – ASL 101:

corso di formazione “*I problemi alcolcorrelati nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale*”, rivolto a tutti i medici di Medicina Generale;

lezioni a volontari della CRI in tema di alcol, droghe, epilessia ed ictus, nonché sul tema “*Problemi alcolcorrelati e Servizi Territoriali*”;

attivazione di una cooperazione con l'associazione regionale dei Clubs degli alcolisti in trattamento (ARCAT Abruzzo).

-Nell'ambito del SER.T. SULMONA – ASL 101:

interventi di educazione alla salute sui problemi alcolcorrelati nelle scuole elementari e medie inferiori.

-Nell'ambito del SER.A. CHIETI – ASL 102:

realizzazione della “*Azione di contrasto al fenomeno alcolismo*”, nell'ambito del piano di zona locale, per la sensibilizzazione, informazione e formazione diretta ed indiretta degli studenti, delle famiglie, degli insegnanti e degli operatori socio sanitari;

corso di formazione in campo alcologico rivolto agli insegnanti delle scuole elementari e medie, con una manifestazione pubblica conclusiva che ha visto la partecipazione degli alunni delle scuole interessate, la distribuzione di *gadget* (magliette e materiale informativo) e di bevande analcoliche;

corso di formazione rivolto ai medici di Medicina Generale, organizzato in 3 moduli di 4 ore ciascuno, svolto dal responsabile del servizio;

corso di formazione rivolto agli operatori sociosanitari dei distretti di base e dei Comuni, organizzato in 8 moduli di 3 ore ciascuno, che ha affrontato vari aspetti clinici, socio-educativi, psicologici e legislativi dei problemi alcolcorrelati;

incontri informativi sui danni alcolcorrelati (“*Alcollnforma*”) rivolti ai soggetti che afferiscono al servizio a seguito della violazione dell'art.186 del Codice della strada, ripetuti mensilmente e aperti anche ai familiari.

-Nell'ambito del SER.T. VASTO – ASL 103:

realizzazione del progetto “*Prevenzione scolastica delle tossico ed alcoldipendenze-SINERGY*”, finanziato con la quota regionale del Fondo per la lotta alla droga, che ha coinvolto gli studenti delle scuole medie inferiori e superiori del territorio.

-Nell'ambito del SER.T. L'AQUILA – ASL 104:

progetto “*Informalcol*”, realizzato con la quota regionale del Fondo per la lotta alla droga in associazione con il Comune di L'Aquila, che ha consentito l'attivazione di uno sportello informativo/educativo presso il locale distretto sanitario per facilitare l'accesso di cittadini con disagio che non intendevano rivolgersi al Ser.T;

realizzazione di attività di informazione e sensibilizzazione sulle problematiche alcolcorrelate rivolte alle scuole e alle autoscuole;

attuazione di interventi socio-sanitari per le famiglie di alcol-dipendenti;

produzione di opuscoli informativi sull'alcol e sulle conseguenze dei consumi eccessivi; progetto "Per-corsi", realizzato in collaborazione con la ASL di Avezzano-Sulmona per la realizzazione di un corso di formazione *on-line* per insegnanti ed educatori delle scuole medie superiori ([www.sertlaquila.it](http://www.sertlaquila.it)) ai fini della prevenzione del disagio adolescenziale in ambito scolastico;

progetto "Alcol&Arte", finalizzato alla realizzazione di interventi di prevenzione dell'abuso e dipendenza da alcol tramite l'utilizzo di nuove forme di comunicazione che coniugano il sapere scientifico con strumenti quali l'arte cinematografica, musicale e teatrale.

-Nell'ambito del SER.A. PESCARA – ASL 105:

progetto "Percorso Esperienziale Didattico "( P.E.D.), realizzato in una scuola superiore con la finalità di promuovere un'esperienza positiva di salute, intesa come equilibrio, autonomia e responsabilità;

progetto per la promozione di stili di vita sani e la prevenzione di comportamenti a rischio nei giovani, presso alcune scuole di Montesilvano;

incontri con gruppi di genitori ed insegnanti;

manifestazione "Mese della Prevenzione Alcolologica", nell'ambito della quale sono state organizzate varie iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte sia alla popolazione generale che alla popolazione giovanile, un incontro pubblico con i responsabili politici della Sanità locale, i servizi sociali del Comune e i gruppi di auto-aiuto nonché la distribuzione di materiale informativo nelle scuole e sul territorio.

## REGIONE MOLISE

-Interventi mirati negli istituti scolastici della Regione.

-Sensibilizzazione della popolazione generale, tramite la diffusione di un opuscolo di orientamento e riflessione nei luoghi di aggregazione, nei luoghi di lavoro, negli studi dei medici di Medicina Generale, nonché incontri e dibattiti pubblici in alcuni Comuni.

-Progetto sul tema alcol e guida, gestito con la partecipazione degli agenti della Polizia Stradale e l'utilizzo dell'etilometro ( Ser.T zona di Agnone –A.S.Re.M).

-Inserimento nei programmi delle scuole guida di lezioni sulla legislazione in materia di alcol e di rischi alcolcorrelati (Campobasso).

-Istituzione di centri di ascolto.

-Partecipazione al progetto "Andromede" gestito dalla Provincia di Campobasso.



-Corso di informazione-sensibilizzazione per i detenuti della Casa circondariale di Campobasso.

### **REGIONE CAMPANIA**

-Attività di informazione e sensibilizzazione nelle scuole, rivolte a docenti e studenti, nell'ambito delle quali sono attivi circa l'80% dei servizi alcolologici.  
Metodologie e strumenti: *focus groups, peer- education*.

-Attività di prevenzione nell'ambito del settore del divertimento, con interventi nei locali notturni, nelle piazze, nei concerti, nelle manifestazioni sportive o in altri eventi di massa, anche tramite l'uso di unità mobili.

- Attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione generale nell'ambito della manifestazione "*Mese della Prevenzione alcolologica*", attuate in collaborazione con i gruppi di volontariato e di auto-mutuo aiuto, che hanno coinvolto l'85 % dei servizi alcolologici.

-Sostegno allo sviluppo di progetti finanziati con il Fondo nazionale per la lotta alla droga, specificamente orientati alla realizzazione di programmi di prevenzione del disagio alcolcorrelato sia nella popolazione generale che in alcuni gruppi specifici quali adolescenti e giovani, nei diversi luoghi di vita e di aggregazione collettiva.

### **REGIONE PUGLIA**

-Realizzazione, nell'ambito delle 12 ASL e delle 2 Aziende ospedaliere regionali, tramite i servizi alcolologici e nello spirito della legge 125 e del vigente Piano Sanitario Regionale, di numerose iniziative di prevenzione e informazione sia presso le strutture sociosanitarie che nelle scuole medie di 1° e 2° grado nonché in varie associazioni culturali.

-Campagna di prevenzione contro l'alcolismo avviata nei Comuni della ASL FG/1 d' intesa con la Provincia e con i dipartimenti per le Dipendenze, che ha coinvolto in particolare enti ausiliari, Forze dell'ordine e Polizia stradale sulla tematica alcol-incidenti.

-Progetto "*Ubriacati .....di Vita!!!*", realizzato nell'ambito della ASL BAT/1 e finalizzato a informare sulla normativa vigente (legge 125/2001e art. 689 del Codice penale sul divieto di somministrazione di alcolici ai minori di anni 16), a sensibilizzare gli esercenti all'applicazione della normativa, a valorizzare gli aspetti etici e solidali del lavoro commerciale, a sensibilizzare i giovani all'uso di bevande analcoliche, a

promuovere una campagna di educazione stradale, a creare occasioni di riflessione nel mondo giovanile e nel mondo degli adulti sulle problematiche relative all'uso di alcol, in un'ottica di sano divertimento.

Metodologie e strumenti: creazione di una vasta rete di referenti costituita da Ser.T, Comune (servizi sociali, servizi per le attività produttive, Comando dei Vigili urbani), insegnanti referenti alla salute delle scuole superiori, associazione genitori, unione degli studenti, Polizia stradale, rappresentanti degli esercenti del centro storico, redazione nord barese de *"La Gazzetta del Mezzogiorno"*, "Comitato spontaneo del divertimento", già creato per contrastare le stragi del sabato sera; inserimento di documentazione sull'iniziativa in apposito sito Web ([www.barlettaonline.net](http://www.barlettaonline.net)).

-Prosecuzione dei progetti *"Unità di strada"* e *"Spazio Esse"* nella ASL LE/2, con attività di sensibilizzazione e prevenzione che hanno coinvolto gruppi giovanili e gruppi musicali, e distribuzione di materiale informativo anche in occasione di manifestazioni sul territorio.

-Specifici mirati interventi di prevenzione e informazione sui danni alcolcorrelati nella ASL BA/3:

incontri di prevenzione con le associazioni di volontariato operanti nei comuni di Altamura ed Acquaviva delle Fonti; corso di informazione e formazione *"Alcol, droghe e guida: quale prevenzione possibile?"* rivolto agli istruttori delle autoscuole di vari Comuni; celebrazione della *Giornata nazionale della prevenzione alcolologica*, con iniziative di prevenzione dirette alla popolazione generale dei comuni di Altamura e Gravina in Puglia, diffusione di opuscoli, mostra di cartelloni e *meeting* con la popolazione; incontro di prevenzione *"Chiamami Dionisio: sarò la tua birra"*, in una classe dell'Istituto tecnico professionale di Stato di Santeramo, per approfondire gli aspetti antropologici e culturali legati all'uso e all'abuso di alcol; partecipazione della ASL al progetto *"Risch'-io"*, coordinato dalla prefettura di Bari e finalizzato alla prevenzione dei comportamenti di abuso di sostanze nell'età adolescenziale; progettazione di un opuscolo curato dal dipartimento Dipendenze della ASL BA/3, finalizzato alla prevenzione dei comportamenti di uso/abuso di sostanze stupefacenti nella popolazione giovanile e al loro impatto sulla guida di auto/motoveicoli.

-Specifici mirati interventi di prevenzione e informazione sui danni alcolcorrelati nella ASL FG/2:

progetto *"Robagi 2"*, finanziato con i fondi della legge 309/90, finalizzato alla prevenzione delle dipendenze nella scuola media inferiore e superiore; campagna provinciale di prevenzione condotta in collaborazione tra l'Assessorato provinciale alle Politiche Sociali e i dipartimenti Dipendenze della Provincia, con manifestazioni e affissioni di manifesti in tutta la Provincia; percorsi di prevenzione destinati agli immigrati con problemi alcol-correlati, mirati e diversificati a seconda della varie etnie e culture, condotti con la collaborazione dell'Osservatorio provinciale sull'immigrazione dell'Università di Foggia e con la locale associazione Medici senza Frontiere, con la finalità di avvicinare gli immigrati ai servizi di Alcologia e accrescere

le possibilità di cura, tramite una mappatura dei loro luoghi di aggregazione e la conoscenza dei loro problemi alcolologici, acquisita mediante contatti con le associazioni di tutela, i mediatori culturali e linguistici, i *leaders* di comunità ed etnia.

-Incontri di informazione della unità di Alcologia dell'Azienda ospedaliera "Consortiale-Policlinico" con la comunità locale, con le scuole medie, con associazioni culturali.

## REGIONE BASILICATA

-Interventi nelle scuole medie inferiori e superiori, anche in collaborazione con i Centri di informazione e consulenza (C.I.C.).

Metodologie e strumenti: sensibilizzazione sulle problematiche alcolcorrelate; informazione e discussione su aspetti medici e sociali; preparazione e rappresentazione di un "processo all'alcol"; elaborazione di una "Carta del benessere"; discussione sui temi "alcol e scuola", "alcol e divertimento"; sportello di ascolto del Centro di informazione e consulenza scolastica (C.I.C.) presso due istituti di scuola superiore.

-Corso base per i docenti di scuola superiore, a sostegno delle attività educative da realizzare nella scuola sui temi del rischio alcolcorrelato e in generale delle dipendenze.

-Seminari di studio "Prevenire è educare", destinati ai docenti referenti dei Centri di Informazione e Consulenza della scuola (C.I.C.), per l'approfondimento di temi relativi alla promozione della salute e prevenzione riguardo ai consumi alcolici e agli stili di vita dei giovani.

-Attivazione, in collaborazione con l'ARCAT Basilicata, di n. 14 "scuole alcolologiche territoriali", con una partecipazione media di circa 30-40 persone, con la finalità di fornire alla popolazione generale, alle famiglie e alle persone significative della comunità locale un'informazione obiettiva e corretta sui rischi del bere, per creare una cultura della salute.

-Organizzazione della manifestazione "Alcol Prevention Day", giornata informativa rivolta alla popolazione in generale.

-Incontri di sensibilizzazione e informazione aperti al pubblico e ai giovani, anche con la partecipazione di organi di informazione, organizzati in collaborazione con i Comuni, i gruppi di AA e l'ARCAT.

-Attivazione, con apertura al pubblico per n. 3 ore settimanali, di un centro di *Counseling* nel territorio della ASL n. 4 di Matera, per l'informazione, il sostegno e la consulenza ai consumatori di sostanze psicoattive legali e non (tra cui l'alcol), destinato ai genitori, agli insegnanti e, più in generale, alla popolazione giovanile.

**REGIONE CALABRIA**

-Interventi di prevenzione e informazione destinati alla popolazione giovanile e studentesca delle scuole medie inferiori e superiori.

Metodologie e strumenti: *peer education*, campagna di prevenzione, indagini conoscitive, ricerca intervento, animazione, sito *web*, giornate di prevenzione alcologica gestite dai CIC della scuola superiore.

-Indagine epidemiologica condotta dal servizio di Alcologia della ASL n. 4 di Cosenza.

-Indagine sul tema “alcol e giovani” condotta dall’EURISPES.

**REGIONE SICILIA**

-La Regione ha aderito al progetto nazionale “*Problematiche sanitarie dei detenuti consumatori di droghe: risposta istituzionale e costruzione di una metodologia organizzativa*”, promosso e finanziato dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga.

**REGIONE SARDEGNA**

-Sostegno, sulla base delle esigenze delle varie ASL, allo svolgimento di programmi di intervento nelle scuole, e in particolare nelle scuole superiori del Nuorese e in quelle delle Province di Cagliari e di Sassari.

-Sostegno, sulla base della rilevazione di specifiche esigenze delle varie ASL, allo svolgimento di corsi di informazione negli ambienti di lavoro.

-Attivazione di progetti di informazione sul tema “alcol e guida”, con il coinvolgimento di concessionari di auto, officine meccaniche e autocarrozzerie.

-Interventi svolti all’interno delle discoteche, con la promozione dell’uso dell’etilometro per la misurazione del tasso alcolemico prima della guida.

### **6.2.3. INIZIATIVE ADOTTATE PER GARANTIRE ADEGUATI LIVELLI DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE ADDETTO**

#### **REGIONE PIEMONTE**

-Predisposizione del progetto“La Formazione in Alcologia”, finanziato dalla Regione, per il quale è attualmente in corso la valutazione delle proposte formative presentate, tra le quali l’istituzione di un Corso in Alcologia che sarà disponibile per gli operatori del settore sia pubblico che privato convenzionato.

-Promozione della partecipazione attiva degli operatori dei servizi alle società scientifiche del settore alcolologico (SIA, SITD, FederSerD), con contributo regionale alla realizzazione di convegni sul tema.

#### **REGIONE VALLE D’AOSTA**

-Realizzazione di n. 2 corsi di formazione rivolti rispettivamente ai medici di Medicina Generale ed ai farmacisti sul tema del ruolo del medico di Medicina Generale e del farmacista per la prevenzione ed il trattamento dei problemi alcolcorrelati.

-Corso di sensibilizzazione all’approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati secondo il metodo Hudolin, organizzato in collaborazione con la sezione regionale dell’A.R.C.A.T. e coordinato da una équipe della Scuola Europea di Alcologia e Psichiatria.

#### **REGIONE LOMBARDIA**

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

-Interventi di formazione di soggetti con ruoli di “operatori di salute” in relazione alla prevenzione degli incidenti alcolcorrelati (istruttori di scuola guida, agenti di Polizia municipale e stradale, animatori di locali notturni, rappresentanti di centri d’aggregazione giovanile, sindacato dei gestori di locali da ballo etc.).

#### **P.A. BOLZANO**

-Nell’ambito del Ser.T Bolzano-Ambulatorio Hands:

promozione della partecipazione degli operatori a seminari, convegni e corsi di perfezionamento interni ed esterni; partecipazione al corso *“Addictive behaviours e patologie correlate”* all’Università Cattolica Sacro Cuore di Roma (100 ore didattiche); partecipazione al *“Curriculum Klinische Hypnos”* del Milton Erickson Institut (MEG Innsbruck).

-Nell’ambito della associazione Hands:

partecipazione a iniziative di formazione di livello locale, nazionale e transfrontaliero, in ambiti di settori formativi relativi al trattamento dei pazienti con doppia diagnosi, applicazione delle tecniche del colloquio motivazionale nell’approccio al “bere controllato”, tecniche motivazionali intra-aziendali, confronto transfrontaliero (Italia-Austria-Germania-Svizzera) delle politiche per le dipendenze; conclusione del ciclo di incontri di aggiornamento *“Alcologia basic”* iniziato nel 2004; brevi stages formativi in varie strutture dell’associazione e al centro terapeutico di *“Bad Bachgart”*.

-Nell’ambito del Ser.T di Merano:

organizzazione e partecipazione alla II parte del corso di formazione sul modello terapeutico *“Il colloquio motivazionale”*; organizzazione e partecipazione al corso di formazione *“Case Management: quale modello organizzativo?”*; organizzazione e partecipazione, in collaborazione con il centro di Salute mentale di Merano, a un incontro scientifico *“Psicopatologia ed abuso di sostanze: riflessioni su problemi clinici e rete dei Servizi”*.

-Nell’ambito del consultorio psico-sociale Caritas –Silandro (Bz):

partecipazione degli operatori a corsi di aggiornamento e formazione di livello locale e a congressi nazionali; supervisione esterna di frequenza mensile per tutti gli operatori.

-Nell’ambito del Ser.T di Bressanone:

partecipazione a corsi di aggiornamento e supervisione, organizzati a livello locale, nazionale ed internazionale.

## **P.A. TRENTO**

-Realizzazione di n. 3 *“Settimane di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi”*.

-Realizzazione da parte dell’Azienda sanitaria provinciale di n. 6 giornate di aggiornamento per operatori dei servizi di Alcologia e dei Clubs di alcolisti in trattamento.

**REGIONE VENETO**

-Prosecuzione dell'annuale programma per la formazione obbligatoria del personale socio-sanitario del settore Tossicodipendenze.

-Organizzazione di specifici corsi nelle ASL per la formazione obbligatoria del personale sanitario ed ospedaliero in genere, con l'obiettivo principale di sensibilizzare e formare la maggior parte degli operatori socio-sanitari anche sui problemi dell'alcoldipendenza e delle patologie correlate.

**REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

-Nell'ambito della ASS n.1 "Triestina":

incontri mensili di aggiornamento presso la sede del servizio alcolologico;  
corso di formazione per nuovi operatori del volontariato sociale;  
corso di formazione per operatori di auto-aiuto sul tema "alcol e famiglia" .

-Nell'ambito della ASS n.2 "Isontina" :

giornate di studio sul tema "disturbi mentali e alcol", in collaborazione con la Scuola europea di Alcologia e Psichiatria ecologica.

-Nell'ambito della ASS n.3 "Alto Friuli":

organizzazione di n. 2 corsi ECM per la formazione del personale del Ser.T e di altri corsi ECM sui problemi delle dipendenze rivolti al personale sanitario dell'Azienda.

-Nell'ambito della ASS n.4 "Medio Friuli":

programmi di aggiornamento rivolti agli operatori del pubblico e del volontariato, dei Clubs degli alcolisti in trattamento e di altre organizzazioni;  
organizzazione di seminari di supervisione ad indirizzo sistemico;  
svolgimento di convegni sul tema "depressione e uso di sostanze d'abuso".

**REGIONE LIGURIA**

-Interventi periodici per la formazione e aggiornamento degli operatori alcolologici di tutte le ASL.

-Interventi specifici sulle problematiche e patologie alcolcorrelate e sostegno ad iniziative di aggiornamento professionale individuale nelle varie discipline (ASL 5 "Spezzino").

**REGIONE TOSCANA**

-Prosecuzione del funzionamento dello specifico gruppo di lavoro presso il Centro Alcolologico Regionale (CAR) costituito per far fronte alla crescente domanda di aggiornamento e formazione degli operatori della Regione.

-Finanziamento di eventi formativi in collaborazione con le ASL e le Università della Regione.

-Prosecuzione del “*Master di 1° livello in Patologie e Problemi Alcol Correlati*” presso l’Università degli studi di Firenze, proposta formativa rivolta agli operatori dei servizi, in grado di offrire alti livelli di professionalizzazione.

-Promozione del “*Master di 2° livello sulle dipendenze patologiche*”, in collaborazione tra la Regione Toscana e l’Università di Pisa, con lezioni multidisciplinari relative anche all’alcoldipendenza correlata alla dipendenza da tabacco e da sostanze illegali.

-Stabilizzazione e potenziamento, tramite specifico finanziamento previsto dal Piano Sanitario Regionale 2005-2007, della “*Rete Cedro*”, rete regionale tra i centri di documentazione in materia di alcol e tossicodipendenza, finalizzata a favorire l’accesso all’informazione e documentazione da parte degli operatori nonché l’integrazione con le attività di formazione e aggiornamento, anche tramite l’invio di una newsletter bimensile agli operatori.

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

**REGIONE UMBRIA**

-Nell’ambito del dipartimento per le Dipendenze di Perugia:  
n. 2 corsi di aggiornamento sui temi dell’approccio sistemico relazionale nel lavoro con gli utenti e le famiglie e sulla gestione del paziente con doppia diagnosi, ai quali ha partecipato la totalità degli operatori.

-Nell’ambito del dipartimento per le Dipendenze di Foligno:  
corso sul tema della informatizzazione dell’attività dei dipartimenti delle Dipendenze - *clinical governance* e valutazione degli interventi; incontri mensili di Audit clinico.

-Nell’ambito del dipartimento per le Dipendenze di Terni:  
partecipazione degli operatori al congresso nazionale annuale dei Clubs degli alcolisti in trattamento; partecipazione degli operatori al XIII congresso nazionale “*Spiritualità Antropologica e di ecologia sociale*” tenutosi ad Assisi; partecipazione alla giornata di



formazione monotematica organizzata in collaborazione con il Comune di Terni e l'ACAT sul tema della spiritualità antropologica e la responsabilità nella vita del club; partecipazione alla giornata di formazione su alcol e guida, organizzata dall'ASL Città di Milano.

Iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto

-N. 10 corsi di formazione ECM, che hanno coinvolto circa 450 medici di Medicina Generale, realizzati dal Centro di Riferimento Alcolologico regionale anche a seguito delle carenze rilevate nella informazione e formazione alcolologica degli operatori pubblici da indagini condotte dallo stesso Centro.

### **REGIONE MARCHE**

-Prosecuzione del percorso di formazione integrata promosso dall'unità operativa per le Dipendenze patologiche della Zona Territoriale 10 di Camerino per favorire la gestione congiunta dei pazienti affetti da alcoldipendenza con i medici di Medicina Generale del territorio e la definizione di una comune procedura operativa.

### **REGIONE LAZIO**

-N. 10 corsi di formazione ECM, che hanno coinvolto circa 450 medici di Medicina Generale, realizzati dal Centro di Riferimento Alcolologico regionale anche a seguito delle carenze rilevate nella informazione e formazione alcolologica degli operatori pubblici da indagini condotte dallo stesso Centro.

### **REGIONE ABRUZZO**

-Nell'ambito del SER.A. AVEZZANO – ASL 101:

corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi;

partecipazione alla manifestazione nazionale "Alcohol Prevention Day" di Roma ;

partecipazione alla "Consensus Conference" della Società Italiana di Alcologia;

partecipazione alle attività della Consulta Nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati;

convegni e lezioni sul tema.

-Nell'ambito del SER.A. CHIETI – ASL 102:

riunioni di équipe con lo specifico scopo di approfondire le conoscenze sui temi alcolcorrelati;

partecipazione ai corsi ECM aziendali.

-Nell'ambito del SER.T. VASTO – ASL 103:

partecipazione al corso di formazione sulla doppia diagnosi, attuato dalla ASL di Pescara.

-Nell'ambito del SER.T. L'AQUILA - ASL 104:

convegno “*Individui, dipendenze e territorio*”, organizzato dal Ser.T e dal Comune di Barisciano;

corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi, organizzato dalla ASL di Avezzano-Sulmona.

-Nell'ambito del SER.A. PESCARA – ASL 105:

partecipazione del personale a vari corsi e convegni.

-Nell'ambito del SER.T. TERAMO – ASL 106:

partecipazione degli operatori a corsi di formazione e convegni di interesse nazionale ed internazionale.

## **REGIONE MOLISE**

-Interventi di aggiornamento professionale del personale in servizio presso tutti i Ser.T della Regione.

-Convegno con l'associazione AA.

-Corso di sensibilizzazione per la formazione dei “*servitori-insegnanti*” dei Clubs degli alcolisti in trattamento (Campobasso).

## **REGIONE CAMPANIA**

-Organizzazione a Napoli del “*Meeting regionale per le Dipendenze*”, evento regionale di formazione che ha offerto un adeguato spazio alla trattazione delle problematiche alcolologiche e ha favorito momenti di studio e scambio sui problemi e le risorse attinenti.

-Attività formative promosse a livello territoriale, rivolte ai medici di Medicina Generale, al personale dei Ser.T e di altri servizi sanitari, al personale del volontariato e dell'associazionismo, al mondo della scuola.

**REGIONE PUGLIA**

-N. 10 corsi di formazione ECM, che hanno coinvolto circa 450 medici di Medicina Generale, realizzati dal Centro di Riferimento Alcolologico regionale anche a seguito delle carenze rilevate nella informazione e formazione alcolologica degli operatori pubblici da indagini condotte dallo stesso Centro.

-Realizzazione di percorsi formativi destinati agli operatori di tutte le ASL regionali, con i finanziamenti del Fondo nazionale per la lotta alla droga.

-Nell'ambito della ASL FG/1:

programma di sensibilizzazione e formazione sulle patologie alcolcorrelate tramite una serie di incontri tra operatori del Ser.T e facilitatori dei gruppi di auto-aiuto presenti sul territorio, gestiti secondo la metodologia ecologico-sociale della "Scuola Alcolologica Territoriale" e con l'attivazione di *forum*.

-Nell'ambito dell' Azienda ospedaliera "Consortiale-Policlinico" :

organizzazione di n. 3 corsi di sensibilizzazione all' approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi; corso di lezioni di Alcologia destinato agli studenti del VI anno del corso di laurea in Medicina e del II anno del corso di laurea in Assistenza Sanitaria.

-Nell' ambito della ASL BR/1:

seminario su "Alcolismo e stili di vita: progetto di prevenzione all'interno di una strategia fondata sulla peer education e sulle life skills" per il triennio 2005 – 2008; corso di formazione "Progetto Nazionale Alcol e Lavoro" , propedeutico alla attuazione della fase operativa dell'omonimo progetto, realizzata presso l'Azienda Exon Plastic di Brindisi.

Nell'ambito della ASL FG/2 :

corso di formazione di 36 ore sull'approccio motivazionale al paziente etilista e tossicodipendente, destinato al personale del dipartimento delle Dipendenze e degli enti del privato sociale ad esso collegati.

-N. 4 corsi di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi, realizzati dall' associazione regionale dei clubs alcolisti in trattamento (ARCAT), in collaborazione con l' unità di Alcologia della clinica medica "A.Murri" Policlinico di Bari e altre strutture universitarie, destinati a professionisti di servizi pubblici e privati nonché agli specializzandi e studenti della Facoltà di Medicina di Bari e Foggia, nei corsi di laurea in Educazione professionale e Assistenza sanitaria.

**REGIONE BASILICATA**

-Collaborazione con gli operatori della comunità per alcolisti “*Emmanuel*” di Salandra (MT) per la predisposizione di programmi terapeutici individualizzati per gli utenti alcolisti inviati e per le relative verifiche.

-Coordinamento, in qualità di capofila, delle Regioni partecipanti al progetto nazionale “*Sviluppo di un modello di valutazione tra pari per i centri di trattamento del Servizio Sanitario Nazionale e degli enti accreditati*”.

-Partecipazione al progetto nazionale “*DRONET*”.

-Partecipazione del personale sanitario ai corsi ECM “*Abuso e dipendenza da alcol. Un dilemma per i terapeuti, una sfida per i Ser.T*” (organizzato dalla SITD a Bari) e “*Sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati*” (organizzato dall’ACAT “*Magna Grecia*” a Policoro).

**REGIONE CALABRIA**

-Corsi ECM sulle patologie alcolcorrelate, destinati agli operatori sociosanitari delle ASL (servizi di Alcologia di Cosenza-Rogliano e Vibo Valentia).

-Seminario di aggiornamento sui temi “*alcol e salute mentale*” e “*alcol e aspetti medico legali*” (servizio di Alcologia di Vibo Valentia).

-Corsi per “*servitori*” CAT, destinati agli adulti che operano nei Clubs degli alcolisti in trattamento (servizio di Alcologia di Crotone e Ser.T di Rossano).

-*Training* di formazione sulle patologie alcolcorrelate destinato ai medici di base (Ser.T di Corigliano).

-Progetto ECM di formazione e sensibilizzazione dei medici di base e ospedalieri sulle patologie alcolcorrelate (servizio di Alcologia di Cosenza-Rogliano).

**REGIONE SARDEGNA**

-Organizzazione di corsi di formazione nelle ASL delle Province di Cagliari e Sassari, destinati a medici, psicologi, educatori, infermieri, assistenti sociali, rappresentanti delle Forze dell’ordine, volontari.

-Conclusione di progetti di formazione e aggiornamento finanziati con i fondi del DPR 309/90 in alcune ASL (Olbia, Sassari, Carbonia, Lanusei, Sanluri), destinati sia agli operatori delle strutture pubbliche che a quelli delle associazioni di auto-mutuo aiuto e in particolare dei Clubs di alcolisti in trattamento (CAT).

#### **6.2.4. INIZIATIVE ADOTTATE PER PROMUOVERE LA RICERCA E LA DISPONIBILITÀ DI FORMAZIONE SPECIALISTICA A LIVELLO UNIVERSITARIO**

##### **REGIONE PIEMONTE**

-Collaborazione delle ASL con le associazioni di volontariato quali ACAT, AA o altre maggiormente presenti nelle realtà territoriali. Metodologie utilizzate: partecipazione di rappresentanti delle associazioni alle riunioni di équipe per il coordinamento sui casi clinici trattati in maniera congiunta.

-Coinvolgimento di alcune associazioni del privato sociale specificamente impegnate per il recupero della popolazione alcolista per l'impostazione di progetti terapeutico-riabilitativi territoriali. In particolare il Dipartimento di Patologia delle Dipendenze operante presso la ASL 4 di Torino ha previsto l'istituzione di un Comitato di Dipartimento in cui tutti i rappresentanti delle associazioni del privato sociale e del volontariato del territorio di competenza collaborano attivamente.

##### **P.A.TRENTO**

-Inserimento di attività di ricerca nella maggior parte dei progetti attivati nel territorio provinciale.

-Collaborazione con *Transcrim*.

-Collaborazione con l'Università per l'organizzazione di tirocini e seminari sui problemi alcolcorrelati nelle lauree brevi in Scienze infermieristiche e per assistenti sociali.

##### **REGIONE VENETO**

-Prosecuzione delle attività relative al mantenimento del sistema epidemiologico regionale sul consumo di sostanze psicoattive e di bevande alcoliche, affidato alla sezione di Epidemiologia dell'istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa.

-Realizzazione, tramite la collaborazione e consulenza del CNR di Pisa, del 3° monitoraggio dei dati relativi al consumo di alcol e ai problemi correlati (relativo all'anno 2003), nonché del relativo *Report*, in attuazione della legge 125/2001 -legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati- secondo le fonti e gli indicatori stabiliti dal Ministero della Salute. Il *Report* sul monitoraggio è stato adeguatamente

pubblicizzato tramite una conferenza stampa dell'assessore alle Politiche Sociali, trovando ampia eco e diffusione sui media e sulla stampa locale.

-Mantenimento o rinnovamento di convenzioni tra alcuni dipartimenti per le Dipendenze e le Università per lo svolgimento di tirocini guidati per laureandi, laureati e specializzandi.

#### **REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

-Nell'ambito della ASS n.1 "Triestina":

realizzazione di n. 3 ricerche, presentate in incontri nazionali, su temi relativi ad alcol e guida, trattamento delle patologie alcolcorrelate, alcol e lavoro.

#### **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.

#### **REGIONE MARCHE**

-Prosecuzione della collaborazione tra l'équipe del centro di Alcologia clinica del dipartimento Dipendenze della Zona Territoriale n. 7 con l'Università di Urbino, Facoltà di Psicologia, Cattedra di Psicologia delle Dipendenze, per promuovere tesi di laurea e pubblicazione di testi e articoli specialistici su tematiche alcolcorrelate, nell'ambito delle attività di ricerca e di studio dell'Università.

#### **REGIONE LAZIO**

-Inserimento, promosso dal Centro di Riferimento Alcologico della Regione Lazio, di alcune ore di sensibilizzazione in uno dei corsi di laurea della 1^ Facoltà di Medicina dell'Università La Sapienza di Roma e in corsi di specializzazione di Medicina Interna, Gastroenterologia e Tossicologia Medica.

-Conclusione del primo progetto pilota dell'Europa Occidentale (finanziato dalla Regione Lazio e dal *National Institute of Health, NIAAA*) finalizzato a determinare la prevalenza della sindrome feto alcolica (FASD) in una popolazione generale a rischio, i

cui dati sono stati accettati per la pubblicazione su *“Alcoholism Clinical Experimental Research”* e costituiranno la base per prendere decisioni di salvaguardia della popolazione femminile inconsapevolmente esposta al rischio di avere figli con gravi problemi di salute legati all’assunzione di alcol durante la gravidanza.

#### **REGIONE MOLISE**

-Frequenza di un corso annuale sui problemi alcolcorrelati presso l’Università di Firenze da parte di alcuni operatori.

#### **REGIONE PUGLIA**

-Formazione di un gruppo di lavoro a livello nazionale per la ricerca e la formazione specialistica in campo universitario, promosso dall’ ARCAT Puglia in collaborazione con la Società Italiana di Alcologia, le Facoltà di Medicina di Trieste e Foggia, il Policlinico di Bari, l’Università degli studi di Firenze, i rappresentanti dei servizi per le tossicodipendenze di diverse Regioni.

Il documento prodotto dal gruppo di lavoro (*Carta di Vietri*) ha promosso l’inserimento dell’insegnamento della Alcologia in alcune Facoltà di Medicina, secondo le previsioni della legge 125/2001.

-Realizzazione della ricerca *“Capitale sociale”*, condotta con la collaborazione dell’ARCAT, l’Università statale di Milano e il Centro studi e documentazione sui problemi alcolcorrelati di Trento, che è stata oggetto di formazione e aggiornamento specialistico per gli operatori impegnati nel campo dei problemi alcolcorrelati.

-Realizzazione di vari corsi da parte dell’ unità di Alcologia della clinica medica *“A.Murri”* Policlinico di Bari, destinati agli specializzandi del corso di Medicina Interna, agli operatori di rete della Facoltà di Scienze della formazione, ai medici di famiglia, al personale del settore penitenziario, al personale docente e non docente delle scuole medie superiori ed inferiori.

#### **REGIONE BASILICATA**

-Partecipazione alle attività di ricerca dell’Istituto di Fisiopatologia Clinica del CNR di Pisa.

-Partecipazione ai lavori e alle attività progettuali del Gruppo di studio sulle droghe sintetiche e i nuovi stili di consumo (alcol compreso).

**REGIONE CALABRIA**

-Insegnamento di epidemiologia dell'alcolismo in un Master di 1° livello curato dalla Università di Cosenza, Facoltà di Farmacia e dal servizio di Alcologia di Cosenza-Rogliano.

**REGIONE SARDEGNA**

-Collaborazioni e protocolli d'intesa per l'attività formativa universitaria e post-universitaria tra la ASL n. 8 di Cagliari e l'Università di Cagliari.

-Attivazione di un Master annuale in Medicina delle dipendenze e dell'alcolismo destinato a medici e psicologi presso l'Università di Cagliari.



### **6.2.5. INIZIATIVE ADOTTATE PER FAVORIRE LE ASSOCIAZIONI DI AUTO-MUTUO AIUTO E LE ORGANIZZAZIONI DEL PRIVATO SOCIALE NO PROFIT**

#### **REGIONE PIEMONTE**

- Disposizioni per garantire da parte dei servizi di Alcologia o dei Ser.T l'erogazione dei trattamenti farmacologici antiabuso o la loro prescrizione anche su ricettario regionale.
- Disponibilità di Alcover sciroppo (farmaco in Tabella IV degli stupefacenti) ai pazienti alcolisti dietro presentazione di piano terapeutico prescritto dal medico del servizio di Alcologia o del Ser.T.
- Certificazione specialistica dei servizi di Alcologia ai propri pazienti per l'accesso all'esenzione del pagamento del ticket relativo alle prestazioni previste dalla norma vigente.

#### **REGIONE LOMBARDIA**

- Regolare e consolidata collaborazione tra i servizi pubblici, i servizi del privato sociale e le associazioni di volontariato e auto-mutuo aiuto, anche in collaborazione con i medici di Medicina Generale e le Aziende ospedaliere. Pur registrandosi un calo nel numero delle persone che si rivolgono ai gruppi di mutuo aiuto, le quattro associazioni maggiormente attive nel territorio regionale (AA, Al.Anon, Alateen e CAT ), con complessivi 3.221 gruppi, nell'anno 2005 hanno preso in carico 6.120 soggetti fra alcolisti e loro familiari.

#### **P.A. BOLZANO**

- Nell'ambito della associazione Hands:  
prosecuzione dei rapporti di collaborazione dei servizi con le realtà associative riconosciute (AA, Clubs degli alcolisti in trattamento, Caritas, "La Strada-Der Weg", San Vincenzo), finalizzati all'invio ai gruppi di auto-mutuo-aiuto di pazienti che hanno concluso il percorso nei gruppi a conduzione professionale; incontri degli operatori con i gruppi di auto-mutuo aiuto con finalità informative, di aggiornamento e di supervisione; sostegno del personale professionale dei servizi alla formazione di autonomi gruppi di auto-mutuo aiuto di familiari di alcolisti.
- Nell'ambito del Ser.T di Merano:  
coordinamento, sostegno e valutazione degli inserimenti nelle strutture del privato

sociale deputate all'inserimento lavorativo, abitativo e alla prima accoglienza.

-Nell'ambito del consultorio psico-sociale Caritas-Silandro:  
offerta di un servizio post-assistenziale denominato *"Profilassi contro la ricaduta"* a gruppi di alcolisti che abbiano concluso positivamente un progetto terapeutico.

-Nell'ambito del Ser.T di Bressanone:  
prosecuzione dei rapporti di collaborazione dei servizi con le realtà associative riconosciute (Caritas, "La Strada-Der Weg", San Vincenzo).

-Nell'ambito del Ser.T di Brunico:  
collaborazione degli operatori alla conduzione dei gruppi di auto-aiuto e supervisione degli operatori dei Clubs di alcolisti in trattamento da parte del medico del Ser.T; terapia di gruppo per i pazienti dimessi dalla comunità terapeutica con una frequenza bisettimanale per l'anno intero.

#### **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**

-Mantenimento o rinnovamento, in alcuni dipartimenti per le Dipendenze, delle convenzioni e dei protocolli d'intesa per gli interventi di cura, riabilitazione ed inserimento socio-lavorativo dei pazienti alcolisti nonché per le esigenze terapeutiche di inserimento in strutture di accoglienza.

-Incentivazione della collaborazione con le cooperative sociali che gestiscono i centri diurni occupazionali o per l'orientamento lavorativo e gli appartamenti-protetti e/o le case-famiglia per accogliere i soggetti senza dimora o espulsi dalle proprie abitazioni.

-Prosecuzione della collaborazione di tutte le unità alcoliche con le associazioni dei Clubs degli alcolisti in trattamento e di Alcolisti Anonimi.

#### **REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

-Nell'ambito della ASS n.1 "Triestina":  
interventi settimanali dei soci delle associazioni di auto-mutuo aiuto rivolti agli utenti del servizio di Alcologia;

invio di tutti gli alcolisti ad un gruppo di auto-mutuo aiuto entro le prime 3 settimane di trattamento;  
scambio di contatti giornalieri tra operatori del servizio alcologico e operatori del privato sociale in relazione agli utenti inviati.

-Nell'ambito della ASS n.2 "Isontina":

collaborazione permanente dei servizi con le tre associazioni territoriali di Clubs di alcolisti in trattamento e i gruppi di Alcolisti Anonimi;  
studio della possibile costituzione di un centro alcologico territoriale provinciale.

-Nell'ambito delle ASS n.4 "Medio Friuli" e n.3 "Alto Friuli":

stretta collaborazione dei servizi con l'associazione dei Clubs alcolisti in trattamento, gli Alcolisti Anonimi e le altre associazioni e organizzazioni del territorio, nella logica del metodo ecologico-sociale ideato dal prof. Hudolin, che prevede una valorizzazione della comunità di appartenenza, nell'ambito della quale il singolo e la famiglia devono trovare la possibilità di essere accolti e risolvere i loro problemi.

## **REGIONE LIGURIA**

-Consolidamento dei rapporti e dei protocolli di collaborazione tra le ASL e le associazioni di autotutela e promozione della salute.

-Sostegno per l'incremento della presenza delle associazioni sul territorio (ASL "Genovese").

-Sostegno al miglioramento delle capacità professionali di collaborazione degli operatori dei servizi pubblici con le associazioni (ASL "Genovese").

-Realizzazione del progetto "Mersy" in collaborazione con la Caritas locale, finalizzato al sostegno agli alcolisti senza fissa dimora (ASL "Spezzina").

## **REGIONE TOSCANA**

-Prosecuzione della stretta integrazione operativa fra le équipes alcologiche delle ASL e le associazioni di alcolisti (178 Clubs di alcolisti in trattamento, 26 gruppi di AA, 13 gruppi di AlAnon e 2 gruppi di AlAteen).

-Costituzione a livello regionale di un tavolo "politico" con le associazioni degli alcolisti per avviare un confronto sulle tematiche dell'alcol e sul ridisegno dell'Azione Programmata della Regione sulle problematiche alcologiche.

-Disposizione di uno specifico finanziamento annuale da destinare a interventi di sensibilizzazione sulle comunità locali e per favorire la conoscenza e l'integrazione delle associazioni di auto-mutuo aiuto sull'intero territorio regionale nonché la

formazione degli operatori, anche del settore pubblico, sulle metodiche dei 12 passi (adottate da AA) e dei Clubs degli alcolisti in trattamento.

-Sensibilizzazione delle istituzioni locali e dei servizi pubblici territoriali per l'attivazione di forme di collaborazione che favoriscano l'attività delle Associazioni di auto-mutuo aiuto.

### **REGIONE UMBRIA**

-Protocolli di collaborazione con le associazioni di volontariato e auto-mutuo aiuto (ACAT, AA, ANCA ) per facilitare l'accesso degli utenti in carico ai servizi nei programmi delle associazioni.

-Collaborazione nella progettualità e nella formazione degli operatori.

-Attività di docenza degli operatori dei servizi nella scuola alcolologica regionale dell'associazione ACAT.

-Attività di supervisione sull'attività dei Clubs degli alcolisti in trattamento.

-Collaborazione con l'associazione ARCI di Amelia (TR) per un progetto finalizzato a favorire gli stili di vita sani nelle famiglie.

-Interventi di informazione e sensibilizzazione sull'alcol e sugli stili di vita sani effettuati dalla ASL a favore dei partecipanti ai "gruppi genitori".

### **REGIONE MARCHE**

-Attivazione in tutto il territorio regionale di rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato (Clubs d'alcolisti in trattamento e AA), anche ai fini di un reciproco invio di pazienti alcolodipendenti.

-Collaborazioni continuative tra l'unità operativa del dipartimento Dipendenze della Zona Territoriale n.1 di Pesaro e l'associazione provinciale dei Clubs di alcolisti in trattamento di Pesaro, per l'avvio di "trattamenti integrati" (farmacologico, riabilitazione psicologica e auto-mutuo aiuto) dei pazienti alcolisti e per interventi di rete che prevedono programmi di sostegno per alcolodipendenti in uscita dalle comunità terapeutiche di Maiolo- Associazione Papa Giovanni XXIII.

**REGIONE MOLISE**

-Corso di sensibilizzazione per la formazione dei “*servitori-insegnanti*” per i Clubs di alcolisti in trattamento) (Campobasso).

**REGIONE CAMPANIA**

-Creazione presso il Settore “Fasce deboli” dell’Assessorato regionale alla Sanità di un gruppo funzionale di coordinamento con le associazioni di AA, AlAnon, associazione regionale dei Clubs di alcolisti in trattamento (ARCAT) e gruppo “Logos”, con la finalità di diffondere e supportare lo sviluppo delle metodologie dell’auto-mutuo aiuto, quale metodologia riconosciuta come la più efficace in campo socio-riabilitativo a livello mondiale.

**REGIONE PUGLIA**

-Sinergico rapporto di collaborazione dei dipartimenti delle Dipendenze e/o dei Ser.T con i CAT e i gruppi di AA sia per ottimizzare gli interventi terapeutici che per favorire il reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti alcol-dipendenti.

-Sostegno dell’ Associazione regionale dei Clubs di alcolisti in trattamento (ARCAT), tramite i corsi di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi, alla capillare diffusione dei Clubs in tutte le Province pugliesi e al consolidamento dei rapporti con altre organizzazioni di volontariato quali l’AGE (associazione genitori), l’associazione “Ciao Vinny”, gli Alcolisti Anonimi.

**REGIONE BASILICATA**

-Incontri periodici con i facilitatori dei gruppi di auto-mutuo aiuto (CAT ed AA) finalizzati all’inserimento degli alcolisti e loro familiari nei gruppi ed al relativo monitoraggio del percorso terapeutico.

-Progetto “*Rete territoriale per l’alcolismo nella ASL 2*”.

-*Counseling* informativo a favore di associazioni di auto-mutuo aiuto.

-Realizzazione di eventi formativi con l’Associazione dei Clubs di alcolisti in trattamento “Magna Grecia” di Bernalda.

-Disponibilità di locali del Ser.T per le attività dei gruppi di auto-mutuo aiuto dell’associazione dei CAT di Matera.

**REGIONE SARDEGNA**

-Incentivazione e sostegno alla crescita delle associazioni di auto-mutuo aiuto da parte degli operatori dei Ser.T di alcune ASL (Sanluri, Carbonia, Sassari e Cagliari).

-Finanziamento delle attività di circa n. 10 Clubs di alcolisti in trattamento e di alcuni centri d'ascolto tramite i fondi dell'ultima annualità del Fondo nazionale per la lotta alla droga ex legge 309/90.

-Operatività di associazioni che mantengono una maggiore indipendenza dalle strutture pubbliche, quali AA e Al.Anon.

## **6.2.6. STRUTTURE DI ACCOGLIENZA EVENTUALMENTE REALIZZATE O PRESENTI SUL TERRITORIO PER I FINI DI CUI ALL'ART. 11**

### **REGIONE PIEMONTE**

- 1) Progetto “*D.A.N.T.E. (Drug Alcol Net Treatment Entrance)*”, finalizzato a dotare la Regione Piemonte di un programma di riabilitazione intensiva post acuzie per soggetti adulti alcoldipendenti, provenienti da ricovero ospedaliero per disassuefazione o trattamento di patologie alcolcorrelate o da disintossicazione domiciliare o ambulatoriale.
- 2) Progetto “*Su che strada sei il sabato sera*”, finalizzato alla prevenzione dell’abuso di alcol tra i giovani tramite un percorso preparatorio, da condividere con giovani e studenti delle scuole medie superiori, per l’elaborazione di uno spot televisivo, un giornalino mensile, un sito Internet e un “*Bollino*” di riconoscimento da attribuire ai locali notturni partecipanti al progetto, impegnati nella sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati.
- 3) Progetto “*Con l’alcol non lavoro*”, finalizzato alla costruzione di un modello di intervento mirato e condiviso per la prevenzione delle problematiche alcolcorrelate nei luoghi di lavoro.

### **REGIONE VALLE D'AOSTA**

-Struttura del privato sociale non specifica per le alcoldipendenze, accreditata nel 2004, che offre un servizio specialistico residenziale per persone dipendenti da sostanze legali ed illegali con patologie gravemente invalidanti, quali la demenza alcolica o altro.

### **REGIONE LOMBARDIA**

-Funzionamento di n. 16 strutture residenziali.

-Accreditamento di n.109 posti residenziali per problematiche alcolologiche distribuiti fra le strutture del privato sociale delle diverse Province.

### **P.A. BOLZANO**

-Prosecuzione del progetto “*Equal Goal*” della associazione Hands (iniziato nel 2004), con l’obiettivo della creazione di una rete operativa integrata tra i servizi che operano per l’inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

-Creazione di una comunità-alloggio (post comunità terapeutica) della associazione Hands per pazienti alcolisti in fase di reinserimento socio-lavorativo.

-Collocazione più idonea e funzionale per la sede del Laboratorio protetto Handwork di Bolzano.

#### **P.A. TRENTO**

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

#### **REGIONE VENETO**

-Funzionamento, nell'ambito della rete alcolologica regionale, di strutture terapeutiche del privato-sociale non specifiche, destinate sia ai tossicodipendenti che agli alcolodipendenti.

-Funzionamento di n. 2 comunità terapeutiche residenziali specifiche per alcolisti, di cui una pubblica e una del privato sociale (Villa Soranzo), nonché di altre comunità terapeutiche non specifiche ma con appositi moduli per il trattamento di alcolodipendenti.

-Apertura di una nuova struttura di accoglienza per soggetti tossico/alcolodipendenti nella ASL 19, che era priva di una specifica struttura terapeutica.

#### **REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

-Nell'ambito della ASS n.1 "Triestina":  
centro specialistico residenziale per alcolisti incardinato nel servizio di Alcologia, aperto 24 ore su 24, con un ambulatorio per il *follow-up* di lungo periodo finalizzato a sostenere l'astinenza, organizzato come comunità terapeutica e operante in stretta collaborazione con le associazioni del volontariato, riservato al ricovero di persone (in numero non superiore a 20) affette da patologie alcolcorrelate complesse che rendono difficile la disintossicazione (164 ricoveri nel 2005);  
dispensario/centro serale per attività ambulatoriali più professionalizzate e intensive di quelle erogate dal medico generico o dai gruppi di auto-mutuo aiuto, frequentato per periodi variabili di tempo (3-6 mesi), con cadenza bisettimanale, da gruppi di circa 30



persone (67 utenti in totale nel 2005), contestualmente inserite nei gruppi di auto-mutuo aiuto;

gruppo “*appartamento*” per il reinserimento socio-abitativo, in grado di ospitare non più di 5 utenti per un periodo di 6 mesi /1 anno, riservato a persone dimesse dal centro specialistico residenziale con problemi di tipo sociale ed abitativo, con un programma riabilitativo finalizzato all'autonomia e al progressivo reinserimento (10 utenti in totale nel 2005).

-Nell'ambito della ASS n.2 “Isontina”:

disponibilità di n. 4 posti letto in un modulo alcolologico inserito nella RSA di Cormons (Distretto Alto Isontino).

-Nell'ambito della ASS n.4 “Medio Friuli”:

centro residenziale sovraziendale di Alcologia di San Daniele, struttura operativa del dipartimento delle Dipendenze dotata di 20 posti letto di tipologia riabilitativa (RSA specialistica), attivo dal 1980 all'interno del locale ospedale di rete, per le esigenze di accoglienza relative a soggetti provenienti da varie Aziende sanitarie regionali ed extraregionali;

progettazione di una RSA sovradistrettuale presso l'ospedale ad alta specializzazione di Udine, dotata di 5 posti letto nell'area della post-acuzie.

## **REGIONE LIGURIA**

Funzionamento di strutture di accoglienza di enti del privato sociale in diverse ASL regionali, variamente distribuite e finalizzate ad una o più di queste attività: prima accoglienza, trattamento residenziale e semiresidenziale, anche in casi di doppia diagnosi, per uomini, donne, madri con bambini, accoglienza temporanea di alcolisti senza fissa dimora.

## **REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

-Prosecuzione del funzionamento della struttura sperimentale residenziale per alcolisti gestita dal CEIS “*L'Orizzonte*” di Parma, nel cui ambito è stato messo a punto un modello di programma alcolologico residenziale della durata di 6 mesi da utilizzare, con opportuni adattamenti, anche in altri contesti regionali.

**REGIONE TOSCANA**

-N. 2 strutture di accoglienza specificamente dedicate al recupero degli alcolisti, gestite da enti ausiliari della Regione Toscana, con 26 posti letto complessivi (14 nella comunità di Serravalle Pistoiese, gestita dall'associazione "*Genitori Comunità Incontro di Pistoia*" e 12 nella comunità di Altopascio, gestita dal CEIS di Lucca).

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

-Disponibilità di circa 90 posti presso enti ausiliari che effettuano attività alcologiche.

-N. 3 centri diurni per il trattamento ed il recupero dei soggetti alcolodipendenti gestiti dalle ASL di Firenze, Pistoia e Massa Carrara.

**REGIONE UMBRIA**

- Associazione "*Cammino della Speranza*" (con sede a Uppiano) per l'accoglienza rapida di persone con problemi alcolcorrelati in situazione di urgenza socio-sanitaria, che opera a seguito di uno specifico protocollo di intervento definito con la ASL n. 1.

-Gruppo Famiglia "*Pindaro*", con sede a Perugia.

**REGIONE MARCHE**

-Funzionamento di strutture del privato sociale (gran parte di quelle presenti sul territorio regionale) non specifiche, accreditate per il trattamento di pazienti sia tossicodipendenti che alcolodipendenti.

-N. 2 sedi operative di uno stesso ente specificamente dedicate alla riabilitazione di alcolodipendenti, con programmi brevi, adozione del metodo *Hudolin* e collegamento con i gruppi di auto-mutuo aiuto del territorio.

-N. 2 Case di cura convenzionate.

-Avvio, secondo le previsioni della Delibera di Giunta Regionale 747/04, della rideterminazione e riqualificazione della rete delle strutture residenziali e semiresidenziali, con la programmazione di un percorso formativo complessivo e l'adozione di strumenti diagnostici e terapeutici omogenei e condivisi.

**REGIONE PUGLIA**

-Riserva di posti letto per utenti alcoldipendenti, per programmi di recupero concordati con i Ser.T del territorio, in tutte le 35 sedi operative residenziali delle organizzazioni del privato sociale e volontariato attive nel settore Dipendenze.

**REGIONE BASILICATA**

-Comunità “*Emmanuel*” di Salandra (MT).

-Comunità terapeutica “*Exodus*” di Tursi (MT).

**REGIONE CALABRIA**

-Struttura di accoglienza e comunità terapeutica residenziale e semiresidenziale “*Villa Arcobaleno*”, con sede a Catanzaro, convenzionata con il locale Ser.T.

**REGIONE SARDEGNA**

-Funzionamento di una comunità per il recupero degli alcoldipendenti con ricettività di n. 8 posti, attivata da una associazione *no-profit* e in rapporto di convenzione con varie ASL della Regione.

### **6.2.7. PROTOCOLLI DI COLLABORAZIONE O CONVENZIONI STIPULATE CON ENTI E ASSOCIAZIONI PUBBLICHE O PRIVATE OPERANTI PER LE FINALITÀ DELLA LEGGE**

#### **P.A. BOLZANO**

-Convenzioni ad hoc tra Azienda per i servizi sociali di Bolzano e Comunità comprensoriale Burgaviato con l'associazione Hands per il mantenimento dei posti previsti a favore dell'utenza nei Laboratori protetti di Bolzano e di Chermes (in totale 22 posti).

-Prima implementazione del protocollo di intesa/collaborazione del Ser.T di Merano con diversi servizi per l'inserimento socio-lavorativo di rete.

-Protocollo di intesa/collaborazione tra il Ser.T di Merano e alcuni servizi per la gestione di "casi multiproblematici" con gravi problemi di alcoldipendenza.

-Protocollo di intesa/operativo tra il Ser.T di Merano e il locale centro di Salute mentale per la gestione di alcolisti con "doppia diagnosi".

-Protocollo di intesa tra il Ser.T di Merano e una associazione privata al fine della gestione e organizzazione del modulo operativo denominato "Servizio di prevenzione secondaria" per alcolisti e tossicodipendenti.

-Stesura e prima verifica di protocollo di collaborazione tra il Ser.T di Merano e il distretto sociale-Ufficio assistenza economica di base- al fine di migliorare gli invii al predetto ufficio.

-Organizzazione di incontri, in attuazione dei protocolli di intesa, fra il consultorio psico-sociale Caritas - Silandro (Bz), il servizio psicologico, il servizio di Salute mentale della ASL di Merano e altri consultori, per la verifica dei previsti rapporti di collaborazione.

-Attivazione di incontri fra il consultorio psico-sociale Caritas-Silandro(Bz) e il locale Ufficio del lavoro per le problematiche derivanti dall'inserimento lavorativo dei pazienti.

**P.A. TRENTO**

-Convenzioni dell'Azienda sanitaria provinciale con la associazione provinciale dei Clubs degli alcolisti in trattamento e con la associazione Alcolisti Trentini (Alcolisti Anonimi).

**REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

-Nell'ambito della ASS n.1 "Triestina":  
protocollo operativo di collaborazione con la Commissione medica locale per la valutazione dell'idoneità alla guida delle persone segnalate per guida in stato di ebbrezza, finalizzato alla informazione, prevenzione ed eventuale trattamento dei soggetti interessati, nel quale si prevede l'organizzazione di corsi informativi e l'attivazione dei medici di Medicina Generale nei casi di abuso e l'avvio ad un programma terapeutico residenziale o ambulatoriale per i casi di alcoldipendenza.

-Nell'ambito della ASS n.2 "Isontina" e della ASS n.4 "Medio Friuli":  
stipula di convenzioni con le associazioni dei CAT.

-Nell'ambito della ASS n.3 "Alto Friuli":  
protocollo di collaborazione con la Commissione medica patenti di guida di Udine.

**REGIONE LIGURIA**

-Protocolli di collaborazione delle ASL con le strutture ospedaliere e le cliniche convenzionate presenti sul territorio, relativi alle attività per la disintossicazione dei pazienti alcolisti.

-Incremento delle richieste di consulenza e di invio al trattamento nelle strutture territoriali da parte dei medici dei reparti ospedalieri interessati ai problemi di alcoldipendenza.

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

-Prosecuzione dei rapporti di collaborazione con gli enti del privato sociale sanciti dall'accordo di cui alla Delibera di Giunta 2360/02 e successive modificazioni, dove si prevede la presenza degli enti all'interno dei comitati locali, sia nella fase di progettazione che nella realizzazione degli interventi. La collaborazione si attua anche tramite l'inserimento dei progetti di prevenzione alcologica nei Piani per la Salute e nei Piani Sociali di Zona.

**REGIONE UMBRIA**

-Convenzione del Comune di Perugia per il funzionamento del Gruppo Famiglia “Pindaro”.

-Convenzione con le cooperative sociali per la gestione di servizi residenziali e progetti di prevenzione e di riabilitazione.

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

-Protocollo di collaborazione con l’ACAT per varie problematiche alcolcorrelate.

-Protocollo di collaborazione con gli Istituti penitenziari per il trattamento delle problematiche alcolcorrelate dei detenuti.

**REGIONE LAZIO**

-Avvio della elaborazione di un protocollo d’intesa con tutti i servizi pubblici e del privato sociale che direttamente o indirettamente sono coinvolti nelle problematiche alcolcorrelate, basato sulle linee guida al trattamento proposte dal Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio.

**REGIONE ABRUZZO**

-Nell’ambito del SER.A. AVEZZANO – ASL 101:

convenzione con il Comune di Avezzano per la realizzazione del progetto “Città sane OMS” ;

protocollo di collaborazione con il Comune di Avezzano per la realizzazione di progetti per l’assistenza alle famiglie e ai figli minori di alcolisti;

protocolli di collaborazione con il centro di Pronto Intervento per i problemi alcol-drogacorrelati, con le Comunità Montane e il Comune di Avezzano per il progetto “Famiglie e Comunità Responsabili”, con il Comune di Celano per il progetto “In...Sostanza”, con enti vari per il progetto “PASS – Porta d’Accesso unica ai Servizi Sociali”, con l’associazione regionale dei Clubs di alcolisti in trattamento.

-Nell’ambito del SER.A. CHIETI – ASL 102 :

collaborazione con il CSA di Chieti per interventi di prevenzione nella scuola.

-Nell'ambito del SER.T. VASTO – ASL 103:

protocolli di collaborazione con i 3 Clubs di alcolisti in trattamento dei Comuni di Vasto, Lanciano e Casoli.

-Nell'ambito del SER.T. L'AQUILA – ASL 104:

convenzione con il Comune di L'Aquila per l'attuazione del progetto “*Informalcol*” e per il progetto “*Servizio Ascolto Famiglie*”;

collaborazione con la ASL di Avezzano-Sulmona per la realizzazione del progetto “*percorsi*”;

convenzione con la cooperativa sociale “*Progetto Salute*”.

-Nell'ambito del SER.A. PESCARA –ASL 105:

convenzione con l'Università per il tirocinio di psicologi ed assistenti sociali presso il Servizio;

convenzioni con comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali;

protocollo con il Ministero della Giustizia, nell'ambito del progetto “*Re.La.I.S.*”, per il reinserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati.

## **REGIONE MOLISE**

-Protocollo di collaborazione, realizzato nell'ambito del progetto “*Andromede*”, tra Provincia di Campobasso, Ufficio scolastico regionale, Servizio sociale del Tribunale dei minori, Ser.T di Campobasso, Larino e Termoli, associazione regionale CAT, consultorio, Sicurstrada, Osservatorio permanente giovani ed alcol, Istituto superiore di Sanità (con ruolo di supervisione tecnica e scientifica), cooperativa sociale “*Ricerca e Progetto*” (con ruolo di progettazione dell'intervento e coordinamento delle attività), finalizzato a contrastare l'abuso di bevande alcoliche, favorire una corretta informazione sull'uso, realizzare una rete locale e nazionale di supporto e comunicazione tra gli educatori e gli operatori sociali.

## **REGIONE CAMPANIA**

-Attivazione di protocolli formali o collaborazioni sostanziali tra i Ser.T, i gruppi di auto-mutuo aiuto (Clubs di alcolisti in trattamento e Alcolisti Anonimi), le associazioni e comunità del privato-sociale (gruppo “*Logos*”, comunità terapeutiche iscritte nell'albo degli enti ausiliari) ai fini della realizzazione di programmi terapeutico-riabilitativi, che ha portato a registrare una crescita sia del numero di strutture attive che del numero degli utenti.

**REGIONE PUGLIA**

-Protocolli di collaborazione dell'ARCAT Puglia:

con il Comune di Bari nell'ambito del progetto "*Bari Sana*" e per la promozione della salute nell'ambito dei problemi legati al consumo di alcol dei giovani e delle donne; con le amministrazioni locali e con gli istituti scolastici di ogni ordine e grado in tutte le Province; con l'amministrazione penitenziaria per i problemi alcolcorrelati dei detenuti; con le discoteche e i locali pubblici frequentati dai giovani, in occasione del mese per la prevenzione alcolologica, per limitare la vendita e la somministrazione di alcolici e la pubblicità.

-Attività di collaborazione del Policlinico di Bari:

con la prefettura di Bari nell'ambito del progetto del Ministero degli Interni "*Risch'io*", rivolto al bere giovanile; con il provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria di Bari per il progetto "*Valori*" del Ministero di Giustizia; con l'ARCAT Puglia e l'APCAT Bari per la formazione, il trattamento e la promozione della salute; con la Società Italiana di Alcologia per la ricerca, la formazione e gli interventi di promozione della salute; con l'I.R.R.E. Puglia per la formazione del personale docente e la sensibilizzazione dei discenti; con l'Istituto universitario di Medicina del lavoro; con l'associazione "*Ciao Vinny*" per la sicurezza alla guida.

**REGIONE BASILICATA**

-Protocolli d'intesa fra alcune ASL e Ser.T con varie ACAT.

-Protocollo d'intesa tra l'ASL n. 5 di Montalbano Jonico e la Comunità Terapeutica "*Exodus*" di Tursi.

-Progetto "*Rete territoriale per l'alcolismo nella ASL 2*".

-Protocollo d'intesa tra il Ser.T di Lagonegro (PZ) e l'unità operativa di Medicina dell'Ospedale di Lagonegro (PZ), al fine del trattamento congiunto/integrato (patologie alcolcorrelate e trattamento riabilitativo) degli alcolisti, nonché per la predisposizione di posti letto per ricovero.

-Incontri con la prefettura di Potenza per azioni congiunte da mettere in atto in determinati periodi dell'anno in ambito zonale.



**REGIONE CALABRIA**

-Collaborazione di tutti i servizi alcologici della Regione con le Aziende ospedaliere e le Case circondariali.

-Collaborazione del servizio di Alcologia di Cosenza e del Ser.T di Soverato con la Facoltà di Farmacia dell'Università di Catanzaro.

**REGIONE SICILIA**

-Collaborazione tra i Ser.T e i gruppi di auto-mutuo aiuto ( 32 Clubs di alcolisti in trattamento, 9 gruppi di AA e 5 gruppi di altro tipo) per l'inserimento di utenti alcolodipendenti.

-Collaborazione tra i Ser.T e le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali (n.39), le cooperative sociali per la gestione dei servizi sociosanitari ed educativi (n.9) e le cooperative sociali per l'inserimento lavorativo (n. 18).

**REGIONE SARDEGNA**

-Stipula di appositi protocolli d'intesa tra la Regione e il Ministero di Giustizia per garantire l'erogazione dell'assistenza alle persone con problemi di tossicodipendenza e alcolismo sottoposte a misure giudiziarie o incarcerate.

-Convenzioni e protocolli operativi tra le ASL e le strutture carcerarie ubicate nel territorio di competenza.

**6.2.8. 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 AUTO VEICOLI**

**REGIONE LOMBARDIA**

-Attività di collaborazione con gli enti locali, le direzioni scolastiche, le prefetture, la Provincia.

-Programmazione regionale per l'attivazione del decentramento locale degli interventi, con obiettivi, priorità e modalità di azione definite all'interno di linee guida.

-Raccordo territoriale con l'ente locale nell'ambito dei Piani di zona, per consentire un migliore utilizzo delle risorse anche per le attività di prevenzione primaria specifica, attingendo risorse da altre leggi di settore.

**P.A. BOLZANO**

-Applicazione di un protocollo operativo di collaborazione tra associazione Hands e servizio di Medicina legale, che prevede incontri periodici finalizzati ad un miglior coordinamento, per le attività collegate al ritiro delle patenti di guida a soggetti con tasso alcolemico illegale alla guida. Tale collaborazione ha permesso di riportare il numero totale delle visite di consulenza alcolologiche effettuate dal Ser.T-Hands per la locale Commissione medica per le patenti ai livelli numerici del 2003.

-Organizzazione della annuale conferenza stampa del Ser.T di Bolzano-ambulatorio Hands per informare e sensibilizzare l'opinione pubblica sulle attività svolte in merito alle problematiche alcolologiche.

**P.A. TRENTO**

-Protocollo di intesa tra Azienda sanitaria provinciale e Commissione medica locale per le patenti, che prevede l'invio preliminare ai servizi di Alcologia, ai fini di una consulenza alcolologica, di tutte le persone che devono sottoporsi a visita della

Commissione medica per problemi di guida in stato di ebbrezza. La convenzione prevede che i servizi di Alcologia propongano a tutti la frequenza di un ciclo di 3 incontri in cui vengono spiegati i pericoli della guida sotto l'effetto dell'alcol. L'adesione a tali incontri è stata di circa il 50%, ma sono state emesse da alcuni giudici di pace sentenze a favore della obbligatorietà degli stessi.

Attività di collaborazione realizzate nell'ambito delle attività progettuali relative agli interventi sui frequentatori di discoteche, pub e feste campestri per scoraggiare la guida in stato di ebbrezza .

## **REGIONE VENETO**

-Coinvolgimento diretto delle istituzioni dell'amministrazione dell'Interno e municipali ai fini della sensibilizzazione e informazione della popolazione giovanile e generale sulla normativa e sugli effetti dell'alcol sulla guida, anche tramite l'utilizzo dell'etilometro.

-Rafforzamento delle attività di collaborazione con le Commissioni mediche per le patenti, per le seguenti finalità:

attivazione di incontri formativi a frequenza obbligatoria, preliminari alla visita medica, per i soggetti che devono riottenere la patente ritirata per problemi di alcol e guida;

inserimento nelle suddette commissioni di personale medico specialistico di ambito alcolologico.

-Mantenimento e consolidamento delle collaborazioni avviate negli anni precedenti in materia di pubblicità e di vendita di bevande alcoliche ai minori.

-Stipula di alcuni nuovi protocolli di collaborazione con i gestori di locali pubblici e con le associazioni di categoria per limitare la distribuzione di bevande alcoliche nelle fasce orarie maggiormente frequentate dai giovanissimi e dai giovani.

## **REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA**

Nell'ambito della ASS n.2 "Isontina":

consulenze dei medici del Ser.T per la Commissione medica provinciale patenti; *screening* di tutte le persone fermate per violazione dell'art. 186 del Codice della strada; realizzazione mensile di corsi serali informativi sul tema "alcol e guida" per le persone che accedono per la prima volta al servizio alcolologico a seguito di segnalazione per guida in stato di ebbrezza.

-Nell'ambito della ASS n.3 "Alto Friuli":

collaborazione con la Commissione medica patenti di guida per la valutazione e l'eventuale trattamento dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza.

Nell'ambito della ASS n.4 "Medio Friuli":

protocollo di collaborazione con la Commissione provinciale patenti per assicurare la presenza di un medico alcologo del servizio all'interno della commissione e la attivazione di un percorso di valutazione e informazione per le persone segnalate per guida in stato di ebbrezza.

### **REGIONE LIGURIA**

-Attività di collaborazione della ASL "Chiavarese", nell'ambito della manifestazione "Non solo calcio", con la Polizia stradale e la Polizia municipale, che ha acquistato un'unità mobile con etilometro.

-Protocolli di collaborazione del nucleo operativo di Alcologia della ASL "Spezzina" con la locale associazione di Alcolisti Anonimi, la Commissione medica locale patenti e gli organi di Polizia per un monitoraggio dell'impatto sociale relativo all'uso e abuso di bevande alcoliche.

### **REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

-Attuazione delle procedure previste dalla Delibera di Giunta regionale n. 1423/04, che fornisce le linee di indirizzo alle ASL della Regione per la valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica, ai fini di uniformare in ambito regionale le modalità della valutazione della idoneità alla guida nei soggetti interessati, indicare i possibili percorsi di approfondimento diagnostico per i soggetti a più alto rischio, anche in collaborazione con i centri alcologici aziendali, intensificare i momenti di informazione/educazione per la modifica dei comportamenti a rischio dei soggetti segnalati e un maggiore valore preventivo del percorso di valutazione, garantire la presenza del medico alcologo all'interno della Commissione medica locale per le patenti (oltre 13.000 persone visitate dalle Commissioni patenti per violazione dell'art. 186 del Codice della strada, di cui 1.443 inviate ai centri alcologici per consulenza o trattamento, nel periodo 1.1.2004/ 30.6.2005).

-Realizzazione del convegno regionale "Alcol e idoneità alla guida", finalizzato ad approfondire il dibattito tecnico-scientifico sulle problematiche inerenti la prevenzione degli incidenti stradali alcolcorrelati e a fare il punto sullo stato di applicazione dei protocolli operativi definiti nelle citate linee d'indirizzo regionali per la valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza.

**REGIONE TOSCANA**

-Attivazione di un progetto finanziato dalla Regione e finalizzato alla riduzione degli incidenti che avvengono durante il fine settimana principalmente a carico di giovani che frequentano i locali notturni.

-Attivazione in un progetto finanziato dalla Provincia di Firenze, da realizzare tramite la collaborazione tra ASL di Firenze, dipartimento delle Dipendenze e Azienda ospedaliera di Careggi, con una triplice finalità:

realizzazione di una ricerca nei 4 servizi di Pronto Soccorso della ASL fiorentina, per la misurazione del tasso alcolemico delle persone che afferiscono al servizio a causa di traumatismi stradali;

formazione e informazione dei professionisti della guida (autotrasportatori, taxisti, autisti dei mezzi pubblici), in collaborazione con le organizzazioni di categoria;

formazione degli istruttori di scuola guida sui problemi della guida in stato di ebbrezza.

- Realizzazione di protocolli condivisi tra équipes alcolologiche e Commissioni mediche locali per le patenti, per il rilascio dell'idoneità alla guida dopo la sospensione relativa alla violazione dell'art. 186 del Codice della strada.

-Avvio della predisposizione di protocolli regionali in attuazione degli artt. 186 e 187 del Codice della strada.

**REGIONE UMBRIA**

-Prosecuzione dell'utilizzo del "Protocollo Patente", già adottato con Delibera di Giunta Regionale nell'anno 2002, quale procedura comune delle Commissioni mediche locali patenti ai fini della formulazione del giudizio medico-legale sulla idoneità psico-fisica alla guida di soggetti con problemi alcolcorrelati.

-Messa a regime del protocollo di collaborazione con la Commissione provinciale patenti di Perugia ai fini dell'inserimento nella commissione di un medico alcolologo per l'attività di certificazione relativa alla valutazione degli automobilisti sorpresi alla guida in stato di ebbrezza.

-Attivazione di un protocollo regionale per l'assistenza alcolologica in carcere.

**REGIONE MARCHE**

-Collaborazione con le Forze dell'ordine ai fini della sensibilizzazione e informazione

della popolazione giovanile sulla normativa relativa al tasso alcolemico, sugli effetti delle bevande alcoliche durante la guida e sull'uso dell'etilometro.

#### **REGIONE CAMPANIA**

-Collaborazione con Polizia e Vigili urbani per interventi educativi e di riduzione del danno.

-Protocolli di intesa con le autoscuole per favorire gli interventi di prevenzione primaria rivolti agli utenti.

#### **REGIONE PUGLIA**

-Campagna annuale di sensibilizzazione e prevenzione sui rischi dell'alcol alla guida svolta nella ASL FG/1 -comprensorio San Severo- in collaborazione con la Polizia Stradale.

-Progetto di sensibilizzazione dei giovani sulla sicurezza alla guida, realizzato dall'unità di Alcologia dell'Azienda ospedaliera "Conorziale - Policlinico" in collaborazione con la Fondazione "Ciao Vinny".

#### **REGIONE BASILICATA**

-Giornata informativa sull'alcol rivolta agli esaminandi per la patente di guida, organizzata in collaborazione con il Comune di Potenza e il locale ufficio di Motorizzazione Civile.

-Partecipazione di operatori Ser.T al corso per la patente di guida dei ciclomotori organizzato presso il liceo classico di Viaggiano (PZ).

-Elaborazione dell'opuscolo "Una guida per una guida sicura - gli effetti delle bevande alcoliche sulla guida".

-Partecipazione al progetto interregionale "Alcol e guida".

**REGIONE SARDEGNA**

-Collaborazioni della Regione e delle ASL con le prefetture e le Forze dell'ordine per le verifiche tossicologiche in relazione alla violazione della normativa del Codice della strada sulla guida in stato di ebbrezza.

### **6.2.9. ATTIVITÀ O PROGETTI MESSI IN ATTO PER ASSICURARE LA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO**

#### **REGIONE LOMBARDIA**

-Realizzazione di n. 26 progetti, con il coinvolgimento di circa 11.000 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**

-Prosecuzione del progetto "*Einfach Zuviel*" ("*Davvero troppo*"), svolto in collaborazione tra associazione Hands e "Forum Prevenzione", finalizzato a incrementare le competenze comunicative dei responsabili aziendali per il personale al fine di meglio affrontare le situazioni problematiche collegate al consumo di alcol in ambito lavorativo.

Il progetto è diventato una attività ordinaria di informazione-prevenzione che l'associazione Hands mette a disposizione degli operatori economici locali.

#### **P.A. TRENTO**

-Inserimento, nel corso base per i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) e i responsabili del Servizio prevenzione e protezione (RSPP), di un modulo di n. 4 ore sui problemi alcolcorrelati, che ha consentito di sensibilizzare tutti gli RLS e RSPP della Provincia.

Tale inserimento è stato possibile a seguito dell'implementazione del progetto "*Alcol e mondo del lavoro*", nell'ambito del quale sono state eseguite interviste ai lavoratori del mondo dell'industria e dell'artigianato per valutare l'entità del consumo e abuso di alcol e sono stati organizzati incontri di sensibilizzazione e formazione.

-Estensione ai dipendenti pubblici delle iniziative realizzate nell'ambito del progetto "*Alcol e mondo del lavoro*", di cui al punto precedente.



## REGIONE VENETO

-Consolidamento, nella maggior parte dei dipartimenti per le Dipendenze, delle attività finalizzate ad accrescere la sicurezza sui luoghi di lavoro, generalmente realizzate con la collaborazione dei servizi SPISAL e SIL (servizi di integrazione lavorativa).

Metodologie e strumenti: *counseling*; formazione e sensibilizzazione di target specifici (lavoratori, datori di lavoro, delegati sindacali, medici del lavoro, addetti alla sicurezza, associazioni di categoria) per la prevenzione dei rischi infortunistici alcolcorrelati e delle malattie professionali.

## REGIONE FRIULI –VENEZIA GIULIA

-Nell'ambito della ASS n.3 "Alto Friuli":  
conclusione del progetto "*Coinvolgimento del mondo del lavoro nella prevenzione e nel trattamento delle dipendenze da alcol, tabacco e droghe illegali*", realizzato in collaborazione con il dipartimento della Prevenzione e la cooperativa "*Marcella*" e rivolto alle maestranze di una delle principali industrie del territorio.

Nell'ambito della ASS n.4 "Medio Friuli":  
progetto "*Orientamento e reinserimento di tossicodipendenti ed alcolisti: la rete si infittisce*", nel quale sono previsti interventi a un duplice livello, rivolti al mondo della formazione e del lavoro, tramite l'utilizzo di specifici strumenti informativi, formativi e riabilitativi, rivolti a quanti afferiscono al servizio alcologico.

## REGIONE EMILIA-ROMAGNA

-Prosecuzione della implementazione del progetto regionale "*Alcol e Lavoro*", coordinato dalla ASL di Modena, finalizzato alla ricerca, programmazione e intervento in tema di prevenzione dei problemi alcolcorrelati negli ambienti di lavoro, nel quale si prevede la costituzione in ogni ASL di un'équipe multidisciplinare per la realizzazione di interventi di prevenzione nelle aziende del territorio, lo sviluppo dell'integrazione e collaborazione tra i servizi per le Dipendenze (Ser.T) e il servizio Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL), la specifica formazione degli operatori delle équipes di progetto, il supporto tecnico - professionale - scientifico per l'adozione e l'attuazione dei progetti regionali (compresa la fornitura di un kit operativo).

Azioni realizzate nel 2005:

individuazione dei coordinatori regionali di progetto, incontri di presentazione e condivisione del progetto con i referenti aziendali, preparazione di un opuscolo informativo per i lavoratori, preparazione del programma e del pacchetto didattico del corso di formazione per gli operatori delle ASL.

-Realizzazione del seminario *“Promozione di stili di vita sani negli ambienti di lavoro: i temi del fumo e dell’alcool”*, tenutosi a Bologna nell’ambito del 10° Salone dell’Igiene e Sicurezza in ambiente di lavoro e destinato a tutti gli operatori della prevenzione di area pubblica e privata, ivi compresi quelli dei servizi di prevenzione e protezione aziendali nonché i medici competenti, nell’ambito del quale sono state discusse le progettualità della Regione sui temi del fumo e dell’alcool nei luoghi di lavoro (sviluppo sinergico di interventi di tipo educativo, normativo e di supporto alla disassuefazione).

#### **REGIONE TOSCANA**

-Implementazione del progetto nazionale *“Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell’uso inadeguato di alcool, diretto al personale di aziende”*, promosso e finanziato dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga, di cui la Regione Toscana è capofila per il coordinamento delle altre Regioni coinvolte (Valle D’Aosta, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Abruzzo, Calabria, Sicilia, Umbria, Provincia Autonoma di Bolzano).

Il progetto, gestito in collaborazione con le Organizzazioni Sindacali e le associazioni dei datori di lavoro, coinvolge 5 aziende di grandi dimensioni, con un target di circa 5000 lavoratori, nonché i servizi pubblici per le Dipendenze, i dipartimenti per la Prevenzione nei luoghi di lavoro, le associazioni e i gruppi di auto-aiuto.

Il progetto ha favorito l’adozione da parte della Conferenza Stato Regioni dell’Atto di intesa del 16 marzo 2006, ai sensi dell’art. 15 della legge 125/2001, per l’individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l’incolumità o la salute dei terzi.

-Prosecuzione del progetto *“Alcol e lavoro”*, gestito dal servizio territoriale di Alcologia della ASL n.2 in collaborazione con il locale dipartimento di Prevenzione.

#### **REGIONE MARCHE**

-Prosecuzione delle attività relative al sottoprogetto regionale *“ Il Lavoro alla Guida e l’Alcol ”*, rivolto al target del settore trasporti (trasporto pubblico, privato e su rotaie) nell’ambito del più ampio progetto nazionale *“Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell’uso inadeguato di alcool, diretto al personale dipendente di aziende”*, finanziato dal Ministero della Salute con il Fondo nazionale per la lotta alla droga e coordinato dalla Regione Toscana, a cui hanno collaborato, in stretto coordinamento, il servizio Assistenza territoriale e Integrazione socio-sanitaria della Regione, i Ser.T, i dipartimenti di Prevenzione, i servizi di Igiene e Sanità pubblica (SISP) e di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL), nonché le associazioni di categoria e le organizzazioni sindacali.

Metodologie e strumenti: formazione di team zonali in tutte le zone territoriali della

AUSR, formati da operatori dei servizi e organismi aderenti, che si sono inseriti nella programmazione formativa o sindacale delle varie aziende interessate al progetto; distribuzione e raccolta di questionari; realizzazione di interventi informativi e di sensibilizzazione, anche con strumento multimediale; distribuzione di materiale illustrativo; distribuzione di etilometri omologati.

## **REGIONE ABRUZZO**

-Nell'ambito del SER.A. AVEZZANO – ASL 101:

partecipazione al corso obbligatorio per dirigenti sul tema della sicurezza nei luoghi di lavoro.

-Nell'ambito del SER.A. PESCARA – ASL 105:

incontri con sindacati e con il servizio di Prevenzione e Medicina del lavoro della ASL.

-Nell'ambito del SER.T. TERAMO – ASL 106:

avvio da parte del servizio di Medicina del lavoro di un'indagine nei cantieri edili della provincia di Teramo, con la finalità di monitorare, anche attraverso l'esecuzione di test alcolimetrici, l'eventuale consumo di bevande alcoliche da parte degli addetti a tale settore.

## **REGIONE MOLISE**

-Interventi di sensibilizzazione attuati tramite la diffusione nei luoghi di lavoro di un opuscolo di orientamento e riflessione sui problemi alcolcorrelati.

## **REGIONE PUGLIA**

-Progetto attivato nell'ambito dell'Azienda ospedaliera "*ConSORZIALE – Policlinico*", in collaborazione con l'unità ospedaliera di Medicina del lavoro, per l'individuazione del bere a rischio nel personale della medesima azienda ospedaliera.

-Attività di formazione del personale dei dipartimenti delle Dipendenze nell'ambito della partecipazione al progetto nazionale "*Alcol e lavoro*".

-Attività relative alla partecipazione della ASL FG/1 -Sez. dip. n.1- al progetto nazionale "*Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell'uso inadeguato di alcol nel personale dipendente delle aziende*", promosso e finanziato dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga e coordinato dalla Regione Toscana.

**REGIONE BASILICATA**

-Avvio di una collaborazione con i Medici del lavoro, tramite l'elaborazione congiunta di un questionario da somministrare ai lavoratori a cura dei medici competenti, in preparazione delle azioni di prevenzione da porre in atto nei luoghi di lavoro.

-Organizzazione della euroconferenza "*Verso un programma europeo su dipendenze da sostanze e mondo del lavoro*" (Melfi-PZ).

-Corso di formazione "*Legge 626/94. Sicurezza sul lavoro in ambiente sanitario: rischio biologico, chimico e fisico*", organizzato a Policoro e destinato al personale della ASL.

**REGIONE CALABRIA**

-Attività relative alla adesione della Regione Calabria, tramite i servizi di Alcologia di Cosenza, Rogliano e Pizzo Calabro, al progetto nazionale "*Alcol e lavoro*", promosso e finanziato dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga e coordinato dalla Regione Toscana.

**REGIONE SARDEGNA**

-Finanziamento di progetti relativi al tema "alcol e lavoro" da parte della Regione con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga (DPR 309/90).

-Finanziamento di interventi di collaborazione delle ASL di Sassari, Olbia e Sanluri con imprese, aziende e società per l'organizzazione di incontri con i lavoratori durante l'orario di servizio, finalizzati ad evidenziare i rischi derivanti dal bere, soprattutto all'interno degli ambienti di lavoro.

### **6.2.10. PROVVEDIMENTI ADOTTATI PER ASSICURARE L'EROGAZIONE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DEI FARMACI PER TERAPIE ANTIABUSO O ANTICRAVING DELL'ALCOLISMO**

#### **REGIONE LOMBARDIA**

-Prosecuzione delle iniziative atte a consentire l'utilizzo dei farmaci in forma totalmente gratuita anche in ambito carcerario.

#### **P.A. BOLZANO**

-Nell'ambito della associazione Hands:  
aumento (25%) della presenza degli operatori infermieristici in ambulatorio, per far fronte all'incremento notevole delle somministrazioni ambulatoriali di farmaci avversivanti e *anticraving* nonché di altre terapie farmacologiche di supporto, alcoltest nell'esperto e avvio dei protocolli Acudetox.

-Nell'ambito del Ser.T di Merano:  
fornitura diretta, all'utente o a un familiare, dei farmaci previsti per le terapie dell'alcolismo, usando anche, in alcuni casi, un protocollo di somministrazione giornaliera.

-Nell'ambito dei Ser.T di Bressanone e Brunico:  
erogazione diretta all'utente, tramite il personale sanitario, dei farmaci previsti per le terapie dell'alcolismo.

#### **P.A. TRENTO**

- Prescrivibilità del farmaco *Etiltox* a carico del Servizio Sanitario Nazionale (non è mai stato usato, per scelta terapeutica dei servizi di Alcologia, il farmaco *Alcover*).

#### **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**

-Nell'ambito della ASS n.3 "Alto Friuli":  
erogazione di un farmaco *anticraving* (Alcover) a carico del Servizio Sanitario Nazionale, con la gestione del dipartimento delle Dipendenze.

-Nell'ambito della ASS n.4 "Medio Friuli":  
prescrizione e somministrazione di tutti i farmaci necessari alle fasi di disintossicazione e di trattamento (il servizio non eroga gratuitamente specifici farmaci *anticraving*).

**REGIONE LIGURIA**

-Prosecuzione della erogazione di terapie antiabuso e *anticraving* dell'alcolismo presso i servizi alcolologici, a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

-Prosecuzione della erogazione diretta dei farmaci per il trattamento dell'alcolismo nell'ambito dei servizi per le Dipendenze patologiche e dei presidi ospedalieri.

**REGIONE TOSCANA**

-Somministrazione e prescrizione di farmaci per le terapie antiabuso ed *anticraving* dell'alcolismo, a livello prevalentemente ambulatoriale, da parte di tutte le équipes alcolologiche territoriali e dei servizi alcolologici ospedalieri, a carico del Servizio Sanitario Regionale.

**REGIONE UMBRIA**

-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**

-Regolare erogazione agli utenti dei farmaci per terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo.

**REGIONE MOLISE**

-Erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale di farmaci utili per le terapie antiabuso e *anticraving* dell'alcolismo.

**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**

-Messa a punto ed 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.

-Consolidamento della collaborazione con i reparti ospedalieri per la disponibilità di farmaci antiabuso o *anticraving* per l'alcolismo e l'avvio della terapia farmacologica.

**REGIONE CALABRIA**

Erogazione di un farmaco per la terapia *anticraving* dell'alcolismo a carico del Servizio Sanitario Nazionale nei servizi di Alcologia e nel Ser.T di Castrovillari.

**REGIONE SARDEGNA**

-In tutte le ASL della Sardegna viene assicurata l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per le terapie antiabuso dell'alcolismo .

**6.2.11. PROGETTI O INIZIATIVE DI PARTICOLARE RILEVANZA REALIZZATI DALLE REGIONI IN ADESIONE AGLI ORIENTAMENTI E AI PRINCIPI DELLA LEGGE 125/2001****REGIONE PIEMONTE**

-Progetto “D.A.N.T.E.”, curato dalla ASL 1 di Torino e da n. 2 enti ausiliari della Regione, finalizzato a dotare la Regione Piemonte di un programma di riabilitazione intensiva post-acuzie per alcoldipendenti adulti, provenienti da ricovero ospedaliero per disassuefazione o trattamento di patologie alcolcorrelate, o da disintossicazione domiciliare o ambulatoriale.

**P.A. BOLZANO**

-*“Interventi precoci nell’ospedale di Brunico su pazienti con problematiche derivanti dal consumo di alcol”*, progetto-studio di prevenzione secondaria finanziato con il Fondo nazionale lotta alla droga, nell’ambito del quale è stato somministrato uno screening a tutti i ricoverati degli ospedali di Brunico e S.Candido per l’individuazione dei bevitori problematici e la somministrazione ad essi di un intervento breve di prevenzione, verificando a distanza di un anno il cambiamento degli stili di consumo dei soggetti interessati.

**REGIONE VENETO**

-Progetto regionale *“Alcologia nel Veneto – non solo cura ma cultura – Indirizzi per il lavoro di rete”*, che affronta, tra l’altro, gli aspetti relativi all’efficienza ed efficacia degli interventi in campo alcologico nonché all’etica e al comportamento delle istituzioni e degli operatori socio sanitari che si occupano di salute.

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

-Progetto per la costruzione di un sistema informativo regionale sui problemi alcolcorrelati, avviato con la collaborazione della ASL di Bologna (Osservatorio per le Dipendenze patologiche) e della ASL di Piacenza (centro alcologico del Ser.T).

-Progetto *“Sicuramente al mare”*, curato dal Ser.T della ASL di Ravenna e finalizzato alla prevenzione delle problematiche alcolologiche nei giovani.

-Progetto *“Spazio giovani”*, realizzato dal Ser.T della ASL di Piacenza e finalizzato alla prevenzione delle problematiche alcolologiche giovanili.



**REGIONE TOSCANA**

-Progetto finalizzato alla riduzione degli incidenti stradali del fine settimana, con particolare riferimento a quelli a carico dei giovani all'uscita dai locali notturni.

**REGIONE LAZIO**

-Progetto pilota (primo progetto dell'Europa occidentale) per la determinazione della prevalenza della sindrome feto alcolica (FASD) in una popolazione generale a rischio, finanziato dalla Regione Lazio e dal *National Institute of Health, NIAAA*.

**REGIONE MOLISE**

-Progetto "Andromede", di durata triennale", promosso dalla Provincia di Campobasso e finalizzato a contrastare nel territorio provinciale l'abuso di bevande alcoliche, a favorire una corretta informazione sul loro uso, a combattere i luoghi comuni e gli errati stereotipi sull'alcol radicati nella cultura locale, a organizzare una rete locale e nazionale di supporto e comunicazione tra operatori sociali, insegnanti, medici di Medicina Generale, educatori, animatori di comunità e cittadini.

**REGIONE BASILICATA**

-Giornata di prevenzione alcolologica "Non beviamoci la vita", evento realizzato secondo un modello tra inchiesta giornalistica, rappresentazione teatrale e *talk show*, organizzato a conclusione di un progetto del Ser.T di Policarpo, comprendente una ricerca su un campione di 900 ragazzi e la produzione di materiale audiovisivo curato dai ragazzi stessi, che hanno lavorato sulle proprie conoscenze (*empowerment*), capacità critica e libertà di scelta.

**REGIONE CALABRIA**

-Progetto di prevenzione "Alcol e giovani", finanziato con il Fondo nazionale per la lotta alla droga, curato dalla ASL n.4 di Cosenza, i cui risultati sono stati oggetto di una specifica pubblicazione.