

**DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
DELL'EX MINISTERO DELLA SALUTE**

**RELAZIONE DEL MINISTRO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE
POLITICHE SOCIALI AL PARLAMENTO SUGLI INTERVENTI REALIZZATI
AI SENSI DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125 “LEGGE QUADRO IN MATERIA DI
ALCOL E PROBLEMI ALCOLCORRELATI”**

ANNI 2006-2007

Roma, 10.12. 2008

INDICE

PRESENTAZIONE

PREMESSA

PARTE PRIMA

1.	<u>Il quadro epidemiologico</u>	
1.1	I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo	1
1.2	La mortalità e la morbilità alcolcorrelate	28
1.3	Considerazioni critiche	36
2.	<u>Gli interventi del Ministero della Salute in attuazione della legge 30.3.2001 n. 125</u>	
2.1	Gli interventi di indirizzo	42
2.2	L'utilizzo dei finanziamenti previsti per il monitoraggio dei dati	52
2.3	Gli interventi in materia di informazione e prevenzione	57
2.4	L'implementazione dei progetti finanziati a carico del Fondo nazionale per la lotta alla droga	60
2.5	L'attuazione dell'art. 6 del decreto-legge 3 agosto 2007 n. 117	64
2.6	La partecipazione alle politiche internazionali	66
3.	<u>La spesa farmaceutica per la terapia farmacologica delle patologie alcolcorrelate</u>	68
4.	<u>Le attività della Consulta nazionale sull'alcol e i problemi alcolcorrelati</u>	71

PARTE SECONDA

5.	<u>I servizi alcolologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30.3.2001 n. 125 -Anno 2006-</u>	
5.1	Il personale dei servizi	79
5.2	Le caratteristiche demografiche dell'utenza	80
5.3	I consumi alcolici dell'utenza	81
5.4	I modelli di trattamento	82
5.5	I modelli organizzativi dei servizi	83
5.6	La collaborazione dei servizi con gli enti e le associazioni del volontariato, privato sociale e privato	84
	Tabelle e grafici	85

PARTE TERZA

6.	<u>L'attuazione della legge 30.3.2001 n. 125 nelle Regioni e Province Autonome</u>	
6.1	Gli interventi e le attività delle Regioni e Province Autonome in attuazione della legge 30.3.2001 n. 125	86
6.1.1	Iniziative adottate per favorire l'accesso ai trattamenti sanitari e assistenziali nonché per migliorarne la qualità	88
6.1.2	Iniziative adottate per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione sui danni alcolcorrelati	101
6.1.3	Iniziative adottate per garantire adeguati livelli di formazione e aggiornamento del personale addetto	124
6.1.4	Iniziative adottate per promuovere la ricerca e la disponibilità di formazione specialistica a livello universitario	131
6.1.5	Iniziative adottate per favorire le associazioni di auto-mutuo aiuto e le organizzazioni del privato sociale <i>no profit</i>	135
6.1.6	Strutture di accoglienza eventualmente realizzate o presenti sul territorio per i fini di cui all'art.11 della legge 30.3.2001 n. 125	140
6.1.7	Protocolli di collaborazione o convenzioni stipulate con enti e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge	144
6.1.8	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	151
6.1.9	Attività o progetti messi in atto per assicurare la sicurezza sui luoghi di lavoro	158

6.1.10	Provvedimenti adottati per assicurare l'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci per terapie antiabuso o <i>anticraving</i> dell'alcolismo	163
6.1.11	Progetti o iniziative di particolare rilevanza realizzati dalle Regioni in adesione agli orientamenti e ai principi della legge 125/2001	166

PRESENTAZIONE

Con la presente Relazione vengono illustrati al Parlamento, secondo quanto 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 2006, con aggiornamenti al 2007.

La legge 125/2001 continua ad essere un importante strumento di rafforzamento delle politiche alcolologiche del nostro Paese, sia a livello nazionale che regionale, e grazie ad essa si è accresciuta la generale sensibilità verso i problemi derivanti dall'uso inadeguato e abuso di alcol.

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 gravi eventi traumatici, incidenti, disordini mentali e comportamentali.

Le conseguenze dell'uso inadeguato e dell'abuso di alcol non interessano solo il settore 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.

La prevenzione dei danni alcolcorrelati non riguarda quindi solo la sfera della salute del singolo cittadino ma anche il benessere psicofisico e la sicurezza dell'intera società, con importanti responsabilità sia a livello individuale che istituzionale.

In Italia l'assunzione moderata di alcol è una consuetudine alimentare molto diffusa, ben radicata nella tradizione culturale e socialmente accettata; per questo è molto importante monitorare i più importanti indicatori di rischio alcolcorrelato e gli interventi attivati per la protezione della popolazione.

Da tempo si vanno diffondendo nel nostro Paese, tramite i contatti sempre più intensi con i Paesi del Nord Europa, soprattutto tra i giovani, nuovi modelli di consumo alcolico che espongono la popolazione ad un elevato rischio di patologie e incidenti alcolcorrelati. In particolare stanno assumendo un andamento preoccupante i consumi fuori pasto, i consumi eccessivi e ad alta intensità (*binge drinking*) e gli episodi di ubriachezza, soprattutto tra i giovani ma per alcuni aspetti anche tra gli anziani, con una crescente partecipazione della popolazione femminile.

Negli anni più recenti questo Ministero, in attuazione della legge 125/2001, ha espresso un notevole impegno per il rafforzamento delle politiche alcolologiche, con iniziative programmatiche quali il Piano Nazionale Alcol e Salute e il Programma "Guadagnare Salute", promuovendo un approccio interistituzionale alla prevenzione sanitaria in adesione ai principi sostenuti dai programmi europei di "*Salute in tutte le politiche*".

Secondo tale orientamento i programmi sono stati condivisi innanzitutto con le Regioni e le Province Autonome ma anche, a vario titolo e in diverse forme, con altri soggetti, istituzionali e non, di ambito anche diverso da quello strettamente sanitario, che possono svolgere un ruolo strategico importante attuando efficaci interventi.

Particolarmente significativo appare in questo senso l'impegno espresso dal Ministero dell'Interno tramite la Polizia stradale per l'incremento del numero dei controlli della guida in stato di ebbrezza, che è praticamente triplicato tra il 2006 e 2007.

Anche altri Ministeri e istituzioni, quali ad esempio la Scuola, stanno svolgendo un ruolo importante nella prevenzione e lo stesso mondo della produzione sembra più attento agli aspetti problematici del consumo di alcol e disponibile ad una maggiore collaborazione.

Le istituzioni sanitarie regionali sempre più esercitano il loro ruolo di protezione della salute pubblica attraverso lo stimolo e il coordinamento di risorse in ampi settori della società, collaborando con le Forze di Polizia, la Scuola, lo stesso mondo della produzione e distribuzione, l'associazionismo presente nel territorio.

Le Regioni, pur con le diversità derivanti dalle specifiche condizioni socioeconomiche e culturali, hanno saputo corrispondere alle esigenze di potenziamento delle politiche alcolologiche, rafforzando i servizi territoriali, aumentando il numero degli operatori addetti ed incrementando gli interventi di sensibilizzazione della popolazione. Esse hanno inoltre recentemente costituito un Sottogruppo tecnico di coordinamento per l'alcolologia nell'ambito della Commissione Salute degli Assessori regionali alla Sanità, per facilitare l'adozione di comuni linee di intervento nel rispetto degli specifici problemi regionali, dei diversi modelli di consumo e delle tipologie di rischio correlate.

Le sfide che questo Ministero è chiamato ad affrontare sono notevoli, dato il rilievo delle trasformazioni culturali del bere nel nostro Paese e la diffusione di nuovi comportamenti che creano nuovi rischi e impatto sulla salute.

Come spesso ribadito nelle sedi politico-istituzionali dell'Europa e dell'O.M.S., l'adozione di efficaci politiche sull'alcol richiede il sostegno dell'intera società ed in quest'ottica il primo, preliminare strumento per accrescere il livello di protezione della popolazione è accrescere il senso di responsabilità individuale e sociale sulle conseguenze derivanti dall'uso inadeguato di alcol.

In tale direzione, nello spirito della legge 125/2001, Ministero e Regioni proseguono il loro impegno.

Maurizio Sacconi

PREMESSA

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

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

La presente Relazione al Parlamento si riferisce agli interventi realizzati nel corso dell'anno 2006, con aggiornamenti al 2007. Alla sua redazione ha collaborato, nell'ambito di uno specifico progetto finanziato dal CCM del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, l'Istituto Superiore di Sanità-CNESPS- Osservatorio Nazionale Alcol, con un contributo originale di elaborazione e analisi di dati.

PARTE PRIMA

1. Il quadro epidemiologico

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

Le evidenze epidemiologiche di importanti studi di livello nazionale e internazionale continuano a confermare la correlazione tra il consumo di alcol nella popolazione e il rischio di morbilità e mortalità per alcune cause. Il rischio di danni sanitari e sociali cresce generalmente con la quantità di alcol consumata.

L'alcol risulta essere la principale causa di cirrosi epatica nonché di 60 malattie e condizioni patologiche, incluso il cancro¹.

In Europa l'alcol causa 195.000 morti l'anno² ed è inoltre la terza causa di mortalità prematura.

La frequenza e intensità delle intossicazioni acute accresce in particolare il rischio di incidenti stradali e di patologie cardiovascolari quali infarti e malattie coronariche.

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

La struttura dei consumi alcolici della popolazione rappresenta pertanto un importante indicatore della possibile evoluzione delle condizioni di salute di un Paese ed appare importante, per prevenire e contrastare i possibili danni, monitorare e tenere sotto controllo fenomeni quali il consumo totale di alcol, il numero, il genere e l'età dei bevitori, le percentuali delle diverse bevande alcoliche consumate, i modelli di consumo.

D'altra parte il consumo di alcol può avere ripercussioni non solo sul bevitore ma anche sul suo contesto familiare e sociale nonché in generale sull'intera società, poiché l'alcol è una sostanza psicotropa che può indurre comportamenti violenti (1 omicidio su 4 e un suicidio su 6 è alcolcorrelato), abusi, abbandoni, perdite di opportunità sociali, incapacità di costruire legami affettivi e relazioni stabili, invalidità, incidenti sul lavoro e sulla strada.

In Italia gli anni tra il 1981 e il 1998 hanno visto una drastica diminuzione (-33,3%) dei consumi alcolici in termini di consumo medio pro-capite di alcol puro (che si riferisce all'alcol contenuto in tutte le bevande alcoliche consumate), derivante principalmente dalla diminuzione dei consumi di vino; e, in concomitanza, la progressiva diminuzione del tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica, uno dei più importanti indicatori di

¹ Fonti: Gutjahr et al 2001, English et al. 1995; Ridolfo and Stevenson 2001; Room et al 2005). Alcohol in Europe Anderson P, Baumberg B, Institute of Alcohol Studies, UK June 2006

² Global Burden of Disease Project (Rehm et al 2004) adopted for the report Alcohol in Europe, Anderson P, Baumberg B, Institute of Alcohol Studies, UK June 2006

danno alcolcorrelato, passato dal 22,60 per 100.000 del 1990 al 10,73 per 100.000 del 2004.

Peraltro, più recentemente, la tendenza al calo dei consumi sembra interrompersi nella popolazione al di sopra dei 15 anni di età, dove, tra il 2001 e il 2003, il consumo medio annuo pro capite di alcol puro è passato da 9,14 litri a 10,45 litri. Pertanto, mentre tale consumo nel 2001 era nettamente inferiore alla media dell'Europa dei 25, nel 2003 esso ha quasi raggiunto il dato medio europeo, facendo passare l'Italia dalla 6° alla 9° posizione nella graduatoria dei Paesi (tab.1).

**Tab.1 - CONSUMO DI ALCOL PURO PRO-CAPITE NELLA POPOLAZIONE
CON PIU' DI 15 ANNI DI ETA' DEI PAESI EUROPEI- CONFRONTO ANNI 2001-2003
(valore in litri pro capite)**

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

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

Fonte: WHO-HFA database

Pur essendo il livello del consumo medio pro capite nel nostro Paese inferiore a quello di Paesi a noi vicini quali Spagna, Francia e Germania, esso resta ancora decisamente al di sopra di quello raccomandato dall'O.M.S. ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015 (6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e 0 litri per quella di età inferiore).

Il confronto con gli altri Paesi europei

Nell'indagine "*Special Eurobarometer-Attitudes towards Alcohol*"¹ condotta tra ottobre e novembre 2006 l'Italia risulta essere il Paese con un numero di astemi nettamente al di sopra della media dei 25 Paesi dell'Unione Europea, con una percentuale del 40% di individui che non hanno consumato bevande alcoliche negli ultimi 12 mesi.

Tra le più basse in Europa risulta anche la percentuale di consumatori di alcol nelle ultime 4 settimane. Tale percentuale si mantiene in Italia intorno al 55%, senza evidenti variazioni dal 2003, contro la media europea che è pari al 66%, con valori massimi raggiunti in Danimarca (84%) e Paesi Bassi (81%) e minimi in Ungheria (48%) e Malta (52%).

Contestualmente in Italia, come in tutti gli altri Paesi con un più basso numero di consumatori, sono più numerosi coloro che bevono con una maggiore frequenza.

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

Per quanto riguarda l'intensità del bere (unità alcoliche consumate in un'unica occasione) l'Italia si colloca in Europa tra i Paesi con i valori più bassi, assieme a Bulgaria, Repubblica ellenica e Portogallo. Infatti, fra coloro che hanno consumato alcol negli ultimi 30 giorni, solo l'11% afferma di assumere, quando beve, più di 2 drink al giorno, contro la media europea che è del 28%. Solo la Bulgaria presenta valori più bassi dell'Italia (9%).

A conferma di tale dato, fra coloro che hanno consumato alcol nell'ultimo anno in Italia ben il 46% ha dichiarato di non aver mai assunto 5 o più drink in un'unica occasione, a fronte di una media europea del 31% (tab.3).

Tuttavia, a fronte di una minor quantità di persone che bevono ad alta intensità e praticano il *binge drinking*, in Italia appare elevato il numero di coloro che assumono più di 5 drink almeno una volta alla settimana (34%), valore superiore alla media riscontrata tra i 25 Paesi dell'Unione Europea (28%) e che colloca l'Italia in una

¹ Attitudes towards Alcohol - Fieldwork October - November 2006 - Publication March 2007 –Report http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ebs272_en.pdf

posizione analoga a quella di Germania (34%), Austria (44%), Spagna (49%) e Irlanda (54%) (tab.3).

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

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

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

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

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

La Tabella si riferisce a coloro che hanno dichiarato di aver bevuto alcol negli ultimi 12 mesi (BASE: 18895 rispondenti)

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

Consumi e modelli di consumo nella popolazione generale

Persiste ancora in Italia, nonostante l'influenza dei modelli che arrivano dai Paesi del Nord Europa, una tradizione culturale di consumi alcolici quotidiani e moderati, soprattutto di vino, in occasione dei pasti, secondo il modello "mediterraneo".

Si intende per consumo moderato, secondo gli orientamenti dell'OMS e delle principali agenzie scientifiche del settore, un consumo di alcol che non supera i 40 grammi al giorno per gli uomini (corrispondenti a 2-3 bicchieri di vino) e i 20 grammi per le donne (1-2 bicchieri).

Secondo l'ISTAT nell'anno 2006 i consumatori di almeno una bevanda alcolica nell'anno rappresentano il 68,3% della popolazione italiana al di sopra degli 11 anni di età, con una marcata differenza di genere considerando che tale percentuale sale all'81,1% tra i maschi e scende a 56,4% tra le femmine.

Tale dato risulta in calo rispetto a quello del 2005, in cui consumava almeno una bevanda alcolica il 69,7% della popolazione (82,1% tra i maschi e 58,1% tra le femmine)(tab. 4).

Considerando un periodo più lungo, a partire dal 1998, la prevalenza dei consumatori può essere considerata comunque sostanzialmente stabile, collocandosi intorno al 70 % della popolazione.

In relazione alle diverse bevande alcoliche, i consumatori di vino nel 2006 risultano essere il 54,8% della popolazione sopra gli 11 anni, con prevalenza maggiore tra gli uomini (68,8%) rispetto alle donne (41,8%).

I consumatori di birra nel 2006 risultano essere il 44,8% della popolazione di oltre 11 anni, con prevalenza maggiore tra gli uomini (60,1%) rispetto alle donne (30,4%).

L'ISTAT considera sostanzialmente stabile nel tempo, a partire dal 1998, sia il numero dei consumatori di vino (su valori intorno al 57%) sia quelli di birra (su valori intorno al 46%)

Peraltro, in controtendenza, tra il 2005 e il 2006 sembra sensibilmente diminuita la percentuale degli uomini e donne che consumano vino (-1%) o birra (-0,9%) (tab. 4).

Tab. 4 - PREVALENZA (%) DEI CONSUMATORI DI ALCOLICI PER SESSO

Tipo di consumo	Anno								
	2003			2005			2006		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Bevande alcoliche	82,1	56,0	68,6	82,1	58,1	69,7	81,1	56,4	68,3
Vino	68,8	40,4	54,1	69,5	43,1	55,8	68,8	41,8	54,8
Birra	61,7	30,8	45,7	60,2	32,1	45,7	60,1	30,4	44,8
Aperitivi alcolici	42,3	18,4	29,9	42,3	19,7	30,6	42,1	18,9	30,1
Amari	43,0	15,3	28,7	42,7	16,6	29,2	41,7	15,1	28,0
Super alcolici	37,6	13,1	24,9	38,4	13,4	25,5	37,5	12,7	24,7

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati Multiscopo ISTAT 2003-2006

Secondo l'ISTAT i consumatori delle altre bevande alcoliche (aperitivi, amari e superalcolici) risultano in aumento a partire dal 1998, passando dal 39,5% al 42,5% nel 2006.

Tuttavia anche nel caso di queste bevande, come per il vino e la birra, tra il 2005 ed il 2006 le prevalenze complessive dei consumatori risultano sensibilmente diminuite, ad eccezione di alcune classi di età.

In particolare, risulta un sostanziale incremento nelle fasce di età più giovani per gli aperitivi alcolici (1 punto percentuale tra gli 11-13enni e 2,5 punti percentuali tra i 14-17enni) e per i liquori e super alcolici (0,3 punti percentuali tra i ragazzi di 11-13 anni, 2,8 punti percentuali tra quelli di 14-17 anni e 2,2 punti percentuali tra quelli di 18-24 anni).

Anche per l'anno 2006 l'Indagine Multiscopo ISTAT conferma, analogamente a quanto emerso nel 2005, la maggiore prevalenza di consumatori di bevande alcoliche fra coloro che hanno un più alto livello di istruzione: nell'ambito della popolazione al di sopra dei 15 anni, i consumatori di bevande alcoliche risultano essere il 79,1% tra coloro che hanno un titolo universitario, il 76,7% tra coloro che hanno un diploma di scuola media superiore, il 68,6% tra coloro che hanno un diploma di scuola media inferiore, il 56,7% tra coloro che hanno la licenza elementare e il 47,3% tra coloro che non posseggono alcun titolo di studio (tab. 5).

Relativamente alla condizione lavorativa, la più elevata proporzione di consumatori (80,4%) si riscontra tra gli individui occupati, seguiti da quelli in cerca di occupazione o servizio di leva/civile (65,4%) e pensionati o inabili (69,5%). La più bassa proporzione si registra invece tra le donne casalinghe (53,8%).

In relazione alla principale fonte di reddito dichiarata, emerge una maggior propensione a bere tra gli individui con reddito da lavoro autonomo (82,2%) seguiti da quelli con redditi da lavoro dipendente (79,9%), a conferma di quanto appena visto circa la condizione lavorativa dei consumatori di alcol.

Anche lo stato di salute percepito appare correlato alla propensione al consumo. Al migliorare della propria percezione della salute aumentano anche le percentuali di consumatori di alcol (da 47% di chi dichiara di sentirsi molto male al 67,5% di chi dichiara di sentirsi molto bene).

Altra variabile correlata al consumo sembra essere lo stato civile. Le percentuali più elevate di consumatori si registrano tra i coniugati e i separati-divorziati (73,6% e 73,8%); seguono i celibi e nubili (63%) e, con le percentuali più basse, i vedovi/e (52,4%), probabilmente anche per l'influenza dell'età più anziana.

Queste tendenze vengono confermate nell'ambito della popolazione tra i 15 e i 54 anni di età anche dall'ultima indagine campionaria IPSAD® (*Italian Population Survey on Alcohol and Drugs*), curata annualmente dalla Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui servizi sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica del C.N.R.

Tab. 5 - PREVALENZA (%) CONSUMATORI DI BEVANDE ALCOLICHE PER CARATTERISTICHE SOCIALI – ANNO 2006

Variabili socio-demografiche		Consumatori(%)		
		Maschi	Femmine	Totale
Titolo di studio (validi 100%)	dottorato laurea o diploma universitario	89,1	70,3	79,1
	diploma scuola media superiore	87,2	65,9	76,7
	diploma media	81,0	54,3	68,6
	Licenza elementare	70,5	46,7	56,7
	Nessun titolo	63,9	38,6	47,3
	Totale	81,1	56,4	68,3
Condizione professionale (validi 95,6%) (Età>15 anni)	Occupato	88,5	67,8	80,4
	in cerca di occupazione studente o in servizio di leva o civile sostitutivo	74,5	56,0	65,4
	Casalinga		53,8	53,8
	ritirato dal lavoro o inabile	82,1	53,6	69,5
	altra condizione	77,3	41,4	53,2
	Totale	84,4	58,2	70,8
Principale fonte di reddito (validi 87,7%) (Età>15 anni)	da lavoro dipendente	88,6	68,2	79,9
	da lavoro autonomo	88,6	66,3	82,2
	pensione	82,4	51,1	66,2
	indennità e provvidenze varie	77,6	44,2	60,0
	patrimoniale	88,2	54,1	66,8
	mantenimento dalla famiglia	75,3	55,8	61,0
	Totale	85,1	58,6	71,7
Percezione dello stato di salute (validi 98,5%)	1=Peggior	60,8	37,3	47,0
	2	74,1	42,8	54,9
	3	84,6	55,7	67,8
	4	87,6	63,5	75,2
	5=Migliore	77,9	55,7	67,5
	Totale	81,2	56,4	68,4
Stato civile (validi 100%)	celibe/nubile	70,8	53,5	63,0
	coniugato/a	87,5	59,6	73,6
	separato/a o divorziato	84,8	64,9	73,8
	vedovo/a	82,0	46,7	52,4
	Totale	81,1	56,4	68,3
Ripartizione territoriale (validi 100%)	Italia Nord - Occidentale	82,6	58,9	70,4
	Italia Nord - Orientale	83,9	66,5	75,0
	Italia Centrale	81,8	59,3	70,1
	Italia Meridionale	79,5	49,1	63,8
	Italia insulare	74,7	43,8	58,8
	Totale	81,1	56,4	68,3

Osservatorio nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2006

I consumi a rischio

I consumatori eccedentari

La quantificazione dei consumi di alcol a rischio si basa primariamente sull'identificazione dei consumatori che eccedono le quantità che le agenzie per la tutela della salute indicano come "limite massimo" da non superare per non incorrere in rischi, pericoli o danni completamente o parzialmente evitabili a fronte della moderazione o, in casi definiti (ad es. guida), dell'astensione dal consumo.

Secondo le Linee Guida nazionali per una sana alimentazione dell'INRAN¹, che recepiscono fra l'altro le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale di Sanità, sono da considerare consumatori a rischio i maschi che superano un consumo quotidiano di 40 grammi di alcol contenuti in una qualsiasi bevanda alcolica (2-3 unità alcoliche standard²) e le femmine che superano un consumo quotidiano di 20 grammi (1-2 unità alcoliche standard).

Nel 2006 secondo l'ISTAT l'8,2% tra i maschi ha consumato tutti i giorni più di 4 unità alcoliche standard e l'1,6% fra le femmine ne ha consumato quotidianamente più di 3 (tab 6).

Anche nel 2006 il numero di tali consumatori a rischio aumenta con l'età e raggiunge il più alto valore nella fascia di età 55-64 anni, sia per i maschi (12,6%) che per le femmine (2,1%).

Nella fascia di età 33-44 anni per i maschi non si raggiunge la media nazionale dell'8,3%.

La prevalenza di tali consumatori eccedentari, pari a circa il 5% dell'intera popolazione, risulta comunque in calo rispetto all'anno 2005 in tutte le fasce di età sia tra le femmine che tra i maschi (per questi ultimi, per più di due punti percentuali).

Tale diminuzione è particolarmente elevata nella fascia di età 55-64 anni sia tra i maschi (da 31,3% a 12,6%) che tra le femmine (da 6,9 a 2,1%). Analogamente riguarda la fascia di età ancora più anziana.

Alle suddette categorie di popolazione a rischio ne vanno peraltro aggiunte altre, che si riferiscono a soggetti da considerare a rischio anche con consumi più moderati, in quanto anziani, adolescenti fino a 15 anni, persone con specifici problemi di salute.

Secondo un criterio elaborato dall'ISS per la stima del bere a rischio in Italia (*criterio ISS/INRAN*), che tiene conto di tale insieme più complesso di fattori, la prevalenza dei consumatori a rischio raggiunge nel 2006 il 9,2% dell'intera popolazione, il 15% dei maschi e il 3,8% delle femmine.

Anche secondo tale fonte di stima si rileva tra il 2005 e il 2006 una riduzione complessiva dei consumatori a rischio, pari a 1,2 punti percentuali (tab. 7).

Dall'analisi per classi di età della popolazione a rischio secondo il criterio ISS-INRAN emerge come un dato particolarmente grave il fatto che il 51% dei maschi di età compresa tra i 65 ed i 74 anni di età ed il 40,3% di quelli di età superiore ai 75 anni non

¹ Linee Guida "Per una sana alimentazione italiana"

http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/Linee%20Guida.pdf

² L'unità alcolica standard 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).

si attengano alle raccomandazioni previste per l'età specifica (come risultato anche nel 2005) e che, parallelamente, per le coetanee delle stesse età si registrino le più elevate prevalenze di consumatrici a rischio.

Tab. 6 - PERSONE DI 11 ANNI E PIU' PER CONSUMO QUOTIDIANO ECCEDENTARIO DI BEVANDE ALCOLICHE PER SESSO E CLASSI DI ETÀ' - ANNO 2006
(per 100 persone della stessa età e sesso)

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

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

Tab.7- PREVALENZA (%) INDIVIDUI A RISCHIO SECONDO IL CRITERIO ISS/INRAN

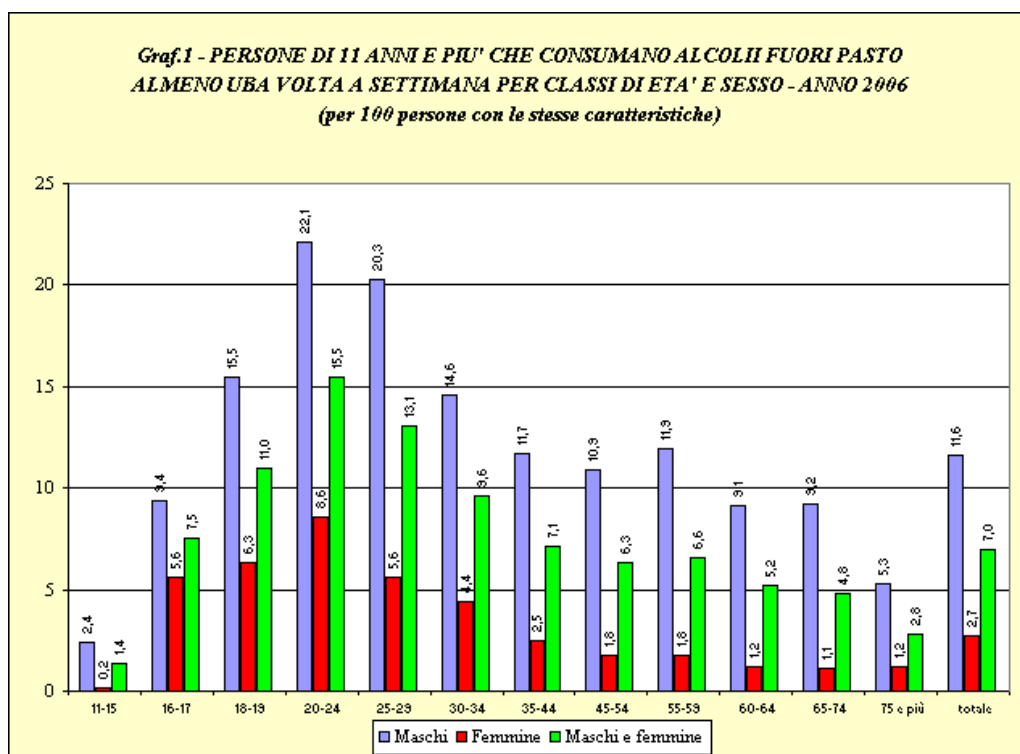
		MASCHI		FEMMINE		Totale	
		2005	2006	2005	2006	2005	2006
CLASSI DI ETÀ	11-13 preadolescenti	0,5	0,8	0,3	np	0,4	0,5
	14-17 adolescenti	4,2	3,2	0,6	1,3	2,5	2,3
	18-24 giovani	4,6	3,7	0,9	0,5	2,7	2,2
	25-44 giovani adulti	9,0	6,7	2,0	1,5	5,5	4,1
	45-64 adulti	14,7	11,5	3,2	2,1	8,8	6,7
	65-74 giovani anziani	51,0	50,9	13,7	12,8	30,4	30,2
	75+ anziani	40,3	40,3	10,0	9,0	21,5	20,8
Totale		16,7	15,0	4,5	3,8	10,4	9,2

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2006

I consumatori fuori pasto

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

Nel 2006 ha consumato alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana il 7% della popolazione (+0,2% rispetto al 2005), soprattutto fra i maschi di età tra i 20 e i 30 anni (graf.1).



Fonte : ISTAT - Abuso di alcol e binge drinking in Italia - 2007

Nelle classi di età tra i 16 e i 34 anni si riscontrano prevalenze di consumatori fuori pasto superiori alla media nazionale.

Si conferma tra il 2005 e il 2006 la tendenza, in atto fin dal 1993, all'aumento di tale tipo di consumi, come si può rilevare dai dati elaborati dall'ISS-CNESPS (tab. 8).

Analizzando le variazioni tra il 2005 e il 2006 per classi di età (tab.8), il maggior incremento si registra sia tra i maschi che tra le femmine di 14-17 anni, ma anche tra i soggetti fino a 44 anni.

Secondo l'ISTAT anche per il 2006, come per il 2005, nel 3% della popolazione italiana il consumo di alcolici fuori pasto appare associato con comportamenti di ubriacatura o *binge drinking*, soprattutto tra i giovani maschi fra i 18 e i 34 anni. La maggiore prevalenza di questo fenomeno, che indica una particolare intensità dell'esposizione al rischio, si ha tra i giovani di 20-24 anni (13,1% tra i maschi e 2,8% tra le femmine).

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

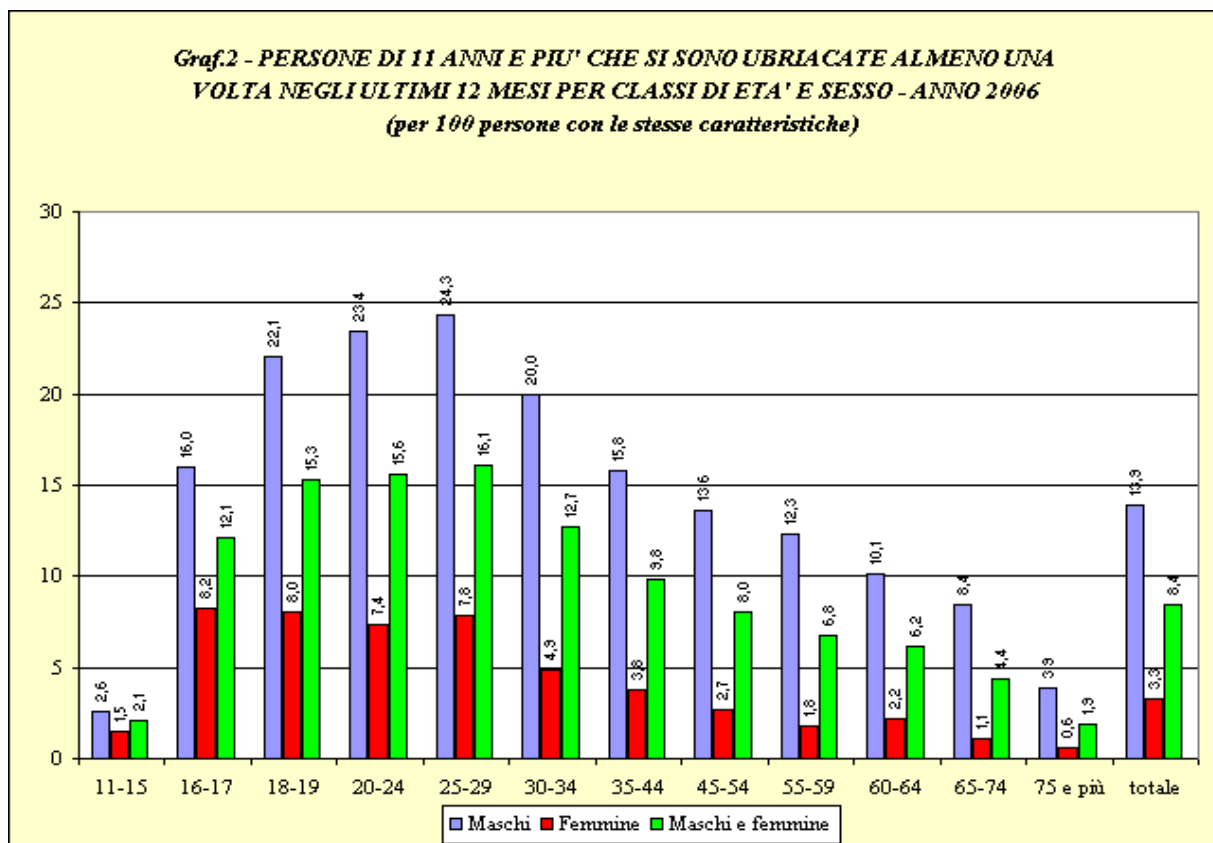
CLASSI DI ETÀ	MASCHI		FEMMINE		Totale	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
11-13 preadolescenti	1,9	2,0	1,6	1,6	1,7	1,8
14-17 adolescenti	20,6	24,2	15,6	16,8	18,2	20,6
18-24 giovani	49,7	50,2	33,7	32,2	41,8	41,4
25-44 giovani adulti	45,8	47,2	20,3	21,3	33,1	34,4
45-64 adulti	38,3	37,7	13,0	12,4	25,4	24,8
65-74 giovani anziani	27,0	30,3	5,7	6,7	15,2	17,5
75+ anziani	21,0	18,7	4,2	4,1	10,6	9,6
Totale	37,3	37,9	14,9	15,0	25,7	26,1

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2006

I consumatori che si ubriacano o "binge drinkers"

Con l'espressione *binge drinking* si fa riferimento all'abitudine di consumare eccessive quantità (convenzionalmente 6 o più bicchieri di bevande alcoliche) in una sola occasione.

Secondo l'ISTAT nel 2006 ammette di praticare tale comportamento almeno una volta l'anno l'8,4% della popolazione (13,9% tra le femmine e 3,3% tra i maschi) (graf. 2).



Fonte : ISTAT - Abuso di alcol e binge drinking in Italia - 2007

Sono interessate dal fenomeno soprattutto le fasce di età più giovani della popolazione, e in particolare quelle tra i 18 e i 29 anni, ma anche quelle di 16-17 anni, con rilevanti differenze di genere a favore dei maschi.

Il fenomeno, con tendenza all'aumento dal 2003, tra il 2005 e il 2006 appare invariato. Si registra peraltro un aumento delle donne (3,3% vs 3,0) contro una diminuzione degli uomini (13,9% vs 14,2%) (tab. 9).

Disaggregando il dato per classi di età, si osserva che il maggior incremento in termini di punti percentuali si rileva per i maschi nella classe di età 14-17 (+1,3%) e per le femmine in quella di 18-24 (+0,8%).

Tra coloro che hanno dichiarato di essersi ubriacati almeno una volta nel corso dell'ultimo anno il 51,4% lo ha fatto da 1 a 3 volte (contro il 50,4% nel 2005), il 17,3%

Tab.9- PREVALENZA(%) DI “BINGE DRINKERS”

		Maschio		Femmina		Totale	
		2005	2006	2005	2006	2005	2006
Classi di età	11-13 preadolescenti	1,0	0,6	0,2	0,5	0,6	0,5
	14-17 adolescenti	9,4	10,7	5,5	5,5	7,5	8,1
	18-24 giovani	23,9	23,1	6,8	7,6	15,4	15,5
	25-44 giovani adulti	18,7	18,6	4,1	4,8	11,4	11,8
	45-64 adulti	13,4	12,4	2,3	2,4	7,7	7,3
	65-74 giovani anziani	7,6	8,4	1,2	1,1	4,1	4,4
	75+ anziani	3,2	3,9	0,7	0,6	1,7	1,9
Totale		14,2	13,9	3,0	3,3	8,4	8,4

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2006

da 4 a 6 volte (contro il 15% del 2005) e il 6,7% più di 12 volte (contro il 7,7 % del 2005).

Dall’ Indagine Multiscopo ISTAT per l’anno 2006 emerge che la proporzione di *binge drinkers* per entrambi i sessi è più bassa tra chi possiede un basso titolo di studio (licenza elementare = 4,4%) o non lo possiede affatto (2,6%) rispetto a chi possiede una laurea o un diploma di scuola media superiore (oltre il 10%)(tab. 10) .

Anche per il *binge drinking* si conferma pertanto la correlazione già verificata per la propensione al consumo di bevande alcoliche.

I lavoratori, gli studenti o le persone in cerca di occupazione (circa 12%) sono più soggetti alla pratica del *binge drinking* rispetto alle casalinghe (2%) o ai pensionati o inabili (4%).

In relazione alla principale fonte di reddito dichiarata, gli individui con reddito da lavoro autonomo mostrano una maggior propensione al *binge drinking* rispetto agli altri, fatta eccezione per i maschi mantenuti dalla famiglia, che raggiungono livelli superiori a quelli di tutti gli altri maschi (18,7%).

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

La pratica del *binge drinking*, infine, risulta per entrambi i sessi più elevata tra celibi o nubili (12,2%) e separati/divorziati (10,4%).

Il dato relativo alla distribuzione territoriale delle ubriacature è più elevato nel Nord Italia.

Nell’Italia nord orientale il 10,2% della popolazione ammette di essersi ubriacata (dato comunque in diminuzione rispetto al 10,8% del 2005). In questa parte dell’Italia inoltre ci si ubriaca più spesso: il 9,8% dichiara di averlo fatto oltre 12 volte nell’anno. Fra i maschi, in particolare, tali valori risultano di gran lunga superiori a quelli della media nazionale: fra coloro che si sono ubriacati, il 26,4% dichiara di averlo fatto oltre 7 volte nell’anno, e il 12 % lo ha fatto oltre 12 volte nell’anno.

Nell’Italia nord occidentale troviamo la più elevata percentuale di donne che ammettono oltre 12 ubriacature l’anno (6,6% di coloro che si sono ubriacate).

Tab.10-- “BINGE DRINKERS” (%)PER CARATTERISTICHE SOCIALI DEI PARTECIPANTI- ANNO 2006

Variabili socio-demografiche		Binge drinkers (%)		
		Maschi	Femmine	Totale
Titolo di studio (validi 100%)	dottorato laurea o diploma universitario	15,7	5,3	10,1
	diploma scuola media superiore	16,2	4,5	10,4
	diploma media	15,2	3,6	9,8
	Licenza elementare	8,5	1,4	4,4
	Nessun titolo	6,1	0,8	2,6
	Totale	13,9	3,3	8,4
Condizione professionale (validi 100%)	occupato	17,2	5,2	12,5
	in cerca di occupazione, studente o in servizio di leva o civile sostitutivo	18,0	5,8	12,0
	casalinga	3,4	2,0	2,0
	ritirato dal lavoro o inabile	6,3	1,0	4,0
	altra condizione	11,5	1,4	4,8
	Totale	13,9	3,3	8,4
Principale fonte di reddito (validi 87,7%)	da lavoro dipendente	17,0	5,2	12,0
	da lavoro autonomo	17,6	5,3	14,0
	pensione	7,6	1,0	4,2
	indennità e provvidenze varie	11,2	2,7	6,7
	patrimoniale	8,5	0,4	3,4
	mantenimento dalla famiglia	18,7	3,4	7,5
	Totale	14,6	3,3	8,9
Percezione dello stato di salute (validi 98,5%)	1=Peggior	5,7	1,4	3,2
	2	8,0	1,3	3,9
	3	11,0	2,4	6,0
	4	14,8	3,4	8,9
	5=Migliore	15,6	4,3	10,3
	Totale	14,0	3,3	8,5
Stato civile (validi 100%)	celibe/nubile	17,5	5,8	12,2
	coniugato/a	11,5	2,5	7,0
	separato/a o divorziato	18,1	4,2	10,4
	vedovo/a	8,2	0,9	2,1
	Totale	13,9	3,3	8,4
Ripartizione territoriale (validi 100%)	Italia Nord - Occidentale	15,6	4,0	9,6
	Italia Nord - Orientale	15,9	4,7	10,2
	Italia Centrale	12,9	3,1	7,8
	Italia Meridionale	12,2	2,0	7,0
	Italia insulare	11,7	2,3	6,9
	Totale	13,9	3,3	8,4

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2006

I dati nell'Italia centrale risultano leggermente più bassi di quelli del Nord, ma tra le donne che si sono ubriacate il 20,8% ammette di averlo fatto da 4 a 6 volte nell'anno.

Nell'Italia meridionale il fenomeno risulta essere complessivamente più basso, ma il 35,3% dei maschi ammette di essersi ubriacato da 4 e 12 volte nel corso dell'anno, mentre il 26,4% delle donne non ha indicato il dato.

Nell'Italia insulare si rilevano sia la percentuale più bassa di individui che si sono ubriacati nel corso dell'anno sia, tra questi, una minore frequenza (circa il 60% lo ha fatto da 1 a 3 volte). Tuttavia troviamo che tra le donne il 15,8% lo ha fatto oltre 7 volte nel corso dell'anno a fronte di una percentuale nazionale del 13,5%.

Consumi e modelli di consumo nella popolazione giovanile

Mentre nel periodo 1998-2006 appare sostanzialmente stabile la prevalenza dei consumatori nella popolazione generale, cresce nel tempo secondo l'ISTAT la prevalenza dei giovani consumatori, con incrementi particolarmente significativi tra le donne di 20-24 anni, che sono passate tra il 1998 e il 2006 dal 57,6% al 59%.

Nell'anno 2006, nella fascia di età tra i 20 e i 24 anni, la prevalenza dei consumatori di entrambi i sessi è pari al 65,7%, risultando pertanto molto vicina a quella dei consumatori nella popolazione generale (68,3%).

In controtendenza, tra il 2005 e il 2006 si nota un decremento della prevalenza delle giovani consumatrici di 20-24 anni (dal 60,4% al 59%).

Anche tra i ragazzi di 11-15 anni l'ISTAT ha rilevato che quasi un quinto ha consumato alcolici nell'anno 2006, nonostante il divieto di somministrazione vigente per questa fascia di età.

L'alta prevalenza dei consumatori fra i giovanissimi, con riferimento al sesso e alla Regione di residenza, è ben rilevata dalla tabella 11, dalla quale risulta aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2006 il 9,5% dei ragazzi di 11-13 anni e ben il 42,7% (48,5% tra i maschi e 36,9% tra le femmine) tra quelli di 14-17 anni (quest'ultimo valore rappresenta, tra l'altro, un aumento dello 0,8% rispetto a quello rilevato nel 2005).

Da un confronto tra le Regioni emerge che la Liguria e la Puglia presentano la più alta prevalenza per i consumatori di età 11-13 anni, la Toscana per consumatori di età 14-17 anni, il Friuli V.G. e l'Umbria, rispettivamente, per femmine e i maschi di 18-24.

Nel 2006 dichiarano di aver consumato bevande alcoliche il 50% dei giovani fra gli 11 e i 24 anni (18,6% di quelli di 11-15 anni, 61,9% di quelli di 16-20 anni e 72,6% dei ragazzi di 21-24 anni) (tab. 12).

La bevanda più consumata da tutti i giovani risulta essere la birra e quella meno consumata gli amari.

La tipologia di rischi più legata alle fasce di età giovanili è il consumo fuori pasto (27,4%).

La tendenza al consumo fuori pasto risulta chiaramente in crescita nel tempo a partire dal 1993 in particolare fra i giovanissimi di età compresa fra 14 e 17 anni (tab. 13).

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. Tra il 2006 e 2007 peraltro la tendenza sembra interrompersi per i giovani maschi, il cui dato risulta in diminuzione.

Poco diffuso è invece tra i giovani il consumo giornaliero a rischio oltre i limiti consigliati, che interessa nel 2006 l'1,8% della popolazione (tab. 12).

Tab. 11- PREVALENZA(%) CONSUMATORI DI ALCOLICI PER SESSO, REGIONE E CLASSI DI ETA'

Regioni di appartenenza	11-13 anni	14-17 anni		18-24 anni		25-44 anni		45-64 anni		65-74 anni		75+ anni		>11 anni	
	Maschi+Femm.	Maschi	Femm.	Maschi	Femm.	Maschi	Femm.	Maschi	Femm.	Maschi	Femm.	Maschi	Femm.	Maschi	Femm.
Piemonte e Valle d Aosta	13,0	39,0	42,2	82,2	63,9	89,7	63,4	88,3	64,2	89,8	56,5	79,8	49,2	83,8	58,7
Lombardia	9,2	50,2	54,0	80,3	78,3	85,5	65,1	90,9	62,7	83,7	52,3	81,0	43,3	82,1	59,1
Trentino Alto Adige	7,8	59,0	54,8	84,0	81,9	88,1	72,6	89,3	71,0	87,4	64,1	79,2	59,2	82,9	67,6
Veneto	7,1	61,3	38,3	82,9	75,1	88,7	70,3	88,7	71,4	91,9	73,5	76,4	57,6	84,3	66,6
Friuli Venezia Giulia	11,7	36,9	38,4	72,6	86,2	87,3	69,0	87,8	57,8	82,9	54,4	79,6	54,1	81,5	59,7
Liguria	14,0	39,9	20,2	83,8	64,2	85,9	61,5	87,3	62,7	86,4	55,4	83,5	53,8	81,9	58,1
Emilia Romagna	12,1	49,9	45,8	79,2	80,7	88,5	75,0	91,5	73,0	87,6	62,8	85,2	55,6	84,5	68,2
Toscana	12,8	63,2	36,0	81,4	69,4	88,4	74,7	90,0	67,3	81,8	59,3	83,8	47,2	83,5	63,7
Umbria	11,3	47,1	27,7	85,8	65,5	91,7	67,7	87,7	65,5	86,5	59,7	74,6	45,5	83,9	60,2
Marche	10,5	41,6	51,4	80,2	79,7	93,1	66,8	91,5	69,1	83,3	61,5	85,1	48,3	84,9	62,7
Lazio	7,0	52,1	32,7	76,6	48,4	84,8	65,0	85,5	57,6	81,4	50,2	76,8	49,7	79,2	55,2
Abruzzo	8,4	36,7	29,8	82,3	53,2	85,0	62,3	88,9	52,0	84,2	47,5	74,1	33,1	79,2	49,9
Molise	13,0	53,0	23,6	77,2	53,4	90,0	54,2	89,0	49,5	90,2	48,4	83,5	41,1	83,5	47,5
Campania	7,9	41,8	26,1	69,0	37,0	86,8	58,0	90,0	51,9	83,0	51,9	68,4	35,0	77,8	47,4
Puglia	14,0	60,7	24,3	81,3	57,3	89,7	57,7	87,9	54,3	79,5	48,3	77,5	36,4	81,9	50,7
Basilicata	9,2	58,3	39,7	81,3	44,1	88,7	53,9	91,8	56,0	81,5	46,0	81,5	26,6	82,8	46,9
Calabria	7,0	36,5	30,6	74,1	55,5	88,0	63,6	89,8	56,5	78,5	42,2	70,0	37,3	77,8	51,4
Sicilia	8,4	40,3	32,1	77,2	52,6	81,7	51,6	80,0	46,5	76,8	28,2	63,8	23,3	72,7	42,1
Sardegna	4,8	41,5	39,4	79,9	57,5	89,5	59,8	86,6	52,6	86,5	37,0	69,5	26,4	80,6	49,0
ITALIA	9,5	48,5	36,9	78,4	61,5	87,1	64,1	88,4	60,6	84,2	53,2	77,4	44,1	81,1	56,4
	Valore Max	Valore Min.	▲ media Italia	▼ media Italia											

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2006

Tab.12- TIPOLOGIE CONSUMATORI (%) GIOVANI 11-24 ANNI- ANNO 2006

Classi di età	(%) Consumatori bevande alcoliche	(%) Consumatori vino	(%) Consumatori birra	(%) Consumatori aperitivi alcolici	(%) Consumatori amari	(%) Consumatori super alcolici	(%) Consumatori fuori pasto	(%) Consumatori rischio ISS/INRAN	(%) Binge drinkers
11-15	18,6	6,9	11,4	8,8	3,2	3,2	6,0	1,0	2,1
16-20	61,9	30,8	43,9	41,1	20,5	28,0	35,8	1,9	14,4
21-24	72,6	43,7	55,7	50,3	33,4	36,4	42,6	2,8	15,2
11-24	50,0	26,3	36,0	32,6	18,3	21,8	27,4	1,8	10,4

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2006

Tab.13 - PREVALENZA DEI CONSUMATORI (%) DI ALCOLICI FUORI PASTO NELLA CLASSE DI ETÀ' 14-17 – ANNI 1993-2007

	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005	2006	2007
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	22,7
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	17,9

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

"L'uso e l'abuso di alcol in Italia"-Anno 2005;

"L'uso e l'abuso di alcol in Italia"-Anno 2007

Tra i ragazzi di 11-24 anni che hanno dichiarato di essersi ubriacati nel corso dell'anno l'87% dei maschi e l' 88,5% delle femmine ha frequentato una discoteca ed anche tra chi ha dichiarato di aver consumato alcolici fuori pasto la percentuale di chi frequenta discoteche rimane molto elevata (M=83,9%; F=85,5%).

Passando ad analizzare le diverse fasce di età, tra i ragazzi di 11-15 anni il dato sulla prevalenza dei consumatori (18,6%), preoccupante per un'età al di sotto di quella legale, risulta comunque in diminuzione rispetto al 2005 (19,5%).

In questa classe di età, l'11,4% degli adolescenti dichiara di aver bevuto birra, l'8,8% aperitivi alcolici (con un incremento di 1,2 punti percentuali rispetto al 2005), il 6,9% vino e il 3,2% amari o super alcolici.

La tipologia di rischio più legata a questa fascia di età è il bere fuori pasto (6%). Ma il 2,1% ammette di essersi ubriacato almeno una volta nel corso dell'anno.

Esiste una correlazione nella fascia di età 11-15 anni tra il consumo di birra o aperitivi alcolici e la pratica del *binge drinking* o del consumo al di fuori dei pasti.

Nella classe di età adolescenziale (16-20 anni) il 43,9% dichiara di aver bevuto birra, il 41,1% aperitivi alcolici, il 30,8% vino, il 28% super alcolici e il 20,5% amari. Rispetto al precedente anno, a fronte di una riduzione di consumatori di birra e amari, si registra un consistente incremento di consumatori di aperitivi alcolici e di super alcolici.

Il rischio più elevato in questa classe di età riguarda il bere alcolici fuori pasto (35,8%) ma anche la pratica del *binge drinking* è piuttosto diffusa (14,4%). Per entrambe queste modalità di consumo si registra un incremento rispetto alla precedente rilevazione, rispettivamente di 2,3 e 0,9 punti percentuali.

Nella classe 20-24enni infine, il 55,7% dichiara di aver consumato birra, il 50,3% aperitivi alcolici, il 43,7% vino, il 36,4% super alcolici ed il 33,4% amari. Quasi un

giovane su due di questa classe di età ha consumato alcolici fuori pasto (42,6%) e il 15,2% si è ubriacato almeno una volta nel corso dell'anno.

Rispetto al 2005 tuttavia in questa classe di età si registra una diminuzione dei consumatori di bevande alcoliche e dei comportamenti di bere a rischio.

Nelle fasce di età 16-20 e 20-24 si registra una associazione tra il consumo di tutte le bevande e la pratica del *binge drinking* o del consumo al di fuori dei pasti, con differenze di genere: tra i maschi i due comportamenti a rischio risultano molto correlati con il consumo di birra mentre tra le donne con i consumi di super alcolici e aperitivi alcolici.

In un'indagine promossa nelle discoteche nell'ambito dell'iniziativa di prevenzione "*Il pilota*", attuata in collaborazione tra il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità, il 51,6% dei giovani intervistati ha dichiarato di bere abitualmente nelle serate breezer e cocktail alcolici, il 38,6% birra e il 32,8% liquori, grappe e spumanti (tab. 14).

Tab.14 - BEVANDE CONSUMATE ABITUALMENTE IN UNA SERATA- ANNO 2006

	Breezer		Birra		Vino		Liquori	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Si	321	51,6	240	38,6	26	4,2	204	32,8
No	210	33,8	261	42	13	2,1	299	48,1
Totale	531	85,4	501	80,5	39	6,3	503	80,9
NR	91	14,6	121	19,5	583	93,7	119	19,1
Totale	622	100	622	100	622	100	622	100

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

Solo il 58,7% dei ragazzi intervistati conosce il valore del limite legale del tasso alcolemico alla guida e solo il 21,1% ha saputo stabilire correttamente a quanti bicchieri corrisponde il limite indicato.

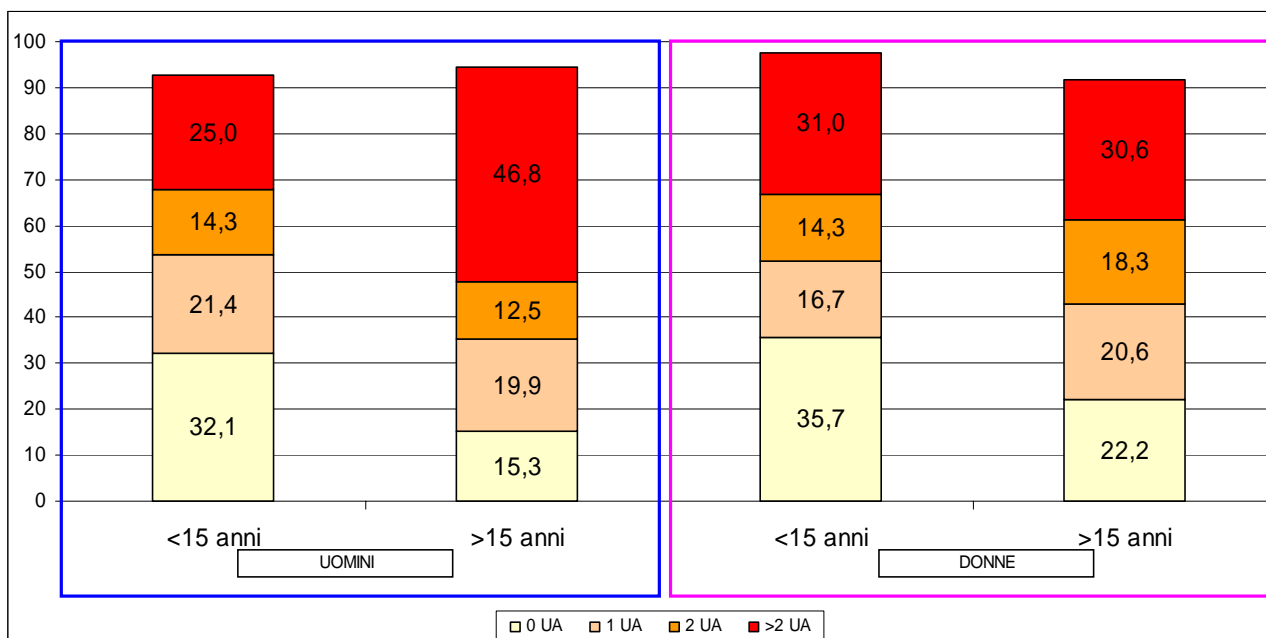
Dai dati relativi al consumo complessivo di bevande alcoliche (graf. 3) si rileva che oltre il 60% di giovani al di sotto dell'età legale riceve e consuma in una serata tipica quantità significative di tutte le bevande alcoliche. La tipologia di consumo prevalente è quella di consumo superiore alle due unità (due drink), adottata dal 25 % dei ragazzi e da ben il 31 % delle ragazze.

Per i giovani di età superiore ai 15 anni la modalità di consumo prevalente in assoluto è il consumo di quantità superiori alle due unità alcoliche, adottata dal 46,8 % dei ragazzi e dal 30,6 % delle ragazze.

Nel 2006, così come 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 (22,1% tra i maschi e 8,6% tra le femmine). Subito dopo vengono i giovani tra i 25 e i 29 anni (20,3% tra i maschi e 5,6% tra le femmine) ma il fenomeno riguarda in maniera rilevante anche i giovani tra i 18 e i 19 anni (15,5% tra i maschi e 6,3% tra le femmine), tra i quali questo comportamento è diffuso in percentuali già superiori a quelle rilevate nella popolazione generale (11,6% tra i maschi e 2,7% tra le femmine) (graf.2).

Molto diffusi risultano tra i giovani maschi i comportamenti di *binge drinking* o ubriacatura.

Graf. 3- PERCENTUALI DI CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE PER UNITÀ ALCOLICHE, SESSO E CLASSI DI ETÀ



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati Progetto "Il Pilota"

Secondo l'ISTAT ammette di essersi ubriacato almeno una volta nell'anno il 23,4% dei giovani maschi di 20-24 anni (contro il 25,5% del 2005) e il 24,3% di quelli di 25-29 anni (contro il 24,1% del 2005) (graf.2).

Ammette di essersi ubriacato almeno una volta anche il 2,6% dei giovani maschi di età inferiore a quella legale per la somministrazione di bevande alcoliche (16 anni) (contro il 3,2 % del 2005).

Per i giovani maschi di età 20-24 anni e 11-15 anni tra il 2005 e il 2006 il dato del *binge drinking* appare pertanto in diminuzione.

L'indagine ESPAD ha rilevato fra il 2005 e il 2006 un aumento dei giovani studenti italiani fra i 15 e i 19 anni che si sono ubriacati almeno una volta nella vita (+0,7 punti percentuali) o negli ultimi 12 mesi (+1,4 punti percentuali), confermando una tendenza in atto dal 1999 (tab.15a e 15b).

Tab.15 a - UBRIACATURE NEGLI STUDENTI 15-19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA

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

Fonte: ESPAD@Italia2006

Tab.15 b - UBRIACATURE NEGLI STUDENTI 15-19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 12 MESI

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

Fonte: ESPAD@Italia2006

L'atteggiamento di "non disapprovazione" dei giovani studenti sia nei confronti del bere moderato che nei confronti delle ubriacature settimanali, che sembrava in diminuzione dal 2003 secondo lo studio ESPAD, si ripresenta in crescita tra il 2005 e il 2006.

Viene invece confermata anche per il 2006 la tendenza, in atto dal 2003, all'aumento di coloro che negano il rischio connesso al consumo quotidiano eccedentario (tab.15 c).

Tab. 15 c - 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	2006
Non disapprovo bere 1 o 2 bicchieri	74,0%	79,0%	76,0%	77,0%	76,6%	75,8%	77,7%
Non disapprovo ubriacarsi 1 volta la settimana	20,0%	23,0%	25,0%	26,5%	25,6%	24,3%	25,2%
Nessun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri quasi ogni giorno	3,0%	4,0%	4,0%	2,3%	2,1%	3,0%	3,2%

Fonte: ESPAD@Italia2006

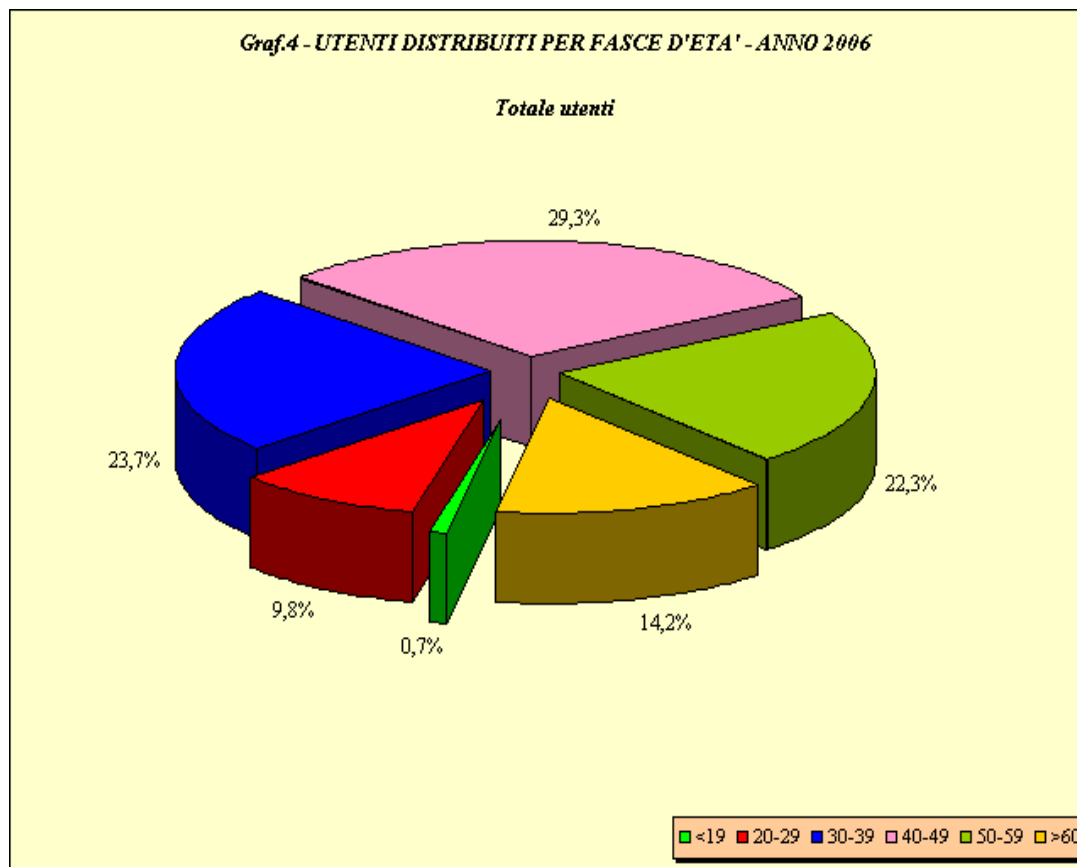
Secondo l'ISTAT l'associazione del consumo di alcolici fuori pasto con comportamenti di ubriacatura riguarda soprattutto i maschi e raggiunge il picco nella classe di età 20-24 anni (13,1% tra i maschi e 2,8% tra le femmine).

Secondo la stessa fonte 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: nel 2006 fra i giovani maschi di 11-24 anni che presentano tale associazione di 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%.

Il fenomeno della diffusione dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla situazione dell'utenza in carico presso i servizi sociosanitari per l'alcoldipendenza, nell'ambito della quale i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano nel 2006 il 10,5% degli utenti totali (0,7% di età inferiore a 20 anni e 9,8% di età 20-29 anni) (graf. 4).

Si conferma per il 2006 la tendenza, da tempo in atto, all'aumento dei nuovi utenti di età inferiore a 20 anni, mentre per la prima volta si interrompe la tendenza, in atto dal 1996, al costante aumento nel tempo degli utenti di età compresa tra i 20 e i 29 anni, soprattutto nei nuovi utenti (tab.16; graf. 5).

Graf.4 - UTENTI DISTRIBUITI PER FASCE D'ETA' - ANNO 2006



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

Tab.16 - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

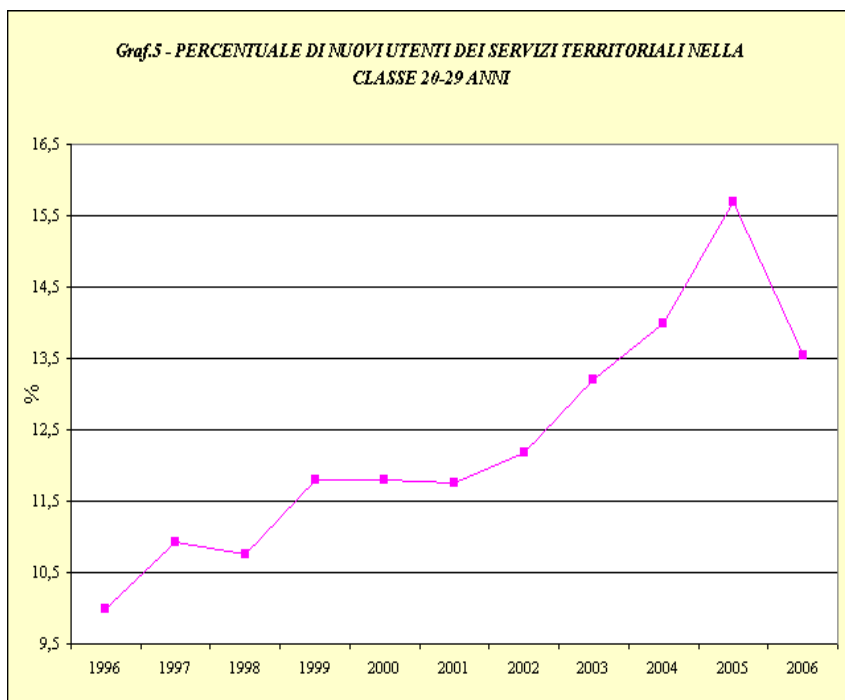
Totale utenti

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

Nuovi utenti

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

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



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

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).

Il livello di scolarità dei genitori appare ininfluente per gli episodi di ubriacatura e sono simili (rispettivamente 68,3% e 68,9%) le percentuali di coloro che, con genitori di scolarità medio-alta, non hanno avuto e hanno avuto, rispettivamente, ubriacature almeno una volta nella vita. Esso appare, al contrario, avere una qualche influenza sull'uso di alcol almeno una volta nella vita; tra coloro che hanno genitori con scolarità medio-alta è più elevata la percentuale di utilizzatori (69,0%) rispetto ai non utilizzatori (64,3%) e il contrario si verifica tra coloro che hanno genitori con scolarità medio-bassa (tab.17 a e 17 b).

**Tab. 17 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	35,7%	64,3%	100,0%
Uso	31,1%	69,0%	100,0%

Fonte: ESPAD@Italia2006

**Tab. 17 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	31,7%	68,3%	100,0%
Uso	31,2%	68,9%	100,0%

Fonte: ESPAD@Italia2006

Per quanto riguarda l'influenza dello stato socio-economico "percepito", rilevato che oltre il 90% degli studenti risulta percepire la situazione socio-economica familiare pari o al di sopra della media, essa sembra essere del tutto assente in relazione all'uso/non uso delle bevande alcoliche e minima in relazione alla tendenza ad ubriacarsi (tab.18a-18b).

**Tab. 18 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	8,8%	91,2%	100,0%
Uso	9,0%	91,0%	100,0%

Fonte: ESPAD@Italia2006

**Tab. 18 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	8,0%	92,0%	100,0%
Uso	9,7%	90,3%	100,0%

Fonte: ESPAD@Italia2006

* 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

Secondo l'ISTAT sulla propensione al consumo dei giovani di età 11-17 anni influisce l'abitudine al consumo non moderato da parte dei genitori; infatti tra i giovani di quest'età che consumano in qualsiasi modo bevande alcoliche risulta maggiore la percentuale di coloro che hanno almeno un genitore con consumi non moderati (32,3 % nel 2007) rispetto a coloro che non hanno alcun genitore con consumi non moderati (24,8 % nel 2007).

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. 19).

**Tab. 19- GIOVANI EUROPEI 15-24 ANNI CHE
AFFERMANO DI BERE ALCOL REGOLARMENTE (%)**

UE 15	27%
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%
IT	12%

Flash Eurobarometer "Young people and drugs"-giugno 2004

L'indagine "*Young people and drugs*" condotta nei Paesi dell'UE nel maggio 2008 conferma, secondo quanto già rilevato in precedenti indagini, che un'alta percentuale di giovani italiani di 15-24 anni (30%) considera l'alcol una sostanza molto pericolosa, contro il 24% della media dei Paesi dell'Europa dei 27. Si tratta di uno dei valori più alti in Europa, uguagliato dalla Francia e superato solo dalla Romania con il 36%.

Secondo la stessa indagine, la percezione di grande pericolosità dell'alcol è tra i giovani italiani molto più diffusa, in rapporto alla media dei coetanei europei, di quanto non avvenga per la pericolosità della cannabis (solo il 28% dei giovani italiani giudicano la cannabis molto pericolosa, contro 40% della media europea).

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 grave dati gli effetti tossici dell'alcol negli adolescenti al di sotto dei 15 anni, nei quali l'organismo non è pronto ad una adeguata metabolizzazione.

Consumi e modelli di consumo nella popolazione anziana

Nel 2006 fra le persone di oltre 65 anni dichiara di aver bevuto il 62,5% (il 67,4% di anziani di 65-74 anni, il 58,9% di quelli di 75-84 anni e il 48,2% degli over 85). La bevanda più consumata da tutti gli ultra- sessantacinquenni risulta essere il vino (57,9%) e quella meno consumata gli aperitivi alcolici (10,6%).

Le percentuali di consumatori tra gli anziani considerati diminuiscono per ogni tipo di bevanda e di comportamento a rischio all'aumentare dell'età (tab.20).

Tab. 20- TIPOLOGIE CONSUMATORI (%) ANZIANI ULTRA 65ENNI - ANNO 2006

Classi di età	(%) Consumatori bevande alcoliche	(%) Consumatori vino	(%) Consumatori birra	(%) Consumatori aperitivi alcolici	(%) Consumatori amari	(%) Consumatori super alcolici	(%) Consumatori fuori pasto	(%) Consumatori rischio ISS/INRAN	(%) Binge drinkers
65-74	67,4	62,1	29,0	14,5	19,4	14,7	17,5	30,2	4,4
75-84	58,9	54,8	17,2	6,8	11,5	7,6	10,3	22,5	2,0
>85	48,2	45,8	8,7	2,2	4,5	3,9	6,9	14,6	1,2
>65	62,5	57,9	22,8	10,6	15,1	11,1	13,9	25,9	3,3

Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2006

Tra il 2005 e il 2006 nell'ambito di tale popolazione anziana il numero dei consumatori diminuisce di 2 punti percentuali, ma si registra un leggero incremento di comportamenti a rischio sia in relazione al consumo fuori pasto (+0,7 punti percentuali) che alla pratica del binge drinking (+0,3 punti percentuali).

La tipologia di rischio più legata alla popolazione anziana risulta essere il bere alcolici senza attenersi alle quantità consigliate dalle linee guida ISS-INRAN. In tale categoria rientra il 25,9% dei soggetti di oltre 65 anni (stimabili in poco meno di tre milioni).

Se si considerano i soli soggetti tra i 65 e gli 84 anni, tale percentuale sale al 32,6% (M=52,8%; F=17,6%), per un totale di più di 3.000.000 di individui (più di 2.000.000 sono maschi, circa la metà degli anziani di sesso maschile; e quasi 1.000.000 sono femmine).

La seconda tipologia di rischio più diffusa tra gli anziani è il consumare bevande alcoliche fuori pasto, che riguarda il 13,9% dei soggetti.

Anche nelle classi di età anziane i maschi risultano molto più esposti delle femmine ai problemi alcolcorrelati.

Nell'ambito di un progetto condotto dall'Istituto Superiore di Sanità per lo studio della malattia di Alzheimer negli anziani di 65-84 anni (progetto I.PR.E.A.), è stato effettuato uno studio sulle correlazioni esistenti tra alcune variabili socio-demografiche, i consumatori anziani a rischio secondo il criterio ISS-INRAN e i consumatori con abitudini corrette.

Dallo studio risulta che tra gli uomini anziani la proporzione di consumatori a rischio è significativamente superiore tra coloro che dichiarano di sentirsi bene o discretamente rispetto a coloro che dichiarano di sentirsi male; tra coloro che hanno svolto un lavoro manuale rispetto a quanti hanno svolto un lavoro intellettuale; tra chi è obeso rispetto a

chi è normale o sottopeso; tra chi vive nelle Regioni del Nord Italia rispetto a chi vive al Centro.

Tra le donne, la proporzione di consumatrici a rischio è notevolmente superiore tra quelle che dichiarano di sentirsi bene rispetto a quelle che dichiarano di sentirsi male; tra quelle che vivono con il coniuge, il convivente o da sole, rispetto a quelle che vivono in situazione di coabitazione non familiare; tra le residenti nelle Regioni del Nord o del Sud rispetto alle residenti nelle Regioni del Centro.

I consumi e i modelli di consumo nelle Regioni

A livello territoriale si nota una netta differenziazione delle tipologie di consumatori tra le Regioni del Nord e quelle del Centro Sud (tab. 21).

Nelle Regioni dell'Italia nord-occidentale si notano valori al di sopra della media nazionale per ogni tipo di indicatore considerato, ad eccezione della Liguria, in cui sia il dato dei consumatori di alcolici fuori pasto (25,1%) che quello dei *binge drinkers* (6,1%) risulta inferiore a quello medio del Paese.

Nell'Italia nord-orientale si registrano i valori più alti degli indicatori di consumo alcolico.

Il Trentino-Alto Adige risulta essere la regione con la più alta percentuale a livello nazionale di *binge drinkers* (16,3%) e di consumatori di vino o alcolici fuori pasto (45,7%); anche il dato relativo alla prevalenza dei consumatori (75,1%) risulta essere più alto di quello medio nazionale (68,3%); peraltro non risultano elevati i valori relativi al consumo giornaliero nonché di quello a rischio per il criterio ISS/INRAN.

Il Veneto con il 75,2% di consumatori ed il Friuli V.G. con il 70,2% presentano valori al di sopra della media nazionale per ogni tipologia di consumo a rischio.

Nella Regione Emilia Romagna, dove si registrano la prevalenza di consumatori di alcol più elevata d'Italia (76,1%) e valori più elevati della media nazionale per molti indicatori di consumo a rischio, non appare molto diffusa l'abitudine alle ubriacature e la percentuale dei *binge drinkers* è inferiore al dato medio nazionale.

L'Italia centrale presenta prevalenze di consumatori al di sopra della media nazionale, ma non appare particolarmente interessata dal fenomeno del *binge drinking* e del consumo di alcolici fuori pasto.

Nelle Marche si registra la più alta percentuale di consumatori giornalieri di almeno una bevanda alcolica (37%).

Il Lazio in particolare presenta valori al di sotto della media nazionale per tutti gli indicatori considerati.

Le Regioni dell'Italia meridionale presentano percentuali di consumatori di alcol più basse della media nazionale.

In Campania si registra la più bassa percentuale italiana di consumatori di vino o alcolici fuori pasto (14,3%).

Il Molise presenta il più alto valore nazionale di consumatori a rischio per il criterio ISS/INRAN.

In Molise, Abruzzo e Sardegna i dati sul consumo fuori pasto e sul *binge drinking* risultano essere al di sopra della media nazionale.

Infine, la Sicilia sembra essere il Paese con gli stili di consumo più salutari, con le percentuali di consumatori, consumatori a rischio e “*binge drinkers*” più basse d’Italia.

Tab. 21- TIPOLOGIE CONSUMATORI (%) PER REGIONE - ANNO 2006 -

Regione	(%) Consumatori di alcol	(%) Consumatori a rischio ISS/INRAN	(%) Consumatori vino o alcolici fuori pasto	(%) Consumatori di almeno una bevanda al giorno	(%) Binge drinkers
Piemonte e Valle d Aosta	70,9	12,0	30,0	34,5	9,6
Lombardia	70,3	9,3	32,8	30,6	10,3
Liguria	69,4	12,5	25,1	35,8	6,1
Trentino Alto Adige	75,1	7,5	45,7	24,8	16,3
Veneto	75,2	11,8	35,4	33,4	10,9
Friuli Venezia Giulia	70,2	12,2	37,3	29,6	13,4
Emilia Romagna	76,1	10,4	27,5	34,2	7,0
Toscana	73,3	12,8	24,7	36,5	7,5
Umbria	71,7	10,7	26,4	33,5	7,3
Marche	73,5	10,7	25,5	37,0	7,5
Lazio	66,6	7,5	23,5	23,6	8,2
Abruzzo	64,2	10,4	27,4	29,6	9,7
Molise	64,9	13,2	26,7	35,3	14,8
Campania	62,1	6,3	14,3	25,7	5,8
Puglia	65,7	8,9	19,1	30,9	6,1
Basilicata	64,3	9,8	23,0	32,4	13,7
Calabria	64,2	7,2	19,1	25,1	7,0
Sicilia	56,9	4,4	17,7	17,9	5,1
Sardegna	64,4	7,6	31,5	26,2	12,2
ITALIA	68,3	9,2	26,1	29,5	8,4

Valore Max	Valore Min.	▲ media Italia	▼ media Italia
------------	-------------	----------------	----------------

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2006

L’Italia centrale presenta prevalenze di consumatori al di sopra della media nazionale, ma non appare particolarmente interessata dal fenomeno del *binge drinking* e del consumo di alcolici fuori pasto.

Nelle Marche si registra la più alta percentuale di consumatori giornalieri di almeno una bevanda alcolica(37%).

Il Lazio in particolare presenta valori al di sotto della media nazionale per tutti gli indicatori considerati.

Le Regioni dell’Italia meridionale presentano percentuali di consumatori di alcol più basse della media nazionale.

In Campania si registra la più bassa percentuale italiana di consumatori di vino o alcolici fuori pasto (14,3%).

Il Molise presenta il più alto valore nazionale di consumatori a rischio per il criterio ISS/INRAN.

In Molise, Abruzzo e Sardegna i dati sul consumo fuori pasto e sul *binge drinking* risultano essere al di sopra della media nazionale.

Infine, la Sicilia sembra essere il Paese con stili di consumo più salutari. La percentuale di consumatori di bevande alcoliche (56,9%) risulta essere la più bassa d'Italia, così come quella di consumatori a rischio per il criterio ISS/INRAN (4,4%), di *binge drinkers* (5,1%) e di consumatori di almeno una bevanda al giorno (17,9%).

1.2. La mortalità e la morbilità alcolcorrelate

Mortalità

Nell'Unione Europea ogni anno l'alcol è responsabile della morte di 195.000 persone, per un'ampia gamma di cause che vanno dagli incidenti stradali ad 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 sono attribuibili all'alcol 10.000 morti provocate da soggetti alla guida in stato di ebbrezza, e un'alta percentuale della mortalità giovanile (il 25% tra i maschi e il 10% tra le femmine).

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 24.061 il numero delle morti per cause alcolcorrelate fra i soggetti di età superiore ai 20 anni (17.215 tra i maschi e 6.846 tra le femmine).¹

Secondo tale stima la mortalità alcolcorrelata rappresenta in Italia il 6,23 % del totale di tutte le morti maschili e il 2,45% del totale di tutte le morti femminili nella popolazione superiore ai 20 anni.

La mortalità per cirrosi epatica

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 nel 2001 risultava peraltro ancora superiore di 7 punti alla media europea, e superiore a quello di Paesi europei quali Belgio, Francia, Irlanda, Olanda, Spagna, Svezia, Regno Unito.

Le morti per questa causa sono diffuse soprattutto nella popolazione più anziana. Nel 2001 la popolazione italiana tra i 60 e i 74 anni stava al settimo posto nella classifica

¹ * Jurgen Rehem

Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada
University of Toronto

(presentazione in occasione dell'Alcohol Prevention Day, Roma, 12 Aprile 2007)

della mortalità per questa causa tra i Paesi inclusi nell'area europea "A" monitorata dall'OMS, e quella di età superiore ai 74 anni stava al primo posto della classifica per tale classe di età.

La mortalità per incidente stradale

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 2006 sono stati rilevati dall'ISTAT 238.124 incidenti stradali che hanno provocato 5.669 morti e 332.955 feriti (tab. 22).

Nel periodo 2000-2006 si è verificato un decremento del 7,2% del numero degli incidenti, del 7,5% dei feriti e del 19,7% dei morti.

Tab.22- INCIDENTI STRADALI E PERSONE INFORTUNATE, SECONDO LE CONSEGUENZE

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

Fonte: Incidenti stradali -Anno 2007 ACI-ISTAT

Nonostante questo miglioramento della situazione, in Italia il tasso di mortalità per incidente stradale, pari a 95 morti ogni milione di abitanti, è quasi doppio rispetto a quello di Paesi come Gran Bretagna, Olanda e Svezia , dove il tasso è pari a 50 morti per milione di abitanti.

I conducenti della fascia di età 25-29 anni (con 452 morti e 31.451 feriti) e di 30-34 anni (con 457 morti e 31.259 feriti) sono quelli più colpiti dagli incidenti stradali. La mortalità è molto elevata anche fra i conducenti di 21-24 anni (379 morti e 24.302 feriti).

Negli incidenti notturni si verifica il più alto indice di mortalità, con un valore massimo intorno alle 5 del mattino.

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

Gli incidenti del venerdì e sabato notte nel 2006 hanno rappresentato il 44,6 % del totale degli incidenti notturni, percentuale in aumento rispetto al dato del 2005, pari al 44,3 %.

I morti e feriti in tali incidenti rappresentano, rispettivamente, il 46,1% ed il 47,1% del totale degli incidenti notturni, percentuale complessivamente in aumento rispetto al dato del 2005, pari, rispettivamente, al 45,0% e 47,1% .

Da un recente studio ISTAT (2006) risulta che alcuni comportamenti di consumo a rischio (consumo di alcolici fuori pasto e *binge drinking*) sono più frequenti tra coloro che frequentano le discoteche ed i luoghi in cui si balla, sia per i maschi che per le femmine.

I dati ISTAT ci dicono che gli incidenti derivanti da un alterato stato psicofisico del conducente (malore, sonno, uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, ebbrezza da alcol) coinvolgono spesso i giovani, con conseguenze molto gravi.

Nel 2006, analogamente a quanto rilevato nel 2005, questi incidenti rappresentano il 2% del totale di tutte le cause di incidente stradale nell'anno (percentuale uguale a quella rilevata nel 2005).

Nell'ambito delle cause di incidente derivante da alterato stato psicofisico, l'ebbrezza da alcol ha rappresentato nel 2006 il 71% del totale, con 4.246 casi rilevati. Vi è stato pertanto un lieve aumento rispetto ai 4.107 casi rilevati nel 2005, che rappresentavano il 70% del totale delle cause di incidente correlate a stato psicofisico alterato per quell'anno.

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

Secondo i dati del Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero degli Interni, tra il 1.1.2007 e il 30.9.2007 sono stati controllati con etilometri dalla Polizia Stradale e dall'Arma dei Carabinieri 487.723 conducenti, con un numero di controlli che risulta pertanto di quasi tre volte superiore rispetto a quello del 2006 (180.000).

La media dei controlli è inoltre ulteriormente aumentata tra il 1.8.2007 e il 30.9.2007, raggiungendo quota 208.606 (contro i 49.000 del 2006).

La vigilanza è stata particolarmente curata nei fine settimana, soprattutto nelle località caratterizzate da un'elevata mobilità notturna dei giovani dovuta alla presenza di locali di intrattenimento e svago.

L'obiettivo programmato per il prossimo futuro è l'effettuazione di 2 milioni di controlli annuali, che rappresentano un forte impegno rispetto al passato ma sono ancora lontani dagli standard della Francia (8 milioni di controlli annui) e della stessa Spagna (3/4 milioni).

Nel periodo 1.1.2007-1.1.2008 la Polizia Stradale, nell'ambito delle 2.533.287 infrazioni totali accertate, ha comminato 31.521 sanzioni per guida sotto l'influenza dell'alcol, di cui 5.750 in autostrada e 25.771 in strade statali, regionali, provinciali e comunali.

Dal 1° gennaio al 30 settembre 2007 sono state ritirate 21.865 patenti per guida sotto l'influenza di alcol (contro le 14.297 del 2006), e 1.020 per il rifiuto di sottoporsi ai test. Da un'indagine condotta in Emilia Romagna, Trentino e Campania nell'ambito dello studio PASSI, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Sistema di Sorveglianza delle ASL italiane, emerge che circa il 14% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto dopo aver bevuto 2 o più bicchieri nell'ora precedente. Né maggiore prudenza si rileva nel comportamento degli anziani di 65-69 anni, che nel 12% dei casi ammettono di porsi alla guida sotto l'effetto dell'alcol.

Morbilità

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.

Secondo la Commissione Europea (2003) sia il consumo di alcol regolare e continuativo che quello occasionale in quantità eccessive (*binge drinking*) sono comportamenti in

grado di causare problemi di salute o di aggravarli nonché di accrescere il rischio di danni per chi beve e per gli altri.

Nell'anno 2005 il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcolattribuibili è di 104.400, di cui 89.781 riferite a maschi (77,4%) e 23.619 riferite a femmine (22,6%) (tab. 23).

Il dato risulta inferiore a quello rilevato nel 2004 (107.988), confermando una tendenza già in atto dal 2003.

Tab.23 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI ATTRIBUIBILI ALL'ALCOL SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO-ANNO 2005*

Cause di dimissione (*)		Valore assoluto			Valore percentuale		% diagnosi
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	
291	Sindrome psicotiche indotte da alcool	4.165	1.085	5.250	79,3%	20,7%	5,0%
303	Sindrome di dipendenza da alcool	24.064	7.332	31.396	76,6%	23,4%	30,1%
305.0	Abuso di alcool	7.931	3.115	11.046	71,8%	28,2%	10,6%
357.5	Polineuropatia alcolica	1.746	392	2.138	81,7%	18,3%	2,0%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	500	80	580	86,2%	13,8%	0,6%
535.3	Gastrite alcolica	555	294	849	65,4%	34,6%	0,8%
571.0	Steatosi epatica alcolica	7.375	2.468	9.843	74,9%	25,1%	9,4%
571.1	Epatite acuta alcolica	3.288	746	4.034	81,5%	18,5%	3,9%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	26.123	6.949	33.072	79,0%	21,0%	31,7%
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato	4.816	1.060	5.876	82,0%	18,0%	5,6%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	13	6	19	68,4%	31,6%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcool	205	92	297	69,0%	31,0%	0,3%
Totale		80.781	23.619	104.400	77,4%	22,6%	100,0%

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

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

La diagnosi di ricovero prevalente per i maschi in rapporto alle femmine è, anche per l'anno 2005, la cardiomiopatia alcolica (86,2%), sebbene con valori inferiori a quelli del 2004 (88%), assieme al danno epatico da alcol non specificato e alla polineuropatia alcolica.

Le diagnosi che interessano maggiormente le femmine riguardano, anche in misura maggiore che nel 2004, la gastrite alcolica (34,6%) e l'avvelenamento da antagonisti dell'alcol (31,6%).

Il numero delle dimissioni ospedaliere che presentano le suddette diagnosi (tanto in causa principale di ricovero che nelle cause successive) ammonta a 92.949 unità, contro le 95.806 del 2004, 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 2005 pari a 159,0, in costante diminuzione dall'anno 2000 (tab. 24).

In controtendenza rispetto all'andamento del dato nazionale, tra il 2004 e il 2005 il tasso di ospedalizzazione appare in aumento in Friuli V. Giulia e in Sardegna.

**Tab. 24- DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE
PER DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI ***
ANNI 2000- 2002- 2003 -2004 -2005 (Dimessi per 100.00 ab.)

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

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

Nel 2005, analogamente a quanto rilevato fin dal 2002, le Regioni a più alto tasso di ospedalizzazione sono Valle D'Aosta, P.A. di Bolzano e P.A. di Trento, seguite da Friuli V.Giulia, Liguria e Abruzzo. Di tali Regioni, in particolare, il Trentino-Alto Adige risulta al primo posto fra le altre Regioni per il numero di consumatori fuori pasto e di *binge drinkers*, con percentuali quasi doppie rispetto alla media nazionale (tab.21).

I tassi di ospedalizzazione più bassi si hanno, come nel 2004, in Sicilia e in Campania, seguiti da Puglia e Umbria e Toscana. Si noti che di tali Regioni, in particolare, la Sicilia presenta i valori più bassi tra le altre Regioni nelle percentuali di consumatori, *binge drinkers*, consumatori a rischio e consumatori giornalieri, mentre la Campania presenta i valori più bassi per i consumatori fuori pasto e valori al di sotto della media nazionale per tutte le altre categorie a rischio citate (tab. 21).

La distribuzione per classi di età delle diagnosi totalmente alcolattribuibili ci mostra anche per il 2005 la percentuale più elevata nella fascia di età più alta (oltre i 55 anni), pari al 44,5%, valore sostanzialmente stabile dal 2000 (tab. 25).

Tab. 25- DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ATTRIBUIBILI ALL'ALCOL SECONDO LA CLASSE DI ETÀ DEL DIMESSO-ANNI 2000-2002-2003-2004-2005*

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

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

Resta costante tra il 2004 e il 2005 la percentuale delle diagnosi nella fascia d'età 36-55 anni, in lieve aumento dal 2000, mentre si presenta in diminuzione quella della fascia di età 15-35 anni.

Le diagnosi della classe di età >55 si riferiscono, in ordine di prevalenza, a cirrosi epatica alcolica, cardiomiopatia alcolica, steatosi epatica e gastrite alcolica (tab. 26).

Le diagnosi della classe di età 36-55 si riferiscono invece, in ordine di prevalenza, ad avvelenamento da antagonisti dell'alcol, abuso di alcol e sindromi psicotiche indotte dall'alcol. Quelle delle fasce di età più giovani (15-35 anni) presentano i valori più elevati per gli effetti tossici dell'alcol, l'abuso di alcol e l'avvelenamento da antagonisti dell'alcol.

Lo 0,3% delle diagnosi riguarda, come per il 2004, la fascia di età fino a 14 anni, con riferimento quasi esclusivo agli effetti tossici dell'alcol.

L'analisi per sesso, pur confermando che le diagnosi di ricovero ospedaliero riguardano per la gran parte la popolazione maschile, tuttavia evidenzia nel tempo una crescita della percentuale di popolazione femminile interessata, che passa dal 21,5% del 2003 al 22,6% del 2005, con una corrispondente diminuzione delle percentuali di popolazione maschile (tab 27).

La distribuzione percentuale fra le diverse diagnosi totalmente alcolcorrelate si mantiene sostanzialmente stabile nel tempo fra il 2000 e il 2005, con la sola eccezione della diagnosi di cirrosi epatica alcolica, che passa dal 26,30 % del 2000 al 31,7% del 2005, aumentando di più di 6 punti percentuali in rapporto alle altre diagnosi (tab 28).

Si osserva altresì una diminuzione nel tempo della percentuale di epatiti acute alcoliche, che passano dal 5,5% del 2000 al 3,9% del 2005.

Tab.26 - 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 ETA' DEL DIMESSO - ANNO 2005*

Cause di dimissione (*)		<= 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
291	Sindromi psicotiche indotte da alcool	0,1	13,3	49,0	37,6	100,0
303	Sindrome di dipendenza da alcool	0,1	18,4	53,8	27,7	100,0
305.0	Abuso di alcool	1,4	30,7	49,5	18,4	100,0
357.5	Polineuropatia alcoolica	0,1	4,6	46,8	48,6	100,0
425.5	Cardiomiopatia alcoolica	0,2	3,1	34,1	62,6	100,0
535.3	Gastrite alcoolica	0,6	10,8	37,0	51,6	100,0
571.0	Steatosi epatica alcoolica	0,1	8,7	38,4	52,8	100,0
571.1	Epatite acuta alcoolica	0,1	10,3	48,1	41,5	100,0
571.2	Cirrosi epatica alcoolica	0,0	1,7	31,5	66,8	100,0
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato	0,1	8,0	42,3	49,6	100,0
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	0,0	21,1	57,9	21,1	100,0
980	Effetti tossici dell'alcool	13,8	31,0	30,0	25,3	100,0
Totale		0,3	11,9	43,2	44,5	100,0

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

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

Tab. 27- DISTRIBUZIONE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBIBILI SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO -ANNI 2003-2004-2005

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

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

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

**Tab. 28- DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE
ATTRIBUIBILI ALL'ALCOL*- ANNI 2000-2002-2003-2004-005**

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

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

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

Alcoldipendenza

Gli alcoldipendenti presi in carico presso i servizi alcolologici territoriali pubblici nell'anno 2006 sono 61.656, in aumento del 9,6% rispetto ai 56.234 dell'anno precedente (V.Parte II della Relazione).

Il rapporto maschi/femmine è pari a 3,6 (3,8 nei nuovi utenti). L'età media, pari a 45 anni, risulta in aumento rispetto a quella rilevata nel 2005 (44,5), interrompendo, con particolare evidenza nei nuovi utenti, la tendenza alla diminuzione da tempo in atto.

Nel 2006 risulta avere meno di 30 anni il 14,9% dei nuovi utenti, valore in diminuzione rispetto a quello rilevato nel 2005 (17%) e che interrompe la tendenza all'aumento rilevata a partire dal 1996.

Fra gli alcoldipendenti in trattamento risultano da tempo in aumento coloro che abusano di birra (dal 14,1% del 1996 a circa il 23% nell'ultimo triennio) e in diminuzione coloro che abusano di vino (dal 68,3% al 56,1% del 2005). Ma tra il 2005 e il 2006, in controtendenza, si registra un aumento di coloro che abusano di vino, che passano dal 56,1% del 2005 al 58% del 2006, con un aumento particolarmente evidente tra le femmine (V.Parte II della Relazione).

Anche nel 2006 i servizi alcolologici hanno collaborato con i gruppi di auto mutuo aiuto per il trattamento riabilitativo. In particolare, quasi il 57% dei servizi ha collaborato con i Clubs degli alcolisti in trattamento, il 40,2% con i gruppi di Alcolisti Anonimi e l'11,9% con altri gruppi.

Mediamente ogni servizio alcolologico ha collaborato con circa 8 Clubs e 2 gruppi di AA. Dai dati resi disponibili dalla Associazione nazionale dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento (AICAT) risulta che le famiglie con problemi alcolcorrelati che hanno

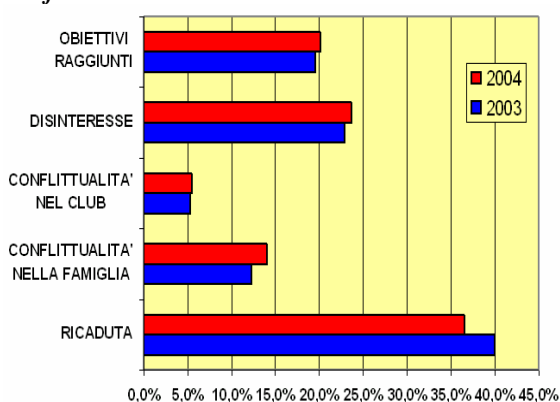
frequentato i Clubs sono passate da 8.525 nel 2000 (in 1.047 Clubs) a 5.262 nel 2004 (656 Clubs).

Nel 2004 995 famiglie hanno concluso la frequentazione del Club in cui si erano inserite, e nel 2003 lo hanno fatto 1790 famiglie.

Le principali motivazioni della conclusione dell'esperienza sono state, in ordine, la ricaduta nell'alcolodipendenza, il disinteresse, il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi, conflittualità varie (graf. 6).

La partecipazione delle famiglie ha interessato un solo membro nel 35,9% dei casi e due membri nel 48% dei casi. Nel 84,7% dei casi il medico di famiglia è informato del fatto che la famiglia frequenta un Club.

Graf. 6. MOTIVI PRESUNTI DELL'INTERRUZIONE DELLA FREQUENZA AL CLUB



Fonte: Dataclub 2003-Dataclub2004 Banca dati nazionale AICAT

1.3. Considerazioni critiche

Poiché l'Italia è un Paese in cui il consumo di bevande alcoliche, e in particolare di vino, continua ad essere una consuetudine culturale e alimentare molto diffusa, oltre che socialmente accettata, è necessario porre particolare impegno nel monitoraggio dei livelli e dei modelli di consumo, nella valutazione dei loro effetti sulla salute e nel controllo dei vari fattori che possono influire su di essi, allo scopo di contenere e contrastare i possibili danni.

La situazione della popolazione generale: aspetti positivi

L'Italia presenta una situazione favorevole nel confronto con la popolazione dell'Unione Europea in relazione ad alcuni importanti parametri di rischio:

- percentuale di consumatori tra le più basse in Europa, che si presentano in calo tra il 2005 e il 2006 in entrambi i sessi;
- percentuale di astemi nettamente al di sopra della media dei 25 Paesi dell'Unione Europea;
- bassa percentuale di bevitori ad alta intensità (numero medio di unità alcoliche consumate in un'unica occasione): solo l' 11% degli italiani quando beve assume più di 2 drink al giorno, contro la media europea che è del 28%.

Alcune tendenze positive sembrano emergere, in maniera più o meno marcata a seconda dei casi, dalla evoluzione della situazione nazionale nel tempo, soprattutto tra il 2005 e il 2006:

- calo tra il 2005 e il 2006 della prevalenza dei soggetti con consumi quotidiani eccedentari, in particolare tra i soggetti di età 55-64 anni di entrambi i sessi;
- lieve calo della popolazione maschile con comportamenti di *binge drinking*, che passa dal 14,2% del 2005 al 13,9% del 2006(anche se il fenomeno appare in crescita del 1,3% tra i giovani maschi di 14-17 anni);
- lieve calo della prevalenza dei soggetti con comportamenti di ubriacatura nell'Italia Nord Orientale, che passano dal 10,8% del 2005 al 10,2 % del 2006;
- tendenza alla diminuzione nel tempo del tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente alcolattribuibili, che si conferma anche tra il 2004 e il 2005 (il fenomeno può indicare sia una minore diffusione di patologie alcolcorrelate che una maggiore capacità di intervento da parte dei servizi territoriali).

La situazione della popolazione generale: criticità

Nonostante il notevole calo dei consumi registrato nella popolazione generale del nostro Paese negli anni 80 e 90, tra il 2001 e il 2003 si rileva una tendenza all'aumento del consumo annuo pro capite nella popolazione di età superiore ai 15 anni, che si attesta sui 10,45 l. annui ed è ancora al di sopra del livello raccomandato dall'O.M.S. ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015, pari a 6 litri l'anno e a 0 litri per la popolazione inferiore ai 15 anni di età.

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

- alta prevalenza di consumatori con consumi quotidiani (26%, pari al doppio della media europea) e, tra questi, alta percentuale di soggetti con consumi quotidiani eccedentari (circa il 5% dell'intera popolazione), soprattutto nelle fasce di età 55-64 anni;
- elevata prevalenza (14%) di consumatori ad alta frequenza (4-5 volte a settimana), la più alta in Europa e di molto superiore alla media europea (8%);
- elevata prevalenza (34%) di consumatori con comportamenti di *binge drinking* almeno una volta a settimana, superiore alla media europea (28%).

A livello nazionale alcuni aspetti problematici emergono sia in relazione a fenomeni relativamente stabili nel tempo e più legati al tradizionale modello del bere nel nostro Paese, sia come nuove tendenze collegate a trasformazioni socioculturali o ad altri fenomeni da monitorare e approfondire:

- alta prevalenza di soggetti anziani di oltre 65 anni (25,9%, stimabili in circa tre milioni di individui) che non si attengono alle raccomandazioni di moderazione specifiche per l'età, in particolare tra i maschi (51% dei maschi di età 65 -74 anni e 40,3% di quelli di età superiore);
- costante aumento nel tempo della prevalenza dei consumatori fuori pasto;
- tendenza all'aumento (dal 2003) dei comportamenti di *binge drinking*, in particolare fra le donne;

- tendenza all'aumento nel tempo della percentuale di popolazione femminile, in rapporto a quella maschile, ricoverata per patologie totalmente alcolcorrelate (dal 21,5% del 2003 al 22,6% del 2005);
- aumento nel tempo, in rapporto alle altre diagnosi, delle diagnosi ospedaliere per cirrosi epatica alcolica (+ 6% dal 2000 al 2005);
- tasso di mortalità per cirrosi epatica ancora superiore del 7% alla media europea e superiore a quella di Paesi europei vicini a livello socioculturale;
- tasso di mortalità per incidente stradale (correlabile all'alcol dal 30% al 50% del totale) quasi doppio (95 morti per milione di abitanti) rispetto a quello di Paesi europei quali Gran Bretagna, Olanda e Svezia (50 morti per milione di abitanti);
- costante aumento (dal 1996) degli alcoldipendenti in trattamento presso i servizi alcolologici territoriali del Servizio Sanitario Nazionale (+ 9,6% tra il 2005 e il 2006), dato che, se pure può essere messo in rapporto con un miglioramento dell'offerta di servizi, segnala pur sempre la presenza di una consistente domanda.

La situazione della popolazione giovanile: aspetti positivi

La popolazione giovanile del nostro Paese presenta una situazione favorevole nel confronto con quella dei Paesi europei per i seguenti aspetti:

- bassa prevalenza dei consumatori regolari di alcol (12% tra i giovani di 15-24 anni), la più bassa nell'Europa dei 15 e molto inferiore alla media europea (27%);
- maggiore diffusione della percezione della pericolosità dell'alcol (che interessa il 30% dei giovani contro il 24% della media europea).

A livello nazionale, alcune tendenze positive sembrano delinearsi nel tempo, tra il 2005 e il 2006 e anche successivamente, in controtendenza rispetto all'andamento degli anni precedenti:

- diminuzione tra il 2005 e il 2006 della prevalenza di consumatori tra le ragazze di 20-24 anni (dal 60,4% al 59%) e tra i giovanissimi di 11-15 anni di entrambi i sessi (dal 19,5% al 18,6%);
- diminuzione tra il 2006 e 2007 dei consumatori fuori pasto tra i giovani maschi di 14-17 anni, che interrompe la tendenza all'aumento in atto fin dal 1993;
- diminuzione tra il 2005 e il 2006 delle ubriacature e del *binge drinking* nei giovani maschi di 20-24 anni e in quelli di 11-15 anni;
- diminuzione tra il 2005 e il 2006 dei nuovi utenti con meno di 30 anni in trattamento nei servizi alcolologici territoriali del Servizio Sanitario Nazionale (dal 17% del 2005 al 14,9% del 2006), che interrompe la tendenza all'aumento in atto dal 1996.

La situazione della popolazione giovanile: criticità

Preoccupano nella popolazione giovanile alcuni fenomeni che si manifestano, anche in contraddizione con i segnali positivi prima descritti, con andamento stabile o come acquisizione più recente:

- bassa età del primo contatto con le bevande alcoliche (in media 12,2 anni di età, contro i 14,6 della media europea), che risulta la più bassa in Europa;

- alta prevalenza di consumatori fra i giovani di 20-24 anni di entrambi i sessi (65,7% nel 2006, valore poco distante da quello della popolazione generale);
- alta prevalenza di consumatori di alcolici tra i ragazzi al di sotto dell'età legale per la somministrazione (un quinto ha consumato alcolici nell'anno 2006);
- alta prevalenza di giovani con consumi settimanali fuori pasto, in particolare nella fascia di età 20-24 anni (15,5%);
- alta prevalenza di giovani maschi con comportamenti di *binge drinking* o ubriacatura (nel 2006, il 23,4% dei giovani di 20-24 anni, il 24,3% di quelli di 25-29 anni, il 2,6% di quelli di età inferiore ai 16 anni);
- aumento nel tempo (1998 -2006) della prevalenza di consumatori fra i giovani di 20-24 anni, con incrementi particolarmente significativi tra le femmine;
- aumento tra il 2005 e il 2006 dei giovani consumatori di 14-17 anni (+ 0,8 %);
- aumento nel tempo (1993-2006) della prevalenza dei consumatori fuori pasto fra i giovanissimi di età compresa fra 14 e 17 anni, praticamente raddoppiati in tale periodo;
- aumento tra il 2005 e il 2006 della prevalenza di consumatori di aperitivi alcolici, liquori e super alcolici tra i giovani di 11- 24 anni;
- aumento tra il 2005 e il 2006 della prevalenza di *binge drinkers* e di chi si ubriaca tra gli studenti di 15-19 anni, tra i maschi di 14-17 anni (+1,3%) e tra le femmine di 18-24 anni (+0,8%);
- aumento nel tempo, tra i giovani studenti di 15-19 anni, della prevalenza di coloro che negano il rischio connesso al consumo quotidiano eccedentario;
- aumento tra il 2005 e il 2006, tra i giovani studenti di 15-19 anni, della prevalenza di coloro che “non disapprovano” il bere moderato e le ubriacature settimanali;
- alta percentuale di morti e feriti negli incidenti stradali tra i giovani di 21- 24 anni;
- alta percentuale di incidenti notturni del venerdì e sabato (correlati spesso ad abuso di alcol o sostanze da parte dei giovani), in aumento tra il 2005 e il 2006 (+0,3 %) pur nel contesto di una generale diminuzione degli incidenti stradali;
- alta percentuale di giovani alcolodipendenti al di sotto dei 30 anni in trattamento nei servizi alcolologici territoriali del SSN (10,5% degli utenti totali nel 2006).

La popolazione anziana: aspetti positivi e criticità

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

- più di un quarto della popolazione oltre i 65 anni (circa tre milioni di persone, soprattutto tra i maschi) consuma bevande alcoliche, e in particolare vino, in quantità che vanno oltre quelle consigliate dalle agenzie sanitarie per il mantenimento di un buon stato di salute (ISS; INRAN; OMS);
 - la popolazione di oltre 55 anni è quella più interessata dalle diagnosi di ricovero ospedaliero per patologie totalmente alcolattribuibili, in particolare per cirrosi epatica alcolica, che appare una diagnosi in costante aumento a partire dal 2000 (+6%).
- In tale situazione, il solo aspetto positivo appare tra gli anziani il calo dei consumatori quotidiani eccedentari rilevabile tra il 2005 e il 2006 per entrambi i sessi, peraltro

compensato in senso negativo dall'aumento di altri comportamenti a rischio quali i consumi fuori pasto e il *binge drinking*.

Le diverse tipologie di consumi a rischio

In seguito alla diffusione, soprattutto tra le giovani generazioni, di nuove abitudini di consumo importate dai Paesi del Nord Europa, che continuano a convivere con quelle più tipiche della nostra tradizione e cultura, attualmente si possono individuare nel nostro Paese due diverse tipologie di rischio alcolcorrelato.

La prima si collega al tradizionale modello di consumo mediterraneo, caratterizzato da un bere frequente o quotidiano di bevande alcoliche a gradazione relativamente bassa (vini), che interessa prevalentemente la popolazione più adulta e anziana.

Tale tipologia di consumo, tendenzialmente moderato, non sempre implica il rispetto dei limiti consigliati dalle agenzie sanitarie per non incorrere in problemi di salute, sia tra gli adulti sia, in particolare, tra gli anziani, per i quali le specifiche esigenze dell'età richiederebbero livelli di consumo particolarmente contenuti.

Esiste nelle classi di età più anziane nel nostro Paese un diffuso consumo sicuramente eccedentario del cui rischio per la salute non sembra peraltro esservi sufficiente consapevolezza nell'insieme della società.

Ciò deve sollecitare un'attenta riflessione sulle effettive capacità protettive della cultura del bere tipica del nostro Paese in relazione alla difesa della salute.

La seconda tipologia di rischio riguarda prevalentemente i più giovani e i giovanissimi, ma per alcuni aspetti sta cominciando a interessare anche gli adulti, ed è collegata alla acquisizione di nuove tendenze comportamentali e di consumo importate dai Paesi del Nord Europa, con diffusione di comportamenti quali i consumi fuori pasto, il *binge drinking*, le ubriacature, i consumi occasionali eccedentari.

Un ulteriore elemento di complessità è rappresentato dal sempre maggiore coinvolgimento della popolazione femminile, soprattutto quella di età più giovane, in comportamenti di consumo a rischio che fino a poco tempo fa erano diffusi quasi esclusivamente nella popolazione maschile, quali i consumi fuori pasto e il *binge drinking*. A questo fenomeno fa riscontro la crescente percentuale di popolazione femminile che, in rapporto a quella maschile, viene ricoverata per patologie totalmente alcolcorrelate.

Per le diverse categorie di consumi a rischio dovrebbero essere studiati e attivati pertanto specifici interventi di prevenzione, tenendo conto anche delle complessità derivanti dai possibili incroci delle diverse variabili interessate nonché dalle specificità regionali e territoriali, favorendo nei diversi contesti della società la crescita di adeguati fattori protettivi, sia istituzionali che sociali e individuali.

Per la popolazione adulta e anziana sembrerebbero indicati interventi finalizzati a diffondere una più corretta informazione sui reali parametri che, anche all'interno del tradizionale modello di consumo mediterraneo, definiscono un consumo compatibile con la salute, nonché a favorirne concretamente il rispetto.

Per i più giovani, occorre innanzitutto proteggere le posizioni favorevoli che il nostro Paese detiene nel confronto con gli altri Paesi europei, e inoltre contrastare e contenere

quei comportamenti di consumo a rischio già diffusi tra i giovani italiani di entrambi i sessi quali i consumi precoci, i consumi fuori pasto, il *binge drinking* e le ubriacature. Tutta la popolazione deve inoltre essere protetta dagli effetti negativi potenzialmente derivanti dalla contaminazione e influenza tra i diversi modelli di consumo attualmente presenti nel nostro Paese, per evitare l'acquisizione di tutti i rispettivi comportamenti a rischio, con una sommatoria di conseguenze negative.

Particolarmente importante sembra lavorare adeguatamente sui fattori culturali.

Il bere e le sue modalità appaiono per una certa misura mediati dalla cultura e quindi è molto importante che questa orienti correttamente i consumatori e non li induca in errore.

In Italia la cultura intesa quale livello di scolarizzazione risulta incidere più di altri fattori socio-economici sulle abitudini di consumo alcolico, come fattore positivamente correlato a una maggiore propensione al consumo e al *binge drinking* dei soggetti interessati e, limitatamente alla propensione al consumo, dei loro figli.

D'altra parte la cultura della prevenzione dai danni da alcol non sembra molto diffusa nella popolazione, e in particolare nella popolazione anziana, se è vero che i consumi eccedentari risultano negli anziani crescere proporzionalmente alla sensazione di godere di un buon stato di salute.

Pertanto, sul piano culturale, appare opportuno trasmettere a tutta la popolazione, e soprattutto ai ceti più "colti", informazioni corrette sui reali effetti dell'alcol, per eliminare tutte quelle false convinzioni circa il reale rapporto tra alcol e salute che appaiono ancora molto diffuse. Un adeguato mutamento culturale in tale direzione non potrà che avere ripercussioni positive non solo sullo stato di salute della popolazione adulta e anziana, ma anche sulle nuove generazioni, per le quali la propensione al consumo risulta correlata alle abitudini di consumo dei genitori.

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

2.1. Gli interventi di indirizzo

Il Piano Nazionale Alcol e Salute

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

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

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

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

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

Il PNAS ha durata triennale (1 gennaio 2007- 31 dicembre 2009) ed è parzialmente finanziato con risorse stanziare dal Ministro della Salute (risorse ex legge 125/2001 per il monitoraggio dei dati ed eventualmente altre risorse stanziare ad hoc).

Per la sua implementazione è stata prevista una specifica collaborazione interistituzionale tra Ministero della Salute e Regioni ed è stato costituito, con finalità di consulenza e collaborazione, uno specifico sottocomitato tecnico-scientifico nell'ambito del Centro per la Prevenzione e il Controllo delle malattie (CCM), la struttura operativa recentemente costituita presso il Ministero della Salute con la legge 138/ 2004 al fine di contrastare e prevenire le emergenze di salute pubblica.

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

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

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

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

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.*

L'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute

1) Il Sottocomitato scientifico di progetto

Per rafforzare l'implementazione del PNAS e in particolare favorire il raccordo interistituzionale Ministero-Regioni il Ministero della Salute ha costituito con D.D. del 5 Aprile 2007, nell'ambito del Comitato scientifico permanente del CCM, un apposito Sottocomitato scientifico con il compito di collaborare alla costruzione e

implementazione del PNAS quale specifico progetto dello stesso CCM, favorendone lo sviluppo e operando per il raggiungimento degli obiettivi e sottoobiettivi delle previste otto aree strategiche.

Sono stati chiamati a far parte del Sottocomitato esperti che operano nell'ambito dei servizi alcolologici territoriali regionali.

Durante il primo anno di funzionamento il Sottocomitato del Ministero della Salute ha operato in maniera congiunta, come previsto dalle metodologie interistituzionali per l'implementazione del PNAS, con la Sottocommissione di coordinamento per l'Alcol costituita nell'ambito della Commissione Salute delle Regioni e P.A., nell'ambito di un apposito tavolo.

I lavori del gruppo congiunto hanno finora riguardato l'area strategica n. 8 del Piano Nazionale Alcol e Salute ("Monitoraggio dei dati") e in particolare la definizione di nuovi indicatori, in sostituzione di quelli fin qui utilizzati, per la realizzazione del monitoraggio dei dati alcolologici previsto dall'art. 3 comma 1 lettera c) della legge 125/2001.

E' stato elaborato ed è in corso di completamento un documento tecnico complesso per la definizione di un Piano nazionale di monitoraggio, esaustivo di tutti gli aspetti problematici relativi all'alcol, con la proposta di relativi indicatori e la costruzione di specifici strumenti di rilevazione delle attività di prevenzione e contrasto effettuate in ambito regionale.

I lavori del Sottocomitato hanno riguardato inoltre la riflessione e la proposta di progettualità per l'avvio delle azioni prioritarie del PNAS.

2) Il Progetto "Agorà"

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

Il progetto, denominato "Agorà", ha ricevuto un finanziamento di 100.000 Euro stanziati sui fondi del CCM.

Finalità del progetto è quella di monitorare la corretta interpretazione del PNAS e di fornire supervisione, assistenza tecnica e valutazione dei documenti di progetto relativi al PNAS.

Finalità specifica è sostenere il dialogo tra i tecnici e i vari attori coinvolti e di diffondere la cultura della progettazione per mezzo di schemi che permettano la definizione chiara del problema, l'individuazione delle criticità, l'invio di progetti di prevenzione da parte degli interlocutori coinvolti.

Il progetto "Agorà" prevede una strutturazione delle attività coerente con il modello di lavoro proposto alle Regioni, con azioni periodiche di pianificazione del lavoro, di monitoraggio e di verifica del lavoro svolto.

Per favorire il coordinamento sia all'interno del gruppo tecnico che tra il gruppo tecnico e le Regioni, viene promossa la partecipazione attiva degli attori coinvolti attraverso le tecniche previste dalla metodologia della progettazione partecipata.

La durata del progetto Agorà è di ventiquattro mesi. Considerato il carattere innovativo e sperimentale del progetto, si deciderà l'opportunità di un prolungamento dopo una valutazione di processo, impatto e risultati.

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

La realizzazione del progetto, finanziato per 50.000 Euro sui fondi CCM del Ministero della Salute, è stata affidata all'Istituto Superiore di Sanità-Cnesps. Il progetto nasce dalla consapevolezza che, essendo il contenimento del danno alcolcorrelato un obiettivo relativamente recente dei programmi sanitari nazionali di prevenzione, per consentire un'efficace implementazione del PNAS appare preliminare sostenere la messa a punto di una solida base conoscitiva che sia in grado di orientare l'adozione di adeguate iniziative strategiche nell'ambito delle nuove attività istituzionali previste in campo alcolologico. Prodotto finale del progetto è la realizzazione di due successivi *Report* in cui saranno raccolti e analizzati i dati più recenti disponibili a livello nazionale relativamente all'impatto dell'uso e abuso di alcol sulla salute. L'obiettivo generale del progetto è quello di mettere a disposizione delle amministrazioni nazionale e regionali gli strumenti conoscitivi che consentano di promuovere, ai rispettivi livelli di competenza, adeguate azioni e programmi, nonché di valutarne l'impatto e l'efficacia, favorendo l'adattamento flessibile delle prassi operative alla continua evoluzione dei problemi. L'obiettivo specifico è quello di fornire strumenti conoscitivi e scientifici per sostenere e favorire, nell'ambito dell'implementazione del PNAS, un'attenta ricostruzione e un costante monitoraggio dei più importanti indicatori di problemi alcolcorrelati, a livello nazionale e regionale.

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

Nell'ambito dei lavori del Sottocomitato scientifico del CCM per il PNAS è stata individuata l'area strategica "Alcol e Lavoro" quale area prioritaria per gli interventi di avvio delle prime azioni del PNAS.

E' stato pertanto predisposto e proposto alla approvazione delle Regioni, secondo le metodologie di collaborazione interistituzionale previste dal PNAS, uno schema di progetto finalizzato all'identificazione precoce e all'intervento breve per la prevenzione dei problemi e danni alcolcorrelati nei contesti lavorativi, per promuovere un processo di cambiamento negli stili di vita in relazione al consumo di alcol.

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

Per l'implementazione del progetto è stato previsto un finanziamento di € 100.000 stanziati sulle risorse specificamente attribuite al Ministero della Salute per le attività di informazione e prevenzione ai sensi della legge 125/2001.

Il progetto esecutivo sviluppato dalla Regione Toscana prevede quale obiettivo generale l'organizzazione di un insieme di attività di formazione sulla metodologia dell'intervento breve attraverso il percorso validato e standardizzato nel progetto europeo *PHEPA (Primary Health Care European Project on Alcohol)*, in modo tale da diffondere l'uso di strumenti adeguati allo *screening* e all'identificazione precoce dei bevitori a rischio.

Il percorso formativo, che in Italia è applicato con l'estensione a tutte le figure dell'assistenza sanitaria di base, prevede la "formazione di formatori", che saranno individuati all'interno delle Regioni e che a loro volta replicheranno la formazione ad altri discenti nell'ambito della propria Regione di appartenenza.

La formazione è destinata prioritariamente a professionisti dei Dipartimenti della Prevenzione, delle Dipendenze, ai medici di medicina del lavoro e medici competenti nonché ad operatori sanitari e del mondo del lavoro interessati e individuati dalle Regioni e P.A. partners.

Saranno coinvolti in particolare nelle attività formative i "medici competenti" delle aziende, che hanno la facoltà di effettuare l'intervento di identificazione precoce dei lavoratori con abitudini alcoliche a rischio e possono, in stretta collaborazione con i servizi territoriali, attivare percorsi di trattamento per quelli con problemi conclamati.

La formazione è finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- acquisizione di competenze specifiche sui contenuti e sulle modalità tecniche di progettazione e attuazione di un programma per l'identificazione precoce e intervento breve sui bevitori a rischio o problematici;
- successiva attuazione, tramite le competenze acquisite, di un programma di formazione di altri operatori per l'identificazione precoce e l'intervento breve rivolto ai bevitori a rischio e per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati nei luoghi di lavoro;
- integrazione delle attività suddette nelle correnti attività di pratica professionale.

Oltre alla formazione dei formatori, sarà organizzato un percorso di accompagnamento e tutoraggio degli operatori e referenti regionali indicati dalle Regioni e P.A. per gli interventi di formazione, in modo da rendere omogeneo tutto il processo ed evitare disallineamenti tra le Regioni o ritardi nell'avvio degli interventi.

E' prevista la sistematizzazione di un pacchetto didattico con il materiale per la formazione in supporto elettronico e cartaceo, che verrà fornito ai discenti in modo da mantenere il percorso standardizzato per quanto riguarda i contenuti e i tempi della formazione.

La possibilità di poter usufruire di un pacchetto formativo standardizzato da riproporre nei diversi contesti regionali rappresenta un valore aggiunto del progetto di formazione in relazione all'efficacia della valutazione e alla replicabilità da parte dei discenti del corso nei contesti di appartenenza.

Si prevede inoltre di promuovere sul tema sinergie, confronto e scambio di know-how regionali ed interregionali, anche per promuovere i relativi processi di valutazione.

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 alcologico, secondo le previsioni della legge 125/2001 art. 5.

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

Nell'ambito del più vasto e generale impegno, promosso dal Ministero della Salute e assunto da numerose altre amministrazioni centrali e soggetti interessati, per l'attuazione del Programma intersettoriale "Guadagnare Salute", la proposta di un Piano nazionale Alcol e Salute ha rappresentato lo specifico impegno che il Ministero in prima persona ha assunto per una collaborazione interistituzionale con le Regioni e le strutture del SSN, secondo gli orientamenti del programma medesimo, ai fini della prevenzione del danno alcolcorrelato.

Oltre a questa iniziativa, che ha comunque una sua valenza autonoma anche al di là del programma "Guadagnare Salute" ed è direttamente collegata alla attuazione della legge 125/2001, altre iniziative sono state assunte dal Ministero nell'ambito delle strategie multisettoriali del programma "Guadagnare Salute", nel rispetto anche dei principi indicati dalla legge 125/2001.

1) Costituzione e funzionamento di un tavolo di consultazione con le associazioni dei produttori e commercianti di bevande alcoliche.

Il tavolo è stato costituito nell'ambito della "Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo", costituita presso il Ministero della Salute con il compito di formulare proposte ed attuare iniziative, in coerenza con il Programma "Guadagnare salute", per favorire in tutta la popolazione una sana alimentazione, una maggiore attività fisica, per contrastare l'abuso di alcol e ridurre il fumo di tabacco, allo scopo di limitare il rischio di numerose malattie e migliorare la qualità della vita.

La costituzione del tavolo risponde anche al protocollo di intesa siglato il 3 Maggio 2007 tra il Ministero della Salute e le associazioni di categoria rappresentative della filiera alimentare, per il raggiungimento di alcuni obiettivi tra i quali

-il sostegno di politiche commerciali orientate a favorire nei consumatori comportamenti salutari attraverso interventi sulle dinamiche dell'offerta

-la promozione di codici di autoregolamentazione della pubblicità finalizzati a migliorare l'informazione dei consumatori.

Il tavolo è stato finalizzato a concordare possibili misure relative al coinvolgimento del mondo della produzione e distribuzione nella prevenzione dei danni provocati dall'uso inadeguato di alcol. In particolare si è discusso sulla possibilità di trovare modalità concordate per l'introduzione volontaria di avvisi nelle etichette delle bevande alcoliche, soprattutto in relazione ai rischi per la guida, nonché per un miglioramento della autoregolamentazione della pubblicità .

2) Adozione di un protocollo d'intesa tra il Ministero della Salute e il Ministero della Pubblica Istruzione (Gennaio 2007), per la definizione di strategie educative e l'attuazione nella scuola di interventi di interesse comune.

Essendo la scuola un ambiente d'elezione per attivare con successo politiche volte a promuovere il benessere della collettività, l'alleanza con la scuola è un elemento centrale del programma "Guadagnare salute". Pertanto il Ministero della Salute e il Ministero della Pubblica Istruzione si sono impegnati a definire strategie comuni tra sistema scolastico e sistema sanitario per la promozione della salute e in particolare per la prevenzione delle patologie croniche e per il contrasto di alcuni comportamenti a rischio tipici dell'età giovanile.

Nel gennaio 2007 è stato siglato uno specifico protocollo d'intesa tra i due Ministeri ai fini della realizzazione di un programma d'interventi che impegni il sistema scolastico ed il sistema sanitario al raggiungimento degli obiettivi del programma "Guadagnare salute". In tale protocollo la lotta all'abuso di alcol è uno dei quattro principali argomenti affrontati, assieme alla lotta al tabagismo e alla promozione dei comportamenti alimentari salutari e della attività fisica.

La collaborazione interistituzionale tra i due Ministeri ha assunto particolare rilievo nella definizione del "*Piano Nazionale per il Ben...Essere dello studente 2007-10*", che il Ministero dell'Istruzione ha adottato finalizzandolo a promuovere la salute tramite la corretta alimentazione, l'adeguata attività fisica e la lotta alle dipendenze.

Grazie al protocollo di intesa sono state realizzate diverse iniziative e promossi alcuni progetti congiunti:

- elaborazione del documento "*L'educazione alla salute. Linee di indirizzo*", rivolto agli operatori della scuola e a quelli sanitari, e contenente indicazioni metodologiche, nei limiti delle rispettive competenze, per la promozione della salute, la prevenzione di alcune malattie croniche ed il contrasto dei comportamenti a rischio tipici dell'età giovanile, fra i quali l'abuso di alcol.

Il documento è stato inviato a tutti gli Assessori regionali alla Sanità e agli Uffici Scolastici Regionali;

-collaborazione alla manifestazione “*Giornate del Ben...essere dello Studente*”, realizzata nelle diverse Regioni, in collegamento e in sinergia con altri dicasteri e con altre realtà istituzionali, con l’obiettivo di valorizzare le esperienze condotte dalle scuole per la diffusione della cultura della salute e del benessere;

-progetto “*Scuola e salute*” che prevede, fra l’altro, sui temi del programma “Guadagnare Salute” tra i quali l’alcol, un programma nazionale di formazione congiunta per gli insegnanti e gli operatori del SSN impegnati nella promozione della salute tra i giovani.

3) Accreditamento di manifestazioni e concessione dell’uso del logo del programma.

Sono state accreditate come eventi nell’ambito del programma “Guadagnare Salute”, con la attribuzione dello specifico logo, alcune manifestazioni autonomamente organizzate da vari soggetti, enti e associazioni per la prevenzione dei danni alcolcorrelati. Fra queste, sono di interesse per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati:

-campagna informativa nell’ambito dell’*Alcohol Prevention Day*, evento organizzato annualmente dall’Istituto Superiore di Sanità con la collaborazione della Società Italiana di Alcolologia, l’AICAT ed EUROCARE;

-campagna di sensibilizzazione “*Se aspetti un bambino l’alcol può attendere*”, organizzata congiuntamente da Assobirra e Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia per la prevenzione delle sindromi fetali alcolcorrelate.

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

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

I finanziamenti relativi all’anno finanziario 2005

Per l’anno 2005 sono stati stanziati ai fini suddetti Euro 516.457.

Come per gli anni precedenti, tali risorse sono state ripartite tra le Regioni in base a criteri 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.

La proposta di riparto è stata presentata in sede di 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, ed approvata nella seduta del 26 gennaio 2006.

Contestualmente all’ approvazione del riparto, Regioni e Ministero hanno concordato di avviare un confronto per la definizione di nuovi indicatori per le future attività di monitoraggio.

Non essendo stato possibile portare a compimento tale ridefinizione in tempi utili, è stata concordata anche per l’anno 2005 l’erogazione dei fondi alle Regioni sulla base

dell'invio da parte di queste ultime 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;
- rapporto tra popolazione regionale e utenza dei gruppi di auto-mutuo aiuto;
- consumi annuali pro capite di alcol puro e delle diverse bevande alcoliche della popolazione regionale;
- 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.

Contestualmente è stata concordata una precisa scadenza per l'invio di tali dati, fissata per il 31.10.2007, e successivamente prorogata inderogabilmente al 27.11.2007.

Nella sottostante tabella è illustrata la situazione delle Regioni in merito allo svolgimento delle suddette attività di monitoraggio, aggiornata al 30.11.2007, con l'indicazione dei finanziamenti successivamente autorizzati dal Ministero della Salute a valere sui fondi relativi all'anno finanziario 2005.

La quasi totalità delle Regioni ha corrisposto alla richiesta di dati, consentendo al Ministero di erogare quasi totalmente le risorse ad hoc stanziata dalla legge 125/2001 e confermando l'interesse delle Regioni al consolidamento della cultura epidemiologica in campo alcolologico nonché la crescente capacità di utilizzare i dati e gli indicatori disponibili per la valutazione delle problematiche alcolcorrelate.

I finanziamenti relativi all'anno finanziario 2006

Per l'anno 2006 sono stati stanziati ai fini del monitoraggio dei dati Euro 418.330.

Facendo seguito agli orientamenti più volte ribaditi da Ministero e Regioni nell'ambito degli incontri tecnici nelle sedi della Conferenza Stato-Regioni circa la necessità di aggiornare gli indicatori fin qui utilizzati per il monitoraggio, e conformemente alle strategie enunciate nell'ambito del Piano Nazionale Alcol e Salute, il Ministero ha finalizzato le risorse dell'anno 2006 per sostenere con adeguati strumenti le amministrazioni regionali nella realizzazione di un efficace monitoraggio dei dati alcolologici, rafforzandone il coordinamento e favorendo l'assunzione di più dirette responsabilità nella gestione delle risorse stanziata dalla legge. A tali fini uno specifico ruolo è stato attribuito alla Regione Friuli Venezia Giulia, in quanto Regione attualmente titolare del coordinamento delle Regioni per il settore alcolologico su incarico della Commissione Salute per il coordinamento delle Regioni.

A tale Regione il Ministero della Salute ha assegnato pertanto un ruolo di capofila per le attività di coordinamento e di gestione amministrativa delle risorse in relazione allo svolgimento delle attività di monitoraggio da parte delle Regioni e Province Autonome, impegnando a favore della Regione Friuli V.G. l'intera somma stanziata per l'anno 2006 ai sensi della legge 125/2001 per il monitoraggio dei dati. Per tal fini è stato stipulato con la Regione stessa uno specifico accordo di collaborazione nel quale si prevede che la Regione Friuli V.G. provvederà a trasferire direttamente alle Regioni e alle Province autonome la rispettiva quota di risorse finanziarie spettanti in base a un riparto i cui criteri verranno con le stesse concordati.

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

- ANNO 2005 -

REGIONI	FINANZIAMENTO PREVISTO	ATTIVITÀ SVOLTE	PAGAMENTI AVVIATI
Piemonte	40.709,38	X	40.709,38
Valle D'Aosta	1.330,61		
Lombardia	84.659,43	X	84.659,43
Prov. Aut. Trento	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	X	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	X	16.994,69
Sicilia	34.343,89	X	34.343,89
Sardegna	14.550,64	X	14.550,64
TOTALE	516.457,00		511.086,69

I compiti specifici assegnati alla Regione Friuli V.G. sono quelli di

- coordinare il monitoraggio dei dati relativi all'anno 2006 da parte delle Regioni e Province autonome, inviandone i dati finali al Ministero della Salute;
- favorire in ambito regionale la riflessione e lo studio di nuovi e più adeguati criteri di monitoraggio dei dati alcolici.

I finanziamenti relativi all'anno finanziario 2007

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

Nell'ambito dei lavori dell'apposito gruppo tecnico congiunto Ministero-Regioni cui è stato demandato il compito di coordinare l'implementazione del PNAS, è stato affrontato prioritariamente il tema dei nuovi criteri di monitoraggio dei dati alcolici, e in relazione ad essi sono stati discussi, fra l'altro, possibili nuovi criteri di riparto delle risorse ex legge 125/2001, più adeguati a favorire e sostenere l'adozione dei nuovi indicatori proposti.

Nell'ambito di tale riflessione è stato individuato un criterio di riparto che prevede di assegnare a ciascuna Regione una quota calcolata suddividendo in parti uguali tra le Regioni il 50% dell'intera somma disponibile, e distribuendo tra le stesse il restante 50% per quota capitaria.

Tale criterio, successivamente approvato dalla Commissione Salute per il coordinamento delle Regioni, è stato recepito dal Ministero della Salute, che ha impegnato pertanto le risorse finanziarie ex legge 125/2001 relative all'anno 2007 per un riparto fra le Regioni e Province Autonome secondo la sottostante tabella.

CRITERIO DI RIPARTIZIONE DEI FONDI PER LE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO DEI DATI RELATIVI ALL'ABUSO DI ALCOL E AI PROBLEMI ALCOLCORRELATI

-ANNO 2007-

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

2.3. Gli interventi in materia di informazione e prevenzione

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

Per l'anno 2006 sono stati stanziati a tali fini Euro 836.660, di cui Euro 354.990 sono stati destinati ad attività di prevenzione, informazione e comunicazione di livello centrale, ed Euro 481.670 sono stati destinati ad attività di prevenzione e informazione da realizzarsi nell'ambito dell'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute a livello regionale.

Attività di informazione e prevenzione di livello centrale

Per quanto riguarda le attività di prevenzione, informazione e comunicazione di livello centrale, nel corso del 2007 la Direzione generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero della Salute, cui è stata assegnata la competenza per la relativa spesa, ha curato le seguenti attività.

1) Campagna di comunicazione

E' stata realizzata una campagna di comunicazione con l'obiettivo di trasmettere un messaggio informativo sugli effetti dannosi derivanti dall'abuso di alcol per sensibilizzare in particolare i soggetti più giovani sulla necessità di adottare comportamenti che tutelino la salute e la sicurezza, evitando gli eccessi e i gravi rischi ad essi correlati.

La campagna si è articolata in numerosi interventi, tra i quali

- campagna radiofonica estiva
- pubblicazione di numerosi annunci stampa fra Novembre e Dicembre 2007
- presenza di spot su alcuni siti Internet.

Lo spot principale si è focalizzato sull'invito rivolto da alcuni calciatori italiani campioni del mondo e dal loro allenatore ad essere sobri alla guida.

Nello spot i grandi campioni raccomandano l'importanza di non bere quando ci si deve porre alla guida di un veicolo, sottolineando che, mentre nelle partite di calcio, che sono un gioco, si può "ubriacare" l'avversario con una "finta" o un *dribbling*, quando si guida è necessario essere sobri e che un grande campione sa sempre controllarsi.

Il *claim* che accomuna sia lo spot radiofonico che l'annuncio stampa è "*Se guidi, non bere*".

2) Convenzione con l'Istituto Superiore di Sanità

Nell'ambito di tale convenzione sono state previste le seguenti iniziative di prevenzione e comunicazione.

-Funzionamento del Centro Servizi Documentazione Alcol - CSDA

In continuità con le attività già svolte nell'ambito di un accordo di collaborazione per l'anno precedente, il Centro Servizi Documentazione Alcol ha garantito la raccolta, catalogazione e gestione del materiale prodotto dall'ISS e dal Ministero della Salute per le iniziative di informazione e prevenzione specificamente svolte a livello nazionale sull'alcol.

Sono stati realizzati tre nuovi opuscoli: “Alcol: le strategie di prevenzione della Comunità Europea”, “Donna e Alcol, Alcol: sei sicura?”, “Alcol, sei sicura? Le ragazze e l'alcol” e un pieghevole “Alcol: qualche dritta per i più giovani”, presentati nel corso dell'Alcohol Prevention Day 2007.

L'offerta da parte dell'ISS-CSDA in termini di materiale stampato (opuscoli, brochure ed altro), fortemente richiesto in particolare da operatori e strutture sociosanitarie pubbliche che svolgono attività di prevenzione nelle Regioni (in particolare quelle meridionali), ha incrementato la capacità dell'ISS di rispondere adeguatamente alle attese di supporto tecnico-scientifico delle realtà che ad esso si rivolgono.

La dotazione di fondi destinati alle traduzioni ha assicurato inoltre la disponibilità e fruibilità immediata delle evidenze diffuse a livello europeo riguardanti l'alcol e le strategie di contrasto all'abuso alcolico.

La disponibilità di una specifica pagina WEB condivisa sul portale dell'ISS-Epicentro (<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/alcol.asp>) è stata mirata a configurare anche la possibilità di acquisizione (libero dominio) degli strumenti di prevenzione-comunicazione prodotti, che sono stati resi fruibili attraverso differenti modalità informatiche (di cui la pagina <http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/cd/APD.pdf> è la più intuitiva).

- Organizzazione della manifestazione nazionale “Alcol Prevention Day” (APD)

Sono state avviate con congruo anticipo le attività rivolte all'organizzazione dell'Alcohol Prevention Day 2008 con riunione di gruppi di lavoro per la selezione delle tematiche e l'individuazione dei nuovi materiali, prodotti ed elaborazioni che annualmente l'APD produce.

- Campagna nazionale e regionale di informazione e prevenzione su target specifici di popolazione, con la realizzazione delle 2 iniziative sottoindicate

A) “ITALIA WAVE LOVE FESTIVAL ”(17-22 Luglio 2007)

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

B) FILLBOARD - CIRCUITO NAZIONALE STAZIONI DI SERVIZIO RIFORNIMENTO CARBURANTE

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

-Promozione e sostegno ad attività di informazione e prevenzione da organizzarsi in ambito regionale

Sono state definite nel corso di riunioni ad hoc presso il Ministero della Salute le possibili modalità attraverso cui promuovere nelle Regioni iniziative di informazione e prevenzione cofinanziate attraverso l'accordo di collaborazione ISS-Ministero.

Le Regioni interessate a partecipare all'iniziativa e a usufruire del finanziamento per ciascuna previsto sono state invitate a presentare all'ISS un progetto con la descrizione delle attività di informazione e prevenzione che intendono realizzare, da definire nell'ambito delle aree strategiche indicate nel Piano Nazionale Alcol e Salute e in conformità degli orientamenti della legge 125/2001.

Il finanziamento previsto verrà erogato dall'ISS, previa approvazione dei progetti e delle attività realizzate da parte di un apposito comitato congiunto ISS-Ministero.

- Promozione della identificazione precoce del rischio alcol-correlato

E' stato organizzato e realizzato il corso residenziale "*Programma di formazione per l'identificazione precoce e per l'attuazione dell'intervento breve finalizzato alla prevenzione dell'abuso alcolico e del bere problematico*".

Il programma di formazione è il risultato di uno sforzo congiunto dei ricercatori dell'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS, del Centro OMS per la Ricerca sull'Alcol dell'ISS e dei professionisti italiani ed internazionali che hanno partecipato al progetto europeo PHEPA (Primary Health care Project on Alcohol) (www.phepa.net).

Secondo gli orientamenti contenuti nel Piano Nazionale Alcol e Salute adottato da Regioni e Ministero della Salute, il programma di formazione si basa sull'assunto che l'alcol è un determinante principale di malattia ed il settore di *Primary Health Care*, comprendente tutti i contesti deputati all'assistenza primaria, è in posizione cardine per prevenire o minimizzare gran parte dei problemi correlati all'alcol.

Fulcro dell'approccio PHEPA è lo sforzo di orientare i medici coinvolti nell'assistenza primaria, che spesso tendono a concentrare la propria attenzione sulle problematiche alcolcorrelate più evidenti e severe, ad inserire e svolgere nelle attività di routine anche le attività di prevenzione primaria, che di solito non sono oggetto di adeguata attenzione.

Lo standard formativo mira, sulla base di evidenze scientifiche, a "formare i formatori" e fornisce gli elementi utili ed essenziali all'integrazione nella pratica professionale quotidiana dell'identificazione precoce dell'abuso alcolico e del conseguente intervento breve sui bevitori risultati problematici, avendo cura di valutare sia i bisogni dei partecipanti al corso di formazione che le specificità legate ai differenti contesti sanitari che possono avvantaggiarsi dell'approccio individuato (studi di Medicina generale, ambulatori o servizi dei Dipartimenti di prevenzione, servizi territoriali alcolologici e per le tossicodipendenze, ambulatori di Medicina del lavoro ecc.).

-Tour "Il Pilota"

Sono state definite le procedure organizzative e le tappe del tour 2007-2008.

La manifestazione prevede la distribuzione dei materiali sviluppati dal Ministero della Salute e dall'ISS nelle discoteche, l'integrazione delle attività con la misurazione volontaria dell'alcoemia, l'esecuzione di tests volti alla rilevazione precoce dell'abuso (AUDIT) e di specifiche ricerche per la valutazione del rischio di abuso giovanile, la proiezione mirata degli spot del Ministero per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati tra i giovani.

-Centro Collaborativo World Health Organization e Osservatorio Nazionale Alcol

Sono state elaborate in collaborazione con l'Università di Toronto e con il WHO *Collaborating Center for Substance Abuse* le stime della prevalenza e incidenza della

mortalità alcolcorrelata in Italia totalmente e parzialmente alcol-attribuibili sulla base di frazioni di rischio alcol-attribuibili desunte dalle evidenze scientifiche disponibili.

Sono state aggiornate le informazioni utili alla ristampa di un opuscolo sui problemi di alcol e lavoro, in collaborazione con il Centro Alcologico Regionale di Firenze ed è stato avviato, in collaborazione e su invito formale dell'INRAN, un processo di ricognizione delle evidenze scientifiche relative al rischio alcolcorrelato in gravidanza e alla Sindrome feto-alcolica.

Attività di informazione e prevenzione da attuare a livello regionale

L'art. 9 della legge 125/2001 prevede che le Regioni e Province autonome programmino la realizzazione di interventi di prevenzione del danno alcolcorrelato, in coerenza con i principi della legge medesima e con gli indirizzi generali concordati con il Ministero della Salute in tale ambito, avvalendosi delle risorse previste nel Fondo sanitario nazionale per l'assistenza sanitaria. Per sostenere con adeguati strumenti le amministrazioni regionali nella realizzazione di tali interventi e promuovere l'attuazione di azioni mirate e di buone pratiche, favorendo l'avvio del Piano Nazionale Alcol e Salute, il Ministero della Salute ha interamente destinato a tali fini tutte le risorse ad hoc stanziati ai sensi della legge 125/2001 per l'anno finanziario 2006.

Per rafforzare il coordinamento delle Regioni e favorire l'assunzione di una più diretta responsabilità regionale nella gestione delle risorse stanziati, queste ultime sono state attribuite, d'intesa con la Commissione Salute per il coordinamento delle Regioni, alla Regione Friuli Venezia Giulia, in quanto Regione attualmente titolare del coordinamento tecnico delle Regioni per il settore alcolologico, su incarico della medesima Commissione Salute. Con tale Regione pertanto è stato attivato uno specifico accordo di collaborazione, per l'affidamento del ruolo di capofila per le attività di coordinamento e di gestione amministrativa finalizzati allo svolgimento di attività di informazione e prevenzione da parte delle Regioni e Province Autonome. Alla Regione Friuli V.G. sono stati pertanto assegnati compiti specifici per rafforzare il coordinamento delle Regioni sulle attività di informazione e prevenzione, monitorare e relazionare al Ministero della Salute sul programma e sulle attività che le Regioni realizzeranno, concordare con le stesse i criteri di riparto delle risorse attribuite e trasferire direttamente alle Regioni ed alle Province autonome, in relazione alle attività svolte, la rispettiva quota di risorse finanziarie da ripartire.

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

Successivamente all'entrata in vigore della legge 125/2001 il Ministero della Salute, per favorire il raggiungimento degli obiettivi enunciati dalla stessa legge, ha presentato al Fondo nazionale per la lotta alla droga, costituito ai sensi della legge 18.2.1999 n. 45, specifiche richieste di finanziamento per la realizzazione di alcuni progetti finalizzati al contrasto dell'abuso di alcol.

Sono stati approvati e finanziati n. 3 progetti, per la cui implementazione sono state identificate, tramite la Commissione di coordinamento delle Regioni, le Regioni interessate a partecipare e 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 questi aspetti e individuare le più diffuse tipologie di abuso e dipendenza da alcol nel nostro Paese nonché le correlazioni con le altre patologie, con i ricoveri ospedalieri e con le diverse 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.

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, gestiti dalle due Regioni capofila con i rispettivi piani di lavoro e finanziari per la realizzazione delle attività di competenza.

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 l'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.

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 territoriali 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.

Entrambi i sottoprogetti prevedono tre successivi stati di avanzamento, di cui sono stati completati, rispettivamente, i primi due (Regione Toscana) e il primo (Regione Lombardia).

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

(Finanziamento approvato: € 206.582,76)

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

Il progetto prevede inoltre una fase di formazione per mettere in grado gli operatori di gestire rapporti, anche limitati e a distanza, ma continui e attenti, con i singoli pazienti, e di interagire con le loro energie di autoregolazione e di cambiamento, cogliendo tutte

le possibilità presenti nell'ambito di un percorso pluriennale, dove la ricaduta è gestita quale momento critico ma non risolutivo del rapporto terapeutico.

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

Sono state finora realizzate le attività previste per il primo stato di avanzamento, 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.

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

(Finanziamento approvato: € 480.930,00)

Da tempo sta emergendo tra i giovani del nostro Paese una crescente diffusione del consumo di bevande alcoliche secondo modalità a rischio, con la conseguente necessità di adottare adeguate misure di prevenzione. 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 e sociale protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche.

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, con compiti di coordinamento delle altre Regioni partecipanti (Basilicata, Campania, Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Puglia).

Il progetto esecutivo elaborato dalla Regione Emilia Romagna per l'implementazione delle attività potenzia gli orientamenti del progetto-guida ministeriale, che intende promuovere modalità di ideazione e pianificazione partecipate e rappresentative delle diverse componenti interessate (giovani studenti, insegnanti, genitori, operatori sociosanitari pubblici e privati). In particolare la proposta progettuale prevede l'uso di

un approccio “dialogico-concertativo”, fondato sull’idea che per l’efficacia dell’azione preventiva è indispensabile la stimolazione dell’*empowerment* dei destinatari del progetto, che autonomamente mettono in gioco le proprie risorse.

Viene pertanto particolarmente valorizzato 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.

Gli obiettivi del progetto sono stati suddivisi in due macroaree, che riguardano rispettivamente

- 1) la ricognizione degli strumenti e interventi di prevenzione finora prodotti per il target giovanile e la rilevazione di atteggiamenti, comportamenti e situazioni che inducono i giovani all’abuso di alcol;
- 2) la costruzione e sperimentazione di un modello di intervento in grado di coinvolgere i giovani in modo attivo nella gestione delle attività di prevenzione in ambito scolastico.

In relazione agli obiettivi della macroarea n. 1, si è provveduto a realizzare un archivio bibliografico di fonte nazionale e internazionale (da pubblicare a conclusione del progetto), un censimento degli interventi di prevenzione realizzati finora nelle Regioni partecipanti nonché un’indagine, tramite somministrazione di apposito questionario a un campione significativo di studenti e insegnanti, per approfondire motivazioni e atteggiamenti che sottendono l’abuso di alcol da parte dei giovani.

In relazione agli obiettivi della macroarea n. 2, sono stati studiati i possibili modelli di azione da adottarsi ed è stato individuando quale modello ottimale, sulla base delle evidenze di efficacia certificate da importanti agenzie internazionali, il modello “*Behavioral-life-skills-focused*”.

A conclusione della ricerca-azione, anche con la collaborazione e il supporto delle Facoltà di Scienze della Formazione delle Università di Modena e Reggio, sarà elaborato il modello di intervento da utilizzare nella fase sperimentale.

Il progetto è attualmente nel suo terzo e conclusivo stato di avanzamento.

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

L’art. 6 del citato decreto-legge ha introdotto nuove norme volte a promuovere la consapevolezza dei rischi di incidente stradale in caso di guida in stato di ebbrezza.

In particolare viene introdotto l'obbligo per i titolari e i gestori dei locali ove si svolgono, con qualsiasi modalita' e in qualsiasi orario, spettacoli o altre forme di intrattenimento, congiuntamente all'attività di vendita e di somministrazione di bevande alcoliche, di esporre all'entrata, all'interno e all'uscita dei locali, apposite tabelle che riproducano, secondo i contenuti da definirsi con apposito decreto del Ministero della Salute :

-la descrizione dei sintomi correlati ai diversi livelli di concentrazione alcolemica nell'aria alveolare espirata;

-le quantità, espresse in centimetri cubici, delle bevande alcoliche più comuni che determinano il superamento del tasso alcolemico per la guida in stato di ebbrezza, pari a 0,5 grammi per litro, da determinare anche sulla base del peso corporeo.

Le tabelle sono finalizzate ad informare i frequentatori dei locali sugli effetti del consumo delle diverse quantità e tipologie di bevande alcoliche, per prevenire i danni alcolcorrelati e in particolare gli incidenti stradali.

Per la predisposizione del previsto decreto il Ministero della Salute ha costituito, con D.D. 19 ottobre 2007, un'apposita Commissione tecnica con il compito di assicurare la correttezza scientifica e la comprensibilità dei contenuti da inserire nelle tabelle, nonché di definire indicazioni utili ai gestori dei locali per favorire un uso quanto più diffuso ed efficace delle tabelle stesse.

In adesione ai principi sanciti dalla legge 125/2001, e in particolare dall'art. 2 punto c), nel decreto costitutivo della Commissione è stata sottolineata l'importanza strategica dell'emanando decreto ai fini della prevenzione dei danni sanitari e sociali alcolcorrelati, e in particolare degli incidenti stradali, nonché l'importanza di assicurare nelle previste tabelle, oltre alla qualità dei contenuti sul piano dell'evidenza scientifica, anche la comprensibilità e fruibilità da parte di un numero quanto più ampio possibile di utenti.

Nel corso degli ultimi due mesi del 2007 si sono svolte le prime riunioni della Commissione, nell'ambito delle quali sono stati definiti alcuni principi guida da tenere presenti per la definizione dei contenuti delle tabelle:

- anche un'alcolemia considerata bassa può avere, in particolare per alcuni soggetti e in determinate condizioni, effetti concreti sulla guida; pertanto va sottolineato che solo un tasso alcolemico pari a zero può essere considerato veramente sicuro per la guida;

-una stima adeguata del tasso alcolemico derivante dalla assunzione di una determinata quantità di bevanda alcolica deve tener conto non solo del peso corporeo del consumatore (come prevede la legge 160/2007) ma anche di molte altre variabili, fra le quali sono da considerare imprescindibili il sesso e le condizioni dello stomaco (pieno o digiuno). Tenuto conto delle molteplici variabili che possono influenzare il livello individuale di alcolemia, appare indispensabile contemplare nelle tabelle specifiche avvertenze per informare i consumatori che è impossibile calcolare con precisione la quantità esatta di alcol da assumere senza superare il limite legale di alcolemia e che, di conseguenza, il comportamento più sicuro per prevenire incidenti alcolcorrelati è l'astensione dal bere quando si prevede di dover guidare un qualsiasi tipo di veicolo.

2.6. La partecipazione alle politiche internazionali

Il Ministero della Salute ha partecipato nel corso del secondo semestre 2006 e nel corso del 2007 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 corso del 2007 il Ministero ha garantito, tramite le competenze dell'Osservatorio Nazionale del Centro Nazionale di Epidemiologia (CNESPS) presso l'ISS, *National Counterpart* governativo, deputato alla consulenza in merito all'*alcohol policy* e alle tematiche alcolcorrelate, la partecipazione dell'Italia alle attività della Commissione Europea dedicate all'implementazione di una Strategia comunitaria sull'alcol e della Risoluzione del Parlamento Europeo per l'attuazione di una Strategia comunitaria tesa a ridurre l'impatto sociale e sanitario dell'alcol nella popolazione generale.

Tale partecipazione è stata espressa nell'ambito degli organi formali della Commissione ed in particolare nel Gruppo di lavoro "*Alcol e salute*" e nel nuovo "*Committee on National Alcohol Policy and Action*", insediato presso la Direzione Generale Salute e Tutela dei Consumatori della Commissione europea (DG SANCO).

Le attività di monitoraggio relative all'attuazione di iniziative e politiche di prevenzione da parte degli Stati Membri sono state curate per l'Italia dall'Osservatorio nazionale Alcol e sono oggetto di pubblicazione sul sito di *Public Health* sotto forma di tabelle di monitoraggio periodico concordate a livello europeo (*Overview of Member States policies aimed at reducing alcohol-related harm: Italy*-http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/italy_en.pdf).

Un contributo significativo è stato dedicato alla partecipazione alle attività sottoindicate.

- Attività epidemiologiche, di prevenzione e di monitoraggio a livello europeo ed internazionale per indicatori (*Alcohol Control Database* e *European Community Health Indicators for Monitoring, ECHIM*). Il monitoraggio per indicatori è stato garantito attraverso l'attiva rete di collaborazioni tecnico-scientifiche dell'ISS che assicurano l'*expertise* richiesto per l'*assessment* e l'aggiornamento periodico e continuo delle basi di dati informativi nazionali previste dal Sistema Europeo Informativo sull'Alcol (EIAS) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (*Alcohol Control Database*; <http://data.euro.who.int/alcohol/Default.aspx?TabID=2421>).

- Definizione degli obiettivi di campagne di informazione/sensibilizzazione di valenza e priorità europee attraverso la partecipazione *all'European Forum on Alcohol* istituito nel 2007 a Bruxelles.

- Identificazione di strategie di diagnosi precoce e di intervento breve (Progetto PHEPA) per la riduzione del rischio e del danno alcol-correlato attraverso l'adozione di programmi rivolti alla formazione del personale socio-sanitario sulle tematiche alcolcorrelate e per l'integrazione nelle attività professionali quotidiane delle procedure di identificazione precoce e intervento breve specifiche dei progetti PRISMA e PHEPA II (www.phepa.net).

Tali progetti hanno definito le "*Linee Guida Cliniche per l'identificazione precoce dell'abuso alcolico*", pubblicate dall'ISS in italiano e sui siti web europei (http://www.gencat.net/salut/phepa/units/phepa/doc/cg_italy.doc) e internazionali

(<http://www.who-alcohol-phaseiv.net/italy.htm>;
www.who.int/substance_abuse/publications/en/italy.pdf).

L'Head Quarter di Ginevra dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha designato, nel corso del 2006, l'Osservatorio Nazionale Alcol - Centro di collaborazione dell'O.M.S. per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcolcorrelati - quale membro del gruppo tecnico di consultazione "*Assessment of Prevention and Treatment Systems for Substance Use Disorders*" che ha avviato le attività per la valutazione internazionale dei sistemi di prevenzione e trattamento relativi alle dipendenze da droghe e all'alcolismo.

Le attività di prevenzione e di comunicazione del Ministero sono state oggetto di presentazione da parte del Centro OMS per la ricerca sull'alcol dell'ISS nel corso di "expert meeting" formali svoltisi a Ginevra (http://www.who.int/substance_abuse/activities/stakeholders_alcohol/en/index.html), nonché di proposte operative da acquisire nell'ambito della futura strategia internazionale dell'OMS in corso di predisposizione e oggetto dell'Assemblea Mondiale della Sanità (maggio 2007), a cui il Ministero ha partecipato attraverso una sua delegazione tecnico-scientifica, contribuendo alla definizione della Risoluzione riguardante una strategia internazionale sull'alcol.

Sul sito del WHO di Ginevra è stato pubblicato il *report* dell'esperienza conclusa nel 2006 del WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems in Primary Health Care (*report* italiano alle pagine 145-171: http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf).

Un'attenzione particolare 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.

In relazione a tali temi, in collaborazione con il Centro di collaborazione dell'O.M.S. per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcolcorrelati dell'Istituto Superiore di Sanità, il Ministero della Salute ha organizzato e finanziato nell'aprile 2007 l'Alcohol Prevention Day (APD), che ha coinvolto i rappresentanti formali della Commissione Europea (DG SANCO) e dell'OMS di Ginevra.

Nell'ambito di tale iniziativa, attraverso una collaborazione tra il *Research Institute for Public Health and Addiction, Zurich, Switzerland (WHO Collaborating Centre on Substance Abuse)*, il *Centre for Addiction and Mental Health, University of Toronto, Canada* e l'Osservatorio Nazionale Alcol, è stato realizzato un *report* sulla mortalità alcolcorrelata in Italia (<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/adp07.asp>).

Il Ministero della Salute ha promosso anche per il 2007 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 2007 è stimata in circa 479.291 Euro, con un incremento del 7,4% rispetto all'anno precedente (tab. 1).

Il farmaco maggiormente prescritto è il Disulfiram, con 1.018.931 prescrizioni che rappresentano circa l'89% del totale effettuato (tab. 2).

Tabella 1 Spesa farmaceutica convenzionata
(tramite le farmacie aperte al pubblico)

Molecola	N° confezioni in commercio	Spesa convenzionata SSN			
		2006	2007	var assoluta	var %
Naltrexone	8	317.808	313.829	-3.979	-1,3%
Disulfiram	2	127.358	164.739	37.381	29,4%
Metadossina	3	977	723	-254	-26,0%
Totale	13	446.142	479.291	33.149	7,4%

Tabella 2 Dosi prescritte farmaceutica convenzionata
(tramite le farmacie aperte al pubblico)

Molecola	N° confezioni in commercio	N° dosi prescritte			
		2006	2007	var assoluta	var %
Disulfiram	2	1.017.956	1.018.931	975	0,1%
Naltrexone	8	120.769	123.355	2.587	2,1%
Metadossina	3	1.310	980	-330	-25,2%
Totale	13	1.140.034	1.143.266	3.232	0,3%

* 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 2007 in circa 4 milioni di Euro (tab. 3), con un decremento rispetto all’anno 2006 del 20 %. Il farmaco maggiormente utilizzato è il sodio ossibato (ALCOVER®), il quale rappresenta circa il 95 % delle confezioni prescritte (tab. 4).

Tabella 3 Spesa farmaceutica non convenzionata
(strutture pubbliche)

Molecola	Spesa non convenzionata			
	2006	2007	var assoluta	var %
Sodio ossibato	4.469.550	3.611.223	-858.327	-19,2%
Disulfiram	268.393	288.627	20.234	7,5%
Naltrexone	229.191	86.662	-142.529	-62,2%
Metadossina	70.277	20.750	-49.527	-70,5%
Totale	5.037.411	4.007.262	-1.030.149	-20,%

Tabella 4 N° confezioni prescritte farmaceutica non convenzionata
(strutture pubbliche)

Molecola	N° confezioni			
	2006	2007	var assoluta	var %
Sodio ossibato	1.819.072	1.568.581	-250.491	-13,8%
Disulfiram	40.409	41.327	918	2,3%
Naltrexone	21.339	17.365	-3.974	-18,6%
Metadossina	14.121	14.654	533	3,8%
Totale	1.894.941	1.641.927	-253.014	-13,4%

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 2007 in circa 4,5 ml di Euro, ed ha evidenziato un decremento del 18,1 % rispetto all’anno 2006. 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 l’89,3 % 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.
2006	446.142	5.037.411	5.483.553	8,1%	91,9%
2007	479.291	4.007.262	4.486.552	10,7%	89,3%

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

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

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

La composizione della Consulta attualmente operante è stata stabilita con Decreto del Ministro della Solidarietà Sociale in data 18 ottobre 2006.

L'organizzazione dei lavori della Consulta nel corso del 2006 e 2007 ha previsto il funzionamento di n. 4 gruppi di lavoro per la trattazione e approfondimento dei seguenti temi:

- alcol e stili di vita;
- educazione, prevenzione e trattamento;
- legge 125/2001 e conferenza nazionale alcol;
- alcol, guida e lavoro.

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

Si riportano di seguito due documenti in tema, rispettivamente, di pubblicità di prodotti alcolici e di alcol e guida, formalmente approvati dalla Consulta e fatti pervenire dalla Segreteria della Consulta ai fini della presente Relazione al Parlamento.

GRUPPO DI LAVORO “PREVENZIONE, EDUCAZIONE E TRATTAMENTO”

DOCUMENTO “RIPENSARE LE POLITICHE DI CONTROLLO DELLA PUBBLICITÀ’ E DELLE STRATEGIE DI MARKETING DELLE BEVANDE ALCOLICHE”

1. Situazione in Europa

In quasi tutti i Paesi europei la pubblicità delle bevande alcoliche è regolata dalla combinazione di disposizioni di legge (statutory) e codici di autoregolamentazione (non-statutory). In termini generali, le disposizioni legislative e i codici di autoregolamentazione tengono poco conto delle sofisticate pratiche promozionali rivolte a gruppi specifici di popolazione, in particolare i giovani, e dell'evoluzione della tecnologia informatica per quanto riguarda le opportunità promozionali. Il marketing delle industrie di bevande alcoliche, molte delle quali rappresentano realtà globali multinazionali, utilizza canali diversi (radio, televisioni, eventi sportivi e musicali, siti internet e telefoni cellulari) e modalità diverse (pubblicità, sponsorizzazioni, pubblicizzazione del marchio attraverso la commercializzazione di altri beni di consumo).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato da tempo la necessità di proteggere i minori e i giovani dai messaggi promozionali di bevande alcoliche. Nel 1995 la Carta Europea sull'alcol, sottoscritta da tutti gli Stati Membri della Regione Europea, stabiliva che “tutti i bambini e gli adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dagli effetti negativi che possono derivare dal consumo di alcol e, per quanto possibile, dalla pubblicità di bevande alcoliche”. Anche tra gli obiettivi individuati nella Dichiarazione di Stoccolma su Alcol e Giovani del 2001 si fa riferimento alla necessità di ridurre al minimo le pressioni esercitate sui giovani per indurli al consumo di bevande alcoliche in termini di promozioni, pubblicità, e ogni altra forma di strategia di marketing.

Pur rientrando nella sfera della raccomandazioni, che non obbligano gli Stati Membri all'adeguamento, il documento del Consiglio d'Europa del giugno 2001 (2001/458/EC) affronta nuovamente il tema della promozione delle bevande alcoliche nell'ottica della protezione dei giovani e dei minori.¹

¹ I documenti europei sopracitati sono consultabili sul sito www.epicentro.iss.it

1.1 Il sistema francese

La legislazione francese (Loi Evin 1991) rappresenta un'eccezione nel quadro della situazione europea, in quanto non fa dipendere prevalentemente la pubblicità di bevande alcoliche dai codici di autoregolamentazione, ma la violazione della norma è direttamente controllata dalla legge. Oltre alla chiara definizione di bevanda alcolica (contenuto di alcol superiore a 1.2%), la legge identifica i luoghi e i media nei quali la pubblicità è consentita: nessuna pubblicità rivolta ai giovani, divieto totale nelle tv e nei cinema, nessuna sponsorizzazione di eventi culturali o sportivi, messaggi pubblicitari consentiti solo nelle pubblicazioni per adulti, nei canali radiofonici (ma con precise limitazioni), o in occasione di eventi o luoghi particolari quali fiere del vino e manifestazioni analoghe. Nei casi in cui la pubblicità è consentita, la Loi Evin impone restrizioni precise riguardo al contenuto: in particolare i messaggi e le immagini devono riferirsi esclusivamente alle qualità del prodotto quali la gradazione, l'origine, la composizione, i mezzi di produzione e le modalità di consumo. Ogni pubblicità deve contenere il messaggio "l'abuso di alcol è pericoloso per la salute".

Dal 1991, più di 20 pubblicità sono state portate in tribunale per il giudizio di legittimità, soprattutto da parte di organizzazioni non governative, e di queste solamente 2 sono state giudicate legittime. Gli effetti della Loi Evin si sostanziano in un reale cambiamento del linguaggio della pubblicità di bevande alcoliche che ha perso la tradizionale caratteristica seduttiva e che ha spostato il focus dalle immagini dei consumatori di bevande alcoliche alla valorizzazione del prodotto in se stesso. Se gli effetti quantitativi della legge in termini di variazione dei consumi e di riduzione dei danni alcolcorrelati sono difficili, se non impossibili, da valutare, dal punto di vista simbolico la regolamentazione imposta della Loi Evin ha eliminato l'uso del messaggio pubblicitario volto a rafforzare le idee preconcepite legate al consumo di bevande alcoliche che facevano riferimento al successo personale, sessuale e sociale.

Dal punto di vista dell'effetto globale, la regolamentazione della pubblicità deve essere considerata come parte importante di una strategia più generale di prevenzione, i cui effetti sulle giovani generazioni potranno essere misurati tra alcuni decenni. La legge ha corretto efficacemente gli eccessi nella forma e nei contenuti dei messaggi pubblicitari, e rappresenta un contributo essenziale all'interno di uno sforzo preventivo coerente che includa anche altre politiche alcolologiche.¹

La Corte Europea di Giustizia si è pronunciata nel 2004 a favore della Loi Evin, dichiarando che la legislazione francese ottiene l'obiettivo di proteggere la salute pubblica e che è innegabile che la pubblicità agisca come incoraggiamento al consumo.²

1.2. L'autoregolamentazione della pubblicità

I codici di autoregolamentazione, in quanto tali, sono sistemi volontari realizzati dal mondo pubblicitario, dai media e dai produttori di bevande alcoliche. Ad oggi non vi sono evidenze scientifiche che dimostrino l'efficacia dei sistemi di autoregolamentazione. Le esperienze nei vari paesi (emblematico il caso italiano della pubblicità della DriveBeer) suggeriscono che questi sistemi volontari non sono in grado di evitare i messaggi pubblicitari che hanno un forte impatto sui giovani. Il contenuto di questi messaggi produce un aumento degli atteggiamenti positivi dei giovani nei confronti dell'alcol, oltre che accrescere le loro aspettative rispetto al consumo di alcol e agli effetti che questo può avere nella loro vita. Esistono inoltre studi che dimostrano che anche la quantità di messaggi pubblicitari ai quali i giovani vengono sottoposti gioca un ruolo importante, in termini di aumento della probabilità di consumo, di quantità di alcol consumato in generale e di quantità di unità alcoliche consumate in un'unica occasione.

I codici di autoregolamentazione, perciò, sembrano essere in grado di funzionare solamente nella misura in cui vi sia una forma di controllo e di monitoraggio continuo e credibile della regolamentazione da parte di una agenzia governativa.³

¹ Rigaud, A. & Craplet, M The "Loi Evin". A French exception (paper presented at EURO CARE Bridging the Gap Conference, Warsaw 2004)

² <http://curia.eu.int/en/actu.communique.index.htm>

³ Anderson, P. & Baumberg, B. (2006) Alcohol in Europe: a public health perspective.

2. La situazione in Italia¹

In Italia la pubblicità di alcol è regolamentata da norme contenute in 4 testi legislativi e due codici di autoregolamentazione. In particolare, la legge 327 del 1991 ha applicato la direttiva europea Television Without Frontiers che fa esplicito riferimento ai limiti della pubblicità dell'alcol. Successivamente la legge 125 del 2001 Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati nell'art. 13 ha esteso l'applicazione della direttiva europea a tutti i mezzi di comunicazione. La legge prevede:

- 1. L'adozione di un codice di autoregolamentazione da parte di emittenti radiotelevisive, agenzie pubblicitarie, e rappresentanti della produzione*
- 2. Il divieto per le pubblicità di bevande alcoliche e superalcoliche:
 - a) all'interno di programmi rivolti ai minori e nei 15 minuti precedenti e successivi*
 - b) che attribuisca efficacia o indicazioni terapeutiche*
 - c) che rappresenti minori intenti al consumo di alcol.**
- 3. Il divieto della pubblicità di bevande alcoliche e superalcoliche nei luoghi frequentati prevalentemente dai minori di 18 anni di età*
- 4. Il divieto della pubblicità radiotelevisiva di bevande superalcoliche nella fascia oraria dalle 16 alle 19*
- 5. Il divieto della pubblicità di bevande superalcoliche:
 - a) sulla stampa destinata ai minori;*
 - b) nelle sale cinematografiche in occasione della proiezione di film destinati ai minori.**

Le multe variano da 2.500 a 10.000 euro per produttori, responsabili dei mezzi di comunicazione, giornali e proprietari di cinema.

I limiti dell'art. 13 della legge 125 possono essere così sintetizzati:

- la difficoltà di individuare i luoghi prevalentemente frequentati dai minorenni;*
- la limitazione del divieto alle sole bevande superalcoliche negli artt. 4 e 5;*
- la fascia oraria pomeridiana per il divieto, che si riferisce a comportamenti giovanili nei confronti della televisione ampiamente superati;*
- la totale assenza di riferimenti a promozioni e sponsorizzazioni di eventi culturali, sportivi e musicali;*
- l'irrisorietà delle sanzioni economiche per le infrazioni delle regole e la loro difficile applicazione;*
- l'assenza di indicazioni circa il tempo necessario prima che intervenga la sospensione del messaggio;*
- l'assenza di una prospettiva più ampia che faccia riferimento alle sofisticate pratiche promozionali rivolte a gruppi specifici di popolazione, in particolare i giovani, e che tenga conto dell'evoluzione della tecnologia informatica per quanto riguarda le opportunità promozionali.*

E' difficile misurare l'efficacia della regolamentazione esistente, in quanto l'aderenza della pubblicità di bevande alcoliche alle norme legislative e ai codici di autoregolamentazione non è stata materia di ricerca sistematica a livello nazionale. Anche le ricerche dell'Osservatorio di Pavia sulla pubblicità televisiva non dedicano particolare attenzione alla promozione delle bevande alcoliche.

Diversi organismi sono titolari di competenza rispetto ai reclami: la Magistratura ordinaria, l'Autorità per le Comunicazioni, l'Autorità per l'Antitrust e l'Istituto di Autoregolamentazione Pubblicitaria. Lo IAP è di fatto l'organismo che raccoglie la maggior parte delle istanze di reclamo, ma è composto prevalentemente da rappresentanti dei produttori e dei pubblicitari. Pertanto i giudizi di violazione sono condizionati da forti elementi di soggettività e non rispecchiano gli elementi dei messaggi pubblicitari percepiti soprattutto dalle giovani generazioni: l'induzione di sensazioni di maggior divertimento, la percezione di maggiore fiducia in se stessi e di riduzione dello stress, le aspettative di successo sociale, relazionale e sessuale.

¹ L'analisi della situazione italiana qui riportata è prevalentemente tratta dalla ricerca italiana contenuta nel progetto europeo ELSA - Enforcement of National Laws and Self-Regulation on Advertising and Marketing of Alcohol in fase di conclusione (partner italiani: E. Scafato Istituto Superiore di Sanità, F. Beccarla, Eclectica; T. Codenotti, Ass. Eurocare Italia).

3. Proposte di modifica e integrazioni dell'attuale normativa

Ribadendo con chiarezza che una efficace regolamentazione e un monitoraggio continuo della pubblicità e delle strategie di marketing delle bevande alcoliche può costituire solo una parte di una strategia più complessa di prevenzione, si ritiene tuttavia necessario proporre alcune modifiche all'attuale normativa, soprattutto alla luce della maggiore tutela dei minori e dei giovani adulti. Essi sembrano essere più esposti alle suggestioni dei messaggi promozionali, e in questo senso i dati sull'abbassamento dell'età di iniziazione all'alcol e sulle modalità di consumo (binge drinking) indicano la necessità di agire. Recentemente il presidente del Royal College of Physicians di Londra Ian Gilmore si è espresso in favore del bando totale della pubblicità di bevande alcoliche, comprese le sponsorizzazioni degli eventi sportivi, proprio per cercare di affrontare le conseguenze della cultura del binge drinking.¹

- **Pubblicità delle bevande alcoliche in TV**

Nel dibattito sulla limitazione delle fasce orarie, posto che i minori e i giovani assistono ai programmi televisivi in diversi momenti della giornata, l'indicazione dell'ora in cui porre fine al divieto dovrebbe orientarsi verso le 23 o le 24, ma a condizione di intervenire anche sugli aspetti dei contenuti dei messaggi pubblicitari. Il bando totale di pubblicità televisive sul modello francese potrebbe costruire il superamento delle difficoltà di identificare fasce orarie più o meno a rischio.

- **Ampliamento del concetto di pubblicità a tutto il sistema delle promozioni dirette e indirette**

Si ritiene necessario individuare un sistema di regolamentazione anche nei confronti delle sponsorizzazioni di eventi, delle promozioni e del sistema di marketing attraverso siti internet e telefonia cellulare.

- **Individuazione di un'unica autorità competente per i reclami**

L'organismo a cui inoltrare i reclami per la violazione della norma deve essere unico e totalmente indipendente da coloro che sono portatori di palese conflitto di interesse. Quindi sarebbe auspicabile identificarlo nell'Autorità delle Comunicazioni o l'Antitrust, che rispetto allo IAP forniscono adeguate e maggiori garanzie di istituzionalità e indipendenza. Inoltre, le procedure dovrebbero essere semplici e chiare, e le sanzioni rivalutate non solo in termini economici. Si può anche ipotizzare un fondo costituito da una percentuale degli introiti derivati dalle sanzioni per programmi di prevenzione, educazione e cura dei problemi alcol correlati. E' importante la presenza di norme chiare, ma soprattutto è centrale la loro applicazione e implementazione. In questo senso risulta fondamentale attivare anche un sistema di monitoraggio.

- **Precisazioni dei contenuti della pubblicità degli alcolici**

Si propone di adottare il modello della Loi Evin che supera ogni possibilità di interpretazione soggettiva, di equivoci o manipolazioni rispetto ai messaggi che possono essere veicolati. Pertanto il messaggio deve solamente focalizzare il prodotto in se stesso, e limitare i riferimenti alle qualità tecniche e alle caratteristiche dei prodotti, senza alcuna allusione deduttiva legata a situazioni, comportamenti e stili di vita associati al consumo di alcol.

4. Conclusioni

Premessa

Nell'analisi di un nuovo articolato è necessario superare e rimuovere la distinzione tra bevande alcoliche e superalcoliche.

Modifiche, proposte, integrazioni a partire dall'art. 13 L. 125/2001

Comma 1

Risulta necessaria l'integrazione della normativa esistente, verificata la persistenza di contenuti e messaggi relativi a tutte le bevande alcoliche palesemente in contrasto con il dettato legislativo. Si valuta dunque come l'applicazione delle norme contenute in tale comma sia parzialmente inadeguata a garantire il livello di protezione dalle pressioni al consumo ed in particolare non conforme alla direttiva europea

¹ www.thisislondon.co.uk (23.02.07)

sulle modalità perseguite nella promozione delle bevande alcoliche stesse ed alle recenti indicazioni contenute nel documento *Guadagnare Salute* dell'omonimo Ministero.

L'adozione del codice di autoregolamentazione allo stato non sembra garantire un costante, continuo ed efficace controllo sulle modalità e sui contenuti dei messaggi pubblicitari, specie in ordine alla ricaduta tanto sulle fasce deboli quanto sulla popolazione generale.

Comma 2

a) Sembrano superati i presupposti collegati al comportamento prevalente di fruizione del mezzo televisivo da parte dei minori nelle fasce orarie indicate dalla normativa vigente.

b) L'infrazione reiterata appare proprio quella che prevede la rappresentazione di bevande alcoliche in termini di successo e performance. Pertanto si ritiene consequenziale la proposta di focalizzare il messaggio pubblicitario esclusivamente sulle qualità del prodotto e non sull'assunzione o sui consumatori dello stesso.

Commi 3 e 5

E' indispensabile rafforzare a tale riguardo i controlli e garantire l'applicazione delle sanzioni, in particolare nei pubblici esercizi e nei luoghi di aggregazione giovanile (comprese le manifestazioni musicali e sportive). Analogamente a quanto accade per il controllo e la distribuzione dei diritti d'autore, vi devono essere documenti di autodichiarazione dei gestori delle sale cinematografiche e degli organizzatori di eventi e spettacoli che prevedano la presenza di minori, che forniscano chiare indicazioni sull'assenza di messaggi pubblicitari sull'alcol, nell'ambito delle programmazioni e dello svolgimento degli eventi stessi.

Comma 4

L'individuazione di un orario specifico di fruizione radiotelevisiva da parte di minori e dei giovani è oggi una operazione irrealistica e improponibile pure perché in continua evoluzione. Si ripropone a tal riguardo la scelta del modello francese che supera ogni ambiguità e prevede il bando della pubblicità televisiva delle bevande alcoliche.

Comma 6

Le sanzioni devono essere applicate a tutti i commi, incrementate e aggiornate da un punto di vista pecuniario ed amministrativo. Si propone inoltre di prevedere una quota della sanzione da destinare alla costituzione di un fondo utile a promuovere iniziative di promozione della salute in campo alcologico.

Al tempo stesso sarà necessario provvedere ad una corretta informazione della popolazione affinché siano note le modalità di ricorso all'Autorità della Comunicazione in presenza di palesi violazioni del dettato legislativo.

Ulteriori integrazioni normative

-Come auspicato nel citato documento *Guadagnare salute* si prevede l'obbligo di inserire su etichette e stampati che accompagnano le bevande alcoliche, accanto alla descrizione delle caratteristiche del prodotto, un breve messaggio di avvertenza sui possibili danni indotti dal consumo delle bevande medesime in gravidanza, nei minori, in prossimità di tutte le prestazioni che richiedono vigilanza, in concomitanza dell'assunzione di farmaci.

-Viene fatto divieto di promuovere il consumo di bevande alcoliche attraverso sms, mms, mail o altri strumenti di comunicazione per i quali non è possibile preliminarmente definire la certezza del destinatario.

-Si introduce una addizionale di tassa sulla vendita delle bevande alcoliche pari all'1% da destinare a progetti di intervento e ricerca per la prevenzione dell'alcoldipendenza. Analogamente si aggiunge un'imposta del 10% sulla pubblicità ad analogo finalità.

Ulteriori proposte

-Istituire presso Il Ministero degli Interni un Centro Nazionale per il contrasto della pubblicità ingannevole veicolata da radio, televisione, carta stampata, internet e telefonia mobile, relativa alle bevande alcoliche.

Il compito del Centro è di raccogliere tutte le segnalazioni provenienti anche dagli organi di polizia. Il Centro si avvale delle risorse umane, strumentali e finanziarie esistenti.

I fornitori di reti pubbliche di comunicazione, al fine di impedire l'accesso ai siti segnalati dal centro e che violano le norme della 125/01 riguardo alla pubblicità e l'alcol, sono obbligati ad utilizzare gli strumenti di filtraggio e le relative soluzioni tecnologiche.

-Limitare e rendere meno accessibili quelle informazioni, rese per via telematica, in grado di intaccare lo sviluppo della personalità del minore e indurre il consumo di bevande alcoliche; allo stesso tempo incentivare la conoscenza ed il buon uso della rete INTERNET.

Quanto al primo scopo, la proposta introduce alcuni divieti (la cui violazione è punita con una ammenda amministrativa) relativi all'istituzione di siti internet, i cui contenuti siano finalizzati direttamente o indirettamente alla divulgazione e alla pubblicizzazione di bevande alcoliche in ambito minorile.

Si individuano una serie di obblighi in capo ai fornitori di servizi di comunicazione e informazione offerte mediante rete elettronica, tenuti a promuovere tra gli utenti o abbonati la conoscenza di programmi in grado di schermare l'accesso ai siti che non tutelano la sicurezza dei minori ed a fornire assistenza per la loro installazione.

-Vietare la diffusione di messaggi pubblicitari che incentivano al bere attraverso la telefonia cellulare di terza generazione. Istituire una forma di controllo della pubblicità che viene inviata dai gestori di telefonia mobile a mezzo MMS o SMS, in modo da tutelare gli eventuali minori che ne prendono visione.

*-Istituire un gruppo di controllo che faccia riferimento al Ministero delle Politiche giovanili e attività sportive che controlli la pubblicità ingannevole relativa all'alcol che viene veicolata attraverso il mondo dello sport e delle manifestazioni musicali. (Vedi Legge Regione Toscana 28/2005, art. 42 comma 4) **

** ARTICOLO 42 (Esercizio dell'attività)*

1. Gli esercizi di somministrazione di alimenti e bevande sono costituiti da un'unica tipologia così definita: esercizi per la somministrazione di alimenti e bevande. Tali esercizi possono somministrare anche le bevande alcoliche di qualsiasi gradazione.

2. L'attività di somministrazione di alimenti e bevande è esercitata nel rispetto delle vigenti norme in materia igienico-sanitaria, di edilizia, di urbanistica, di sicurezza e di destinazione d'uso dei locali.

3. Gli esercizi di cui al comma 1 hanno facoltà di vendere per asporto i prodotti che somministrano, senza necessità di ulteriori titoli abilitativi.

4. La somministrazione di bevande alcoliche di qualsiasi gradazione non è consentita negli esercizi operanti nell'ambito di impianti sportivi, fiere, complessi di attrazione dello spettacolo viaggiante installati con carattere temporaneo, nonché nell'ambito di manifestazioni sportive o musicali all'aperto.

GRUPPO DI LAVORO "ALCOL GUIDA E LAVORO"

DOCUMENTO "ALCOL E GUIDA"

*Consulta Nazionale sull'Alcol e sui Problemi Alcolcorrelati
Ministero della Solidarietà Sociale
Gruppo di lavoro "Alcol Guida e Lavoro"*

Documento su Alcol e Guida

1. Definire che il 50% della sanzione amministrativa comminata per la violazione all'articolo 186 (del Codice della Strada) sia destinata ai Comuni (vedi altre sanzioni: eccesso di velocità) e che questi introiti vengano finalizzati.

Potenziamento del sistema di vigilanza e di controllo in base alle caratteristiche ed alle modalità di consumo del territorio; potenziamento delle azioni educative e preventive, anche di quelle gestite da parte del sistema profit nella gestione del tempo libero.

2. Azione repressiva efficace solo se accompagnata da un preciso piano educativo omogeneo su tutto il territorio nazionale, ratificato da un Accordo Stato-Regioni.

Obbligo alla partecipazione a corsi a valenza educativa accreditati presso strutture pubbliche e del privato sociale che svolgono funzione di prevenzione, cura e riabilitazione di problemi alcolcorrelati per tutti coloro che sono incorsi in violazione dell'art. 186; predisporre il recupero di una parte dei punti

persi con la frequenza ai gruppi educativi che già si tengono in molte regioni presso i Servizi di Alcologia.

3. Definizione di un protocollo omogeneo in tutte le Commissioni Medico Locali Patenti per gli accertamenti di idoneità alla guida a seguito della violazione della norma, con il coinvolgimento dei servizi di Alcologia.

Le procedure del funzionamento delle Commissioni medico-provinciali per le patenti presentano una variabilità molto difforme su tutto il territorio nazionale e urge la necessità di definire degli standard nazionali, riassumibili in un protocollo unico, al fine di garantire un approccio uniforme nelle diverse province e regioni d'Italia in modo da regolamentare esami clinici e visita medica, sanzioni, sospensioni, partecipazione ai corsi educativi, invio per accertamenti ai servizi specifici, costi per l'utente. Con la legge 30 marzo 2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati" è stata istituita la presenza di un medico alcolologo nella Commissione, norma generalmente non applicata. È comunque utile definire un'integrazione formale della collaborazione tra Commissione patenti e servizi pubblici o privati accreditati con competenza in materia di sostanze psicotrope lecite ed illecite. Coinvolgimento del Ministero dei Trasporti a cui fanno riferimento le CMLP, per l'individuazione di criteri omogenei.

4. Aumento del numero dei controlli da parte delle Forze dell'ordine

Urge il potenziamento del sistema dei controlli sulle strade. È fondamentale aumentare la percezione delle probabilità di essere colti alla guida dopo aver usato alcol oltre i limiti stabiliti o altre sostanze psicotrope, senza dimenticare gli psicofarmaci come ad esempio le benzodiazepine legalmente prescritte, in modo da favorire una maggiore diffusione della cultura dell'autocontrollo. Nella prospettiva di un aumento dei controlli per la guida in stato di ebbrezza, sarebbe opportuno allargare la possibilità di verifica e di sanzione, oltre che agli etilometri omologati, anche attraverso i test del palloncino condotti casualmente sulla popolazione dei guidatori, i cosiddetti "mezzi precursori" (random breath tests). Il potenziamento va condotto nell'arco dell'intera giornata e non solo nella fascia oraria mezzanotte-sei del mattino, con l'obiettivo di un controllo trasversale per territori e per tutte le classi di età (discoteche, pub e luoghi del divertimento notturno giovanili, ma anche ristoranti, fiere, ecc.).

5. Attivazione di programmi specifici

È necessaria l'attivazione di programmi specifici di trattamento e vigilanza per:

- recidive;
- persone con livelli accertati di alcolemia superiori a 1.5g/l;
- policonsumo di sostanze;
- patenti superiori.

Per tali gruppi a maggior rischio è bene introdurre un limite differenziato di alcolemia pari a 0 oppure a 0.2g/l.

6. Azioni comunitarie correlate

- a) Vietare la vendita e la somministrazione delle bevande alcoliche nell'arco delle intere 24 ore in tutta la rete autostradale e delle strade a grande comunicazione (superstrade).
- b) Maggior controllo da parte dei Comuni sull'accesso alle bevande alcoliche, sulla densità delle rivendite, sulle modalità di vendita e di commercializzazione delle bevande alcoliche.
- c) Maggior controllo e riduzione dell'accesso all'alcol dei minori, attraverso corsi di sensibilizzazione rivolti ai gestori per il rispetto del divieto di somministrazione sotto i 16 anni. Introduzione del divieto di vendita ai minori di 16 anni e relativa sensibilizzazione dei rivenditori, superando così l'attuale contraddizione che vede il divieto della somministrazione ma non della vendita.

- d) *Introiti delle sanzioni amministrative derivanti dalla violazione dell'art. 186 agli enti locali, con obbligo di destinazione d'uso per sostenere programmi di prevenzione della guida in stato di ebbrezza.*

Decreto legge 3 agosto 2007 n. 117 (Decreto Bianchi)

Punti critici

In generale, il rischio è un inasprimento delle sanzioni solo teorico che non trova applicazione a causa della mancanza di controlli.

In particolare:

- a) *Nessuna differenziazione delle sanzioni e del livello di alcoemia per neopatentati e patenti superiori (vedi provvedimento della Germania su alcoemia zero per i minori di 21 anni) ed alcoemia zero per le patenti superiori. Inoltre dovrebbe essere vietata la detenzione di bevande alcoliche all'interno del veicolo finalizzate al consumo personale, a meno che, ovviamente, non siano oggetto di trasporto a scopo commerciale.*
- b) *Rifiuto di sottoporsi all'accertamento: depenalizzazione (solo sanzione amministrativa).*
- c) *Guida in stato di ebbrezza e incidente mortale: omicidio colposo o volontario?*

PARTE SECONDA

5. I servizi alcologici e l'utenza dopo l'emanazione della legge 30.3.2001 n. 125. **Anno 2006**

5.1. Il personale dei servizi

Al 31.12.2006 sono stati rilevati 455 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza distribuiti in 20 Regioni: il 94,9% sono di tipo territoriale, il 2,9% di tipo ospedaliero, l'1,8% di tipo universitario (tab.1-2; graf.1).

In totale nel 2006 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 3.895 unità di personale: 657 addette esclusivamente (16,9% del totale) e 3.238 addette parzialmente (83,1% del totale) (tab.3).

Dalla distribuzione percentuale del personale a 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 e il Molise, nelle quali sono più frequenti gli addetti esclusivi, e la Valle d'Aosta, in cui il personale si distribuisce equamente tra le due tipologie.

La proporzione più alta di addetti esclusivi spetta agli educatori professionali, seguiti dagli assistenti sociali e dagli infermieri professionali. Viceversa, la quota più elevata di addetti parziali si osserva nel ruolo medico.

Per tutte le professionalità considerate, comunque, la proporzione di personale che presta il proprio servizio anche in altri settori diversi da quello alcologico non scende al di sotto dell'80%.

I grafici 2 e 3 mostrano la distribuzione, per tipologia di ruolo, del personale addetto esclusivamente e parzialmente, a livello nazionale.

La tabella 4 riporta i trend nel periodo 1996-2006 del numero assoluto delle unità di personale (totale, esclusivo e parziale) distinte nelle singole qualifiche professionali. Si osserva, per il personale esclusivo, una diminuzione, già osservata dal 2002 e interrotta solo nel 2005, per ogni qualifica considerata; tale diminuzione peraltro emerge nonostante un generale aumento dell'ammontare del personale presumibilmente dovuto al più alto numero di servizi rilevati (412 nel 2005; 455 nel 2006).

Tale andamento si conferma anche osservando la distribuzione del personale in termini percentuali.

Nella tabella 5 sono visualizzate le distribuzioni percentuali regionali delle 4 suddette qualifiche, distintamente per il totale e per gli addetti esclusivi e parziali: analizzando il dato nazionale si nota che il 51,4% del personale totale è costituito da operatori socio-sanitari, i medici rappresentano il 21,5% e gli psicologi il 16,9%; il restante 10,2% riguarda il personale amministrativo o di altra qualifica.

La distribuzione del personale esclusivo per qualifica è sostanzialmente simile a quella del personale parziale, salvo una lieve maggiore presenza in quest'ultimo degli operatori socio-sanitari (48,5% vs 47,9%).

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 2006¹ sono stati presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati 61.656 soggetti alcoldipendenti (tab.6), valore in aumento rispetto all'anno precedente (+9,6%)² (graf.5). Il 32,9% dei servizi ha meno di 50 utenti; quelli a più alta utenza (200 o più soggetti in carico) rappresentano il 18,5% del totale dei servizi o gruppi di lavoro rilevati (graf.6).

La graduatoria regionale vede le Regioni del Nord ai primi posti. In particolare Veneto e Lombardia sono le regioni con il numero assoluto più elevato di utenti (rispettivamente, 11.926 e 9.528), mentre il valore più basso si registra in Valle d'Aosta con 266 utenti³. Il 31,7% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi, il rimanente 68,3% da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente. Stratificando per sesso, le percentuali di nuovi utenti risultano pari a 32,0% per i maschi e a 30,8% per le femmine.

A livello regionale, i nuovi utenti presentano un'elevata disomogeneità nella distribuzione percentuale: la maggiore concentrazione si osserva in Abruzzo (49,6%) mentre la più bassa in Liguria (21,2 %) (graf.7).

Il rapporto M/F è pari a 3,6, considerando il totale degli utenti (gli uomini rappresentano il 78,4% dell'utenza totale), a 3,8 nei nuovi utenti e a 3,6 negli utenti già in carico o rientrati (i maschi rappresentano il 79,0% nei nuovi utenti e il 78,1% negli utenti già presi in carico dai servizi). A livello regionale questa maggiore presenza maschile risulta più evidente al Centro-Sud; quasi tutte le Regioni centrali e 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 (18.094 soggetti, pari al 29,3%) sia per le due categorie dei nuovi e vecchi utenti (rispettivamente 27,6% e 30,2%). Gli individui di età compresa tra i 30 e i 59 anni rappresentano il 75,3% di tutti gli alcoldipendenti in esame (72,6% nei nuovi utenti e 76,6% negli utenti già in carico), i giovani al di sotto dei 30 anni non superano il 15% (10,5% negli utenti totali, 14,9% nei nuovi utenti e 8,4% nei vecchi utenti), mentre non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre (14,2% negli utenti totali, 12,5% nei nuovi utenti e 14,9% nei vecchi utenti).

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

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

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

Come atteso, i nuovi utenti sono più giovani degli utenti già in carico o rientrati: il 59,8% dei primi ha più di 40 anni rispetto al 68,6% dei secondi; il 14,9% dei nuovi utenti ha meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale è dell'8,4%; viceversa gli ultracinquantenni sono il 32,3% per i nuovi utenti e il 38,4% per quelli già in carico. Analizzando distintamente i due sessi si nota che l'utenza femminile è relativamente più anziana di quella maschile (presumibilmente anche per effetto della struttura per età della popolazione generale): il 35,8% degli utenti maschi ha meno di 40 anni rispetto al valore analogo di 28,3% delle femmine; nella classe modale 40-49 si concentra il 31,9% delle donne (contro il 28,6% del sesso maschile); nella classe successiva (50-59 anni) le percentuali scendono a 24,0% e a 21,8%, rispettivamente, per le donne e per gli uomini; infine la proporzione di utenti con età maggiore o uguale a 60 anni è pari a 13,7% nei maschi e a 15,8% nelle femmine. Stratificando per sesso e tipologia di utenza si osserva nuovamente il maggior peso percentuale, nelle donne, delle classi di età più avanzate. Nel tempo si osserva la tendenza all'aumento della frequenza della classe di età giovanile <20 anni nei nuovi utenti e della classe 40-49 anni negli utenti totali; viceversa nel 2006 si interrompe, anche in maniera decisa come nei nuovi utenti, l'andamento crescente evidenziato nelle precedenti rilevazioni nella classe 20-29 anni. Nei nuovi utenti il netto cambiamento di tendenza nel 2006 è evidente anche nelle due ultime classe di età 50-59 anni e ≥ 60 anni che in precedenza mostravano un andamento decrescente (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 2006 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45 anni; le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (46,4 rispetto a 44,6), a conferma dell'ipotesi della maggiore anzianità dell'utenza alcolodipendente femminile e, come già evidenziato, i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (43,4 vs 45,8), ma entrambi i sottogruppi non si discostano dalla tendenza generale di una maggiore rappresentatività delle età avanzate nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 45,1 vs 42,9 nel sottogruppo dei nuovi utenti e 47,1 vs 45,5 anni nel sottogruppo degli utenti già in carico).

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

Dalla tabella 10 e dal grafico 9 si osserva nel 2006, a conferma di quanto già notato in precedenza, un cambiamento della tendenza alla diminuzione dell'età media presente negli anni più recenti: in tutte le categorie di soggetti considerate si assiste ad un aumento, più evidente nei nuovi utenti, dei valori dell'età media.

5.3. I consumi alcolici dell'utenza

Nel 2006 (graf.10) la bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (58,0%), seguito dalla birra (22,8%), dai superalcolici (10,7%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (4,9%). La birra risulta prevalentemente consumata dai maschi (23,8% vs 19,3% delle

femmine), mentre per il vino e per i superalcolici si osservano percentuali più elevate di consumatori di sesso femminile (rispettivamente 61,1% e 11,0% vs 57,2% e 10,6% 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 78,9% della Valle d'Aosta al 35,0% 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 20,3% in Sicilia) e di aperitivi/amari/digestivi, particolarmente utilizzati anche in alcune regioni centrali.

Nel periodo 1996-2006 (graf. 11) vi è una tendenza all'aumento del consumo di birra (da 14,1% al valore di circa il 23% nell'ultimo triennio) ed alla diminuzione del consumo di vino (dal 68,3% al 56,1% del 2005) che, in controtendenza, nel 2006 aumenta, rispetto all'anno precedente, soprattutto nelle femmine; per i superalcolici e per gli aperitivi, amari e digestivi si osservano valori oscillanti intorno, rispettivamente, all'11% e al 5%.

L'uso concomitante di sostanze stupefacenti o psicotrope e l'abuso o l'uso improprio di farmaci (tab.11) riguardano, rispettivamente, l'8,6% (5.286 utenti) e il 5,9% (3.647 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 e al 9,1% nel 2003), negli ultimi anni si osserva una lieve diminuzione (8,6% nel 2006) (tab. 12). Da evidenziare, ancora una volta, il cambiamento di tendenza che si osserva nel 2006 soprattutto per l'abuso di farmaci che, in lieve ma costante diminuzione dal 2002, nell'anno in esame aumenta passando dal 5,0% del 2005 al 5,9%.

5.4. I modelli di trattamento

Analizzando i programmi di trattamento (tab.13; graf. 12) si osserva che il 30,3% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,4% al "*counseling*" rivolto all'utente o alla famiglia, l'8,8% è stato inserito in Gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 13,0% 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'11,2% degli utenti e sono principalmente consistiti nella terapia individuale (63,4%) e nella terapia di gruppo o familiare (36,6%).

Il ricovero ha riguardato il 5,8% del totale degli utenti rilevati (4,3% in istituti pubblici, 1,5% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (65,1% sul totale dei ricoverati in regime ospedaliero ordinario o in day hospital e 60,0% 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 nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Emilia Romagna; per il *counseling* valori elevati si osservano nella Provincia autonoma di Trento e in Umbria (rispettivamente 48,1% e 41,7%), mentre per la psicoterapia (individuale o di gruppo) nelle Marche (25,2%), in

Puglia (19,8%) e in Campania (18,8%); l'inserimento in Gruppi di auto/mutuo aiuto presenta valori superiori alla media nazionale in diverse regioni del Centro-Nord mentre il trattamento socioriabilitativo è relativamente più frequente in Lombardia (20,2%) e in Emilia Romagna (20,9%); l'inserimento in comunità semiresidenziali o residenziali è massimo in Valle d'Aosta (10,8%) e minimo in Friuli Venezia Giulia (0,6%). Infine, relativamente al ricorso al ricovero in strutture pubbliche, spiccano la Valle d'Aosta, le Marche e la Campania con il 12,5%, l'8,4% e l'8,3% dei casi; riguardo al ricovero in strutture private convenzionate, il Piemonte, il Friuli Venezia Giulia e il Lazio si contraddistinguono per almeno un 2,7% di utenti che vi vengono indirizzati.

Ovviamente, un'interpretazione più completa e corretta di queste informazioni deriverebbe da una loro lettura congiunta con i dati relativi all'offerta e all'organizzazione dei servizi destinati al trattamento dell'alcoldipendenza nelle singole realtà territoriali (valutati secondo criteri quantitativi e qualitativi) nonché da una loro integrazione con dati più precisi relativi alla domanda di salute (in questo particolare ambito), al contesto e alle molteplici problematiche (sanitarie e non sanitarie) connesse al fenomeno.

A livello temporale (graf. 13) si osserva nel 2006, dopo un periodo di stabilità, l'aumento dei trattamenti medico-farmacologici ambulatoriali (dal 28% all'attuale 30,3%) e di quelli socio-riabilitativi (dal 12% all'attuale 13,0%); continua l'andamento crescente del *counseling* (23,0% nel 2002; 26,4% nel 2006), diminuisce la partecipazione a Gruppi di auto/mutuo aiuto (11,4% nel 2003; 8,8% nel 2006) mentre la psicoterapia e l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale sono sostanzialmente stabili (rispettivamente intorno all'11% e al 2,5%). 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 5,8% del 2006), 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 2006 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 2006 le funzioni indicate. Come si può osservare, almeno il 90% dei servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi (90,5%) e ha definito (89,7%) e/o attuato (89,7%) programmi terapeutico-riabilitativi; gli interventi di prevenzione sono stati effettuati dall'82,9% dei servizi. Per le funzioni di coordinamento, le percentuali di attivazione più basse sono riferite a quelle che coinvolgono le rilevazioni epidemiologiche (56,9%) e gli interventi di altre strutture o servizi sanitari pubblici (60,0%); le più alte sono attribuibili al coordinamento con il servizio sociale pubblico (83,3%), con i servizi ospedalieri (82,4%) e con il medico di famiglia (79,8%). I piani

operativi di formazione del personale e sensibilizzazione hanno coinvolto il 67,0% dei servizi rilevati. Tali percentuali sono molto variabili regionalmente.

Nel 2006 tali percentuali sono tutte in diminuzione, in alcuni casi (funzioni di accoglienza, osservazione e diagnosi; definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi; funzioni di coordinamento di interventi di altre strutture/servizi sanitari pubblici; rilevazione epidemiologica) anche in netta controtendenza con quanto osservato negli anni più recenti; viceversa, per le funzioni di coordinamento con il servizio sociale pubblico e per la formazione e sensibilizzazione del personale il valore in diminuzione conferma il trend decrescente degli ultimi anni (tab.15).

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

Infine sono state acquisite informazioni circa le attività di collaborazione che i servizi o gruppi di lavoro hanno svolto, nel corso dell'anno di rilevazione, con gli enti e le associazioni del volontariato e privato sociale e del privato in materia di alcoldipendenza.

Per quanto riguarda la collaborazione con i Gruppi di auto-mutuo aiuto, si osserva (tab.16) che nel 2006 il 56,9% dei servizi ha collaborato con i CAT, il 40,2% con gli A.A. e l'11,9% con altri gruppi. Le attività di collaborazione con le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali e con le cooperative sociali per la gestione dei servizi sociosanitari ed educativi riguardano rispettivamente il 44,0% e il 18,9% dei servizi; la percentuale dei servizi impegnati, insieme alle cooperative sociali, nell'inserimento lavorativo di persone in condizioni di svantaggio è pari al 39,8%. nettamente inferiori sono le percentuali di collaborazione dei servizi o gruppi di lavoro rilevati con gli Enti privati, sia con case di cura convenzionate (20,9%) che private (1,8%). 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 2006, ogni servizio ha collaborato con circa 8 CAT, 2 AA e 2 comunità e cooperative sociali.

Meno frequente, come già detto, la collaborazione con gli Enti privati (valori medi pari a 1,9 e a 1,4, rispettivamente, per la 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 2006

REGIONE	NUMERO DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO PER TIPOLOGIA				
	territoriale	ospedaliera	universitaria	non indicata	TOTALE
PIEMONTE	56	-	-	-	56
VALLE D'AOSTA	1	-	-	-	1
LOMBARDIA	47	4	4	-	55
PROV.AUTON.BOLZANO	5	1	-	-	6
PROV.AUTON.TRENTO	11	-	-	-	11
VENETO	32	5	-	-	37
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	-	-	-	6
LIGURIA	7	-	-	-	7
EMILIA ROMAGNA	42	-	-	1	43
TOSCANA	31	-	-	-	31
UMBRIA	7	-	-	-	7
MARCHE	15	-	-	-	15
LAZIO	28	3	-	-	31
ABRUZZO	6	-	-	-	6
MOLISE	6	-	-	-	6
CAMPANIA	21	-	1	-	22
PUGLIA	48	-	-	-	48
BASILICATA	6	-	-	-	6
CALABRIA	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>
SICILIA	47	-	1	1	49
SARDEGNA	10	-	2	-	12
ITALIA	432	13	8	2	455

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

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

Tab. 3 - UNITA' DI PERSONALE ADDETTE ALLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA ALCOLDIPENDENZA - ANNO 2006

REGIONE	MEDICI			PSICOLOGI			ASSISTENTI SOCIALI			EDUCATORI PROFESSIONALI		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	4	99	103	4	88	92	6	72	78	8	75	83
VALLE D'AOSTA	2	0	2	0	3	3	1	1	2	1	1	2
LOMBARDIA	22	76	98	21	68	89	13	66	79	11	30	41
PROV.AUTON.BOLZANO	2	6	8	6	13	19	0	8	8	1	1	2
V.AUTON.TRENTO	1	12	13	0	1	1	4	0	4	3	3	6
VENETO	10	61	71	10	45	55	14	38	52	15	35	50
FRIULI VENEZIA GIULIA	13	4	17	12	3	15	9	1	10	7	0	7
LIGURIA	5	48	53	3	20	23	2	24	26	1	14	15
EMILIA ROMAGNA	3	54	57	4	46	50	6	35	41	2	34	36
TOSCANA	3	59	62	0	36	36	0	42	42	2	23	25
UMBRIA	0	6	6	1	5	6	0	4	4	0	5	5
MARCHE	5	28	33	3	20	23	4	17	21	0	1	1
LAZIO	20	67	87	9	57	66	11	22	33	1	3	4
ABRUZZO	5	4	9	2	1	3	2	5	7	1	0	1
MOLISE	5	7	12	4	4	8	8	6	14			
CAMPANIA	14	38	52	8	25	33	8	25	33	2	3	5
PUGLIA	13	67	80	15	50	65	20	38	58	6	17	23
BASILICATA	3	9	12	2	8	10	2	7	9	1	2	3
CALABRIA	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>
SICILIA	1	97	98	0	69	69	0	73	73	0	14	14
SARDEGNA	10	15	25	7	10	17	6	8	14	3	6	9
ITALIA	141	757	898	111	572	683	116	492	608	65	267	332

Segue tab.3

REGIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI			AMMINISTRATIVI			ALTRO			TOTALE		
	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale	addetti esclusivamente	addetti parzialmente	totale
PIEMONTE	2	112	114	1	25	26	4	29	33	29	500	529
VALLE D'AOSTA	2	1	3							6	6	12
LOMBARDIA	16	89	105	1	22	23	3	4	7	87	355	442
PROV.AUTON.BOLZANO	3	11	14	2	6	8	0	2	2	14	47	61
PROV.AUTON.TRENTO	2	4	6							10	20	30
VENETO	13	91	104	3	19	22	2	22	24	67	311	378
FRIULI VENEZIA GIULIA	15	3	18	0	3	3	4	3	7	60	17	77
LIGURIA	5	70	75	0	6	6	0	5	5	16	187	203
EMILIA ROMAGNA	7	45	52	1	6	7	2	9	11	25	229	254
TOSCANA	4	52	56	0	10	10	1	10	11	10	232	242
UMBRIA	2	4	6				0	6	6	3	30	33
MARCHE	4	21	25	1	6	7	0	7	7	17	100	117
LAZIO	22	57	79	1	4	5	13	15	28	77	225	302
ABRUZZO	4	6	10	1	1	2	2	9	11	17	26	43
MOLISE	7	6	13	1	0	1	7	5	12	32	28	60
CAMPANIA	16	38	54	2	6	8	7	14	21	57	149	206
PUGLIA	15	60	75	0	12	12	6	16	22	75	260	335
BASILICATA	5	8	13	0	3	3	0	2	2	13	39	52
CALABRIA	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>
SICILIA	1	104	105	0	30	30	0	39	39	2	426	428
SARDEGNA	12	11	23	1	1	2	1	0	1	40	51	91
ITALIA	157	793	950	15	160	175	52	197	249	657	3.238	3.895

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

1) personale totale

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

2) addetti esclusivamente

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

3) addetti parzialmente

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

Tab.5 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEL PERSONALE PER RUOLO PROFESSIONALE - ANNO 2006

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	13,8	13,8	55,2	17,2	19,8	17,6	51,8	10,8	19,5	17,4	52,0	11,2
VALLE D'AOSTA	33,3	0,0	66,7	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	16,7	25,0	58,3	
LOMBARDIA	25,3	24,1	46,0	4,6	21,4	19,2	52,1	7,3	22,2	20,1	50,9	6,8
PROV.AUTON.BOLZANO	14,3	42,9	28,6	14,3	12,8	27,7	42,6	17,0	13,1	31,1	39,3	16,4
PROV.AUTON.TRENTO	10,0	0,0	90,0	0,0	60,0	5,0	35,0	0,0	43,3	3,3	53,3	
VENETO	14,9	14,9	62,7	7,5	19,6	14,5	52,7	13,2	18,8	14,6	54,5	12,2
FRIULI VENEZIA GIULIA	21,7	20,0	51,7	6,7	23,5	17,6	23,5	35,3	22,1	19,5	45,5	13,0
LIGURIA	31,3	18,8	50,0	0,0	25,7	10,7	57,8	5,9	26,1	11,3	57,1	5,4
EMILIA ROMAGNA	12,0	16,0	60,0	12,0	23,6	20,1	49,8	6,6	22,4	19,7	50,8	7,1
TOSCANA	30,0	0,0	60,0	10,0	25,4	15,5	50,4	8,6	25,6	14,9	50,8	8,7
UMBRIA	0,0	33,3	66,7	0,0	20,0	16,7	43,3	20,0	18,2	18,2	45,5	18,2
MARCHE	29,4	17,6	47,1	5,9	28,0	20,0	39,0	13,0	28,2	19,7	40,2	12,0
LAZIO	26,0	11,7	44,2	18,2	29,8	25,3	36,4	8,4	28,8	21,9	38,4	10,9
ABRUZZO	29,4	11,8	41,2	17,6	15,4	3,8	42,3	38,5	20,9	7,0	41,9	30,2
MOLISE	15,6	12,5	46,9	25,0	25,0	14,3	42,9	17,9	20,0	13,3	45,0	21,7
CAMPANIA	24,6	14,0	45,6	15,8	25,5	16,8	44,3	13,4	25,2	16,0	44,7	14,1
PUGLIA	17,3	20,0	54,7	8,0	25,8	19,2	44,2	10,8	23,9	19,4	46,6	10,1
BASILICATA	23,1	15,4	61,5	0,0	23,1	20,5	43,6	12,8	23,1	19,2	48,1	9,6
CALABRIA	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>
SICILIA	50,0	0,0	50,0	0,0	22,8	16,2	44,8	16,2	22,9	16,1	44,9	16,1
SARDEGNA	25,0	17,5	52,5	5,0	29,4	19,6	49,0	2,0	27,5	18,7	50,5	3,3
ITALIA	21,5	16,9	51,4	10,2	23,4	17,7	47,9	11,0	23,1	17,5	48,5	10,9

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

UTENTI TOTALI

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

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

Segue Tab.6

UTENTI GIA' IN CARICO O RIENTRATI

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

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

Segue Tab.6

UTENTI NUOVI

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

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

Tab.7- DISTRIBUZIONE PER ETA' DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI - ANNO 2006

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	209	1,4	61	1,5	270	1,4	130	0,4	41	0,4	171	0,4	339	0,7	102	0,8	441	0,7
20-29	2.263	14,6	387	9,4	2.650	13,5	2.881	8,8	503	5,5	3.384	8,0	5.144	10,6	890	6,7	6.034	9,8
30-39	4.030	26,1	905	22,0	4.935	25,2	7.807	23,7	1.871	20,3	9.678	23,0	11.837	24,5	2.776	20,8	14.613	23,7
40-49	4.114	26,6	1.280	31,1	5.394	27,6	9.729	29,6	2.971	32,2	12.700	30,2	13.843	28,6	4.251	31,9	18.094	29,3
50-59	2.991	19,4	876	21,3	3.867	19,8	7.557	23,0	2.325	25,2	9.882	23,5	10.548	21,8	3.201	24,0	13.749	22,3
>=60	1.844	11,9	601	14,6	2.445	12,5	4.769	14,5	1.511	16,4	6.280	14,9	6.613	13,7	2.112	15,8	8.725	14,2
TOTALE	15.451	100,0	4.110	100,0	19.561	100,0	32.873	100,0	9.222	100,0	42.095	100,0	48.324	100,0	13.332	100,0	61.656	100,0

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

Totale utenti

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

Nuovi utenti

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

Utenti già in carico o rientrati

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

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

Tab. 10 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI DEI SERVIZI

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

Tab.11- USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE E DI FARMACI - ANNO 2006

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	329	5,9	335	6,0
VALLE D'AOSTA	2	0,8	36	13,5
LOMBARDIA	757	7,9	222	2,3
PROV.AUTON.BOLZANO	35	1,4	22	0,9
PROV.AUTON.TRENTO	50	2,1	80	3,4
VENETO	762	6,4	462	3,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	63	1,4	168	3,7
LIGURIA	61	2,0	33	1,1
EMILIA ROMAGNA	332	6,6	511	10,2
TOSCANA	254	9,3	19	0,7
UMBRIA	64	3,8	18	1,1
MARCHE	282	22,9	175	14,2
LAZIO	1078	41,4	977	37,5
ABRUZZO	131	9,8	105	7,8
MOLISE	29	8,9	17	5,2
CAMPANIA	217	16,1	137	10,2
PUGLIA	376	21,4	137	7,8
BASILICATA	27	6,7	13	3,2
CALABRIA	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>
SICILIA	363	16,5	137	6,2
SARDEGNA	74	5,2	43	3,0
ITALIA	5286	8,6	3647	5,9

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

ANNO	Percentuali sul totale utenti	
	Uso concomitante di sostanze stupefacenti e psicotrope	Abuso o uso improprio di farmaci
1996	5,7	6,3
1997	6,8	7,5
1998	5,9	7,2
1999	7,0	6,7
2000	7,3	6,6
2001	7,6	5,7
2002	8,9	6,6
2003	9,1	5,8
2004	9,0	5,4
2005	8,4	5,0
2006	8,6	5,9

Tab.13 - TRATTAMENTI EFFETTUATI DAI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO: percentuale di soggetti trattati per tipologia di programma - ANNO 2006

REGIONE	Medico farmacologico ambulatoriale	Psicoterapeutico		Counseling all'utente o alla famiglia	Inserimento nei gruppi di auto/muto aiuto	Trattamento socio- riabilitativo	Inserimento in comunità di carattere resid. o semiresid.	Ricovero ospedaliero o day hospital per:			Ricovero in casa di cura privata convenzionata per:			Altro
		individuale	di gruppo o familiare					sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	sindrome di dipendenza da alcool	altre patologie alcoolcorrelate	altro	
PIEMONTE	28,4	7,7	4,3	24,0	7,8	16,8	2,5	2,9	1,2	0,0	2,5	0,2	0,0	1,4
VALLE D'AOSTA	35,1	12,9	2,1	7,1	5,8	13,6	10,8	12,5	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	33,6	8,6	3,3	21,4	6,4	20,2	2,3	2,5	0,9	0,1	0,4	0,0	-	0,4
PROV.AUTON.BOLZANO	43,4	5,5	0,9	29,8	6,7	4,6	4,1	2,3	-	0,7	1,9	-	-	-
PROV.AUTON.TRENTO	27,1	0,1	0,1	48,1	13,4	4,1	1,3	2,9	1,1	-	1,9	-	-	-
VENETO	25,7	5,5	5,8	27,7	14,8	9,1	2,5	3,3	1,5	0,0	0,4	0,1	1,4	2,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	14,5	1,8	7,8	31,8	10,5	8,7	0,6	3,1	0,2	3,6	0,1	0,0	2,9	14,4
LIGURIA	24,0	12,8	2,3	28,3	2,9	18,6	3,1	2,1	0,2	-	2,0	0,0	0,0	3,7
EMILIA ROMAGNA	46,0	2,6	1,9	16,8	4,0	20,9	3,0	0,2	0,1	1,3	0,3	0,2	0,6	2,1
TOSCANA	34,2	4,3	2,0	19,7	14,6	17,6	2,8	1,9	0,9	-	0,4	0,1	-	1,4
UMBRIA	29,6	2,2	1,3	41,7	16,5	4,5	1,1	1,3	0,3	-	1,4	0,1	-	-
MARCHE	30,0	16,3	8,9	21,0	1,5	8,0	4,4	7,5	0,9	-	1,3	-	-	0,1
LAZIO	31,6	12,9	3,3	20,1	8,1	12,3	2,3	4,2	2,1	0,2	2,1	0,6	0,1	0,1
ABRUZZO	30,9	8,5	1,2	37,5	9,8	4,5	1,1	3,1	2,3	0,1	0,7	0,4	-	-
MOLISE	26,0	8,5	5,8	26,7	6,8	18,4	3,1	1,8	1,5	-	0,7	0,7	-	-
CAMPANIA	29,8	12,9	5,9	25,1	2,9	11,7	1,3	4,8	3,5	-	0,8	0,2	-	1,1
PUGLIA	23,0	12,5	7,3	26,2	3,6	17,0	3,6	3,2	2,8	0,0	0,5	0,3	-	-
BASILICATA	31,5	8,0	4,9	26,5	5,4	14,4	5,8	1,4	1,2	-	0,8	-	-	-
CALABRIA	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>
SICILIA	32,2	11,8	5,5	25,8	6,0	11,9	3,0	1,8	1,0	0,0	0,7	0,1	0,0	0,1
SARDEGNA	37,1	6,5	4,4	28,9	7,0	10,0	3,8	0,7	1,0	-	0,3	0,1	-	-
ITALIA	30,3	7,1	4,1	26,4	8,8	13,0	2,5	2,8	1,1	0,4	0,9	0,1	0,5	1,8

Tab.14- FUNZIONI PREVISTE DAL MODELLO ORGANIZZATIVO-FUNZIONALE DEL SERVIZIO O GRUPPO DI LAVORO - ANNO 2006

Percentuali di servizi o gruppi di lavoro (sul totale dei rilevati) che hanno svolto le specifiche funzioni												
REGIONE	Prevenzione	Accoglienza, osservazione e diagnosi	Programmi terapeutico-riabilitativi		Funzioni di coordinamento						Formazione del personale e sensibilizzazione	Altro
			Definizione	Attuazione	Interventi di altre strutture/servizi sanitari pubblici	Medico di famiglia	Interventi di altre strutture o servizi privati e del volontariato	Con i servizi ospedalieri (ricovero soggetti in fase acuta)	Con il servizio sociale pubblico	Rilevazione epidemiologica		
PIEMONTE	89,3	100,0	100,0	100,0	48,2	87,5	69,6	91,1	98,2	46,4	62,5	1,8
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0	100,0	100,0	100,0	-
LOMBARDIA	87,3	98,2	96,4	98,2	52,7	90,9	65,5	90,9	89,1	47,3	67,3	5,5
PROV.AUTON.BOLZANO	100,0	100,0	83,3	83,3	100,0	83,3	83,3	100,0	83,3	66,7	100,0	16,7
PROV.AUTON.TRENTO	100,0	81,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	63,6	81,8	45,5
VENETO	97,3	100,0	97,3	100,0	75,7	100,0	91,9	97,3	97,3	75,7	89,2	24,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	100,0	100,0	100,0	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	83,3	33,3
LIGURIA	100,0	100,0	100,0	100,0	85,7	85,7	85,7	100,0	100,0	100,0	100,0	14,3
EMILIA ROMAGNA	11,6	14,0	14,0	14,0	9,3	14,0	9,3	11,6	14,0	9,3	7,0	-
TOSCANA	96,8	100,0	100,0	100,0	93,5	96,8	93,5	96,8	100,0	93,5	96,8	74,2
UMBRIA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	85,7	100,0	100,0	85,7	28,6
MARCHE	86,7	93,3	93,3	86,7	80,0	86,7	80,0	93,3	93,3	53,3	66,7	-
LAZIO	74,2	100,0	93,5	90,3	67,7	67,7	77,4	80,6	83,9	51,6	71,0	9,7
ABRUZZO	66,7	100,0	100,0	100,0	33,3	100,0	66,7	83,3	83,3	66,7	83,3	66,7
MOLISE	100,0	100,0	83,3	100,0	50,0	100,0	100,0	100,0	83,3	83,3	83,3	16,7
CAMPANIA	95,5	100,0	100,0	95,5	59,1	72,7	63,6	77,3	77,3	63,6	81,8	22,7
PUGLIA	81,3	97,9	97,9	100,0	68,8	83,3	66,7	89,6	91,7	56,3	62,5	4,2
BASILICATA	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	83,3	100,0	100,0	100,0	66,7	83,3	-
CALABRIA	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>
SICILIA	98,0	98,0	98,0	98,0	49,0	77,6	61,2	83,7	75,5	53,1	63,3	16,3
SARDEGNA	83,3	100,0	100,0	91,7	66,7	83,3	66,7	75,0	91,7	83,3	58,3	-
ITALIA	82,9	90,5	89,7	89,7	60,0	79,8	68,8	82,4	83,3	56,9	67,0	15,4

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

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

**Tab.16 - PERCENTUALI* DI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO CHE HANNO SVOLTO ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE
CON IL VOLONTARIATO, PRIVATO SOCIALE O PRIVATO - ANNO 2006**

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	80,4	44,6	8,9	48,2	30,4	60,7	1,8
VALLE D'AOSTA	100,0	100,0	100,0	-	-	-	-
LOMBARDIA	70,9	65,5	25,5	54,5	27,3	60,0	5,5
PROV.AUTON.BOLZANO	16,7	33,3	50,0	50,0	33,3	33,3	16,7
PROV.AUTON.TRENTO	100	45,5	-	45,5	54,5	81,8	-
VENETO	91,9	78,4	24,3	48,6	18,9	73,0	8,1
FRIULI VENEZIA GIULIA	100,0	83,3	16,7	16,7	16,7	50,0	-
LIGURIA	85,7	85,7	14,3	57,1	14,3	57,1	14,3
EMILIA ROMAGNA	7,0	7,0	2,3	2,3	-	-	-
TOSCANA	71,0	41,9	6,5	48,4	25,8	38,7	9,7
UMBRIA	57,1	28,6	-	42,9	57,1	42,9	-
MARCHE	40,0	60,0	6,7	66,7	26,7	46,7	-
LAZIO	54,8	51,6	9,7	67,7	16,1	54,8	12,9
ABRUZZO	66,7	33,3	33,3	83,3	33,3	33,3	-
MOLISE	83,3	16,7	16,7	50,0	-	-	16,7
CAMPANIA	18,2	18,2	13,6	13,6	18,2	9,1	4,5
PUGLIA	37,5	20,8	2,1	37,5	8,3	14,6	-
BASILICATA	100,0	66,7	16,7	83,3	16,7	50,0	-
CALABRIA	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>
SICILIA	36,7	10,2	4,1	49,0	6,1	24,5	4,1
SARDEGNA	75,0	41,7	25,0	33,3	16,7	33,3	-
ITALIA	56,9	40,2	11,9	44	18,9	39,8	4,4

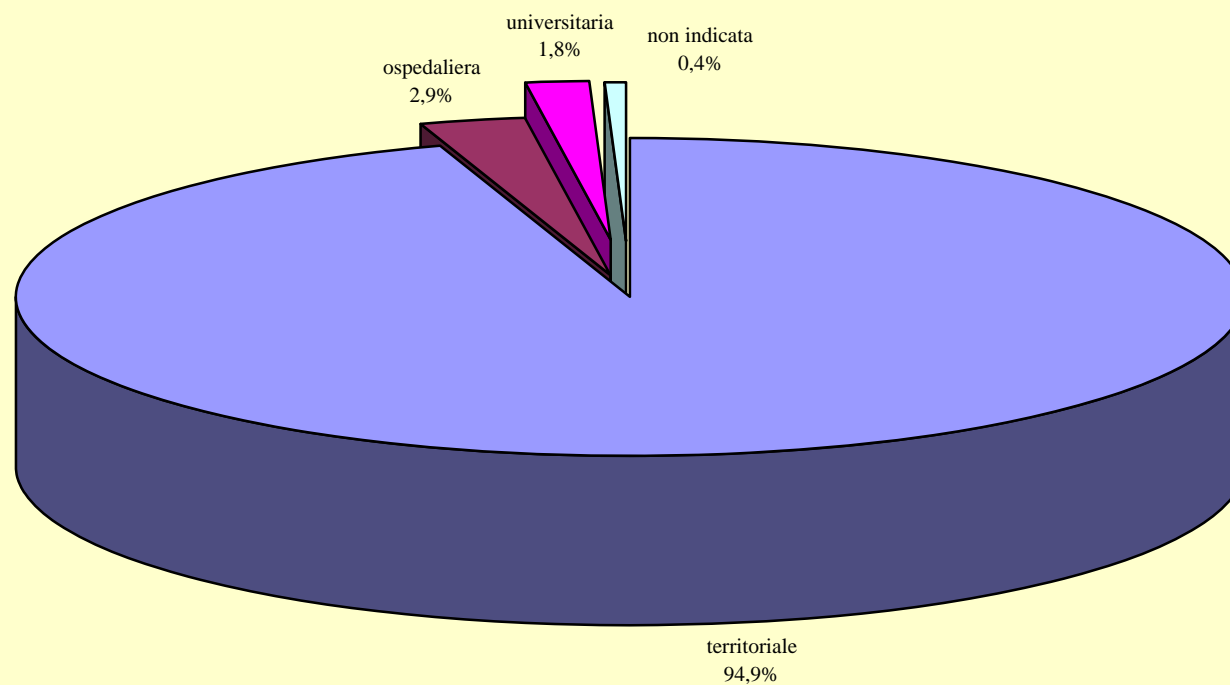
*=calcolate sul totale dei servizi o gruppi di lavoro che hanno fornito l'informazione (modello ALC.07)

Tab.17 - NUMERO MEDIO* DI ENTI O ASSOCIAZIONI DEL VOLONTARIATO E PRIVATO SOCIALE (a) E DI ENTI PRIVATI (b) CHE HANNO COLLABORATO CON I SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO - ANNO 2006

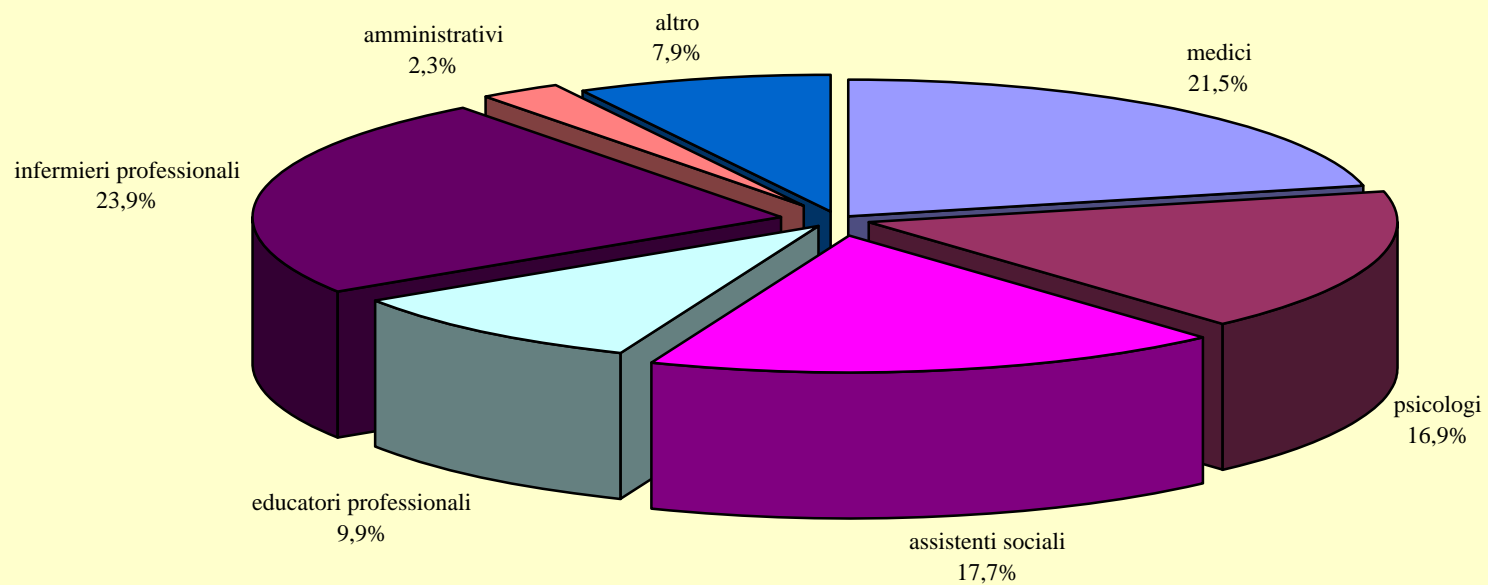
REGIONE	Gruppi auto \ mutuo aiuto			Comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali	Cooperative sociali per la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi	Cooperative sociali per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	Altro
	CAT	AA	Altro				
PIEMONTE	3,8	1,2	1,4	2,6	2,2	3,0	1,0
VALLE D'AOSTA	6,0	7,0	1,0	-	-	-	-
LOMBARDIA	6,8	2,3	1,6	3,5	2,7	3,2	1,0
PROV.AUTON.BOLZANO	10,0	5,5	7,3	2,7	4,5	2,0	1,0
PROV.AUTON.TRENTO	16,4	1,6	-	1	2	1,9	-
VENETO	20,3	4,5	4,0	2,3	2,1	2,8	2,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	48,5	4,6	18,0	2,0	1,0	3,0	-
LIGURIA	8,2	2,3	1,0	1,8	2,0	2,0	2,0
EMILIA ROMAGNA	2,0	1,0	1,0	6,0	-	-	-
TOSCANA	6,3	3,3	1,5	2,1	2,1	4,0	3,7
UMBRIA	2,3	1,5	-	3,7	1,8	1,0	-
MARCHE	1,2	1,3	1,0	2,5	1,5	2,4	-
LAZIO	5,4	1,6	1,7	3,7	1,8	1,8	9,5
ABRUZZO	3,5	2,0	1,0	3,4	3,0	1,5	-
MOLISE	13,0	1,0	1,0	7,0	-	-	2,0
CAMPANIA	2,0	4,5	2,0	3,0	1,8	1,0	3,0
PUGLIA	4,8	1,2	1,0	2,8	1,0	1,9	-
BASILICATA	2,7	1,8	1,0	7,4	3,0	1,3	-
CALABRIA	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>	<i>n.r.</i>
SICILIA	1,9	1,0	1,0	1,9	1,7	1,5	2,0
SARDEGNA	4,9	1,2	1,0	2,3	1,5	1,0	-
ITALIA	8,4	2,4	2,5	2,9	2,1	2,6	3,6

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

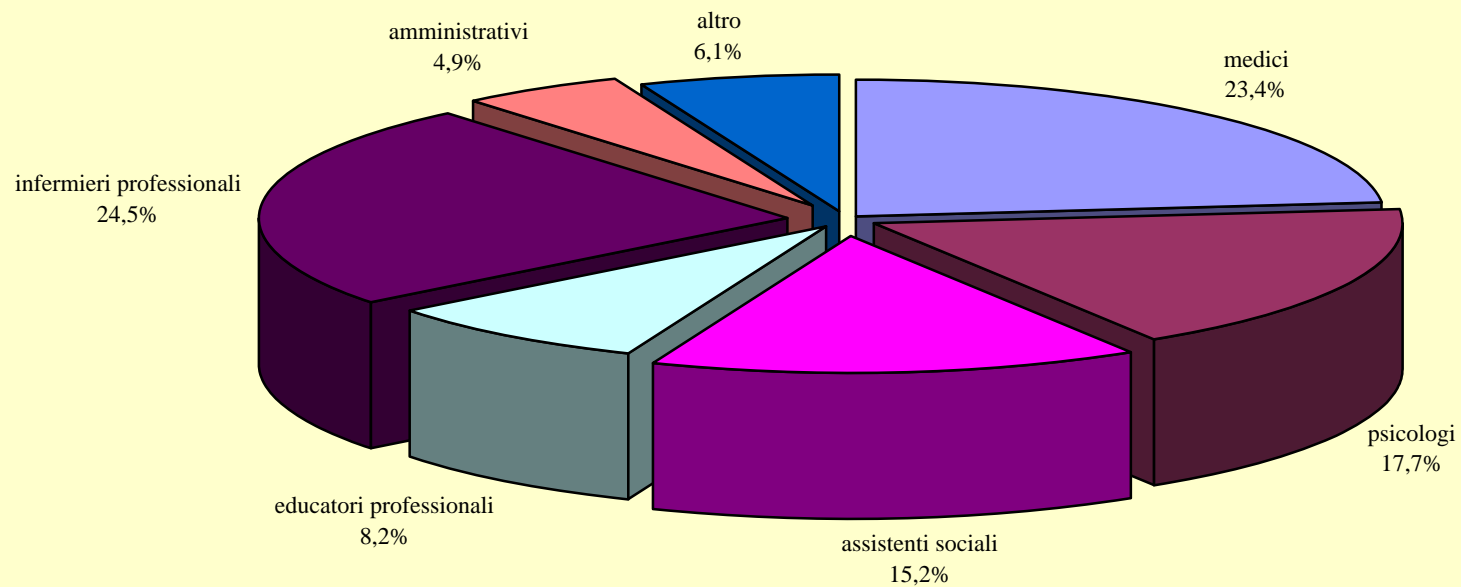
**Graf.1 - TIPOLOGIA DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI
ANNO 2006**



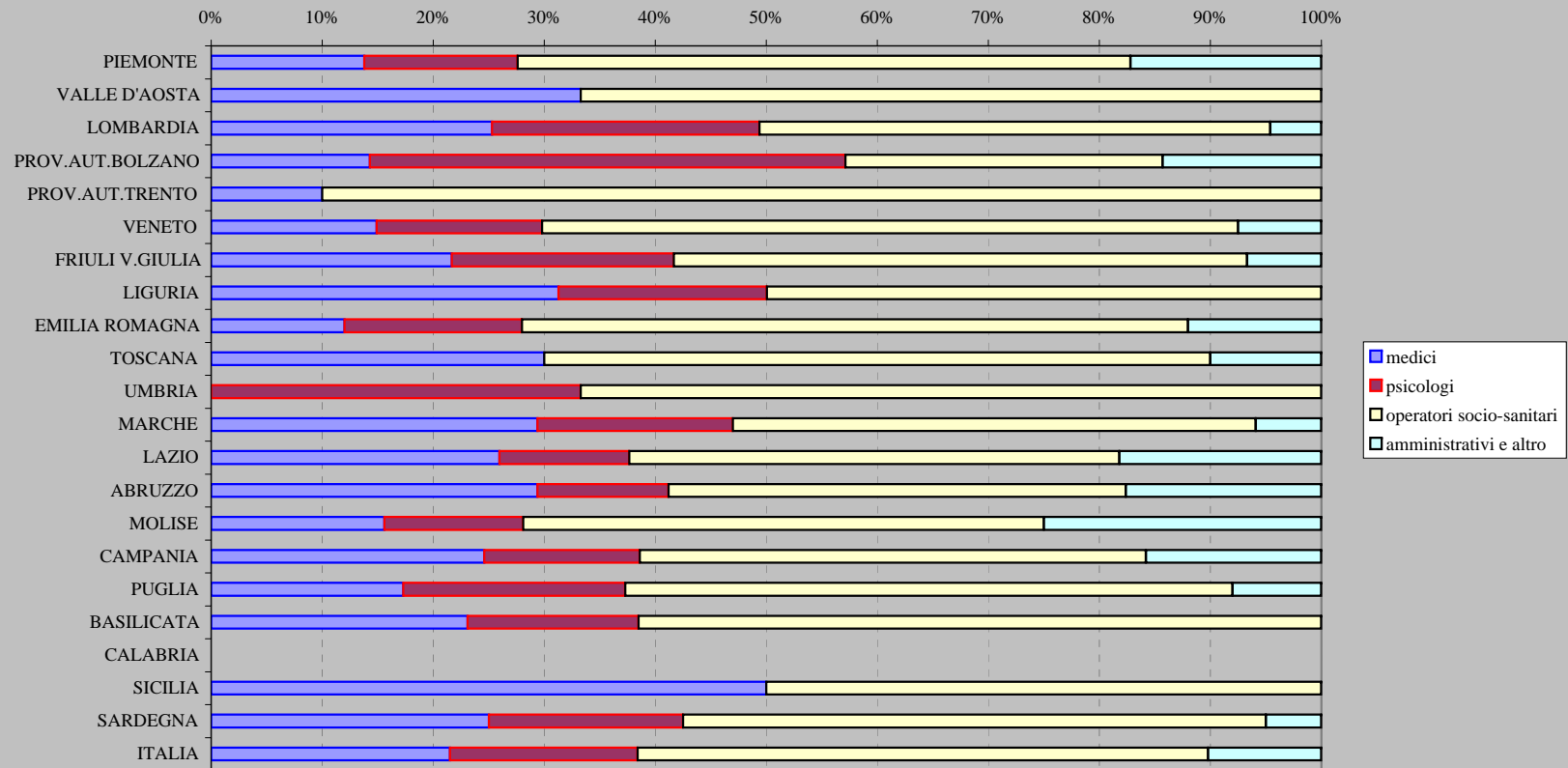
**Graf.2 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO
ESCLUSIVAMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2006**



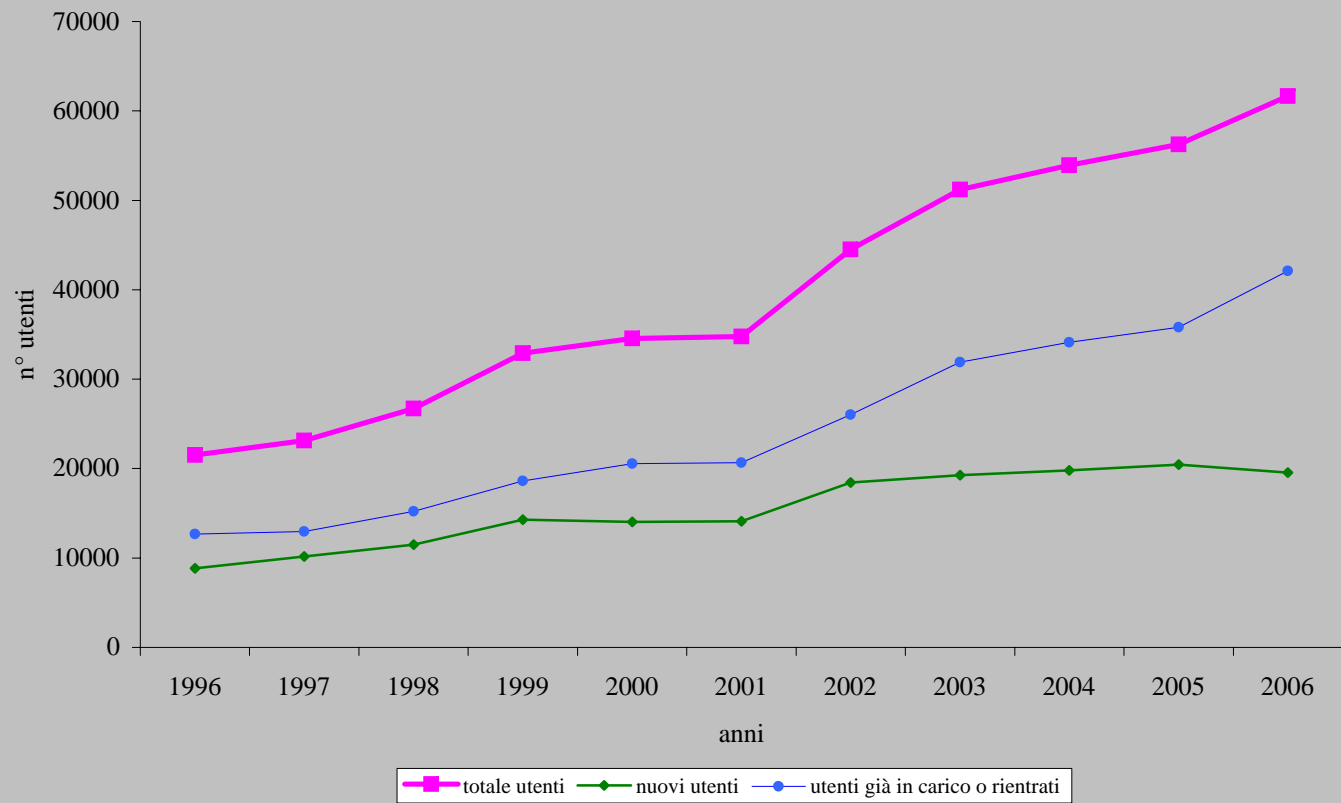
**Graf.3 - DISTRIBUZIONE DEL PERSONALE ADDETTO
PARZIALMENTE PER QUALIFICA - ANNO 2006**



Graf.4 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEL PERSONALE TOTALE PER QUALIFICA (%)
ANNO 2006



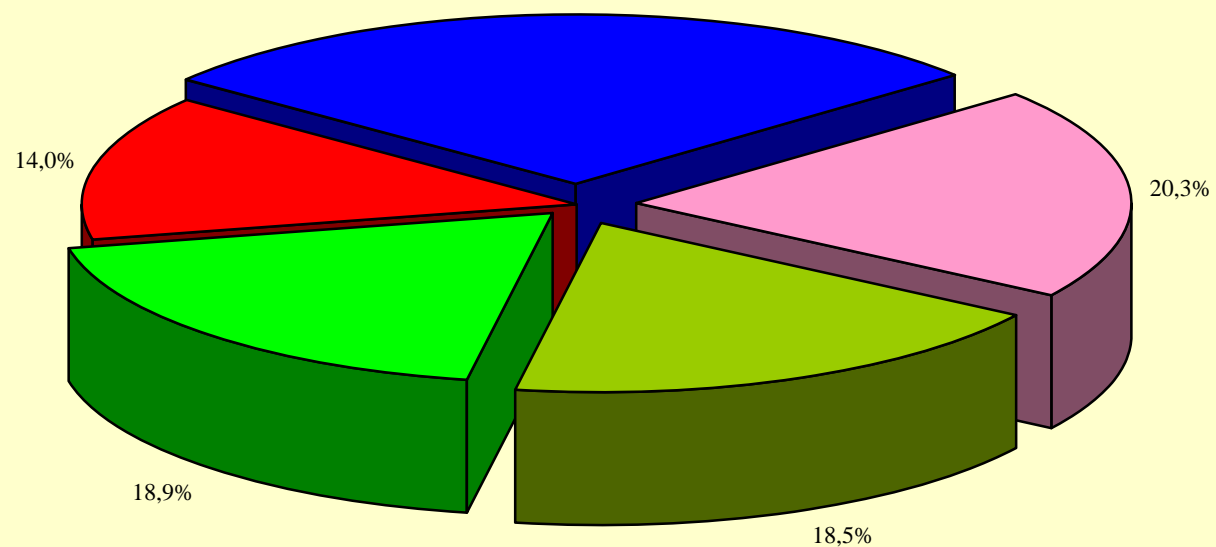
Graf.5 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI



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

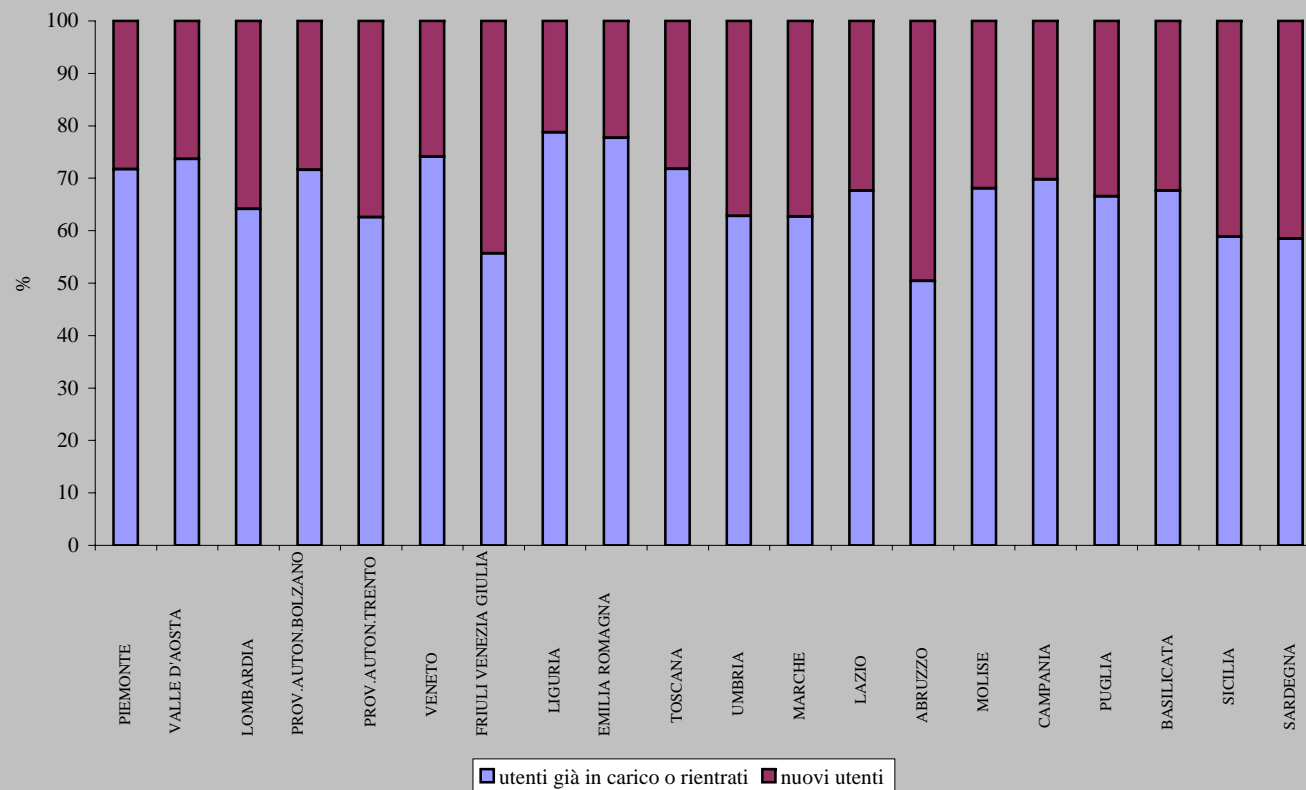
ANNO 2006

28,3%

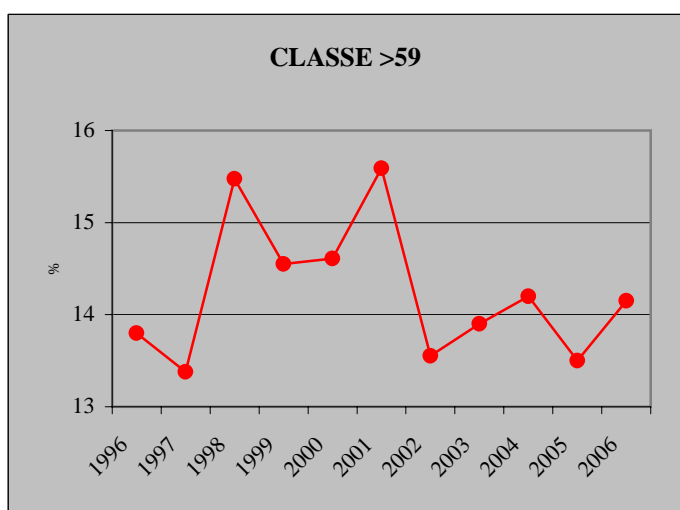
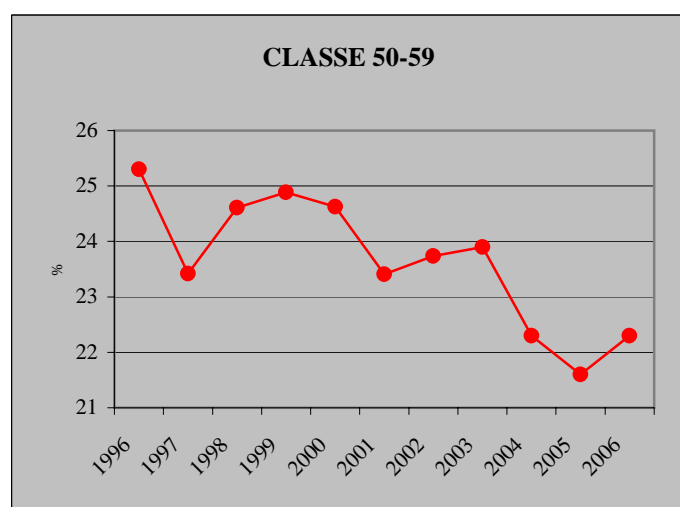
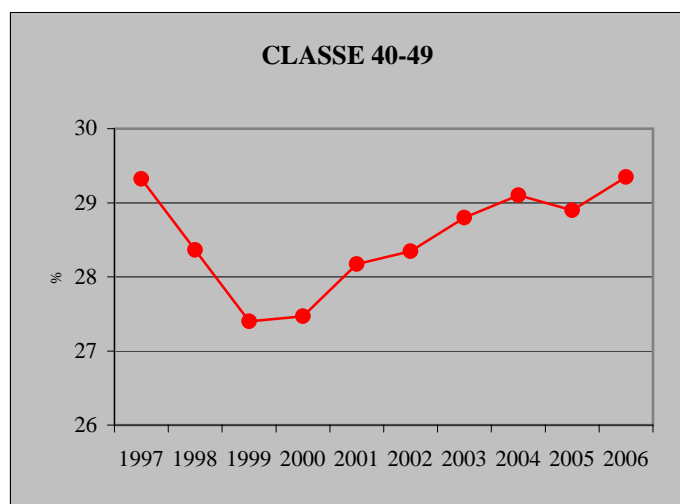
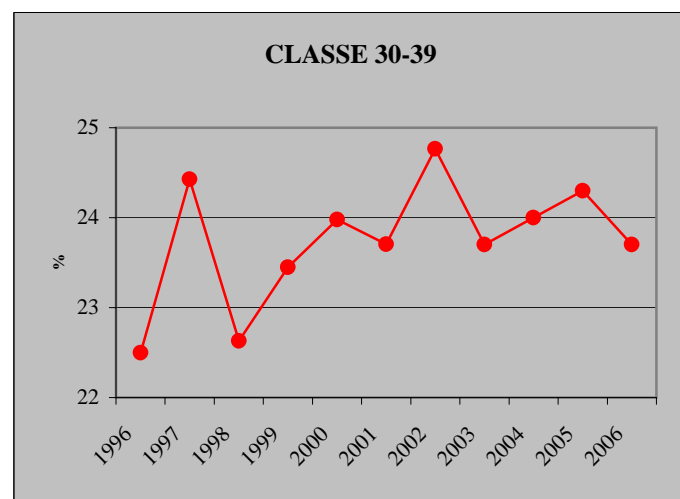
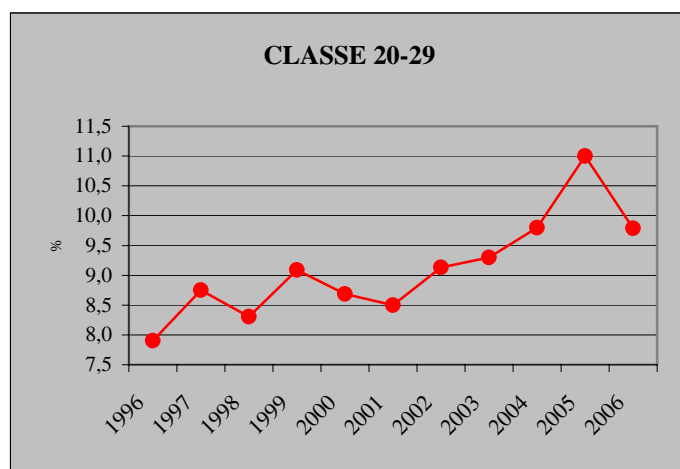
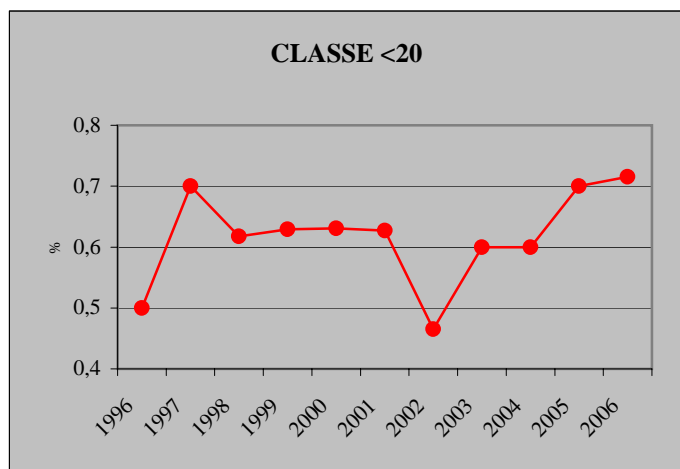


■ meno di 30 utenti ■ da 30 a 49 utenti ■ da 50 a 99 utenti ■ da 100 a 199 utenti ■ 200 o più utenti

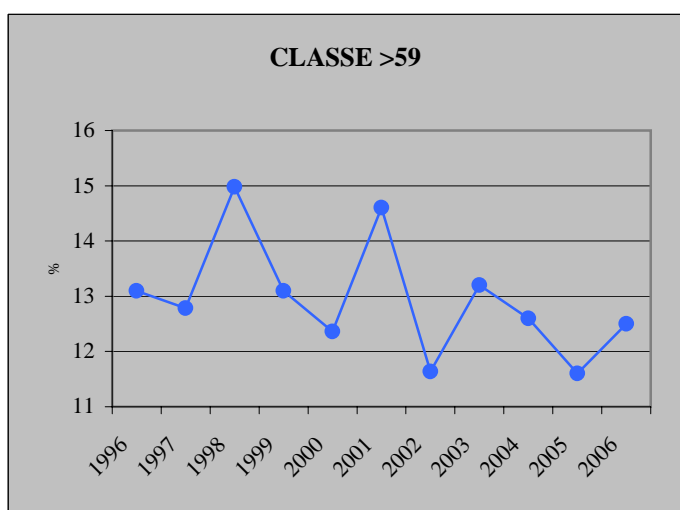
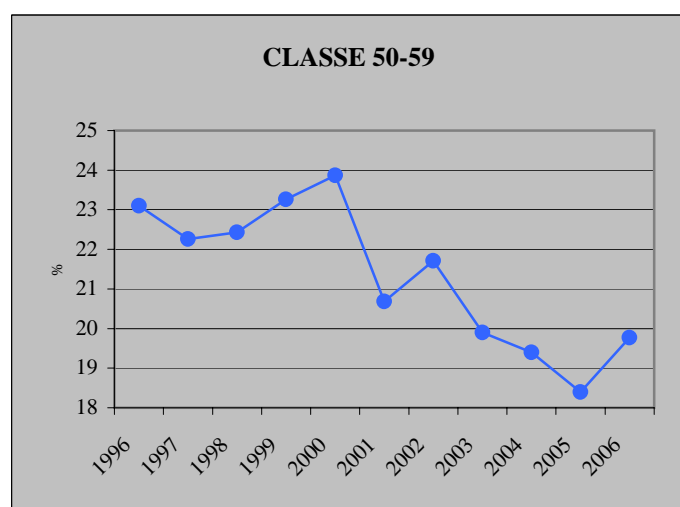
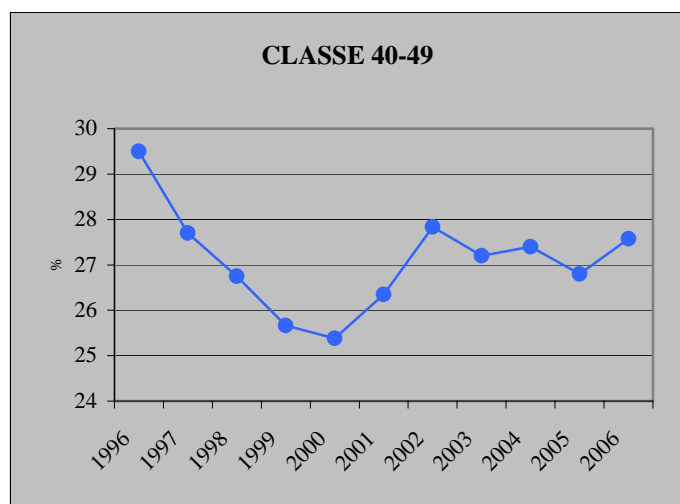
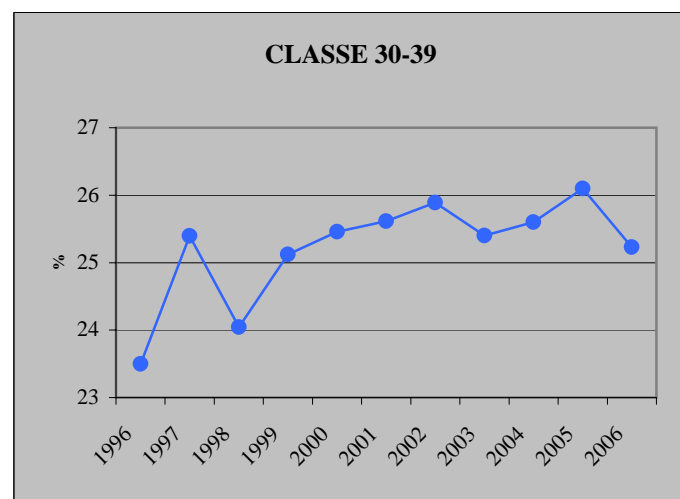
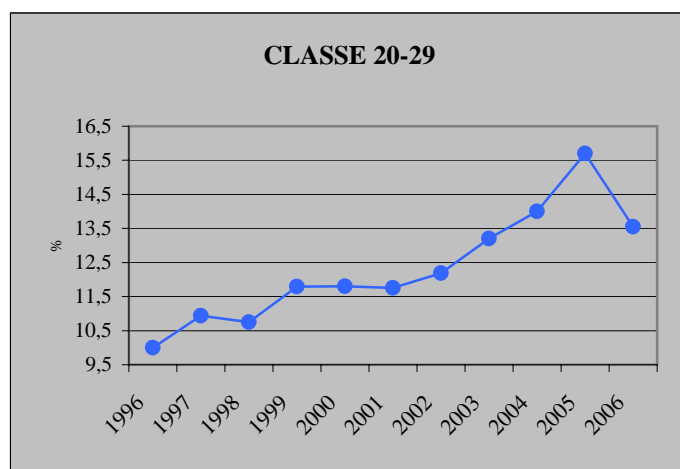
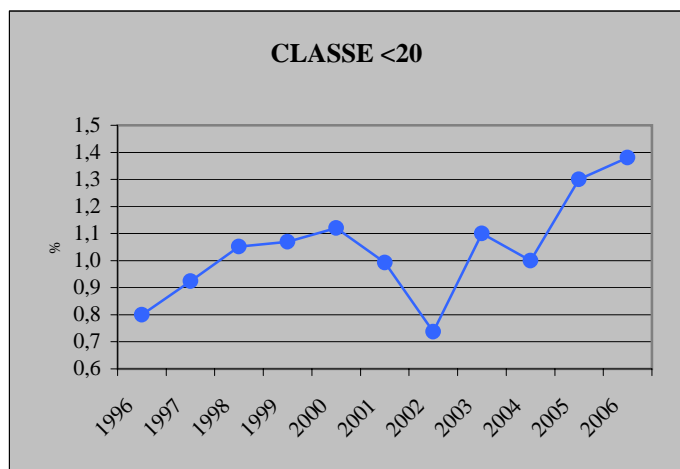
**Graf.7-DISTRIBUZIONE REGIONALE DEGLI UTENTI
PER TIPOLOGIA (%) - ANNO 2006**



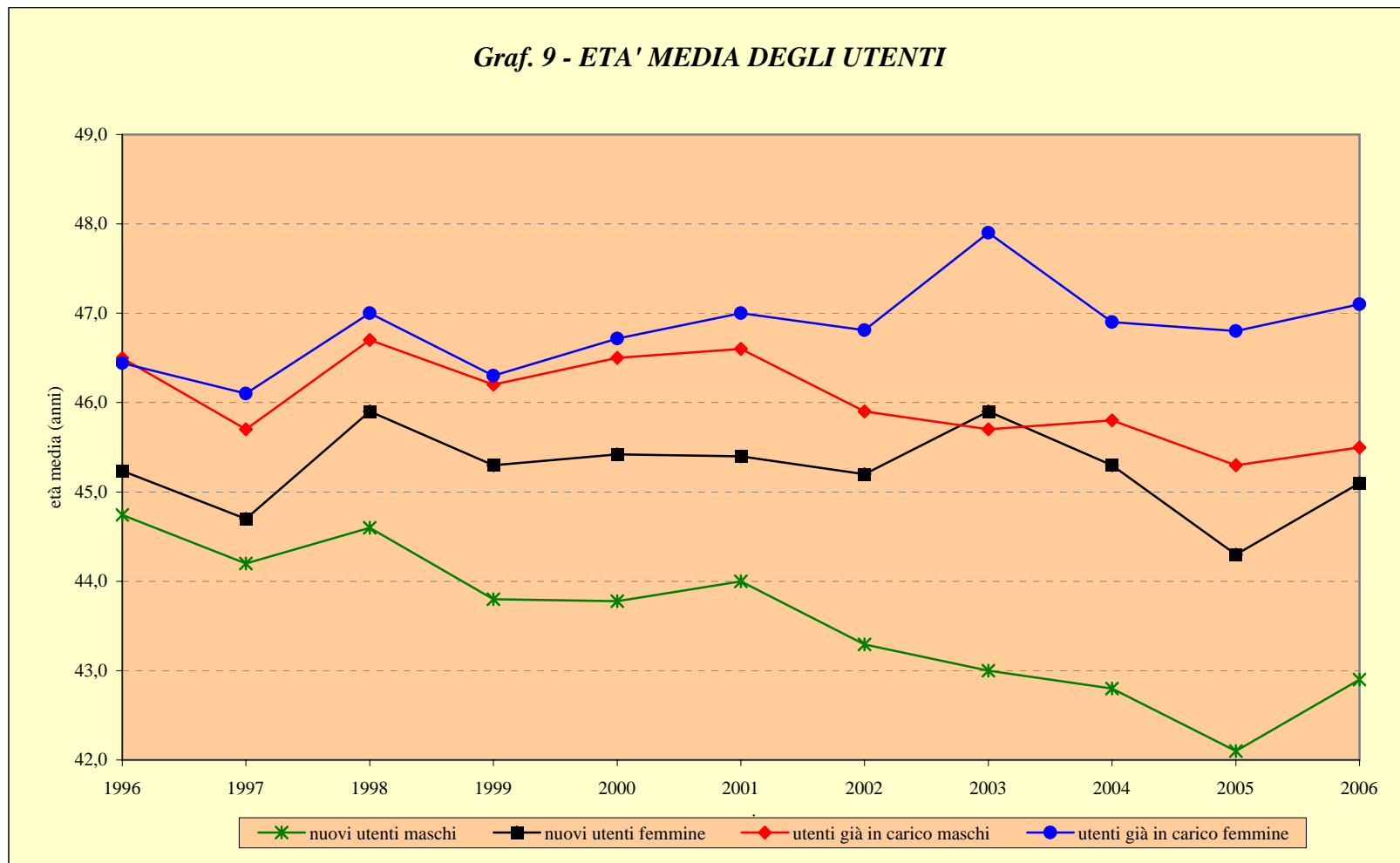
**Graf. 8a - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI (TOTALE)
DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI**



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

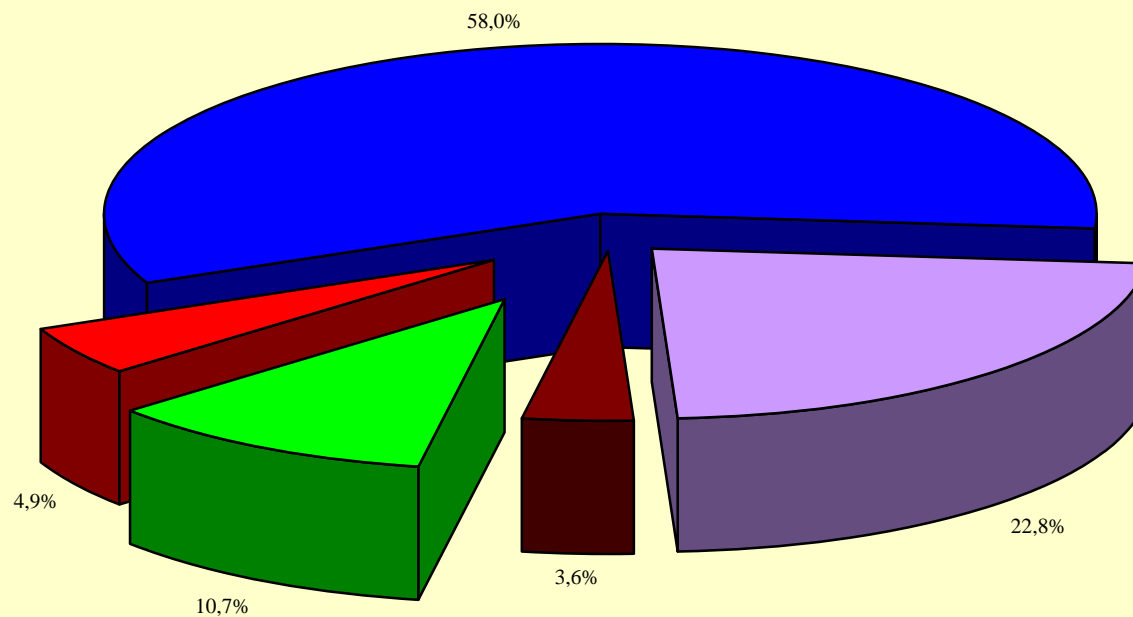


Graf. 9 - ETA' MEDIA DEGLI UTENTI



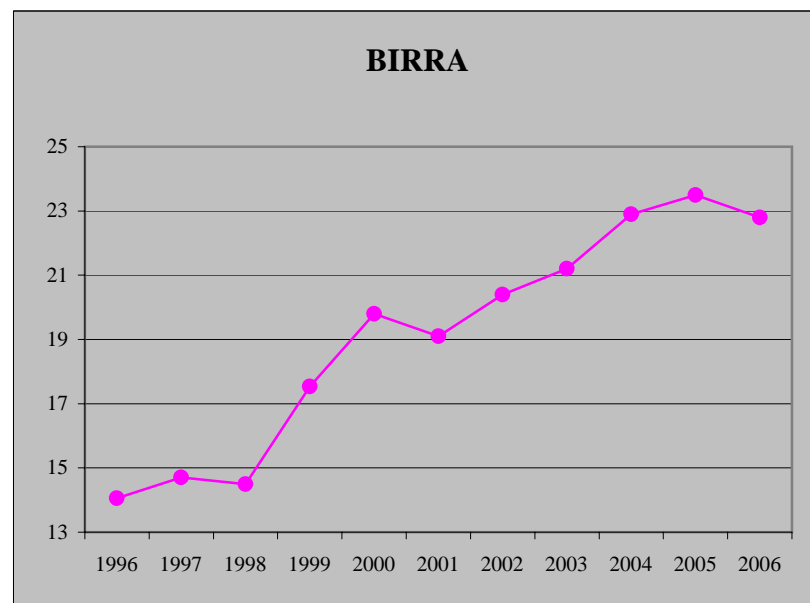
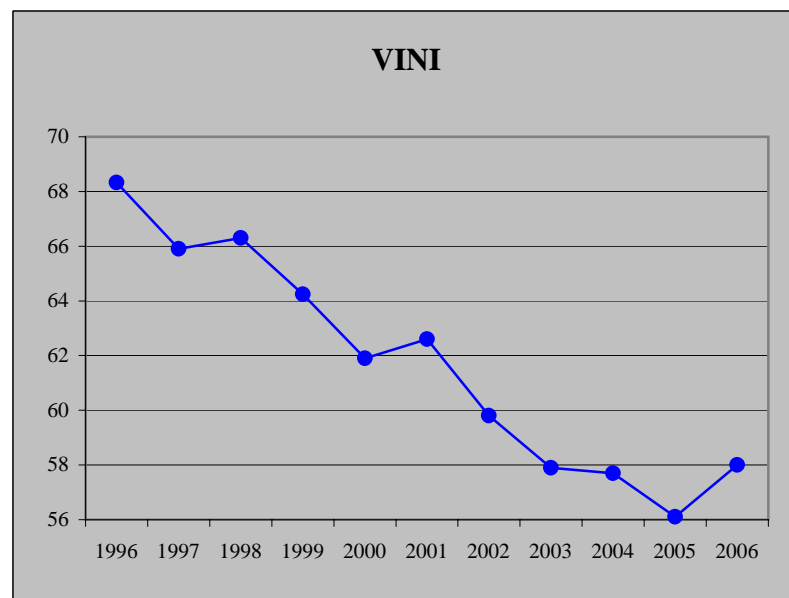
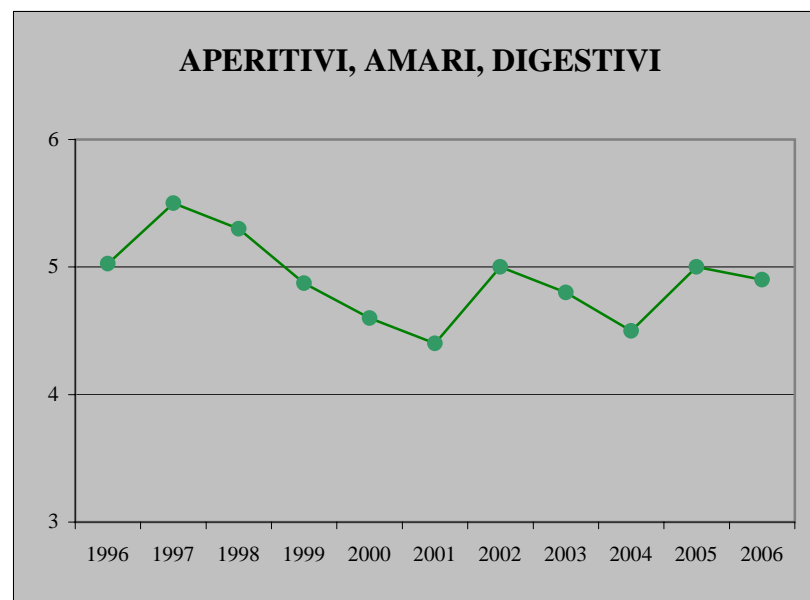
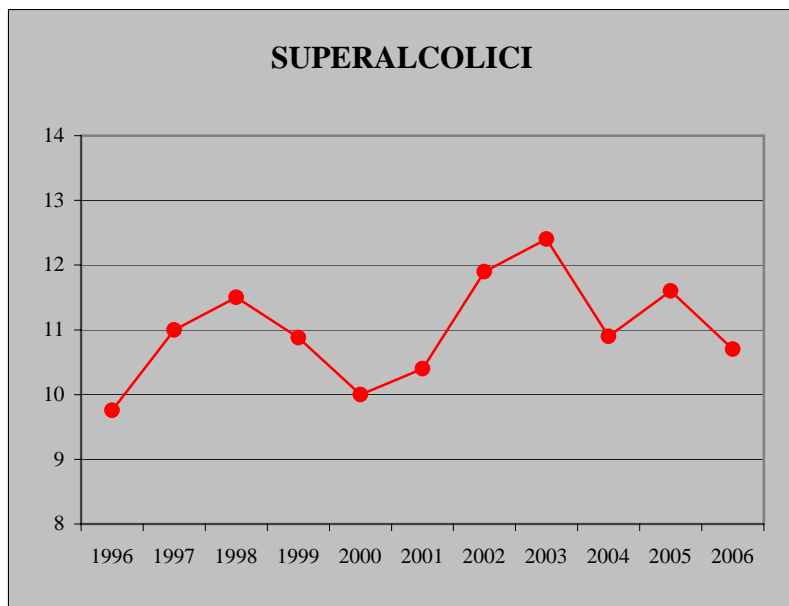
**Graf.10 - UTENTI DISTRIBUITI PER BEVANDA ALCOLICA
DI USO PREVALENTE - ANNO 2005**

Totale utenti

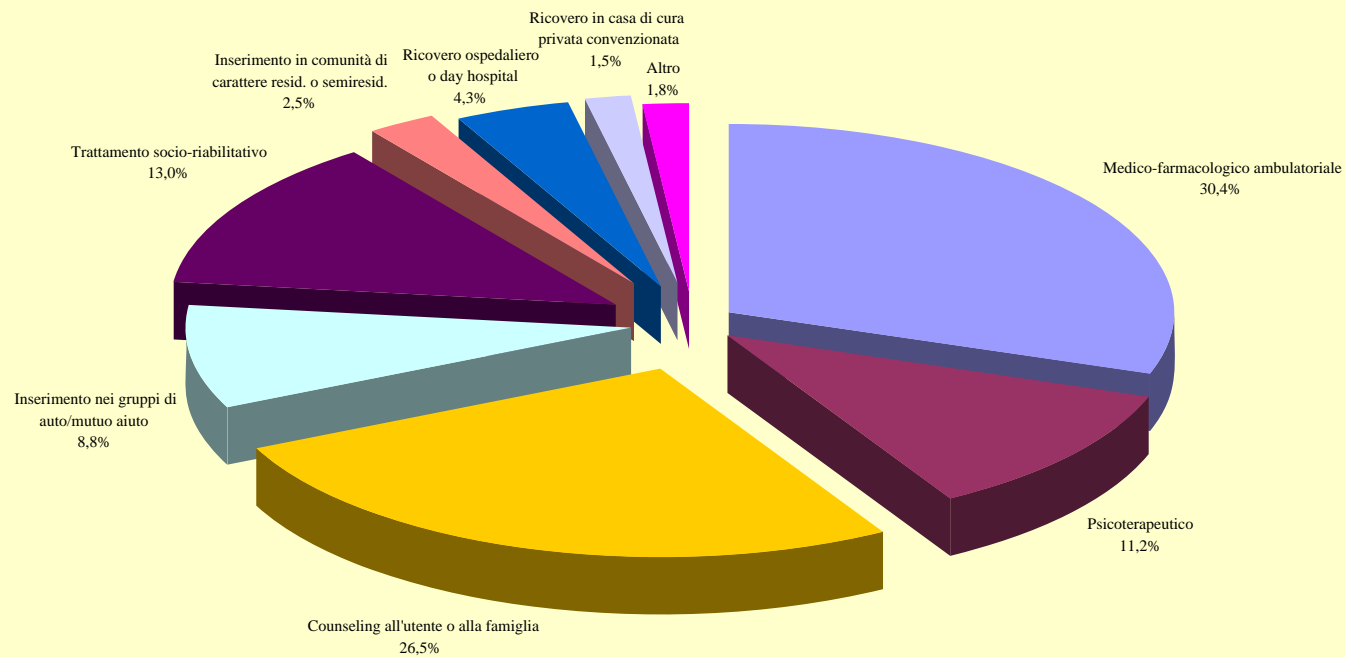


■ SUPERALCOLICI ■ APERITIVI, AMARI, DIGESTIVI ■ VINI ■ BIRRA ■ ALTRO

Graf. 11 - DISTRIBUZIONE PER BEVANDA (%) DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

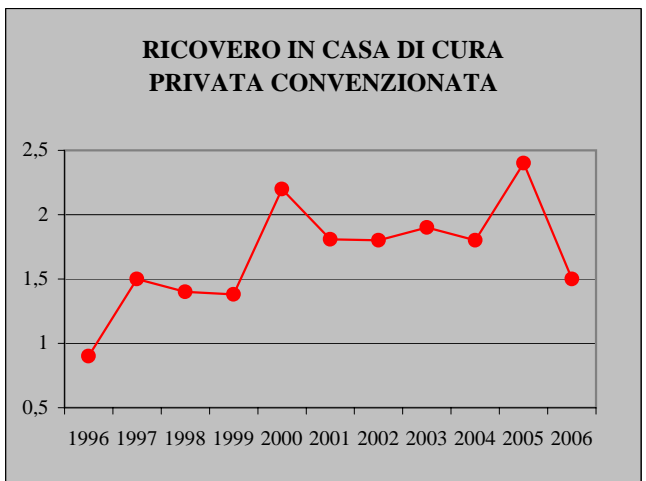
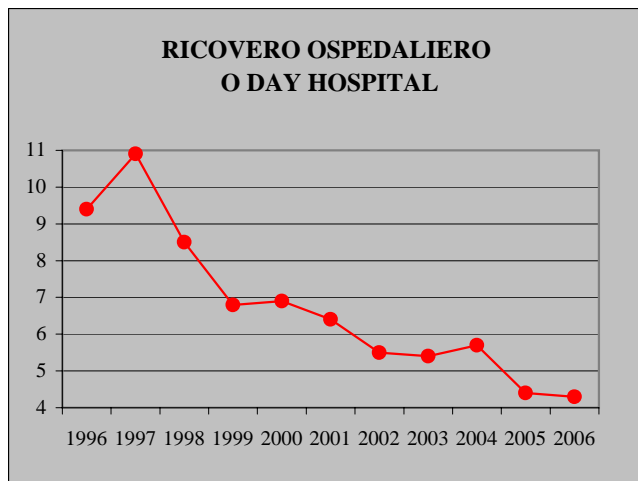
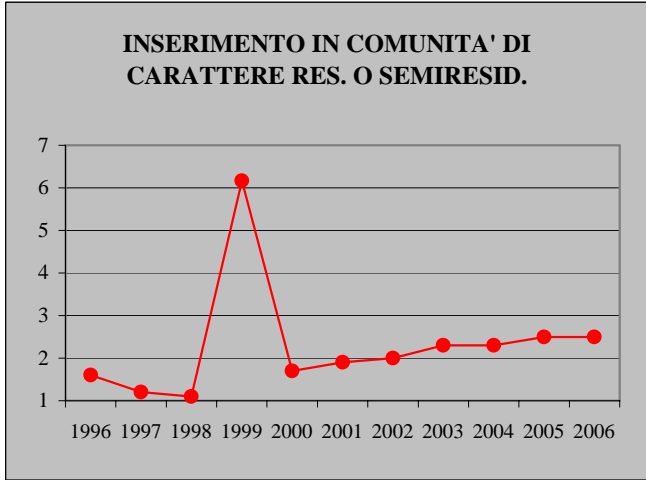
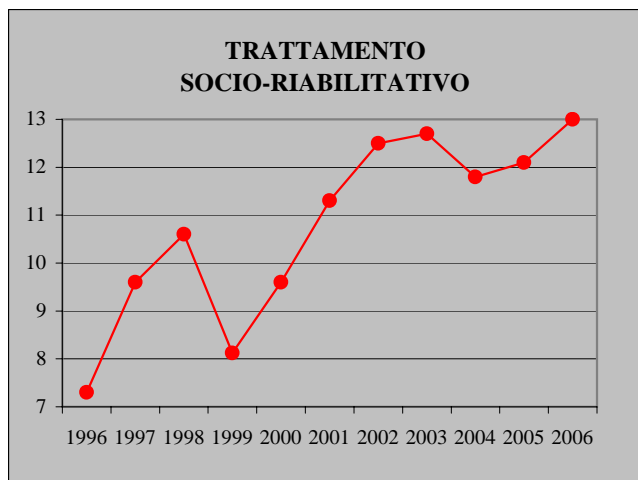
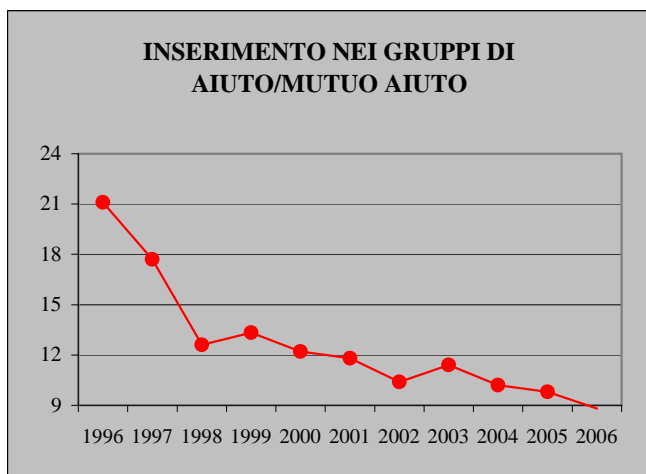
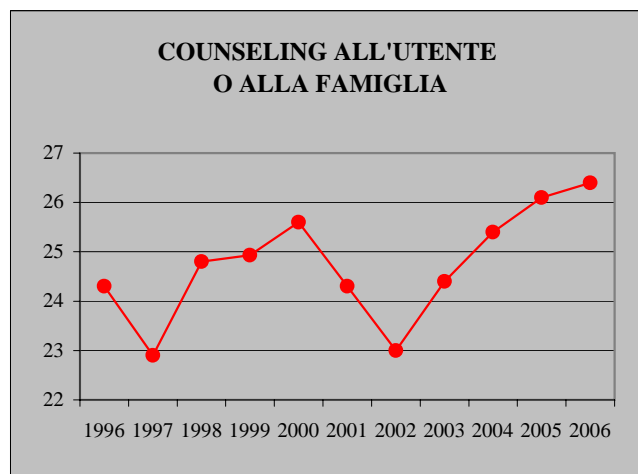
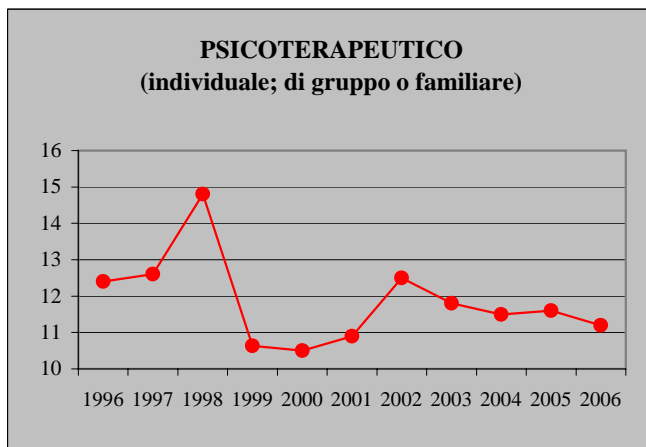
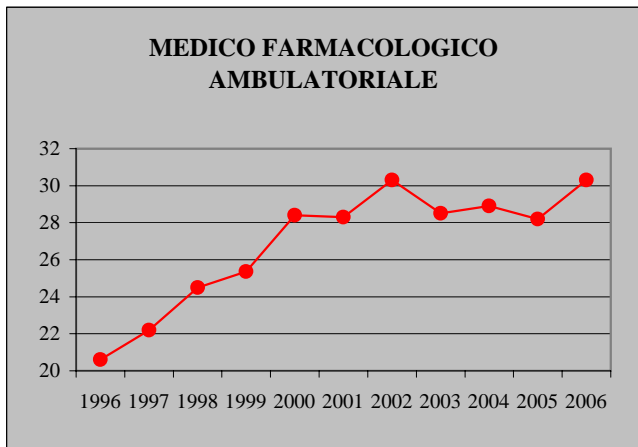


**Graf.12 - UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO
PER PROGRAMMA DI TRATTAMENTO (*)
ANNO 2006**



(*)=percentuali calcolate sul totale dei soggetti trattati

Graf.13 - 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. 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 2006 ai sensi della legge 125/2001

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

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

E' possibile pertanto per l'anno 2006 presentare un quadro sufficientemente articolato dell'impatto della legge 125/2001 nei vari settori di interesse.

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

REGIONE VALLE D'AOSTA

-Riorganizzazione dei percorsi ambulatoriali distinti da quelli per le altre forme di dipendenza.

-Prosecuzione dell'attività dei gruppi di auto-aiuto per gli alcolisti ed i loro familiari.

-Attivazione sperimentale di un Centro Riabilitativo Alcolologico Diurno, a gestione pubblica, con finalità di accoglienza e trattamento di pazienti con problematiche legate alla dipendenza da alcol.

REGIONE LOMBARDIA

-Prosecuzione della consolidata collaborazione tra i servizi pubblici, i servizi del privato sociale, le associazioni di volontariato e di auto-mutuo aiuto, i medici di medicina generale e le aziende ospedaliere.

-Funzionamento di 57 Unità Operative Alcolologiche delle A.S.L., 4 Associazioni con circa 2.230 gruppi di auto-mutuo aiuto, 19 Strutture residenziali del privato sociale.

P.A. BOLZANO

-Attività di consulenza psicologica all'interno dell'Ospedale di Bolzano su richiesta dei reparti di degenza (247 consulenze effettuate).

-Prosecuzione della collaborazione tra l'ambulatorio alcolologico dell'Ospedale di Bolzano, il reparto di Gastroenterologia e l'ambulatorio alcolologico territoriale HANDS per effettuare ricoveri programmati di disintossicazione – riabilitazione alcolica, con n. 2 posti letto dedicati e 19 ricoveri nell'anno 2006.

I pazienti vengono trattati in modo integrato dai tre servizi coinvolti, secondo modalità concordate e condivise. Le degenze durano almeno dieci giorni ed i pazienti usufruiscono di almeno tre prestazioni psicologiche (valutazione psicologica, intervento informativo e motivazionale, avvio alla riabilitazione post-degenza in accordo con HANDS).

-Prosecuzione della collaborazione operativa tra la ASL di Bolzano e l'ambulatorio alcolico territoriale HANDS oltre che con il Centro terapeutico di "Bad Bachgart" tramite l'attività terapeutica, di coordinamento e visita periodica del medico psichiatra del Ser.T. presso tali strutture. Il carico di lavoro globale (numero di pazienti in carico e prestazioni effettuate dalle varie figure professionali) è lievemente aumentato nell'anno 2006 rispetto all'anno precedente (alcolodipendenti in carico nel 2006: 622; nel 2005: 606).

-Prosecuzione del gruppo di lavoro che vede coinvolti la ASL di Bolzano, i Ser.T e l'ambulatorio HANDS nella ottimizzazione della procedura delle visite di valutazione alcolica effettuate dalla Commissione Patenti.

-Estensione della regolare presenza settimanale o quindicinale del personale HANDS nei Distretti sanitari periferici di Sarentino, Castelrotto, Egna ed Appiano anche al Distretto di Ortisei per le attività di informazione, colloqui psicologici, psicoterapia, sostegno alla formazione di gruppi di auto-aiuto, consulenza e coordinamento degli interventi per le figure professionali del Distretto, contatto e coordinamento degli interventi con i Medici di Medicina Generale.

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

-Prosecuzione della collaborazione tra la Direzione sanitaria aziendale, l'ambulatorio HANDS e i Medici Ospedalieri nell'ambito del gruppo di lavoro congiunto oltre che del medico dell'ambulatorio territoriale HANDS con i MMG, il Servizio psichiatrico, i Ser.T., il Servizio psicologico e i Consultori, per il miglioramento del lavoro di rete.

-Visite settimanali da parte degli operatori dell'ambulatorio HANDS ai pazienti ricoverati per problematiche alcoliche nelle cliniche convenzionate.

-Controllo e verifica costante del protocollo operativo Ser.T. di Merano, valutazione della qualità del servizio e della capacità di ritenzione.

-Conduzione da parte del personale del Ser.T. di Merano di gruppi post-dimissione da Comunità Terapeutica.

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

-Presenza di ambulatori distaccati presso le valli del territorio di competenza del Comprensorio Sanitario di Merano (Passiria, Ultimo, Venosta).

-Attivazione presso il Ser.T di Merano di una ricerca riguardante la soddisfazione del cliente, in collaborazione con apposita agenzia.

-Funzionamento di un consultorio psico-sociale dell'Associazione Caritas – Silandro (Bz) in convenzione con la Provincia e con la ASL di Merano, per il trattamento delle problematiche derivanti dall'uso ed abuso di alcol e da dipendenza da farmaci, droghe illegali, gioco d'azzardo e da disturbi alimentari concomitanti (151 pazienti con problemi di alcoldipendenza).

-Prosecuzione del funzionamento dei Ser.T. di Bressanone e Brunico per il trattamento dei soggetti con problemi alcolologici ed il sostegno ai familiari, in collaborazione con le 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 dei servizi alcolologici presenti sul territorio della Regione Veneto operativi in ambito sia ospedaliero, con possibilità di ricovero, Day Hospital e servizio Ambulatoriale, sia territoriale, con l'articolazione di 38 unità Alcolologiche attive presso i Servizi per le Tossicodipendenze delle Aziende ULSS venete. La rete alcolologica veneta offre 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 counselling 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.

-Prosecuzione della collaborazione specifica con le associazioni di volontariato e di auto-mutuo-aiuto in ambito alcolologico che coinvolge specificatamente 523 Club di Alcolisti in Trattamento e 100 Gruppi di Alcolisti Anonimi.

-Potenziamento dei protocolli d'intesa ed operativi stipulati negli anni precedenti dai servizi di alcolologia con le Divisioni Ospedaliere Specialistiche (Psichiatria, Gastroenterologia, Medicina, Malattie Infettive, Pronto Soccorso etc.), i Medici di Medicina Generale, i Servizi Socio-Sanitari, gli Enti Locali, gli Istituti Penitenziari, le organizzazioni di volontariato, le Associazioni di auto-mutuo aiuto specifiche, 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 tra i Dipartimenti per le Dipendenze e i Dipartimenti di Salute Mentale per l'intervento congiunto in caso di pazienti con doppia diagnosi psichiatrica.

REGIONE FRIULI -VENEZIA GIULIA

-Implementazione dei rapporti con i servizi ospedalieri e con i MMG e in alcuni casi estensione dell'orario di accesso ai servizi.

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

l'U.O. per la Dipendenza da Sostanze Legali è aperta al pubblico tutti i giorni per accoglienza della domanda e distribuzione della terapia. La comunità residenziale funziona sulle 24 ore. E' attiva una rete con azienda ospedaliera (consulenze nei

reparti), servizi dell'ASS n.1 triestina, carcere (consulenza e colloqui di supporto psicologico), Comune, Cooperative sociali e Associazioni del volontariato.

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

distrettualizzazione del SERT e creazione di due Strutture Operative semplici Alto e Basso Isontino. Accessibilità dell'utenza alle due sedi in orari più ampi. Mantenimento dell'attività trattamentale terapeutica quotidiana di Gruppo.

-Nell'ambito della ASS n. 5 "Basso Friuli":

in collaborazione con le ACAT sono stati realizzati 5 cicli consecutivi della Scuola Alcolologica di 1° modulo per le famiglie che iniziano un programma alcolologico a S. Giorgio di Nogaro, località raggiungibile più facilmente da tutta l'utenza della Bassa Friulana.

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.

- Attivazione di alcune ASL per dare la possibilità di effettuare il primo colloquio di accoglienza con un'attesa massima di 7 giorni, garantendo così un accesso veloce.

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 espresse 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.

-Prosecuzione delle azioni precedentemente avviate nelle aree d'intervento: Alcol e Giovani, Alcol e Guida, Alcol e luoghi di lavoro.

REGIONE TOSCANA

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

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

-Individuazione di percorsi assistenziali individualizzati e diversificati.

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

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

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

REGIONE UMBRIA

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

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

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

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

-La continuità assistenziale continua ad essere garantita per tutti gli utenti con problematiche socio-sanitarie complesse, e per gli utenti inseriti in Comunità Terapeutica.

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

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

-Adeguamento dei Servizi di alcologia alle crescenti richieste di domanda di assistenza e di procedure di rinnovo della patente segnalate in base all'art. 186 del Codice della strada.

REGIONE MARCHE

-Attivazione delle U.O. di alcologia all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze, istituiti in attuazione dell' Atto di Riordino del Sistema Regionale dei Servizi delle Dipendenze (DGR 747/04).

-Attuazione di percorsi di accoglienza e di presa in carico differenziati, che garantiscono accessi ed orari diversificati; tale migliore organizzazione ha avuto quale riscontro l'aumento dell'utenza con problemi legati all'alcool.

-Istituzione di organismi quali il Comitato Interdipartimentale presso l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e le Assemblee di Dipartimento, che consentono la più ampia partecipazione e integrazione tra le diverse componenti in gioco relativamente alle dipendenze legali e illegali.

Nel corso del 2006, anche per quanto attiene all'area alcologica, i lavori del Comitato Interdipartimentale coordinati presso il Nucleo per l'Integrazione Socio Sanitaria dell'ASUR, hanno rilevato le problematiche emergenti dei territori, le necessarie rimodulazioni organizzative e programmato le azioni prioritarie.

Inoltre la presenza, all'interno del Comitato Interdipartimentale, delle componenti del Privato Sociale accreditato e dei Coordinatori d'Ambito Territoriale ha permesso di consolidare modalità di programmazione integrata sanitaria e sociale.

REGIONE LAZIO

-Si è concluso il rilevamento epidemiologico dei consumi a rischio nella città di Roma i cui dati sono in via di elaborazione e confermano la prevalenza di circa il 12% di persone a rischio nella popolazione con età superiore ai 18 anni.

- È stato attivato, presso il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio, un progetto pilota al fine di individuare i componenti essenziali per il miglioramento della qualità dei servizi che operano nel campo alcolologico, per poi estendere tale progetto a tutti i servizi pubblici e privati presenti nella Regione Lazio.

- Sono stati avviati numerosi protocolli di trattamento farmacologico e psicologico specifico (motivazionale, cognitivo comportamentale individuale e di gruppo) in coordinamento e in collaborazione con Istituzioni Estere (Università del New Mexico, Centro Alcolologico Albuquerque) con le quali si vanno definendo degli accordi di collaborazione istituzionale.

REGIONE ABRUZZO

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

implementazione delle attività nell'ambito del progetto “*Centro Servizi Integrati della Marsica*”, in collaborazione con vari Enti e Associazioni;

implementazione della collaborazione con vari Enti per il Progetto “PASS – Porta d'Accesso unica ai Servizi Socio-Sanitari”;

organizzazione del tirocinio per le figure dei Case-manager, nell'ambito della integrazione socio sanitaria (Comune Avezzano-ASLL);

prosecuzione delle attività nei Gruppi di auto aiuto.

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

prosecuzione delle attività del Servizio di Alcologia, con sede, personale e attività autonoma dal Ser.T, con abolizione delle liste d'attesa;

prosecuzione della collaborazione con i MMG ed i Servizi del territorio;

riorganizzazione e revisione continua dei compiti assegnati agli operatori e della loro motivazione, con particolare attenzione alla formazione e l'aggiornamento in campo alcolologico.

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

prosecuzione delle attività di cura ed assistenza ai soggetti con diagnosi di abuso e dipendenza da alcol, nonché attività di prevenzione delle patologie e dei danni alcol-correlati;

azioni mirate a favorire percorsi riabilitativi e risocializzanti;

messa in atto di programmi di prevenzione a favore della salute in generale (intesa come equilibrio bio-psico-sociale) degli utenti, delle loro famiglie, della collettività;

esecuzione di accertamenti diagnostici a fini medico-legali per la Commissione Patenti speciali o per le Pratiche di Adozione Internazionale.

Sono inoltre stati operativi i seguenti progetti:

progetto “Servizio Ascolto Famiglie (SAF)”: in collaborazione con il Comune di L’Aquila, finanziato con i Fondi per la Lotta alla Droga, rivolto alle famiglie con disagio correlato a problemi di abuso di sostanze legali (alcol) ed illegali (droghe);
progetto “Oltre il programma terapeutico”: per l’offerta di specifici trattamenti di recupero per i pazienti dipendenti da sostanze e la realizzazione di corsi di orientamento professionale finalizzati al reinserimento lavorativo, per tutti gli utenti che avevano effettuato un percorso terapeutico.

-Nell’ambito del SER.A. Pescara – ASL 105 :

attività di sensibilizzazione rivolte ad operatori socio-sanitari, alla popolazione generale e a target specifici, distribuzione di materiali informativi, iniziative di raccordo con Enti ed Istituzioni varie;

svolgimento di corsi, convegni e workshop per favorire l’aggiornamento/formazione del personale, con particolare attenzione alla qualità della relazione d’aiuto;

prosecuzione delle attività legate al Progetto “Daphne VeR.S.O.”, avente l’obiettivo di affrontare il problema della mancata o inefficace risposta che la sanità fornisce alle donne che subiscono violenze;

implementazione dei rapporti di collaborazione con reparti ospedalieri (Medicina, Psichiatria, Infettivi), per agevolare i ricoveri, garantire la continuità terapeutica agli alcolisti ricoverati e realizzare iniziative di formazione/sensibilizzazione rivolte al personale ospedaliero;

prosecuzione delle attività di collaborazione tra strutture della ASL (Medicina Comunità, Centri di Salute Mentale, Ser.T...), gruppi di auto-aiuto (A.A., AL-Anon, C.A.T., Co.DA) e associazioni del volontariato sociale.

-Nell’ambito del SER.T. Vasto – ASL 103:

rapporti di collaborazione con i tre CAT (Club di Alcolisti in Trattamento) nei comuni di Vasto, Lanciano e Casoli;

svolgimento di incontri per la progettazione del Mese di prevenzione alcolica;

svolgimento di incontri semestrali con utenti e familiari CAT.

REGIONE MOLISE

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

REGIONE CAMPANIA

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

-Stimolazione e supporto ai servizi territoriali per le dipendenze al fine di definire i progetti operativi e i tempi di realizzazione inerenti gli obiettivi essenziali previsti da "Azione A" tramite i seguenti interventi.
Creazione delle Unità A, équipes alcolologiche territoriali dedicate all'intervento sui problemi alcolcorrelati.
Attivazione di Call Center in ogni ASL dedicati all'ascolto e all'aiuto di persone e famiglie in difficoltà per l'alcol (Linea A).
Istituzione dell'Equipe A, organismo previsto da "Azione A" per supportare il lavoro dell'Assessorato alla Sanità per pianificare ed attuare programmi operativi coerenti con le linee guida della DGR 970/04.

-Elaborazione a cura del Servizio Regionale di alcune linee guida per la realizzazione di interventi specifici ed organici in alcuni settori (accoglienza, continuità assistenziale, guida, lavoro, educazione, formazione, scuola, monitoraggio delle attività) già recepiti dal Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) varato nella primavera del 2007: le "DIECI A".

REGIONE PUGLIA

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

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

-Rafforzamento in alcune realtà (ASL BA/2 e ASL FG/2) delle collaborazioni tra UU.OO. di alcologia e divisioni o reparti di medicina dell'Ospedale: nella ASL BA/2 si sono sottoscritti dei "protocolli d'intesa" per regolamentare la collaborazione nella

gestione del paziente con problemi alcolcorrelati, prevedendo anche la riserva di uno o più posti letto che vengono co-gestiti tra il reparto di medicina interna e l'U.O. di alcolologia; nella ASL FG/2 si è istituita l'Unità Operativa Sperimentale di Alcolologia presso la Divisione di Medicina del P.O. di Manfredonia, nata sulla base di una stretta collaborazione tra il Servizio di Alcolologia del DDP e la Divisione di cui sopra, integrando negli interventi terapeutici l'attività dei Medici di Medicina Generale, del Servizio di Epidemiologia dell'Azienda e con la presenza del volontariato specifico (C.A.T. e A. A.) attraverso protocolli di intervento.

-Rafforzamento e consolidamento, in alcune realtà, dell'attività nei Ser.T o nelle U.O. di alcolologia, dei Gruppi di auto-mutuo aiuto, per il trattamento integrato medico - psico-sociale della dipendenza alcolica.

Al riguardo si segnala:

nella sez. dipartimentale n.1 – ASL FG/1 – San Severo tale gruppo favorisce l'accesso dei soggetti alcolisti ai trattamenti sanitari e assistenziali senza richiesta alcuna di "ticket" da parte del servizio e con un adeguamento flessibile dell'orario rispondente ai bisogni dell'utenza (incontri settimanali in orario serale);

presso il Ser.T di Altamura si è creato il G.I.M.A.T. (Gruppo di Informazione e Motivazione di Alcolisti in Trattamento), che accompagna l'alcolista nel suo percorso terapeutico.

-Progressiva estensione della collaborazione con i medici di famiglia, che sono stati coinvolti soprattutto in occasione delle attività informative messe in atto dai servizi.

-Prosecuzione dell'attività condotta dall'ARCAT Puglia che con una rete di 60 club ha accolto e servito una media di 700 famiglie prevedendo l'accesso ai club libero, volontario e gratuito, con l'unico impegno per le famiglie della frequenza settimanale e della formazione e sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati attraverso le S.A.T. (scuole alcolologiche territoriali) di 1° e 2° modulo.

-Prosecuzione dell'attività dell' Unità di Alcolologia clinica medica "A. Murri" c/o il Policlinico di Bari che, nel corso del 2006, ha visto ricoverati in degenza ordinaria n. 50 Alcolisti e n. 13 Alcolisti in Day Hospital, mentre gli utenti in trattamento visitati c/o il locale ambulatorio sono stati n. 264, di cui 81 sono da considerarsi prime visite.

REGIONE BASILICATA

-Consolidamento dei rapporti di collaborazione sull'invio e la gestione congiunta degli utenti con patologie alcol-correlate con i medici di medicina generale.

-Rafforzamento del percorso di invio e di gestione congiunta degli utenti in collaborazione con i reparti dell'Ospedale di Villa d'Agri e dell'Azienda Ospedaliera "S. Carlo di Potenza".

- Distribuzione della “Carta dei Servizi” relativa al Ser.T. di Villa d’Agri.
- Attività di ricerca e analisi volte alla conoscenza delle caratteristiche e della diffusione del fenomeno alcolismo sul territorio.

REGIONE CALABRIA

-Nell’ambito dell’Azienda Sanitaria provinciale di Reggio Calabria, funzionamento nella U.O. di Alcologia di un protocollo specifico per l’istituzione di un percorso riabilitativo che coinvolge Case di cura, Reparti Ospedalieri e Volontariato.

-Nell’ambito dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza: attivazione, nella U.O. di Alcologia, di uno specifico protocollo operativo in collaborazione con l’ Azienda Ospedaliera e l’ U.O. di Gastroenterologia, per l’istituzione di un percorso terapeutico per i pazienti alcoldipendenti, astinenti o meno, in attesa di trapianto, e per la presenza su richiesta in tutte le UU.OO. Ospedaliere; realizzazione di un Corso di formazione con ECM, rivolto ai Medici di Medicina Generale della Azienda Sanitaria di Cosenza sul tema: “Diagnosi e terapia della Patologia e delle complicanze organiche alcol correlate”.

-Nell’ ambito dell’ Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro: funzionamento nel Ser.T. di Catanzaro di un protocollo operativo con il servizio di Medicina legale per la realizzazione di un programma terapeutico per il trattamento dei soggetti con patologie alcol-correlate sottoposti a revisione della patente di guida.

REGIONE SICILIA

-Prosecuzione delle attività di collaborazione nell’ambito del progetto nazionale finanziato dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga *"Impatto dei problemi e delle patologie alcol-correlate nella popolazione afferente alle aziende sanitarie locali e ospedaliere: epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi"*.

REGIONE SARDEGNA

-Prosecuzione degli interventi e trattamenti per le problematiche di abuso/dipendenza da alcol da parte delle Aziende USL, in particolare presso i Ser.T.; gli interventi proposti prevedono spesso la presa in carico dell’intero nucleo familiare. In un numero ristretto

di realtà viene privilegiato l'intervento farmacologico e il trattamento sanitario. Presso alcuni Comuni sono funzionanti sportelli informativi.

-Adozione di accorgimenti particolari per la facilitazione dell'accesso quali l'ingresso separato per gli utenti affetti da dipendenza da alcol o l'utilizzo di strutture dedicate.

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

REGIONE VALLE D'AOSTA

-Estensione dell'intervento, attuato nel corso del 2005 nell'ambito di una Comunità Montana, a tutto il territorio regionale che ha visto la partecipazione di operatori del Ser.T. alle varie sagre eno-gastronomiche e feste con punti informativi di confronto e sensibilizzazione sulle problematiche alcolcorrelate.

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

-Celebrazione dell'Alcohol Prevention Day attraverso l'organizzazione, in collaborazione con i gruppi di auto-mutuo-aiuto di momenti di sensibilizzazione.

REGIONE LOMBARDIA

-Attuazione di interventi regionali di prevenzione, in partnership tra Pubblico e Terzo Settore, laddove le ASL hanno il ruolo di "capofila attivo" con compiti di coordinamento. L'azione preventiva si svolge in particolari contesti, quale l'area della "notte" (discoteche, eventi, aggregazioni giovanili, ecc.), col coinvolgimento di risorse sia personali che strumentali (es.: unità mobili, unità di strada, ecc.). Complessivamente nel territorio lombardo sono state attivate circa 177 iniziative che hanno raggiunto un'utenza di circa 81.558 persone. Le iniziative si sono svolte prevalentemente considerando le seguenti sei macroaree: area scuola; area aggregazione giovanile; area sicurezza stradale; area lavoro e formazione; area notte; area informazione cittadini.

P.A. BOLZANO

-Coinvolgimento dell'Associazione HANDS nel gruppo di coordinamento della campagna mediatica di prevenzione primaria delle problematiche alcoliche promossa dall'Assessorato alla Sanità. La campagna triennale di prevenzione è stata integrata con una serie di attività complementari di carattere informativo (dépliants su "alcol e guida" e serate informative in tutta la provincia) per le quali l'Associazione ha svolto una collaborazione di consulenza tecnica.

-Prosecuzione da parte dell'Associazione HANDS delle conferenze nei Distretti destinate alla popolazione generale sull'uso consapevole di alcol.

-Prosecuzione della collaborazione tra l'Associazione HANDS, l'Associazione "Forum-Prevenzione delle dipendenze" e diverse agenzie della Provincia di Bolzano ed austriache per il progetto transfrontaliero "Io rinuncio, meno è meglio".

- Interventi informativi dell' Associazione HANDS nelle scuole medie e superiori.

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

-Ideazione e attuazione in intesa con Associazione Privata all'interno del Ser.T di Merano di un modulo denominato "Servizio di Prevenzione Secondaria/Selettiva" per alcolismo e tossicodipendenza.

-Prosecuzione dell'offerta di colloqui psicologici informativo-preventivi all'interno dell'attività medico-legale per patenti di guida da parte del Ser.T. di Merano.

-Prosecuzione delle attività del Consultorio psico-sociale Caritas-Silandro (Bz) per interventi di prevenzione destinati a giovani ed adulti. Inoltre nell'anno 2006 sono stati realizzati interventi preventivi destinati a studenti e genitori della scuola media e superiore, al personale della casa di riposo di Silandro; inoltre è stato effettuato un incontro di aggiornamento per il personale del Comprensorio sociale della Val Venosta dal titolo "Alcoldipendenza e famiglia".

-Coinvolgimento del Ser.T di Brunico in vari gruppi di attività preventive nel comprensorio (lavoro di rete) mirante alla sensibilizzazione dei giovani, degli adulti, dei genitori, delle ditte e dei loro dipendenti all'uso consapevole dell'alcol. Inoltre è proseguito il lavoro in rete in merito a campagne preventive sul tema dell'alcol e guida, consumo di alcol, abuso di nicotina, gioco patologico d'azzardo.

P.A. TRENTO

-Prosecuzione del Progetto "Salute, alcol e fumo" per le scuole elementari e medie per la realizzazione di un corso di formazione per insegnanti delle elementari e delle medie che viene effettuato ogni anno. Agli insegnanti viene fornito un pacchetto didattico basato sull'educazione razionale-emotiva completo da sviluppare nel corso dell'anno scolastico su salute, alcol e fumo. E' stata edita e rinnovata nel corso del 2006 una guida didattica illustrata da distribuire agli insegnanti.

-Realizzazione del Progetto “Girandola” rivolto agli insegnanti delle scuole materne. Anche questo progetto si basa sull’educazione razionale-emotiva e viene supportato da una guida contenente tutto il materiale didattico comprensivo di giochi, fiabe e altri strumenti didattici da sviluppare con i bambini.

-Prosecuzione del Progetto rivolto alle scuole superiori e consistente in interventi (nelle scuole superiori) da parte degli operatori dei Servizi di Alcolologia in collaborazione con gli insegnanti, i quali si impegnano a realizzare un insieme minimo di attività.

-Prosecuzione degli Interventi nel mondo dello sport in collaborazione con le Federazioni aderenti al C.O.N.I. più diffuse nel mondo giovanile. Tali interventi sono rivolti per lo più alla sensibilizzazione degli allenatori, visti come educatori sui quali i giovani fanno riferimento. A seguito di una collaborazione con la Federazione Gioco Calcio questa si è dichiarata “Federazione libera da alcol e fumo”.

-Prosecuzione degli interventi su alcol e guida in collaborazione con le autoscuole della Provincia. Sono stati fatti dei corsi di formazione-sensibilizzazione a tutti gli istruttori e insegnanti delle Scuole guida della Provincia, fornendo anche materiale didattico su alcol e guida. Nelle autoscuole trentine è prevista una lezione su alcol e guida nell’ambito delle lezioni di teoria destinate ai patentandi.

-Prosecuzione degli interventi sui frequentatori di discoteche, pub e feste campestri. Il progetto “Pub-disco” prevede che davanti ai locali di ritrovo notturno frequentati particolarmente da giovani o nelle feste campestri di vario tipo o feste rock, stazioni un mezzo attrezzato dell’APSS dotato di etilometro con a bordo degli operatori giovani preventivamente preparati per instaurare relazioni di dissuasione alla guida in stato di ebbrezza. Gli interventi vengono effettuati in accordo con i gestori dei locali, gli organizzatori delle feste, i Comuni e le Forze dell’ordine.

- Prosecuzione del Progetto “*Coordinamenti alcol, sicurezza e promozione della salute*” finalizzato al coordinamento stabile tra i vari Servizi di Alcolologia e le Autoscuole, le Forze dell’ordine, le scuole, i Comuni e le associazioni private per iniziative comuni di prevenzione delle problematiche alcolcorrelate a partire da quelle inerenti i rischi dell’alcol sulla guida. Durante il 2006 i Coordinamenti hanno elaborato un documento di proposte pratiche per la prevenzione del consumo di alcol dei giovani e la regolamentazione delle feste pubbliche che è stato presentato come proposta operativa alla Giunta provinciale ed è stato inviato anche al Ministro della Salute.

-Interventi di vario tipo per la sensibilizzazione della Comunità attraverso, ad esempio, conferenze serali, trasmissioni radio e televisive locali, conferenze stampa etc..

REGIONE VENETO

-Prosecuzione degli interventi di prevenzione nelle scuole materne, di ordine primario (scuole elementari e medie inferiori) e secondario (scuole superiori), rivolti a genitori, personale docente e non docente.

-Prosecuzione degli interventi nel mondo del lavoro, rivolti a lavoratori, apprendisti, dirigenti, sindacalisti, medici del lavoro, responsabili della sicurezza, associazioni di categoria.

-Prosecuzione degli interventi nell'area del divertimento notturno, che coinvolgono i frequentatori dei locali notturni, i gestori, gli animatori e i rappresentanti di categoria.

-Prosecuzione degli interventi nell'area della guida, rivolti agli iscritti delle autoscuole e ai soggetti inviati alla Commissione Patenti a seguito del ritiro della patente per guida in stato di ebbrezza, realizzati anche in collaborazione con agenti di polizia municipale e stradale.

-Prosecuzione degli interventi nell'area dell'aggregazione giovanile, rivolti a gruppi formali ed informali di adolescenti e giovani, adulti significativi e soggetti operanti nell'associazionismo sportivo, culturale e religioso.

-Prosecuzione degli interventi rivolti alla popolazione generale, realizzati attraverso incontri informativi e dibattiti pubblici, animazione di strada in occasione di festività o situazioni aggregative particolari.

-Realizzazione del "*Mese di Prevenzione Alcolica*", che per molte Aziende USL regionali è un momento consolidato per la realizzazione di iniziative locali a carattere informativo e di sensibilizzazione, rivolte sia alla popolazione generale sia a gruppi specifici.

-Svolgimento per il 4° anno consecutivo della Conferenza Regionale sull'Alcol, organizzata dall'Associazione regionale dei Clubs di alcolisti in trattamento (ARCAT) su mandato e finanziamento della Regione Veneto, che nell'anno 2006 ha approfondito il tema "Alcol e Donna".

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

-Nell'ambito della ASS n.1 "Triestina": partecipazione, in qualità di coordinatori a livello Provinciale, all'iniziativa nazionale "Aprile Mese di Prevenzione Alcolica"; Attività di prevenzione nelle scuole; Attuazione del Progetto Obiettivo 2006 su Microarea San Giovanni; Attività di Prevenzione specifica su alcol e guida.

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

svolgimento di vari interventi educativi alla salute nelle scuole; Interventi di educazione sanitaria con operatori del Sert. e con distribuzione di materiale informativo nelle manifestazioni fieristiche di carattere locale; Prosecuzione dell'attività di collaborazione con le Scuole territoriali alcologiche delle ACAT.

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

attuazione di un Progetto denominato "*Costruzione di un intervento efficace rivolto a soggetti non alcolisti ma con problemi di abuso di sostanze alcoliche (soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza o altri soggetti abusatori che si rivolgono al SERT)*".

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

svolgimento, da parte di una équipe di operatori, di incontri con la popolazione per l'informazione sulle conseguenze derivanti dalla violazione dell'art. 186 del codice della strada; sono stati svolti specifici interventi su gruppi selezionati di giovani oltre che incontri rientranti in una programmazione annuale con gli studenti delle scuole medie superiori; sono stati inoltre svolti incontri a tema in vari Comuni della Provincia di Udine su "alcol e guida" e "alcol ed infortuni sul lavoro".

- Nell' ambito della ASS n.5 "Bassa Friulana":

oltre allo svolgimento di programmi di informazione e prevenzione nelle scuole, si è prodotto del materiale didattico informativo e sono stati distribuiti alcol test all'internodi una iniziativa intitolata "Guida Sicura".

-Nell' ambito della ASS n.6 "Friuli Occidentale":

è stata rafforzata la presenza di operatori sul territorio e sono state programmate iniziative con le autoscuole.

REGIONE LIGURIA

-Svolgimento da parte degli operatori delle Unità di Alcologia di incontri formativi all'interno delle scuole medie e superiori.

-Attività di supervisione e attuazione di progetti di prevenzione presso scuole medie inferiori e superiori con insegnanti, studenti e genitori, sulle problematiche alcolcorrelate.

-Prosecuzione degli interventi di educazione sanitaria alla salute e prevenzione nelle discoteche e sul territorio anche con l'ausilio delle Unità mobili ed in collaborazione con le strutture del privato sociale, del volontariato e delle associazioni di auto e mutuo aiuto.

- Organizzazione e promozione di manifestazioni e attività aperte alla popolazione.
- Collaborazione dei servizi di alcologia ai corsi di preparazione per l'acquisizione del "patentino" per la guida dei ciclomotori.
- Presenza, in luoghi di aggregazione giovanile, di operatori addetti alla divulgazione di materiale informativo.
- Prosecuzione dei colloqui con i familiari di persone affette da problematiche alcolcorrelate, sia per favorire un'eventuale presa in carico del paziente, sia per fornire ai familiari stessi informazioni sulle problematiche correlate all'uso, abuso e dipendenza da alcol.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- Coinvolgimento di ulteriori Istituti scolastici nell'ambito del 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.
- Prosecuzione della sperimentazione dell'utilizzo 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*".
- Avviamento dello studio finalizzato alla realizzazione di un DVD didattico sui temi della promozione della salute e di stili di vita sani. I comportamenti presi in considerazione comprendono il fumo, il consumo/abuso di bevande alcoliche, l'alimentazione, l'attività motoria. Il progetto prevede un approccio didattico multidisciplinare ai vari ambiti, in modo da favorire la trasversalità e l'integrazione tra più materie scolastiche curriculari.
- Realizzazione del secondo "*Festival Alcol e Fumo: prevenire creando - le emozioni della salute*" articolato in seminari scientifici, laboratori didattici, rassegne teatrali. Il Festival è stato promosso da un tavolo interistituzionale comprendente la Regione, la Provincia, il Comune, l'Azienda USL e la Lega Tumori di Reggio Emilia con il supporto tecnico organizzativo dell'Istituto Oncologico Romagnolo e delle Associazioni di volontariato reggiane.
- Prosecuzione delle attività della sede permanente di "Luoghi di prevenzione", centro di valenza regionale per la prevenzione in tema di Alcol e Fumo. Il centro svolge attività di didattica rivolta alle scolaresche in visita al centro, formazione docenti e operatori sociosanitari (anche mediatori culturali), documentazione con disponibilità di

pacchetti didattici ad uso delle scuole, ricerca metodologica (tra le collaborazioni avviate c'è quella con l'Università di Modena e Reggio Emilia) per l'esplorazione e l'approfondimento delle tematiche Alcol e Fumo attraverso i linguaggi di tipo cognitivo, simbolico ed emozionale.

-Prosecuzione nel distretto sanitario di Correggio (RE) del progetto sperimentale regionale di prevenzione alcolologica di comunità, con l'obiettivo di qualificare le iniziative di informazione e sensibilizzare la popolazione generale sui rischi legati all'uso di alcol, codificare un modello di intervento da diffondere in ambito regionale, creare protocolli di intesa fra tutti coloro che possono dare un contributo alla prevenzione delle patologie alcol correlate al fine di migliorare l'efficacia degli interventi, modificare gli atteggiamenti della popolazione rispetto all'alcol aumentando il livello di percezione dei rischi connessi al consumo non appropriato.

-Formazione dei ragazzi impegnati nella "formazione fra pari" e coordinamento delle diverse attività in 3 scuole superiori.

-Organizzazione delle giornate "scuola aperta", partecipate ed animate dai ragazzi.

-Partecipazione attiva insieme ad Ente locale (polizia municipale), volontariato (Pro.di.gio) e ragazzi delle scuole superiori alla seconda edizione della Festa della Birra (rinominata "Festa in Festa") della durata di 9 giorni con gestione di stand attrezzato per garantire corretta informazione ai giovani e alle famiglie (disponibilità di test con etilometro, somministrazione di test con questionario *Cage* mascherato).

-Attuazione del progetto "Sicuramente al mare" realizzato dal Sert AUSL di Ravenna e del progetto "Spazio giovani" realizzato dal Sert AUSL di Piacenza, per la prevenzione alcolologica rivolta ai giovani.

-Realizzazione di numerosi eventi promozionali, con diffusione al pubblico di materiale informativo sui danni alcolcorrelati e informazioni sull'offerta dei servizi territoriali in occasione del Mese di Prevenzione Alcolologica - Aprile 2006, con la partecipazione di tutte le aziende sanitarie con il contributo e la partecipazione attiva delle associazioni di auto-aiuto.

REGIONE TOSCANA

-Nell' ambito della ASL 1 di Massa Carrara:

servizio alcolologico del Sert della Lunigiana: interventi di educazione sanitaria e prevenzione nelle scuole medie inferiori e superiori della Zona Lunigiana, programmazione annuale coordinata da gruppo di lavoro Scuola-Servizi;

servizio alcolologico del Sert Zona Apuane: consolidamento dell'azione di educazione alla salute offerto agli utenti, ai familiari e accompagnatori.

- Nell' ambito della ASL 2 di Lucca:

Servizio alcologico del Sert di Lucca: Progetto Prevenzione e Lotta all'alcolismo a favore degli studenti delle scuole medie inferiori e superiori in collaborazione con U.O. Educazione alla salute, U.O. Psichiatria dell'AUSL2, CEIScuola, ACAT; due incontri aperti alla popolazione su "Uso e Abuso di bevande alcoliche" in collaborazione con l'ACAT; un punto informativo mobile presso il Presidio Ospedaliero di Lucca nel mese di aprile; un corso su "audiovisivi e Alcol" organizzato in collaborazione con AUSL 12; un corso di formazione d'Area Vasta " Alcol e Lavoro" rivolto a medici competenti, medici, tecnici e personale sanitario della U.O. Medicina del Lavoro, delle U.F. PISSL, dei Dipartimenti di Prevenzione, medici e operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze dell'Area Vasta NordOvest;

Servizio alcologico del Sert della Valle del Serchio: Interventi informativi nelle prime classi degli Istituti Medi Superiori di Barga e Borgo a Mozzano; progetto "Agorà" a valere sui fondi del Piano Integrato di Salute. Il progetto in continuità con quello degli anni precedenti, prevedeva l'utilizzo di operatori di strada per avvicinare gruppi informali di giovani, nei luoghi di loro spontanea aggregazione, per informarli sui rischi legati al consumo di alcol e droghe e al contempo promuovere iniziative di socializzazione; progetto "Alcol e dipendenza" in collaborazione con l'ACAT di Zona; interventi di informazione-prevenzione rivolti alla popolazione dei Comuni di Piazza al Serchio, Sillano e Giuncugnano.

- Nell' ambito della ASL 3 di Pistoia:

Servizio alcologico di Pistoia : incontri di educazione alla salute rivolti ai ragazzi delle scuole medie superiori del territorio.

- Nell' ambito della ASL 4 di Prato:

Servizio alcologico del Sert di Prato: Programmi di Educazione Sanitaria c/o le scuole medie inferiori e superiori.

- Nell' ambito della ASL 5 Pisa:

Servizio alcologico del Sert di Pisa: incontri formativi e informativi con pazienti relativi alle problematiche alcol correlate;

Servizio alcologico del Sert di Pontedera: Iniziativa della Zona Valdera di sensibilizzazione specifica per l'uso di alcol nelle discoteche: Progetto "Divertimento Sicuro: Il Pilota"; attività di prevenzione primaria nelle scuole medie superiori e inferiori riguardanti guida sicura e uso di alcol;

Servizio alcologico del Sert dell' Alta Val di Cecina: attività nelle scuole rivolte alla formazione del personale insegnante.

- Nell' ambito della ASL 6 Livorno:

Servizio alcologico del Sert di Livorno: partecipazione ad iniziative scolastiche e di altri enti ed istituzioni, come esplicatori delle varie problematiche inerenti l'alcol;

Servizio alcologico del Sert di Piombino: progetto di prevenzione rivolto alla popolazione giovanile “Analcoholic Musical Festival”;

Servizio alcologico del Sert di Portoferraio: attività notturna di prevenzione rivolta prevalentemente ai giovani, presso piazze discoteche ed altri luoghi di aggregazione, attraverso l'utilizzo di una unità di strada attrezzata con etilometro ed altro materiale informativo (progetto “...con il camper”); interventi di sensibilizzazione ed informazione presso la locale Scuola Guida; interventi di sensibilizzazione ed informazione rivolti ai genitori;

Servizio alcologico del Sert della Zona Bassa Val di Cecina: progetti di prevenzione con gli studenti delle scuole Medie Inferiori della Zona Bassa Val di Cecina; corso informazione agli studenti; progettazione interventi in collaborazione con Vigili Urbani e 118 rivolti a classi istituti superiori Comune di Rosignano, con l'obiettivo dell'elaborazione di una brochure informativa; proseguimento Progetto Operatività di strada in luoghi di divertimento.

- Nell' ambito della ASL 7 di Siena:

Servizio alcologico del Sert di Siena: programmazione di interventi di prevenzione nelle Scuole; incontri in collaborazione con l'ACAT, con la presenza di insegnanti servitori dei CAT, rivolti a gruppi classe; progetto “*Boys & Girls*” (incontri sia all'interno delle Scuole che all'esterno con l'ausilio di un Camper: gli interventi sono stati condotti da operatori di strada, adeguatamente formati, secondo la metodologia della *peer education* e sono consistiti in incontri con gruppi classe e con singoli, in cui l'informazione dei danni dell'abuso di alcol e di droghe era corredata da materiale informativo e dall'effettuazione volontaria dell'alcol test. Tale modalità è stata attuata soprattutto sul territorio: all'interno ed all'esterno delle discoteche, nei centri di aggregazione formali ed informali dei giovani; in questi contesti la finalità principale è stata quella di evidenziare la perdita delle abilità psicofisiche alla guida di automezzi e motocicli);

Servizio alcologico del Sert Alta Val d'Elsa: interventi di educazione alla salute nelle scuole secondarie di II grado;

Servizio alcologico del Sert Amiata Senese: interventi di informazione e sensibilizzazione sui problemi alcol-correlati rivolti agli studenti della seconda classe delle scuole medie della Zona Amiata Senese e analoga iniziativa rivolta ai genitori degli studenti; iniziativa “Alcol e guida”, destinata agli avventori dei bar e finalizzata a illustrare le conseguenze provocate anche da piccole dosi di alcol sulla guida degli auto e motoveicoli;

Servizio alcologico del Sert di Montepulciano: attuazione Progetto triennale, volto al rilevamento ed alla riduzione del disagio giovanile, con interventi di informazione, sensibilizzazione, prevenzione e consulenza svolti dal SER.T. presso tutte le Scuole Secondarie di secondo grado presenti in zona. Analoghe attività sono state effettuate presso i Centri di aggregazione giovanile (Centri giovani, religiosi, sportivi, politici).

- Nell' ambito della ASL 8 Arezzo:

Servizio alcolologico del Sert Arezzo: interventi nelle scuole di ogni ordine e grado con genitori-insegnanti e docenti; progetto “ Happy Night”; corso di sensibilizzazione per addetti della Provincia di Arezzo;

Servizio alcolologico del Sert Valdarno: due incontri diretti alla popolazione di Terranuova B.ni sulle problematiche legate all'alcol; un incontro aperto al pubblico con l'ACLI di Levane sulle problematiche legate all'alcol; sette incontri con classi dell'ITIS di San Giovanni Valdarno; quattro incontri con classi del Liceo Scientifico-Classico di Montevarchi; quattro incontri con classi dell'Istituto tecnico-commerciale di San Giovanni Valdarno; un incontro con una classe della Scuola Media inferiore di Ambra;

Servizio alcolologico del Sert Casentino: interventi nelle scuole di ogni ordine e grado con studenti e insegnanti; progetto “*Caschiamoci*” (corsi per il conseguimento del patentino); all'interno del “*Progetto di prevenzione e contrasto del consumo di alcol nei luoghi di aggregazione e del divertimento giovanile del territorio casentino*” festa analcolica in discoteca, serate nei pub nel mese della prevenzione alcolologica, interventi alla Festa della birra di Pratovecchio e alla Festa del vino a Poppi; materiale informativo in italiano e rumeno per la popolazione straniera residente.

Servizio alcolologico del Sert Valdichiana: incontri di informazione nelle scuole secondarie di primo e secondo grado, incontri con gli insegnanti, interventi nell'ambito del divertimento notturno previsti dal progetto dipartimentale “happy night”, incontri con la popolazione;

Servizio alcolologico del Sert Valtiberina: interventi di prevenzione nelle Scuole medie, interventi di prevenzione nell'ambito del Progetto “*Alcol Droga e Guida*”, iniziative per favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione nei luoghi del divertimento giovanile tramite la metodologia del lavoro di strada, collaborazione continua con l'A.C.A.T Valtiberina, finalizzata alla sensibilizzazione delle famiglie e della comunità.

- Nell' ambito della ASL 9 Grosseto:

Servizio alcolologico del Sert di Grosseto: partecipazione, all'interno del Centro Alcolologico Territoriale dell'ACAT, alla progettazione di interventi di prevenzione precoce sia nella fascia giovanile che nella prima infanzia.

Servizio alcolologico Sert di Follonica:

Realizzazione di alcuni interventi negli Istituti Scolastici di ogni ordine e grado, distribuzione in molti luoghi di aggregazione giovanile di materiale informativo e *gadget* di vario tipo, quali i regoli per calcolare il tasso alcolico nel sangue.

- Nell' ambito della ASL 10 Firenze:

Servizio alcolologico del Sert UFM-Sert/A:

corso denominato “Ragazzi e adulti a confronto”, incontri su comportamento a rischio, problemi alcol correlati e funzioni educative; incontri di sensibilizzazione sui problemi alcol correlati (rivolti agli studenti);

Servizio alcolologico del Sert UFM- Sert/B:

intervento relativo al Progetto Integrato “Progetto alcol Q.4” con UO educazione alla salute e Comune di Firenze-Q.4, UFM B SAT, Club alcolisti in trattamento, A.A.(coinvolti/raggiunti n. 50 operatori sanitari -medici di medicina generale);

interventi per gli studenti delle scuole medie inferiori e superiori, con incontri che hanno privilegiato tecniche di partecipazione attiva dei soggetti coinvolti (*circle time, brain storming* ecc.) con metodologie di *peer education* e *life skills*; interventi in istituti penitenziari per minori e per adulti.

Centro di alcolologia del Sert UFM-Sert/C:

progetto “Alcol-educazione stradale” per il rilascio del patentino nelle scuole medie del quartiere 5; intervento integrativo gruppo prevenzione droghe-scuola; gruppi educativi; Servizio alcolologico del Sert del Mugello: diffusione materiale informativo presso altri presidi aziendali (Pronto soccorso, medici di medicina generale ecc.);

Servizio alcolologico del Sert Zona Nord Ovest:

realizzazione e ampia diffusione di opuscoli, volantini e *gadget* sia per la popolazione generale, che per target specifici di popolazione (giovani, lavoratori, frequentatori degli ambulatori ASL) e per gli operatori socio-sanitari del territorio; realizzazione di incontri con la popolazione generale; progetti di intervento nelle scuole medie inferiori e superiori; progetto per i luoghi di lavoro; formazione del personale sociale e sanitario, del volontariato e del terzo settore.

- Nell’ ambito della ASL 11 Empoli:

Servizio alcolologico del Sert Empoli e Sert Fucecchio:

progetto-spazio informativo “*Hai le chiavi del Mondo. Non perderle mai*”: *informazione e prevenzione sulle sostanze d’abuso e alcol nelle scuole*; corso sulle tematiche alcol correlate in ambito penitenziario rivolto alle detenute e agli operatori penitenziari e del Ser.T. interno al carcere femminile di Empoli; intervento formativo nell’ambito del Corso per operatori ed infermieri penitenziari della Toscana sulle tossicodipendenze e le problematiche alcol-correlate.

- Nell’ ambito della ASL 12 Versilia:

Servizio alcolologico del Sert di Viareggio:

partecipazione alle campagne di prevenzione degli incidenti stradali da abuso di alcol e altre sostanze psicoattive come la Campagna Nazionale di prevenzione alcolologica “*ALCOL: SAI COSA BEVI? PIU’ SAI, MENO RISCHI!*” organizzata dalla SIA e dall’ISS in collaborazione con Regione Toscana, AICAT e Movimenti 12 passi e l’iniziativa di prevenzione versiliese “*NON LA BEVO... A Carnevale mi diverto con la fantasia*” organizzata da ASL 12, Unicoop e Croce Verde di Viareggio nel periodo del Carnevale di Viareggio 2006 con l’utilizzo del materiale informativo (manifesti su alcol e guida , regoli su alcol e sicurezza, etilotest...); incontro con gli studenti sul tema “*Educare non punire...*” organizzato dalla Regione Toscana e tenuto dal Dr Intaschi in occasione del “*Campus Giovani*” di Firenze in data 30/03/2006; partecipazione attiva dell’UF SERT ASL 12 di Viareggio al Progetto Regionale “*Divertimento sicuro -Il Pilota*” (in collegamento col Progetto Nazionale dell’Istituto Superiore di Sanità denominato “*Progetto Cariddi*”) con regolare presenza agli incontri periodici del gruppo di lavoro regionale coordinato dall’ASL 5 e realizzazione della serata di prevenzione “*Il Pilota-Reality show in discoteca*” nel locale “*Balena 2000*” di Viareggio in data 31/10/2006; collaborazione con l’Ufficio Promozione della Salute ASL 12 di

Viareggio, mediante interventi di prevenzione sull'alcol ed il fumo nelle scuole medie inferiori e superiori della Versilia e presso centri di aggregazione.

-Nell'ambito del Centro Alcolologico Regionale della Toscana (CAR), in collaborazione con la Regione Toscana e con il sistema pubblico e del privato sociale:
seminario "*Lavoro sicuro senza Alcol: parlarne per capire*" finalizzato alla sensibilizzazione dell'utilizzo di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro, attività coordinata dal progetto nazionale "Alcol e Lavoro" di cui la Regione Toscana è capofila; giornata di sensibilizzazione "*Alcol e Medicine Complementari*"; convegno "*Dipendenze al femminile-donne e sostanze d'abuso*"; convegno "*La Cooperazione Sanitaria Internazionale nel trattamento in alcologia - Alcolmeet: intervento e prevenzione sulle famiglie in attività di cooperazione internazionale*"; corso "Vele", rivolto agli operatori dei servizi alcolologici toscani per la creazione di competenze di ricerca e utilizzazione dell'informazione negli ambiti della salute, con particolare riferimento all'alcologia.

REGIONE UMBRIA

-Svolgimento di numerosi incontri sulle tematiche "Alcol e guida" e "Stili di vita per la salute" in scuole medie inferiori e superiori.

-Prosecuzione della collaborazione con la radio locale, Radio Gente Umbra, per la realizzazione di alcuni incontri radiofonici per affrontare i vari aspetti dell'abuso di alcol.

-Realizzazione di una campagna di comunicazione indirizzata ai Medici di medicina generale ed alle farmacie che ha previsto la stampa di locandine informative sui diversi aspetti della problematica alcol e sui servizi territoriali competenti.

-Realizzazione di un progetto di formazione di operatori sociali in accordo con il Comune di Spoleto.

-Realizzazione di incontri presso le scuole medie inferiori del territorio spoletino per promuovere la conoscenza dei problemi alcolcorrelati, e, all'interno del "Progetto Quintana", attuazione di un percorso formativo per i rappresentanti di ogni Rione con la metodologia della *peer education*.

-Promozione, insieme ai volontari dell'ACAT, di incontri di sensibilizzazione sul tema "Alcol e Guida" nelle scuole superiori dell'Istituto Gandhi di Narni e dell'Istituto Tecnico di Amelia.

-Prosecuzione da parte delle Unità di Strada della cooperazione all'identificazione delle problematiche di policonsumo, con azioni realizzate nei luoghi del divertimento e sul territorio in genere.

-Prosecuzione della collaborazione con il Club degli Alcolisti in Trattamento, l'Associazione Alcolisti Anonimi ed altre associazioni per la sensibilizzazione verso i problemi alcolcorrelati ed il sostegno dell'approccio sociale e familiare a questa problematica.

REGIONE MARCHE

Realizzazione di numerose iniziative volte a favorire l'informazione, la prevenzione e l'educazione alla salute finalizzata alla modificazione dei comportamenti "a rischio" prevalentemente nella popolazione studentesca. Generalmente le attività di prevenzione sono state effettuate negli istituti scolastici per mezzo dell'attività dei Centri di Informazione e Consulenza, e nel territorio attraverso i Centri di Aggregazione Giovanile o le Unità Mobili Territoriali.

Tra queste i principali progetti che hanno svolto le loro attività sono stati i seguenti:

-Realizzazione del Progetto "*Copernico*" (ASUR Zona T.le n.3 Fano) per la realizzazione di un'indagine sui bisogni degli adolescenti e di un piano di interventi da effettuare presso i Centri di Aggregazione esistenti sul territorio e nelle scuole.

-Realizzazione del Progetto "*Vuoti a perdere? No, grazie*" che ha interessato l'Ambito Territoriale Sociale IX e la ZT n. 5 –Distretto Sanitario di Jesi, finanziato dalla Regione Marche, finalizzato a sviluppare una rete territoriale di soggetti che lavorano con i giovani.

-Realizzazione del Progetto "*Alcol, giovani e guida*"(Zona T.le n. 7 di Ancona) che propone agli studenti un momento di informazione e confronto relativamente alle abitudini di consumo di alcol e allo stile di guida.

-Realizzazione del Progetto "*Mentore*"(Zona T.le n.7 di Ancona) rivolto a formatori-studenti per la prevenzione dell'uso/abuso di alcol, tabacco e marijuana attraverso l'educazione tra pari (*peer education*).

-Realizzazione del Progetto "*Alcol a nudo*" (Zona T.le n.9 Macerata) di promozione della salute caratterizzato da stand itinerante nei luoghi del divertimento.

-Realizzazione del Progetto "*Sicuramente*" nato dalla collaborazione tra le Zone T.li n. 9 (Macerata) e n. 10 (Camerino) nell'ambito della campagna coordinata di sensibilizzazione, informazione sui rischi della notte (in particolare la guida in stato di ebbrezza) diretta alle fasce d'età giovanili.

-Realizzazione del Progetto “*Cosa sai dell’alcol?*” (Zona T.le 9-10) rivolto a studenti e insegnanti delle scuole medie superiori e inferiori degli ambiti territoriali XV e XVI.

-Realizzazione del Progetto “*Guida e alcool*” di educazione stradale a cura della Prefettura di Ascoli Piceno in collaborazione con il Servizio Dipendenze Patologiche della ZT n. 11 (Fermo).

-Realizzazione del Progetto “*Applenights*” (Zona T.le n.11) promosso dal Sert e dagli Ambiti Territoriali per favorire l’integrazione ed il coinvolgimento delle istituzioni, dei gestori dei locali, dei media, e stimolare la popolazione target ad assumere comportamenti protettivi e responsabili.

-Realizzazione del Progetto “*Team Territoriale di Prevenzione (TTP)*” (Zona T.le n.11) per aumentare la consapevolezza individuale rispetto alla dimensione del “rischio”, costruire reti d’integrazione sociale e promuovere il confronto tra gli operatori.

-Realizzazione del Progetto “*Promozione del benessere... prevenzione del disagio*” che ha coinvolto la Zona T.le n.12 (S.Benedetto del Tronto), il Comune di S.Benedetto del Tronto e le Scuole medie inferiori e superiori.

-Realizzazione del Progetto “*Rosa shocking*”, indagine sull’alcol ed i comportamenti a rischio nella popolazione studentesca femminile

-Realizzazione del Progetto “*L’alcol e i giovani: sperimentiamo con loro la peer education*” (Zona T.le n. 13 Ascoli Piceno) di educazione e promozione alla salute rivolto agli insegnanti e agli studenti delle scuole medie inferiori e superiori.

REGIONE LAZIO

- Attivazione di un servizio di osservazione/intervento su quanto riportato dai *mass media* sui problemi alcol-correlati, con interventi correttivi, informativi, educazionali svolti attraverso interviste, comunicati stampa, etc.

- Attivazione di un osservatorio su pubblicità e alcol volto a verificare l’ottemperanza del dispositivo di legge per la tutela dei minori e le modalità di persuasione del messaggio pubblicitario sull’alcol.

REGIONE ABRUZZO

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

cooperazione con l'Associazione Regionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento – A.R.C.A.T. ABRUZZO;

docenza presso le Scuole Alcolologiche Territoriali di 1° e 3° modulo (rivolte rispettivamente alle famiglie del Gruppo di autoaiuto ed alla popolazione generale);

interventi di informazione e di sensibilizzazione;

conferenza su problemi alcolcorrelati – Santa Croce di Magliano , gennaio 2006;

incontro con Operatori delle Comunità Montane Valle Roveto, gennaio 2006;

lezione presso l'università Cattolica Gemelli “La comunicazione nel campo dell'addiction”, gennaio 2006;

convegno Droga. “I giovani e le famiglie” – S Benedetto dei Marsi, marzo 2006;

formazione dirigenti e insegnanti progetto “alcol, meno è meglio”;

convegno “Alcol prevention month” Avezzano , aprile 2006;

sensibilizzazione dei parroci (12 parrocchie) maggio 2006;

sensibilizzazione degli operatori socio sanitari , Tirana – Albania- maggio 2006;

convegno “i problemi legati all'uso di sostanze psicoattive : il sistema di interventi” Carsoli, ottobre 2006;

direzione dei corsi di sensibilizzazione all'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi;

docenze al Corso Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, con contenuti di alcolologia, Sulmona maggio- dicembre 2006.

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

prosecuzione dell'attività di formazione in materia di problematiche alcolcorrelate rivolta agli insegnanti delle scuole elementari, medie e superiori ricadenti nell'ambito di zona 29 come previsto dal Progetto “Contrasto al Fenomeno Alcolismo” nell'ambito del piano di zona 29. A conclusione del corso si è tenuta una Manifestazione Pubblica che ha visto la partecipazione degli alunni delle scuole interessate con distribuzione di gadget (magliette e materiale informativo) e di pizette e bevande analcoliche;

interventi di prevenzione nelle scuole medie superiori ed inferiori di Chieti per il tramite del CSA, con, a conclusione, una manifestazione in un cinema cittadino che ha visto protagonisti i ragazzi con i lavori da essi elaborati;

prosecuzione degli incontri informativi (AlcolInforma) a cadenza mensile, aperti anche ai familiari, sui danni alcolcorrelati, in particolare alla guida, rivolti alle persone inviate a revisione della patente presso la C.M.L a seguito di violazione dell'art.186 cod. della strada.

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

attuazione del Progetto “Prevenzione Scolastica delle Tossico ed alcoldipendenze – SINERGY”, finanziato con la quota regionale del Fondo 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:

prosecuzione del Progetto “*Informalcol*” del Comune di L'Aquila, finanziato con i Fondi per la Lotta alla Droga, svolto in associazione con il Ser.T., rivolto a tutta la cittadinanza, che ha previsto l'attivazione di interventi specifici nell'ambito della prevenzione delle problematiche alcolcorrelate e del *counselling* sociale. In particolare, è stato attivato uno sportello informativo/educativo presso il Distretto Sanitario di Base AQ1 per facilitare l'accesso di cittadini con disagio alcol-correlato che non intendevano usufruire del Ser.T. e/o delle altre strutture sanitarie tradizionali. Per tutta la durata del Progetto sono stati effettuati incontri informativi presso Istituti Scolastici, Autoscuole, luoghi di aggregazione giovanili, ecc. ;

prosecuzione del Progetto “*Per-corsi*” del Ser.T. in associazione con la AUSL n.1 di Avezzano-Sulmona realizzato, in gran parte, nell'anno 2005 e concluso nel mese di febbraio 2006. Finanziato con i Fondi per la Lotta alla Droga, il Progetto ha previsto come obiettivo principale la realizzazione di un corso di formazione on-line per insegnanti ed educatori di n. 4 scuole medie superiori della provincia di L'Aquila relativo alla prevenzione del disagio adolescenziale e giovanile, in ambito scolastico, correlato al consumo di droghe e/o di alcol. E' stato progettato e realizzato un software ed istituito un sito web per permettere l'accesso, a distanza, degli operatori nel mondo della scuola;

prosecuzione del Progetto “*Alcol&Arte*” di prevenzione primaria attuato in associazione con la Società Cooperativa “Progetto Salute” di L'Aquila, mirato ad effettuare interventi di promozione degli stili di vita sani ed azioni di contrasto all'alcolismo e agli abusi alcolici, con la produzione di un'opera multimediale in DVD, di un testo drammaturgico, allestimento di mostre artistiche, interventi presso Istituti Scolastici, ecc. ;

realizzazione per gli studenti dei programmi di educazione alla salute finalizzati ad informare e sensibilizzare sul tema delle problematiche alcolologiche. In particolare, presso l'Istituto di Istruzione Superiore “Leonardo Da Vinci, IPSIASAR” di L'Aquila sono stati attuati due piani di prevenzione: il Programma di educazione alla salute per le classi prime “Alcol: piacere di conoscerti!” che ha interessato n. 175 alunni in totale, e il Programma di educazione alla salute per le classi quinte “Alcol, droghe e guida sicura” che ha interessato n. 70 studenti in totale;

attivazione del Progetto “*Sportello di supporto alla famiglia e prevenzione delle devianze giovanili*” del Comune dell'Aquila, svolto in associazione con il Ser.T., con la finalità di prevenzione dei comportamenti a rischio e dei comportamenti di devianza ed aggressività, compreso il bullismo, finanziato dall'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Abruzzo, con gli obiettivi principali di promuovere specifiche azioni sul

territorio a favore di soggetti svantaggiati o con elevato rischio di emarginazione e disagio sociale;

realizzazione del Progetto “*PEA*” che consiste in un piano di prevenzione programmato dal Provveditorato Regionale dell’Amministrazione Penitenziaria di Pescara concernente l’attività di formazione e divulgazione rivolta ai detenuti sul complesso tema: “Alcolismo, tabagismo, corretta alimentazione e attività fisica; problematiche e patologie correlate”, con l’effettuazione, presso la Casa Circondariale di Preturo (AQ), di incontri con il Direttore dell’Istituto per l’organizzazione e la pianificazione delle attività di prevenzione ed incontri rivolti ai detenuti comuni presenti in Istituto.

Nell’ ambito del SER.A. PESCARA – ASL 105:

realizzazione del Progetto P.E.D. Percorso Esperienziale Didattico presso una scuola superiore di Pescara, con la finalità di promuovere un’esperienza positiva di salute, intesa come equilibrio, autonomia e responsabilità;

incontri con gruppi di genitori ed insegnanti;

realizzazione del Progetto per la promozione di stili di vita sani e la prevenzione di comportamenti a rischio nei giovani, c/o alcune scuole di Montesilvano;

realizzazione, in Aprile, del Mese della Prevenzione Alcolologica, con iniziative di informazione/sensibilizzazione rivolte sia alla popolazione generale che alla specifica fascia di adolescenti e giovani con la distribuzione di materiali informativi in tema di alcol;

promozione di un incontro pubblico con la Commissione Consiliare Sanità e Servizi Sociali del Comune di Pescara, con gli Assessori competenti e con gruppi di auto-aiuto. Si è tenuta una conferenza stampa di presentazione del progetto ed è stato prodotto e distribuito materiale informativo nelle scuole e sul territorio;

svolgimento della campagna di prevenzione alcolologica “*Per una guida sicura*” che ha coinvolto gli stabilimenti balneari con discoteca più frequentati della costiera pescarese attraverso la collaborazione di giovani volontari addestrati per il contatto con i giovani e giovanissimi ed ha utilizzato come testimonial un noto pilota di formula 1 per l’amplificazione del messaggio. E’ stata tenuta una conferenza stampa di presentazione del Progetto con la partecipazione di molti soggetti: ASLL, Amministrazione Comunale e Provinciale, Direzione Sanità della Regione Abruzzo, Forze dell’ordine, ACI e gestori delle discoteche, oltre alle associazioni di auto-mutuo aiuto A.A., Al-Anon e CAT.

REGIONE MOLISE

-Attuazione di iniziative di prevenzione e sensibilizzazione per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati attraverso incontri negli Istituti scolastici, in diversi Comuni della Regione, con genitori, insegnanti ed alunni.

-Informazione e distribuzione materiale cartaceo sui temi alcolcorrelati presso i Ser.T. e

nella giornata di prevenzione alcolologica.

-Illustrazione della relazione “Alcol e giovani” agli studenti dell’I.T.I.S. durante l’assemblea d’Istituto – Ser.T. di Agnone (IS).

-Svolgimento di una campagna informativa rivolta ai frequentatori dei punti di ritrovo, con il coinvolgimento dei gestori dei pub-chalet e dei locali, al fine di sensibilizzare i giovani all’individuazione dei gruppi macchina e di un autista che si astenesse dal consumare alcol e garantire il rientro a casa – Ser.T di Agnone.

-Interventi per la modificazione delle abitudini della popolazione relativa all’assunzione di alcolici in particolare riferimento alla sicurezza nella guida.

REGIONE CAMPANIA

-Operatività di 5 progetti regionali finalizzati all’informazione, sensibilizzazione ed educazione in campo alcolologico e di 10 progetti regionali che prevedono anche interventi di prevenzione alcolologica.

REGIONE PUGLIA

-Interventi di informazione sull’alcol e sugli effetti prodotti dall’abuso, attuati con la modalità della “conferenza”, più o meno interattiva, rivolta a specifici target di popolazione: studenti delle medie inferiori e superiori, insegnanti, persone che operano in associazioni di volontariato, gruppi di famiglie.

-Attività di consulenza presso i C.I.C. istituiti nelle scuole medie superiori, prevalentemente in attività di ascolto.

-Pubblicazione e diffusione di opuscoli informativi, quali ad es. l’opuscolo redatto dal DDP della ASL FG/2 dal titolo “*Alcol: saperne di più per bere di meno*”, ed il materiale informativo, cartoline e libretto, elaborato e distribuito dall’ “Unità mobile di strada” del DDP ASL LE/2, nell’ambito dei progetti “*Spazio Esse*” e “*Unità di strada*” e rivolto agli adolescenti e giovani che provengono sia da contesti strutturati (scuole) che da contesti informali (gruppi).

-Interventi di educazione, formazione, ricerca - azione, consistenti in cicli strutturati di incontri, ovvero in progetti di ricerca - azione e/o di educazione tra pari, spesso inseriti nei Piani di Zona come interventi di prevenzione primaria rivolti sia ad adolescenti e giovani, sia ad adulti educatori (insegnanti, rappresentanti o animatori di associazioni,

esercenti e insegnanti di scuole guida, ecc.). Tra gli interventi più significativi si segnalano:

nella ASL BAT/1:

progetto di prevenzione intitolato “*Ubriacati... di vita!*”, svolto a Barletta nel Centro Storico in collaborazione con i gestori dei locali pubblici, le associazioni giovanili, le Scuole Secondarie di II Grado, il Comune - Area Servizi Sociali ed Attività Produttive, Vigili Urbani, AGE (Associazione Genitori); progetto di prevenzione “*Per un bicchiere in più*” indetto ad Andria in collaborazione con le Scuole Secondarie di II Grado della Città;

nella ASL BA/2:

laboratori sull’uso e sull’abuso di alcol con studenti nelle scuole superiori di Molfetta; corso di formazione rivolto ad animatori di associazioni giovanili ricreative (scout, azione cattolica, polisportive amatoriali) per la costituzione di una rete di prevenzione nel territorio; ricerca/azione con un’indagine fra i gestori dei pub e delle paninoteche di Molfetta e Giovinazzo sulla percezione dei cambiamenti nell’uso di alcol da parte dei giovani e degli adolescenti;

nella ASL BA/3:

percorso formativo di educazione alla salute “*Sane Abitudini*” attuato presso le terze classi della Scuola Media “Tommaso Fiore” di Altamura;

corso di informazione e formazione rivolto agli Insegnanti / Istruttori delle Autoscuole dei comuni di Grumo Appula e Santeramo in Colle, sul tema “Alcol, droghe e guida: quale prevenzione possibile?”;

nella ASL FG/2:

corso finalizzato alla prevenzione dell’abuso alcolico giovanile avente come destinatari gli studenti del Liceo Scientifico “A. Einstein” di Cerignola e corsi di formazione per docenti di un Istituto tecnico e di una Scuola media inferiore;

nella ASL BR/1:

progetti di prevenzione con interventi formativi e informativi presso varie scuole medie sia superiori che inferiori (terze medie) nel territorio dei 6 Ser.T afferenti alla Struttura Sovradistrettuale Dipendenze Patologiche in collaborazione con il DSM e il Consultorio familiare in tutti e 6 i distretti, nonché, nel territorio di Mesagne, con il Centro di Aggregazione Giovanile “Allegra Compagnia”. Il Ser.T di Brindisi ha realizzato un progetto di prevenzione in collaborazione con la Polizia Municipale, rivolto ai ragazzi delle quinte superiori, prevedendo anche la prova dell’etilometro per sensibilizzarli alla rilevazione del tasso alcolico. Inoltre è stata approvata e finanziata – con il fondo regionale Lotta alla droga – la prima annualità del progetto “Guida sicura”, formulato dalla SSDP, che prevede la collaborazione con scuole guida, Prefettura e Polizia Municipale;

nella ASL di Taranto:

presso le strutture territoriali delle città di Taranto e Manduria sono stati resi disponibili appositi spazi per incontri di auto-muto aiuto da parte degli Alcolisti Anonimi (incontri settimanali ad accesso diretto anche di persone non in carico al Servizio). In sinergia

con il locale gruppo di Alcolisti Anonimi e Club degli Alcolisti in Trattamento della provincia di Taranto è stata organizzata una giornata (16 novembre 2006) di sensibilizzazione su alcol e problemi alcolcorrelati sul tema “*Alcol: uso, abuso e dipendenza. La rete del trattamento possibile*”. Inoltre è stato organizzato il coordinamento da parte della ASL del progetto “*Manager Cooperativo- Educatore esperto in servizi turistico-culturali per il popolo della notte*”- CIOFS (Centro Italiano Opere Femminili Salesiane) di Taranto e l’attività dell’Unità di Strada “Azzurra” del Ser.T. di Castellaneta (Ta).

-Campagne di informazione e di sensibilizzazione, che coinvolgono, oltre ai Ser.T, anche altri soggetti pubblici e privati, quali gli Enti Locali e le Province, le Prefetture, la Polizia Municipale, le Forze dell’ordine (polizia e carabinieri), gli imprenditori del *loisir*, le associazioni di volontariato. Tra gli interventi più significativi si segnala:

Campagna di sensibilizzazione sui temi della sicurezza stradale lanciata dalla Regione Puglia con la collaborazione dell’associazione “Ciao Vinny” e le maggiori discoteche del territorio regionale.

Campagna di prevenzione e sensibilizzazione dell’alcolismo, organizzata annualmente dalla Provincia di Foggia, in collaborazione con la Prefettura, la Polizia Stradale, l’Ordine dei medici, i DDP e i Comuni del territorio provinciale, centrata sulla tematica “Alcol e guida”. Nel quadro di questa campagna, gruppi di studenti delle scuole superiori hanno organizzato delle iniziative con il supporto e il tutoraggio degli operatori dei locali Ser.T .

REGIONE BASILICATA

-Azioni di prevenzione nella Scuola Media Inferiore e Superiore quali:
programmi di prevenzione primaria e dei comportamenti a rischio organizzati in collaborazione con i C.I.C. e gli Istituti scolastici;
sensibilizzazione su tematiche relative all’alcolismo e all’alcolodipendenza;
informazione e discussione sugli aspetti medici e sociali dei problemi alcolcorrelati;
attività di Sportelli Ascolto C.I.C.

-Corsi di formazione, informazione e sensibilizzazione rivolti ai patentandi sui rischi per la guida connessi all’assunzione di alcol.

-Corso di formazione “*Adolescenti e alcol: il rischio invisibile*”, rivolto ai docenti del Distretto Sc. Matera.

-Corso di formazione “*Adolescenti e divertimento*”, rivolto a docenti, genitori, ITG Matera.

- Corso sulla prevenzione delle dipendenze patologiche con particolare riferimento al consumo di bevande alcoliche tra gli studenti con lo scopo di fornire una preparazione di base teorico-pratica ai docenti delle scuole secondarie superiori che intendono realizzare attività educative sui temi del rischio connesso all'uso di alcol.

-Seminari di studio “*Prevenire è educare*” per docenti referenti dei C.I.C. sui temi della promozione della salute e dell'educazione riguardanti i consumi alcolici tra i giovani e gli stili di vita connessi.

-Attività di prevenzione ed informazione sui problemi alcolcorrelati attraverso 14 Scuole Alcologiche Territoriali attivate in collaborazione con l'ARCAT Basilicata, rivolte alla popolazione generale e realizzate in vari Comuni, attività indirizzate alle famiglie ed alle persone significative della comunità locale per fornire informazioni sui rischi del bere e creare una cultura della salute. Ogni scuola alcolica è stata preceduta da un'attività di pubblicizzazione dell'evento ed al suo termine è stato distribuito ai partecipanti materiale informativo sull'alcol.

-Incontri di sensibilizzazione aperti al pubblico su tematiche relative all'alcolismo organizzati in collaborazione con i Comuni, i Club AA e ARCAT.

-Incontri di sensibilizzazione con organi di informazione su tematiche relative all'alcolismo.

-Centro di *counselling* per l'informazione, il sostegno e la consulenza ai consumatori di sostanze psicoattive legali e non (tra cui l'alcol), ai genitori, agli insegnanti e, più in generale, alla popolazione giovanile del territorio della ASL n. 4 di Matera.

- Svolgimento della Giornata di Prevenzione alcolica a Policoro.

REGIONE CALABRIA

-Attività di prevenzione nelle scuole con interventi preventivi ed informativi sui rischi alcolcorrelati, sia mediante i Centri di Informazione e Consulenza (CIC), che mediante progettazione specifica.

-Nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria, UO Alcologia: progetto di prevenzione “*Alcol e Giovani*” e Convegno “*Alcol: un alimento o una droga sottovalutata? Giovani e adulti a confronto*”.

-Nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, UO Alcologia Rogliano: in collaborazione con l'Associazione volontariato “la Via”, corsi di sensibilizzazione alle famiglie; nell'UO Alcologia di Cosenza :progetto aziendale di prevenzione “Anziani e alcol”; in collaborazione con il Comune di Cosenza Convegno “*Alcol e*

donna”; Corso di formazione con ECM, rivolto ai medici di base e dei servizi, “*Sensibilizzazione e diagnosi precoce dei Problemi e patologie Alcolcorrelate*”; nel mese di aprile (mese di prevenzione alcolica) in collaborazione con l’Azienda Ospedaliera ed Eurispes Calabria, conferenza stampa di sensibilizzazione e presentazione dei dati Eurispes della ricerca “Alcol e giovani nella Regione Calabria”; progetto “*Alcol e mass-media*”, con presenze di rilievo sui quotidiani locali, intervista ad operatori del Servizio o articoli volti all’informazione sui danni legati all’abuso di alcol con particolare riguardo ai rischi correlati alla guida, oltre ad una presenza in una Tv locale; progetto “*Scuola*”, con interventi di informazione e sensibilizzazione agli insegnanti in 4 Istituti di Scuola Media Superiore; progetto “*Donne e Salute*” in collaborazione con il club *Soroptimist* di Cosenza;

- Nell’ambito dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro:
progetto “*WHITE LADY*” del Ser.t di Catanzaro in collaborazione con il Dipartimento salute della Regione Calabria ed “*Operatori di Prevenzione in Strada*”; Incontri di sensibilizzazione ed informazione in 4 scuole medie superiori e 2 inferiori da parte del Ser.T di Noverato;

- Nell’ambito della ASL di Locri:
Sert Sidereo, Progetto di “*Prevenzione primaria delle dipendenze Patologiche ed alcolismo*” in 5 Istituti di Scuola media Superiore.

REGIONE SICILIA

-Collaborazione con la Regione Emilia Romagna per il censimento sull'intero territorio regionale delle attività effettuate nell'ambito del Progetto nazionale promosso e finanziato dal Ministero della Salute “*Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione dell’abuso di alcol e dei rischi alcolcorrelati, per la costruzione di nuovi modelli d’intervento che utilizzino i giovani come risorsa*” e rilevazione nei territori regionali delle attività di prevenzione alcolica rivolte ai giovani.

- Adesione alla richiesta proveniente dall'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito delle “*Iniziative di comunicazione e prevenzione sul consumo/abuso di alcol*”, con l’invio della proposta progettuale avente come Obiettivo Generale la riduzione dell'incidentalità alcolcorrelata da veicoli a motore nella popolazione giovanile che frequenta le scuole medie superiori.

REGIONE SARDEGNA

-Finanziamento di un programma di educazione sanitaria, realizzato dall’Università di Cagliari, dal titolo “*Prevenzione e trattamento dei problemi alcol-correlati*”, rivolto ai medici di medicina generale. Al programma è stata associata la divulgazione della

guida: *“Come aiutare i pazienti che assumono eccessive quantità di alcol”*, traduzione in italiano della Guida realizzata dal *“National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism”*.

-Finanziamento nell’ambito della progettazione integrata distrettuale dei “Piani Locali Unitari dei Servizi alla persona” (Plus) di un consistente numero di programmi di intervento nelle scuole e corsi di informazione negli ambienti di lavoro. In particolare si segnalano interventi specifici svolti nelle scuole superiori del Nuorese e nelle scuole della Provincia di Cagliari , di Sassari e di Carbonia.

-Progetti di informazione su “Alcol e guida” con il coinvolgimento di concessionari di autofficine meccaniche e autocarrozzerie.

-Attività svolte all’interno delle discoteche con la promozione dell’utilizzo dell’etilometro, in particolare nel Distretto di Alghero e nel Distretto di Olbia.

6.1.3. INIZIATIVE ADOTTATE PER GARANTIRE ADEGUATI LIVELLI DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE ADDETTO

REGIONE VALLE D'AOSTA

-Attuazione di un corso di sensibilizzazione ed informazione degli Insegnanti della scuola secondaria di II grado su aspetti legati alla prevenzione degli incidenti stradali, con particolare attenzione agli effetti delle sostanze legali e illegali su prestazioni alla guida.

-Prosecuzione degli 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, rappresentanti di centri di aggregazione giovanile).

P.A. BOLZANO

-Nell' ambito del Ser. T Bolzano – Ambulatorio Hands: gli Operatori (Hands) hanno partecipato nel corso dell'anno alle iniziative di formazione organizzate dal SerD di Bolzano, dai SerD delle altre Aziende sanitarie provinciali, oltre alla partecipazione a convegni nazionali ed internazionali. Le formazioni si sono svolte soprattutto negli ambiti del trattamento ambulatoriale e riabilitativo per pazienti con doppia diagnosi, tecniche del colloquio motivazionale finalizzato al “bere controllato”, tecniche motivazionali di applicazione in ambito lavorativo-aziendale, e confronto transfrontaliero (Italia-Austria-Germania-Svizzera) delle politiche per le dipendenze, nell'ambito degli incontri annuali dell' “ARGE-ALP”. Nel corso dell'anno gli operatori dell'Associazione hanno effettuato ulteriori brevi *stages* formativi nelle altre strutture dell'Associazione ed al Centro terapeutico di “Bad Bachgart”.

-Nell'ambito del Ser.T Merano: organizzazione e partecipazione al Corso di formazione di tre giornate sul “Lavoro per Progetti”.

- Nell' ambito del Consultorio Psico-Sociale Caritas-Silandro (Bz): il personale ha frequentato diversi corsi di aggiornamento e formazione organizzati a livello locale ed ha partecipato ad alcuni congressi nazionali; tutti i collaboratori hanno partecipato alla supervisione esterna di frequenza mensile; due psicologhe sono state

formate in terapia comportamentale. Le formazioni si sono svolte soprattutto negli ambiti del Case management, patologie delle dipendenze, famiglia e dipendenza, intervento terapeutico breve.

-Nell' ambito del Ser.T Bressanone:

aggiornamento del personale e formazione di tirocinanti di diversi gruppi professionali in particolare della facoltà di psicologia con la possibilità di assistere alle diverse prestazioni erogate.

-Nell' ambito del Ser.T Brunico: aggiornamento dei collaboratori sulle terapie adatte a risolvere i problemi che il servizio deve affrontare, con aggiornamenti regolari in materia di alcol, droghe, gioco d'azzardo patologico, management delle crisi, consulenze, ecc.

P.A. TRENTO

-Realizzazione di tre "Settimane di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi".

-Realizzazione di sei giornate di aggiornamento per operatori dei Servizi di Alcolologia e dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento da parte dell'Azienda sanitaria provinciale.

REGIONE VENETO

-Partecipazione degli operatori dei servizi alcolologici a corsi formativi regionali e nazionali, oltre ai corsi organizzati dalle Aziende Ulss per rispondere alle esigenze di formazione obbligatoria del personale socio-sanitario.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

-Attivazione in tutti i 5 Dipartimenti delle Dipendenze e nel SERT di Palmanova di corsi di formazione interna del personale ed organizzazione di incontri tra *équipes* su specifici temi quali "Alcol e disturbi mentali", "Dalla neurologia al trattamento integrato", "Disturbi dell'umore e uso di sostanze" e "Approccio familiare Sistemico". In particolare si è curato il rapporto di collaborazione tra operatori dei servizi alcolologici e la Scuola Europea di Alcolologia e Psichiatria Ecologica.

REGIONE LIGURIA

- Partecipazione degli operatori di tutte le unità di alcologia a Corsi di Aggiornamento sia interni alla propria ASL sia esterni.

REGIONE TOSCANA

-Costituzione di uno specifico gruppo di lavoro presso il Centro Alcolologico Regionale (CAR).

-Svolgimento di eventi formativi in collaborazione con le Aziende Sanitarie e le Università degli Studi.

-Prosecuzione presso l'Università degli Studi di Firenze del "Master di primo livello in patologie e problemi alcol correlati".

- Stabilizzazione e Potenziamento della rete regionale di documentazione denominato "Rete Cedro".

- Prosecuzione delle attività della Scuola Nazionale di perfezionamento in Alcologia.

-Svolgimento di un master sulle Dipendenze Patologiche e il Tabagismo in collaborazione con le Università di Firenze e Pisa.

- Ottimizzazione dei vari livelli formativi con la collaborazione del CAR.

- Svolgimento di corsi intra-aziendali, convegni, e corsi di sensibilizzazione ai problemi alcol correlati.

- Prosecuzione delle attività del centro di documentazione Informalcol, come interfaccia di mediazione tra l'informazione e gli operatori dei servizi alcolologici.

REGIONE UMBRIA

-Realizzazione di corsi di aggiornamento sull'approccio sistemico relazionale nel lavoro con gli utenti e le loro famiglie e sulla gestione del paziente con doppia diagnosi.

-Realizzazione di incontri mensili di Audit clinico con momenti quindicinali di supervisione.

- Svolgimento di altre attività formative:

“Settimana di sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati secondo l’approccio ecologico sociale – metodo Hudolin”;

Formazione alcolologica rivolta alla comunità: *“L’alcol nella comunità che cambia”;*

Seminario su *“Spiritualità antropologica nei percorsi alcolologici”;*

Partecipazione degli operatori al Convegno annuale sull’alcol organizzato dall’ISS;

Corso sulla *peer education* insieme agli insegnanti delle scuole secondarie e superiori dei Comuni di Narni e Amelia;

Partecipazione degli operatori al Congresso Nazionale dei Clubs degli Alcolisti in trattamento;

Corso di sensibilizzazione per farmacisti sui problemi alcolcorrelati e doppia diagnosi.

REGIONE MARCHE

-Programmazione di un piano formativo complessivo degli operatori delle dipendenze, pubblici e privati, la cui proposta è stata presentata nel dicembre 2006 alla Consulta regionale per le dipendenze, sulla base delle indicazioni circa i fabbisogni specifici indicati dal Comitato Interdipartimentale, nonché sulla base delle linee guida tracciate dal Piano Nazionale Alcol.

REGIONE LAZIO

-Sono stati condotti vari seminari di sensibilizzazione – informazione rivolti ai docenti delle scuole medie inferiori e superiori nel proseguimento del Progetto *“...e sai cosa bevi”* promosso e finanziato dal Ministero della Salute.

REGIONE ABRUZZO

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

incontri di Autosupervisione CAT;

corso di sensibilizzazione all’approccio Ecologico-Sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi;

partecipazione all’ *“Alcohol Prevention Day”* (Roma- ISS);

partecipazione alla *“Consensus Conference”* – SIA;

incontri della Consulta Nazionale sull’Alcol e sui problemi Alcolcorrelati;

incontri del Gruppo Tecnico Alcol, Conferenza Permanente Stato-Regioni, Commissione Salute;

riunioni del Gruppo di Lavoro Regionale sulle tematiche alcolologiche;

altri convegni e lezioni sul tema.

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

formazione e aggiornamento in campo alcolologico;

corsi/convegni sulle tematiche alcolologiche e svolgimento di riunioni di équipe con lo scopo di approfondire le conoscenze su specifici temi;
consultazione di siti Internet di interesse e divulgazione di informazioni e aggiornamenti acquisiti.

-Nell' ambito del SER.T. VASTO – ASL 103:
corso di formazione sulla doppia diagnosi effettuato dalla ASL di Pescara.

- Nell' ambito del SER.T. L'AQUILA - ASL 104:
partecipazione degli operatori del Ser.T a diversi corsi di aggiornamento e formazione su temi alcolologici e sulle dipendenze patologiche in genere.

- Nell' ambito del SER.A. PESCARA – ASL 105:
partecipazione a vari corsi e convegni.

REGIONE MOLISE

-Aggiornamento professionale del personale in servizio presso i Ser.T. della Regione.

REGIONE CAMPANIA

-Organizzazione di un evento regionale di formazione sui problemi alcolcorrelati “Un giorno di Aprile”, in occasione del mese nazionale della prevenzione alcolologica.

REGIONE PUGLIA

- Nell' ambito della ASL FG/1 organizzazione, attraverso uno specifico programma di sensibilizzazione e formazione sulle patologie alcol correlate, di una serie di incontri tra operatori SERT e facilitatori di gruppi di auto-aiuto già presenti sul territorio. Sono stati effettuati incontri di formazione e discussione centrati sul problema alcol, definiti nella metodologia ecologica-sociale “Scuola Alcolologica Territoriale”, tramite l'attivazione di forum;

-Nell' ambito della ASL FG/2 organizzazione di due convegni, accreditati ECM, e finalizzati alla formazione e all'aggiornamento del personale del Dipartimento delle Dipendenze, nonché di altri operatori sanitari: “*Uso, abuso e dipendenza da alcol*”, e “*Le strategie preventive nelle dipendenze patologiche*”, rivolti anche ad operatori di enti del privato sociale;

-Nell' ambito della ASL TA/1, in collaborazione con la Facoltà di Medicina dell'Università di Bari, organizzazione di un seminario dal titolo: *“Il Bacco bifronte. Accettabilità sociale e pericolosità socio – individuale dell’uso, abuso e dipendenza da alcol”* indirizzato a giovani studenti del Corso per Educatori Professionali e Tecnici della riabilitazione psichiatrica (sezione di Taranto). Altri eventi organizzati sono stati *“Giovani e rischio. Valutazione della qualità e dell’outcome nelle dipendenze”*, *“I servizi, la clinica, le leggi, i pazienti”*, *“La conduzione dei gruppi: il ruolo del conduttore e la gestione dei processi di gruppo”*, *“Ricerca nazionale per ripensare le politiche di intervento sociale a favore dei giovani”*, *“Nuovi e vecchi consumi legati ai mondi giovanili: aspetti farmacologici, culturali, storici e sociali”*;

-Nell' ambito della ASL LE/2 attuazione di un modulo di formazione su *“Il colloquio motivazionale nel trattamento dei disturbi da alcol”*, rivolto agli operatori del Dipartimento Dipendenze Patologiche;

-Nell' ambito della ASL BA/2 realizzazione di 3 corsi ECM da parte del DDP, in collaborazione con la locale Agenzia di Formazione;

-Nell' ambito dell'Azienda Ospedaliera “Consortiale – Policlinico” - Unità di alcolologia della Clinica Medica “A.Murri”, organizzazione di 2 Corsi di Sensibilizzazione all'Approccio Ecologico Sociale ai Problemi Alcolcorrelati e Complessi, un corso per il personale docente e non docente della Scuola Media Superiore ed Inferiore, un corso ECM per la formazione dei Medici di Famiglia;

-Nell' ambito della ASL BR/1 partecipazione da parte di diversi professionisti ad incontri di formazione e aggiornamento professionale specifici sull'alcolismo.

REGIONE BASILICATA

-Collaborazione con gli operatori della comunità per alcolisti *“Emmanuel”* di Salandra (MT) per la predisposizione di programmi terapeutici individualizzati degli utenti alcolisti inviati e relative verifiche in itinere.

-Coordinamento in qualità di regione capofila del 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”*.

REGIONE CALABRIA

-Nell' ambito dell'ASL di Reggio Calabria, Progetto di formazione per medici di base per la prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti alcolodipendenti.

-Nell' ambito della ASL di Cosenza-UO Alcologia- , Corso di Formazione con ECM rivolto ai Medici di Medicina Generale e dei Servizi della Azienda Sanitaria di Cosenza *“Diagnosi e terapia della Patologia e delle complicanze organiche alcol correlate”*, e Corso di Aggiornamento con ECM rivolto agli operatori dei Servizi di Alcologia, Salute Mentale e Consultori *“Alcol patologie alcolcorrelate : comorbilità e relazioni familiari.”*

REGIONE SARDEGNA

-Svolgimento di corsi di formazione nelle Asl delle province di Cagliari, Sassari e Carbonia con la partecipazione di medici, psicologi, educatori, infermieri, assistenti sociali, rappresentanti dell'ordine pubblico e volontari provenienti anche da altre province oltre ad operatori delle Associazioni di mutuo – aiuto e dei CAT.

6.1.4. INIZIATIVE ADOTTATE PER PROMUOVERE LA RICERCA E LA DISPONIBILITÀ DI FORMAZIONE SPECIALISTICA A LIVELLO UNIVERSITARIO

P.A.TRENTO

-Inserimento di attività di ricerca nella maggior parte dei progetti attivati nel territorio provinciale.

- Prosecuzione della collaborazione con *Transcrime*.

- Prosecuzione della collaborazione con l'Università per i tirocini e seminari sui problemi alcolcorrelati nelle lauree brevi in Scienze Infermieristiche e per Assistenti sociali.

REGIONE VENETO

-Prosecuzione della collaborazione con la Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa per il mantenimento del sistema epidemiologico regionale sul consumo di sostanze psicoattive e di bevande alcoliche a livello regionale e di singole Az.Ulss.

-Collaborazione con il CNR per la realizzazione del 5° monitoraggio dei dati relativi al consumo di alcol e ai problemi correlati – anno 2005 (così come stabilito dalla legge 125 del 30 marzo 2001, art. 3, comma 1), secondo le fonti e gli indicatori stabiliti dal Ministero della Salute. Alla realizzazione del rapporto è seguita una conferenza stampa da parte dell'Assessore alle Politiche Sociali della Regione Veneto, con notevole diffusione sui media e sulla stampa locale.

-Mantenimento o prosecuzione dal parte di alcuni Dipartimenti per le dipendenze delle convenzioni con le Università per lo svolgimento di tirocini guidati per laureandi, laureati e specializzandi.

TOSCANA

-Master “*Patologie e problemi alcol correlati*” dell'Università degli Studi di Firenze. Il CAR ha collaborato con l'Università degli Studi di Firenze nella realizzazione del master di primo livello sulle PPAC. Le discipline afferenti al master sono di area

medica, psicologica e sociale. Gli studenti provengono dall'intero territorio nazionale con diverse professionalità (psicologica, medica, infermieristica, sociale). Ogni anno il Master forma circa 12 operatori. E' stato attivato il master per l'anno 2005-2006 in cui sono previste due borse di studio per due operatori delle *équipes* alcolologiche della Regione Toscana (AUSL Pisa, AUSL Pistoia).

-Partecipazione di alcuni operatori (soprattutto medici e psicologi) al Master di II Livello in Dipendenze Patologiche dell'Università degli Studi di Pisa.

-Ricerca di base, svolta dal CAR in collaborazione con l'Università degli studi di Firenze e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi – Firenze, sulle conseguenze metaboliche ed immunologiche dell'eccessivo consumo di etanolo.

-Ricerca psico-sociale con la conclusione del progetto *PRISMA*, un Progetto Nazionale per la Promozione di Strategie di Prevenzione Precoce dell'alcoldipendenza per la riduzione del danno alcolcorrelato nei *settings* e nei servizi sociosanitari di base, supportato dal punto di vista tecnico-scientifico dal CAR.

REGIONE UMBRIA

-Inserimento di elementi di formazione alcolologica 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 alcolologica nei corsi di quella Facoltà.

REGIONE MARCHE

-Prosecuzione della collaborazione tra l'équipe del Centro di alcolologia clinica del Dipartimento Dipendenze della Zona Territoriale n.7 di Ancona con l'Università di Urbino, Facoltà di Psicologia delle Dipendenze, per la pubblicazione di studi, articoli, aggiornamenti specialistici, testi, tesi di laurea nell'ambito dell'attività di ricerca e di studio in materia.

REGIONE LAZIO

- Avvio della realizzazione di un Osservatorio sulla Sindrome Feto Alcolica presso il Policlinico U. I° di Roma e attivazione di un registro regionale.

REGIONE PUGLIA

-L'Azienda Ospedaliera "Conсорziale – Policlinico", Unità di alcologia della Clinica Medica "A.Murri", ha organizzato un corso di lezioni teoriche e pratiche agli specializzandi di Medicina Interna, un modulo didattico nel Master per Operatori di rete della Facoltà di Scienze della formazione, lezioni di Alcologia agli studenti del Corso di Laurea in Medicina e in quello in Assistenza Sanitaria, e ha curato tesi in alcologia nel Corso di laurea per Ass. Sanitarie.

-L' ARCAT Puglia ha svolto corsi di Sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi, con la collaborazione dell'Unità di alcologia della Clinica Medica "A.Murri" Policlinico di Bari, per specializzandi della Facoltà di Medicina di Bari, studenti del Corso di laurea in Educazione professionale della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Foggia, e professionisti di servizi pubblici e privati.

-La ASL TA/1 ha collaborato con la Facoltà di Medicina dell'Università di Bari - sede di Taranto - all'interno dei Corsi di Fisioterapia, Scienze Infermieristiche, Educazione Professionale, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, con lezioni e seminari; inoltre, in collaborazione con le Prefetture di Taranto, Ancona, Pesaro, Cremona, La Spezia, Lecce e Università LUMSA di Taranto, ha effettuato la Ricerca "Ascolto un posto in prima fila" sugli stili di vita dei giovani.

-La Regione Puglia ha aderito al Progetto Nazionale promosso e finanziato dal Ministero della Salute "*Impatto dei problemi e delle patologie alcol/correlate nella popolazione afferente alle aziende sanitarie locali e alle aziende ospedaliere: epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi*", coordinato dalle Regioni Toscana e Lombardia.

-Nella ASL LE/2 il DDP ha effettuato, con la direzione e il coordinamento di professori dell'Università degli Studi di Lecce, una ricerca sul livello di informazione dei rischi connessi all'uso di sostanze presso la popolazione giovanile.

-Nella ASL BA/2 analoga ricerca è stata effettuata dal DDP in collaborazione con la clinica psichiatrica dell'Università di Bari per sondare il livello di propensione al rischio in correlazione all'assunzione di sostanze.

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

- Nell' ambito dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza:

svolgimento di un seminario sui “*Problemi e Patologie Alcolcorrelate*” presso il Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell' Università della Calabria;

convenzione e protocollo di intesa con il Dipartimento di farmacologia per un Master di Alta Formazione Universitaria di II Livello in “Farmaco tossicologia delle sostanze di abuso, dell'alcolismo e delle patologie correlate” presso il Dipartimento di Scienze Farmaceutiche dell' Università della Calabria;

collaborazione scientifica PRIN (Programma di Ricerca Scientifica di rilevante Interesse Nazionale) per la ricerca: “*Comunicazione e consumi multimediali nei giovani in Calabria*”;

collaborazione del Ser.t di Paola con l' Istituto di Malattie Infettive dell'Università Magna Grecia di Catanzaro per il Progetto “*Nocchiero*”.

- Nell' ambito dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria:

collaborazione con il Dipartimento di Ingegneria delle telecomunicazioni dell'Università degli Studi Mediterranea per la progettazione di un cd multimediale per la prevenzione dell'alcoldipendenza e con il Dipartimento di architettura per la progettazione di stand per eventi di prevenzione;

collaborazione con il Ministero della Salute e l'Università di Pavia per il Progetto “*Follow-up dei trattamenti per la cura e riabilitazione degli stati di alcoldipendenza*”.

REGIONE SARDEGNA

-Collaborazione tra la Asl n. 8 di Cagliari e l'Università per lo svolgimento di attività formative universitarie e post-universitarie tra cui un master di secondo livello destinato a medici e psicologi dal titolo “*Medicina delle tossicodipendenze e dell'alcolismo*” alla cui realizzazione hanno partecipato le Associazioni locali Club degli Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi e Al-Anon.

6.1.5. INIZIATIVE ADOTTATE PER FAVORIRE LE ASSOCIAZIONI DI AUTO-MUTUO AIUTO E LE ORGANIZZAZIONI DEL PRIVATO SOCIALE NO PROFIT

VALLE D'AOSTA

- Prosecuzione dei rapporti di collaborazione del Ser.T. con i Gruppi di auto-aiuto.
- Incentivazione della collaborazione con le cooperative del privato sociale che gestiscono strutture residenziali del settore.

P.A. BOLZANO

- Nell' ambito dell' associazione Hands:
prosecuzione dei rapporti con le realtà associative riconosciute (Alcolisti Anonimi e Club Alcolisti in Trattamento, Caritas, "La Strada-Der Weg" e San Vincenzo), con l'invio ai gruppi di auto-mutuo-aiuto (AMA) di pazienti che hanno concluso il percorso nei gruppi a conduzione professionale all'interno dell'Associazione;
incontri degli operatori Hands con i gruppi di AMA con finalità informative, di aggiornamento e di supervisione;
sostegno della formazione di gruppi di AMA per familiari di alcolisti.
- Nell' ambito del Ser.T. di Merano:
coordinamento e sostegno, in collaborazione con la Comunità Comprensoriale Burgraviato, delle strutture deputate all'inserimento lavorativo, abitativo e alla prima accoglienza;
verifica e valutazione degli inserimenti di alcolodipendenti, tossicodipendenti e dipendenti da gioco d'azzardo presso le suddette strutture.
- Nell' ambito del Consultorio Psico-sociale Caritas-Silandro (Bz):
offerta di un servizio post-assistenziale e ambulatoriale denominato "profilassi contro la ricaduta" a gruppi di persone che hanno positivamente concluso un progetto terapeutico.
Inoltre è stato attivo un gruppo per clienti dopo un trapianto di fegato e diversi gruppi di auto-aiuto assistiti a Malles e Silandro.
- Nell'ambito del Ser.T. di Bressanone:
attivazione di reti di sostegno tramite i servizi sociali, le aziende sanitarie e altre istituzioni pubbliche e private (Comunità Comprensoriali, Servizio Sociale di base, Servizio Sociale per Adulti, Assistenza Economica Sociale, Servizio per il Reinserimento lavorativo).

- Nell' ambito del Ser.T di Brunico:
prosecuzione della collaborazione con i Servizi per le dipendenze del territorio e con le associazioni private (Alcolisti Anonimi e Hudolin-C.A.T) per un lavoro in rete di prevenzione primaria e secondaria;
prosecuzione della collaborazione con l'Associazione club alcolisti in trattamento nella guida dei gruppi di auto-mutuo aiuto ed incontri regolari di supervisione dei gruppi.

P.A. TRENTO

-Prosecuzione dei rapporti di collaborazione dei servizi di Alcologia con le associazioni dei Clubs degli alcolisti in trattamento e i gruppi di Alcolisti Anonimi.

REGIONE VENETO

-Prosecuzione della collaborazione delle Unità Alcologiche con le associazioni ACAT e A.A.

-Mantenimento o rinnovamento da parte di tutte le Aziende Ulss regionali di convenzioni e protocolli d'intesa, definiti con le cooperative sociali e le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali, riguardanti gli interventi di cura, riabilitazione ed inserimento socio-lavorativo del paziente e della propria famiglia.

-Collaborazione di alcuni Dipartimenti per le Dipendenze con le cooperative sociali che gestiscono i centri diurni occupazionali o per l'orientamento lavorativo, gli appartamenti-protetti e/o le case-famiglie per accogliere i soggetti senza dimora o che sono stati espulsi dalle proprie abitazioni.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

-Continuazione in tutti i 5 Dipartimenti delle dipendenze e nel SERT di Palmanova della collaborazione con le Associazioni del privato sociale e quelle di auto-mutuo aiuto attraverso incontri periodici di regola mensili.

-Organizzazione a carico dei servizi territoriali di corsi di formazione e di aggiornamento del personale volontario e incontri di supervisione .

REGIONE LIGURIA

- Prosecuzione della collaborazione con i gruppi di auto aiuto del territorio, con attività di prevenzione e sensibilizzazione sul territorio gestite in comune e reciproco invio di pazienti; la maggioranza della ASL ha stipulato protocolli d'intesa con i gruppi Alcolisti Anonimi e con i Clubs Alcolisti in Trattamento.

REGIONE TOSCANA

-Prosecuzione della collaborazione con le associazioni di auto-aiuto e gli operatori ACAT, per favorire lo sviluppo di programmi territoriali e organizzare incontri e iniziative di sensibilizzazione rivolti alla comunità.

-Attivazione di un "tavolo regionale Alcol e terzo settore" presso l'assessorato del Diritto alla Salute della Regione Toscana al quale partecipano il CAR, rappresentanti delle associazioni di auto mutuo aiuto, Anpas Toscana e Ceart, Ceis, Associazione Nautilus, SIA. Sono state inoltre sostenute sia da un punto di vista economico che scientifico con l'apporto del contributo del CAR le varie iniziative che le associazioni hanno proposto sul territorio (corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale-metodologia Hudolin, scuole di primo, secondo, terzo modulo, interventi di prevenzione, interventi di formazione).

-Partecipazione dei servizi alcologici a incontri di aggiornamento aperti alla popolazione organizzati dalle associazioni di auto-mutuo aiuto e dell'ACAT.

-Prosecuzione delle attività del gruppo di lavoro regionale, coordinato dal CAR e costituito dai rappresentanti dei gruppi di auto aiuto e dell'associazionismo del terzo settore, con lo scopo di favorire e implementare il legame sul territorio tra i servizi deputati del sistema sanitario e la realtà del volontariato.

REGIONE UMBRIA

-Protocolli di collaborazione con le Associazioni di volontariato ACAT, AA e ANCA sia per facilitare l'accesso degli utenti in carico ai servizi nei programmi di suddette Associazioni che per le attività terapeutico riabilitative e per quelle di promozione della salute. I Servizi territoriali sostengono le attività formative, di aggiornamento e la progettazione delle stesse con il supporto tecnico dei propri operatori;

- Attività di docenza nella scuola alcologica regionale dell'Associazione ACAT;

- Attività di supervisione sull'attività dei Clubs degli alcolisti in Trattamento;

-Nell'ASL n.4 è stato effettuato un incontro di verifica mensile con gli operatori dei Cat; inoltre sono stati svolti diversi incontri di sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati rivolti alla popolazione generale a Narni e a Terni in collaborazione con le associazioni di volontariato e le parrocchie; sono stati svolti incontri di formazione a Terni, Narni ed Amelia, rivolti alle famiglie che frequentano i Clubs degli Alcolisti in Trattamento; è stato svolto un incontro presso la Circoscrizione Interamna di Terni per la popolazione, in particolare i giovani, sul tema dell'alcol e dei problemi alcolcorrelati; un altro incontro di formazione è stato effettuato per gli operatori sociali della Coop. Sociale ACTL sui problemi alcolcorrelati e le attività di riabilitazione.

REGIONE MARCHE

-Prosecuzione in tutto il territorio regionale di rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato C.A.T. e A.A. (Clubs di alcolisti in trattamento e AA) anche ai fini di un reciproco invio di pazienti alcolodipendenti.

-Coinvolgimento e collaborazione del volontariato all'interno delle Assemblee dei Dipartimenti nelle azioni di informazione e prevenzione.

REGIONE MOLISE

-Collaborazione del Ser.T. di Campobasso con il Club Alcolisti in Trattamento anche in piccole realtà territoriali.

-Invio di soggetti con problemi alcolcorrelati presso gruppi di auto-mutuo aiuto, CAT e AA.

REGIONE PUGLIA

-Promozione in ogni ASL, da parte dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche e/o dei singoli Sert, di numerosi interventi che hanno consentito uno stretto legame con i gruppi che fanno riferimento ai CAT e agli Alcolisti Anonimi, per favorire e strutturare interventi terapeutici ottimali e promuovere il reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti alcol-dipendenti.

-Sostegno da parte dell' ARCAT Puglia (Associazione Regionale dei Clubs di Alcolisti in Trattamento) alla diffusione dei Clubs in tutte le provincie pugliesi tramite corsi di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi, e al consolidamento dei

rapporti con altre organizzazioni di volontariato quali l' AGE (associazione genitori), l' associazione "Ciao Vinny" e gli Alcolisti Anonimi.

REGIONE BASILICATA

-Svolgimento di incontri periodici con i facilitatori dei gruppi CAT ed AA finalizzati all'inserimento degli alcolisti e loro familiari ed al relativo monitoraggio del percorso terapeutico.

- Attuazione del progetto "*Rete territoriale per l'alcolismo nella ASL 2*".

- Attività di *counselling* informativo a favore di associazioni di auto-mutuo aiuto.

- Realizzazione di eventi formativi con l'ACAT "Magna Grecia" di Bernalda.

- Partecipazione ad incontri di sensibilizzazione aperti al pubblico su tematiche relative all'alcolismo organizzati da associazioni.

CALABRIA

-Coinvolgimento degli Alcolisti Anonimi e del Club Alcolisti in trattamento in quasi tutti i progetti finanziati con il Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga e collaborazione in tutti i SerT ed Unità Alcolologiche Regionali.

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 da parte della Regione dell'attività di diversi Centri d'Ascolto gestiti dalle Associazioni.

-Operatività di Associazioni che mantengono una maggiore indipendenza dalle strutture pubbliche.

6.1.6. STRUTTURE DI ACCOGLIENZA EVENTUALMENTE REALIZZATE O PRESENTI SUL TERRITORIO PER I FINI DI CUI ALL'ART. 11

REGIONE VALLE D'AOSTA

-Funzionamento di una struttura del privato sociale, accreditata nel 2004, che offre un servizio specialistico residenziale per persone dipendenti da sostanze legali ed illegali, con patologie gravemente invalidanti, quali, tra le altre, la demenza alcolica.

-Avvio sperimentazione di un servizio di tutoraggio territoriale, non esclusivamente dedicato agli alcolodipendenti, che prevede: Interventi a domicilio; Counselling psicologico ed educativo; Sostegno telefonico; Accompagnamento in mansioni pratiche quotidiane sul territorio e nella gestione economica; Bilancio competenze; Accompagnamento e/o allerta con altri servizi: medico di base, Ser.T, gruppi di auto-mutuo aiuto; Sostegno alla famiglia.

REGIONE LOMBARDIA

-Funzionamento di n. 19 strutture residenziali.

-Accreditamento di n.126 posti residenziali per problematiche alcolologiche distribuiti fra le strutture del privato sociale delle diverse Province.

P.A. BOLZANO

-Nell' ambito dell' Associazione HANDS è proseguita l' attività delle seguenti strutture:
Sede Centrale HANDS ed Ambulatorio - Bolzano;
Sede periferica HANDS – Merano;
Sede periferica HANDS – Bressanone;
Comunità terapeutica HANDS – Bolzano;
Laboratorio della Comunità terapeutica – Bolzano;
Laboratorio protetto HANDSWORK – Bolzano;
Laboratorio protetto HANDSWORK - Cermes (Merano);
Alloggio protetto HANDSHOME – Bolzano;
Alloggio protetto HANDSHOME - Caldaro (Bz).

-Nell'ambito del Ser.T di Merano collaborazione con un ente privato no profit al progetto per l'apertura di una struttura per l'emergenza abitativa.

P.A. TRENTO

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

REGIONE VENETO

-Prosecuzione dell'attività delle strutture terapeutiche per tossico/alcolodipendenti del privato-sociale e della struttura pubblica specificatamente dedicata ai soggetti alcolodipendenti, per i quali il programma terapeutico è in regime di residenzialità.

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

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

possibilità di ricovero e D.H. presso il Centro Specialistico Residenziale per Alcolisti riservati a soggetti affetti da patologie alcol-correlate complesse, che opera in stretta collaborazione con le associazioni del volontariato (Club degli Alcolisti in Trattamento, Hiperion, Astra, Laricerca);

per il mantenimento dell'astinenza ed il prosieguo del trattamento è stato attivato un ambulatorio per il follow-up degli alcolisti e delle famiglie nel lungo periodo;

attività di un Dispensario/Centro serale (Attività ambulatoriali), riservato a casi complessi tali da richiedere un approccio più professionale ed intensivo, attivo con cadenza bisettimanale e basato sull'approccio familiare;

attività di reinserimento socio-abitativo (Gruppo appartamento) 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.

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

attivazione di quattro posti letto in un modulo alcologico presso la RSA di Cormons (Distretto Alto Isontino).

REGIONE LIGURIA

-Prosecuzione dell'attività di strutture a bassa soglia di accesso cui possono accedere anche persone con problemi alcolcorrelati per affrontare situazioni di difficile gestione o casi in cui c'è la necessità di osservazione e cura prima di effettuare un reinserimento territoriale con trattamento ambulatoriale, o un inserimento in struttura comunitaria; svolgono inoltre la loro attività strutture che offrono accoglienza a persone senza fissa dimora con problemi alcolcorrelati con possibilità di pernottamento e pasti giornalieri.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

-Prosecuzione del funzionamento della struttura 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

-Prosecuzione del funzionamento di strutture private che si occupano di alcoldipendenza, aventi diversa natura:

Enti Ausiliari autorizzati e convenzionati con il SST quali la casa famiglia "Crisalide" gestita dal Ce.I.S. di Lucca, il Ce.I.S. di Pistoia, l'Associazione "Genitori Comunità Incontro" di Pistoia, la Casa di cura "Villa dei pini" a Firenze, che attiva programmi di trattamento psico-medico-sociale che non superano i 30 giorni, secondo l'art. 11 comma 2 della Legge 125/2001;

Centro Osservazione e Diagnosi "Passo di Barca", di natura semiresidenziale, gestito dal Dipartimento delle Dipendenze dell'USL 5 di Pisa; Centro diurno "Il Timone" di Arezzo, dedicato a pazienti con doppia diagnosi e con problematiche alcolcorrelate e gestito dal Dipartimento delle Dipendenze dell'USL 8 di Arezzo; Centro Diurno "La Fortezza" di Firenze, con attività anche di Day Hospital, costituito da un percorso terapeutico semiresidenziale di 4 settimane gestito dal Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda USL 10 di Firenze.

-Nel corso dell'anno è stata effettuata un'opera di sensibilizzazione a livello dell'Amministrazione della Zona Senese e del Consorzio dei Comuni, che ha portato all'inserimento, all'interno del profilo di salute anno 2006, di un progetto per la creazione, entro il 2007, in una struttura gestita dal privato sociale, di alcuni posti residenziali per soggetti con problematiche alcolcorrelate, sociali, relazionali e comportamentali.

REGIONE UMBRIA

-Nell'ambito della ASL n. 2, prosecuzione dell'attività del gruppo famiglia "Pindaro", per il quale è in atto un potenziamento delle attività con aumento dei posti letto.

- Nell'ambito della ASL n.4 è in fase di definizione l'avvio della struttura terapeutico-residenziale di Montecampano interaziendale in cogestione con l'Associazione Verita. Nel caso tale struttura venga avviata è prevista la collaborazione con il servizio di alcologia.

REGIONE MARCHE

-Funzionamento di una rete di strutture residenziali presente in maniera capillare in tutto il territorio regionale.

In attuazione di quanto previsto dalla DGR 747/04, si è dato l'avvio al processo di rideterminazione e riqualificazione della rete delle strutture, così da rispondere in maniera maggiormente adeguata ai bisogni assistenziali emergenti anche nel settore dell'alcoldipendenza.

REGIONE PUGLIA

-Prosecuzione delle attività delle 33 organizzazioni del privato sociale ed Associazioni di volontariato con 58 sedi operative di cui circa 35 sono di tipo residenziale. Ognuna di queste riserva un numero di posti letto per utenti alcoldipendenti a cui sono assicurati programmi di recupero concordati con i Ser.T del territorio.

REGIONE BASILICATA

-Prosecuzione delle attività della Comunità “*Emmanuel*” di Salandra (MT), della Comunità Terapeutica “*Exodus*” di Tursi (MT) e del Centro Residenziale Alcolologico presso il P.O. di Chiaromonte (PZ) – ASL n. 3.

REGIONE CALABRIA

-Prosecuzione delle attività della struttura residenziale specifica per alcolisti “*Comunità Terapeutica Arcobaleno (Centro Calabrese di Solidarietà Catanzaro)*”.

REGIONE SARDEGNA

-Prosecuzione delle attività di una Comunità per il recupero dei soggetti affetti da dipendenza da alcol con una ricettività di 8 posti. La Comunità è stata attivata da un'Associazione no-profit e ha rapporti convenzionali con le varie Asl della Sardegna.

6.1.7. PROTOCOLLI DI COLLABORAZIONE O CONVENZIONI STIPULATE CON ENTI E ASSOCIAZIONI PUBBLICHE O PRIVATE OPERANTI PER LE FINALITÀ DELLA LEGGE

VALLE D'AOSTA

-Avvio della elaborazione di un protocollo d'intesa tra i servizi dell'Azienda U.S.L., dell'Amministrazione regionale, del Privato sociale e dei gruppi di auto-mutuo aiuto coinvolti nelle problematiche alcolcorrelate.

P.A. BOLZANO

-Accordo di collaborazione tra l'Associazione Hands e l'Associazione "La Strada-der Weg", che prevede la possibilità di inserimento di utenti donne in una Comunità alloggio femminile a Bolzano (2 posti).

-Convenzione dell'Associazione Hands con l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano nell'ambito del progetto "Equal Goal", che prevede 12 posti a disposizione dell'utenza nel Laboratorio protetto di Bolzano.

-Convenzione dell'Associazione Hands con la Comunità Comprensoriale Burgraviato (Merano) per il mantenimento di 12 posti nel Laboratorio protetto di Cermes (Merano).

-Collaborazione del Ser. T di Merano per:
implementazione del protocollo di intesa/collaborazione con diversi Servizi per l'inserimento socio-lavorativo di rete;
implementazione e valutazione del protocollo di intesa/collaborazione tra diversi servizi finalizzato alla gestione di "casi multiproblematici" tra cui persone con gravi problemi di alcoldipendenza, tossicodipendenze e dipendenza da gioco d'azzardo;
implementazione e verifica del protocollo di intesa/operativo con il Centro di Salute Mentale di Merano per la gestione di soggetti in "doppia diagnosi";
implementazione e verifica del protocollo di intesa con Associazione Privata al fine della gestione e organizzazione del modulo operativo denominato "Servizio di Prevenzione Secondaria" (per alcolismo e tossicodipendenza);
verifica del protocollo di collaborazione tra Ser.T.e Distretto Sociale-Ufficio Assistenza Economica di Base al fine di migliorare gli invii al predetto Ufficio.

-Incontri del Consultorio Psico-Sociale Caritas-Silandro con il Ser.T, con il servizio psicologico ed il servizio di salute mentale della Azienda sanitaria di Merano e diversi consultori per verificare i rapporti di collaborazione. Inoltre sono attivati gli incontri con l'Ufficio del lavoro per le problematiche derivanti dall'inserimento lavorativo dei

pazienti.

P.A. TRENTO

-Convenzioni dell'Azienda sanitaria provinciale con la associazione provinciale dei Clubs degli alcolisti in trattamento e con la associazione Alcolisti Trentini (Alcolisti Anonimi).

REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

-Rinnovo in tutte le Aziende per i Servizi sanitari delle convenzioni con le Amministrazioni penitenziarie per l'assistenza di detenuti alcolisti e con le associazioni di volontariato che si occupano di patologie alcol correlate. In particolare l'ASS n.1 "Triestina" ha stilato un Protocollo con la Commissione Medica Locale Provinciale Patenti ed ha sottoscritto una convenzione con l'associazione As.Tr.A per la gestione del Gruppo Appartamento per alcolisti.

REGIONE LIGURIA

-Nell' ambito della ASL1 Imperia protocolli d'intesa con i gruppi AA e con i CAT.

-Nell' ambito della Asl 2 Savona, l'utente che necessita di disintossicazione viene inviato presso reparti ospedalieri specializzati e successivamente, nel caso, inserito in strutture del privato sociale per un programma di riabilitazione.

-Nell' ambito della Asl 3 Genova, protocollo di collaborazione con il Distretto Sociale della zona del Levante per il miglioramento della qualità degli interventi, con la costituzione di un gruppo di lavoro interservizi comune/ASL.

-Nell' ambito della Asl 4 Chiavari, protocollo d'intesa per il ricovero di patologie alcol-correlate e patologie psichiatriche con il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura dell'Ospedale di Lavagna.

- Nell' ambito della Asl 5 Spezzino, protocollo di collaborazione con Alcolisti Anonimi, con la Commissione Medica Locale Patenti, con il Ser.T ASL 5 Spezzino ed il Modulo Materno Infantile della Spezia.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

-Consolidamento del rapporto di collaborazione con gli Enti del privato sociale attraverso un apposito Accordo di cui alla Delibera di Giunta 2360/02 e successive modificazioni, per il quale gli Enti sono presenti all'interno dei Comitati locali, sia nella fase di progettazione sia nella realizzazione degli interventi. I progetti di prevenzione alcolologica sono, inoltre, presenti nei percorsi relativi ai Piani per la Salute e ai Piani Sociali di Zona. Nel 2006 si è avviata la revisione dell'Accordo per il periodo 2006-2009 che sarà oggetto di una nuova Delibera di Giunta.

REGIONE TOSCANA

-Elaborazione da parte di un gruppo di lavoro composto dai rappresentanti dei servizi alcolologici della Toscana, del CAR e delle Commissioni Medico Locali e coordinato dalla Regione Toscana, di un protocollo operativo per la valutazione dell'idoneità alla guida nei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica art. 186, al fine di raggiungere la stesura del Protocollo Regionale sulle patenti di guida. Il protocollo è stato elaborato e inviato per un parere al Consiglio Sanitario della Toscana.

-Stipula da parte dei servizi alcolologici dell'Azienda USL 2 di Lucca di un protocollo di collaborazione con U.E.P.E. per misure alternative per utenza alcolologica e di un protocollo di collaborazione con Casa Circondariale di Lucca a favore dell'utenza con problemi di alcol.

-Stipula da parte dei servizi alcolologici dell'Azienda USL 3 di Pistoia di una convenzione con Ceis Pistoia, Cooperativa "L'incontro", Cooperativa "Nuovi Orizzonti" e il Gruppo Valdinievole.

-Istituzione da parte dei servizi alcolologici dell'Azienda USL 5 di Pisa di un Centro di Consulenza Alcolologica e stipula di un protocollo con la Commissione di Medicina Legale ed estensione del protocollo a Commissione ricorsi revoca patenti, Ferrovie dello Stato della sede di Pisa.

-Accordo tra i servizi alcolologici dell'Azienda USL 8 di Arezzo e il Ceis per l'accoglienza di alcolisti in virtù dell'attivazione di programmi residenziali brevi.

-Protocollo di collaborazione con la Comunità Montana Valtiberina Toscana per la realizzazione di convenzioni con le Associazioni A.C.A.T. e Larua finalizzate allo sviluppo dei Progetti "Alcol" e "Operativa di Strada".

-Convenzioni con Aziende Universitarie che regolamentano lo svolgimento dei tirocini previsti in alcuni curricula formativi (educatori, assistenti sociali, psicologi).

-Attivazione di un protocollo con la Caritas Diocesana per l'espletamento del Servizio Civile Volontario; infine convenzione fra Comunità Montana e Aziende e Cooperative di lavoro per la realizzazione di inserimenti sociolavorativi da parte di utenti Ser.t.

-Collaborazione dei servizi alcologici dell'Azienda USL 10 di Firenze con il Centro di Riferimento Regionale per le Medicine non Convenzionali "Fior di Prugna", con l'Albergo Popolare, con il Polo delle Marginalità del Comune di Firenze, con la Caritas e con "Emergenza freddo" del Comune di Firenze.

REGIONE UMBRIA

- Convenzione tra il Servizio Territoriale per i problemi alcolcorrelati ed il Comune di Perugia per il Gruppo famiglia "Pindaro".

-Convezione tra il Servizio Territoriale per i problemi alcolcorrelati e le Cooperative sociali per la gestione di servizi residenziali e progetti di prevenzione e di riabilitazione.

-Protocollo di collaborazione tra il Servizio Territoriale per i problemi alcolcorrelati e l'Associazione ACAT per le problematiche alcolcorrelate.

-Protocollo di collaborazione tra i Dipartimenti per le Dipendenze e gli Istituti Penitenziari per i problemi alcolcorrelati.

-Protocolli di collaborazione tra il Servizio Territoriale per i problemi alcolcorrelati e i gruppi di auto-aiuto anche sotto l'aspetto della formazione e dell'aggiornamento.

-Protocollo di collaborazione con la Casa Circondariale di Terni per la formazione degli agenti di polizia penitenziaria e delle educatrici sull'alcol e i problemi alcolcorrelati.

REGIONE ABRUZZO

- Nell' ambito del Ser. T. Avezzano - ASL 101:
convenzione con Comune di Avezzano per la realizzazione del progetto "Città sane OMS";

protocollo di collaborazione con il Comune di Avezzano per la realizzazione del "Progetto Assistenza alle Famiglie con problemi alcolcorrelati", del "Progetto Assistenza a minori con familiari con problemi di alcol", del Centro Alcologico Funzionale (Piano di Zona), e del Protocollo di collaborazione con il Centro di Pronto Intervento per problemi alcol-drogacorrelati;

protocollo di intesa con le Comunità Montane Valle del Giovenco e Valle Roveto e con il Comune di Avezzano per il progetto “Famiglie e Comunità Responsabili” , finanziato con il Fondo Lotta alla Droga;
protocollo di collaborazione con il Comune di Celano per il progetto “In...Sostanza”, finanziato con il Fondo Lotta alla Droga;
cooperazione con l’Associazione Regionale dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento - AR.C.A.T. Abruzzo;
protocollo di collaborazione con vari Enti per il progetto “PASS – Porta d’Accesso unica ai Servizi Sociali”;
partecipazione alle riunioni per la costituzione dell’Associazione dei gruppi di auto aiuto.

- Nell’ ambito del Ser. A. Chieti - ASL 102:
convenzioni con Comunità Terapeutiche.

- Nell’ ambito del Ser. T Vasto - ASL 103:
protocolli di collaborazione con i Clubs Alcolisti in Trattamento dei Comuni di Vasto, Lanciano e Casoli.

- Nell’ ambito del Ser.T L’Aquila - ASL 104:
convenzione riguardante il Progetto “Informalcol”;
collaborazione per il Progetto “Servizio Ascolto Famiglie”;
avvio delle attività del Progetto “Sportello di supporto alla famiglia e prevenzione delle devianze giovanili”;
realizzazione del Progetto “Per-corsi” in associazione con la ASL n. 1 di Avezzano-Sulmona;
convenzione con la Cooperativa Sociale “Progetto Salute” di L’Aquila per il Progetto “Alcol&Arte”.

- Nell’ ambito del Ser. A Pescara - ASL 105:
convenzione con l’Università per il tirocinio di psicologi ed assistenti sociali c/o il Servizio;
convenzioni con comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali;
protocollo con il Ministero della Giustizia per il reinserimento lavorativo dei soggetti ex detenuti.

REGIONE MOLISE

-Protocollo di collaborazione 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 e Alcol, Istituto Superiore di Sanità (con ruolo di supervisione tecnica e scientifica), Cooperativa Sociale “Ricerca e Progetto” (con il ruolo di

progettazione dell'intervento e coordinamento delle attività), teso a contrastare l'abuso di sostanze alcoliche, favorire una corretta informazione sull'uso di alcol, realizzare una rete locale e nazionale di supporto e comunicazione tra gli educatori e gli operatori sociali (Progetto *Andromede*).

REGIONE PUGLIA

- Protocolli di collaborazione tra i Ser.T ed i reparti di medicina degli ospedali.

- Protocolli di collaborazione con le Commissioni Mediche Locali per regolamentare le procedure di valutazioni dei soggetti alcolodipendenti relativamente al rilascio delle patenti di guida.

- Protocollo di collaborazione della ASL FG/3 con la Comunità Terapeutica semiresidenziale "S.C.S." di Foggia per l'avvio di un programma con finalità riabilitative e preventive per i soggetti ad alto rischio o già alcolodipendenti in remissione.

- Protocolli di collaborazione dell'ARCAT – Puglia con il Comune di Bari nell'ambito del Progetto "*Bari Sana*", oltre a collaborazioni per la promozione della salute sui problemi legati al consumo di alcol dei giovani e delle donne con le amministrazioni locali e con istituti scolastici di ogni ordine e grado in tutte le Province. Inoltre, protocolli di collaborazione sono stati avviati con l'Amministrazione penitenziaria per i problemi alcolcorrelati dei detenuti.

- Collaborazione del Policlinico di Bari con:

prefettura di Bari nell'ambito del Progetto del Ministero degli Interni "Risch'io" rivolto al bere giovanile;

ARCAT Puglia e APCAT Bari per la formazione, il trattamento e la Promozione della Salute;

Soc. It. di Alcologia per la ricerca, la formazione e gli interventi di Promozione della salute;

I.R.R.E. Puglia per la formazione del personale docente e la sensibilizzazione dei discenti;

U.O. di Medicina del Lavoro Ospedaliera Az.Osp. Osp. Consorziato Policlinico Bari;

Ass. "*Ciao Vinny*" per la sicurezza alla guida Bari.

REGIONE BASILICATA

- Protocollo d'Intesa con il C.A.T. nel territorio della ASL 1 di Venosa.

- Progetto “*Rete territoriale per l’alcolismo nella ASL 2*”.
- Protocollo d’Intesa tra Ser.T. di Lagonegro (PZ) e l’U.O. di Medicina dell’Ospedale di Lagonegro (PZ), al fine del trattamento congiunto/integrato (patologie alcolcorrelate e trattamento riabilitativo), nonché predisposizione di posti letto per ricovero.
- Incontri per azioni congiunte da mettere in atto in determinati periodi dell’anno in ambito zonale con la Prefettura di Potenza.
- Protocollo d’intesa tra il Ser.T. di Matera e l’ACAT di Matera.
- Protocollo d’intesa tra l’ASL n. 5 di Montalbano Jonico e l’ACAT “Magna Grecia”.
- Protocollo d’intesa tra l’ASL n. 5 di Montalbano Jonico e la Comunità Terapeutica “Exodus” di Tursi.

REGIONE CALABRIA

- Protocolli di collaborazione tra le Aziende Sanitarie Provinciali del territorio e gli Ospedali, i Comuni, e le Associazioni di auto mutuo aiuto.

REGIONE SARDEGNA

- Protocolli d’intesa con il Ministero della Giustizia per garantire l’erogazione dell’assistenza nei confronti delle 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.

6.1.8. 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

VALLE D'AOSTA

-Collaborazione con le Forze dell'Ordine, nel corso di sagre e feste, ai fini della sensibilizzazione ed informazione della popolazione sulla normativa relativa al tasso alcolemico, sugli effetti delle bevande alcoliche durante la guida e sull'uso dell'etilometro, con distribuzione di etilometri tascabili.

-Avvio della elaborazione di un protocollo d'intesa ai fini di prevedere delle sedute presso il Ser.T. per coloro i quali hanno avuto la sospensione della patente perché sorpresi alla guida in stato di ebbrezza.

P.A. BOLZANO

-Nell'ambito dell'ambulatorio Hands:

per quanto concerne il ritiro di patenti per guida in stato di ebbrezza, applicazione di un protocollo operativo elaborato in collaborazione con il Servizio di Medicina Legale per l'effettuazione di 590 colloqui;

svolgimento di incontri con la Commissione Patenti del Servizio di Medicina Legale dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, finalizzati ad un miglior coordinamento operativo tra i servizi ed una maggiore professionalità nell'inquadramento diagnostico;

organizzazione di una conferenza stampa, a cui hanno presenziato tutti i principali organi di informazione, per informare e sensibilizzare l'opinione pubblica sull'attività svolta e sulla problematica alcolica in ambito provinciale.

P.A. TRENTO

-Protocollo di intesa con la Commissione Medica Locale, per il quale tutte le persone fermate per guida in stato di ebbrezza sono tenute a presentarsi presso i Servizi di Alcologia per una consulenza alcolologica. In tale momento il Servizio di Alcologia propone a tutti anche la frequenza ad un ciclo di 3 incontri in cui si spiegano i pericoli della guida sotto effetto dell'alcol.

- Progetto “ *pub-disco*”.

REGIONE VENETO

-Prosecuzione delle attività di sensibilizzazione e informazione della popolazione giovanile e generale sul Codice della strada vigente, sul tasso alcolemico consentito durante la guida di veicoli e sugli effetti delle bevande alcoliche alla guida, con il coinvolgimento diretto delle Istituzioni dell’Amministrazione dell’Interno e/o Municipali, in particolare per l’utilizzo dell’etilometro.

-Rafforzamento nella maggior parte delle Aziende Ulss delle attività di collaborazione con la Commissione Medica Patenti per la valutazione e la certificazione di idoneità alla guida conseguente al ritiro della stessa per guida in stato di ebbrezza, attraverso l’attivazione di incontri formativi a frequenza obbligatoria precedenti la visita medica e l’inserimento nella commissione di personale medico specialistico in ambito alcologico.

-Consolidamento delle collaborazioni 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

-Effettuazione in tutte le Aziende Sanitarie di interventi di valutazione, sensibilizzazione ed educazione per le persone inviate dalle Commissioni Mediche Provinciali per le patenti, in base ai protocolli stipulati con le stesse. In particolare l’ASS n.1 “*triestina*” ha ideato e prodotto pubblicazioni , locandine e manifesti su alcol e guida in collaborazione con la Prefettura, il Comune e la Provincia di Trieste.

REGIONE LIGURIA

-Collaborazione di alcune ASL con l’Associazione delle autoscuole, con l’Associazione vittime della strada, con il settore trasporti della Provincia di Genova e con il Ministero della Giustizia, in relazione alle problematiche dell’utilizzo delle sostanze alcoliche alla guida e sulla sicurezza stradale.

-Nell’ambito della manifestazione “*Non solo calcio*”, collaborazione delle ASL con il corpo di Polizia municipale che ha acquistato un’unità mobile con etilometro e con la polizia stradale.

- Nell' ambito del Progetto “*Net Drug*” costituzione di un tavolo tecnico per il Progetto “*Città Sicure*” in cui siedono l'Assessore del Comune della Spezia, un rappresentante della Polizia di Stato, un rappresentante della Polizia Municipale del Comune di La Spezia, un' Assistente Sociale del NOT della Prefettura, alcuni operatori del Sert e del N.O.A. In tale sede si sono abbozzate alcune proposte di prevenzione al fine di migliorare la sicurezza urbana.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

-Attuazione delle procedure previste dalla Delibera di Giunta regionale n. 1423/04 che fornisce apposite “*Linee d'indirizzo alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna per la valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica*”, con la finalità di uniformare in ambito regionale le procedure adottate dalle Commissioni mediche locali nel formulare il giudizio di idoneità alla guida nei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica, indicare le modalità tecnico-organizzative idonee a definire gli eventuali percorsi di approfondimento diagnostico nei soggetti segnalati, qualora presentino situazioni a maggior rischio e comunque elementi riconducibili a patologie alcolcorrelate, accrescere il valore preventivo dell'intero percorso di valutazione, intensificando i momenti di informazione/educazione finalizzati a indurre nei soggetti segnalati la modificazione del comportamento a rischio.

Il Protocollo “Alcol e guida” prevede la presenza del medico alcolologo all'interno della Commissione Medica Locale e il coinvolgimento dei Centri alcolologici aziendali nell'attuazione dell'eventuale percorso di approfondimento diagnostico richiesto dalla Commissione.

- Nell'ambito del progetto regionale “Alcol e guida”, la AUSL di Modena ha svolto le seguenti azioni:

avvio della realizzazione di apposito materiale informativo di prevenzione alcolologica (opuscolo, disco orario) da consegnare su scala regionale ai neopatentati e agli utenti delle Commissioni Patenti;

formazione di operatori Sert da dedicare alla conduzione di gruppi info-educativi riservati agli utenti delle Commissioni patenti al fine di rafforzare la valenza preventivo-educativa del percorso di valutazione dell'idoneità alla guida.

REGIONE TOSCANA

-Collaborazione attraverso il CAR con l'Istituto Superiore di Sanità, per la realizzazione del materiale informativo rivolto sia alla popolazione generale sia ad un target specifico operante nel sistema sanitario o comunque nei contesti di promozione della salute (medici, infermieri, psicologi, ecc.) e le attività del Mese di Prevenzione.

- Collaborazione con il CCM (Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie) del Ministero della Salute.

- Collaborazione dei servizi alcolologici dell'Azienda USL 3 di Pistoia con la polizia municipale per la prevenzione e l'informazione in occasione delle manifestazioni del *Festival Blues*.

- Collaborazione dei servizi alcolologici dell'Azienda USL 6 di Livorno con la polizia municipale, con la Prefettura e i comuni per la realizzazione del progetto "*...con il camper*".

- Costituzione e formalizzazione, su iniziativa del Comune di Siena, di un gruppo di operatori in rappresentanza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese (Pronto Soccorso, Psichiatria Universitaria), dell'Azienda USL 7 di Siena (Sert, 118, Salute Mentale Adulti), Questura di Siena e poliziotti di quartiere, Comune di Siena (Assessorato Sicurezza Sociale), e rappresentanti di associazioni del Privato Sociale e del Volontariato.

- Collaborazione del Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda USL 8 di Arezzo con il SILB-Confcommercio, la Provincia, la Prefettura (Comitato Provinciale per l'Ordine e la Sicurezza Pubblica) e il Centro Servizi Amministrativi all'interno della scuola, nel progetto "Caschiamoci" e nel progetto "Alcol Droga e Guida".

- Partecipazione di operatori dei servizi alcolologici alla Commissione Medica Locale Patenti di Guida (CMLPG) di Firenze per gli utenti della strada che hanno contravvenuto all'art.186 e partecipazione attiva alla elaborazione di linee guida regionali per una uniformità di intervento e giudizio nelle varie CMPLG.

- Collaborazione del servizio alcolologico dell'Azienda USL 12 di Viareggio con l'Amministrazione Provinciale di Lucca, altri Ser.T della Provincia ed il Privato sociale attivo nel territorio versiliese (Ceis di Lucca), per iniziative di tipo formativo, epidemiologico e di ricerca nel settore delle dipendenze; collaborazione con l'Osservatorio Politiche Sociali e la partecipazione di alcuni operatori del servizio alle attività del Centro Studi e Documentazione provinciale sulle tossicodipendenze e l'emarginazione (CESDOP).

- Partecipazione agli incontri ed alle attività (giornata di studio sul tema "*Il gioco d'azzardo patologico tra teoria e percorsi assistenziali*") del "Forum provinciale permanente per la prevenzione delle dipendenze da sostanze psicoattive" (Protocollo d'intesa costitutivo del 19 maggio 2004) in collaborazione con la Prefettura di Lucca, l'Amministrazione provinciale ed altri Uffici, Enti ed agenzie pubbliche e private che operano in materia di tossicodipendenza nel territorio provinciale. Nell'ambito dello

stesso Forum è iniziato un lavoro di gruppo che coinvolge sia operatori socio-sanitari che forze dell'ordine sul tema "alcol e giovani".

REGIONE UMBRIA

-Approvazione del DGR 3 aprile 2002, n.405 "Legge 125/2001 – Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati – Protocollo patente" quale nuova procedura comune da utilizzare, su tutto il territorio regionale, per la formulazione, da parte delle Commissioni mediche locali, del giudizio medico-legale sulla idoneità psico-fisica alla guida dei veicoli a motore di soggetti che presentano patologie o problemi alcolcorrelati.

-Messa a regime del protocollo di collaborazione con la Commissione Provinciale Patenti di Perugia per la valutazione degli automobilisti sorpresi alla guida in stato di ebbrezza con la presenza in commissione di un alcologo per l'attività di certificazione.

- Attivazione del protocollo regionale per l'assistenza alcologica in carcere.

-Realizzazione di incontri con i ragazzi delle scuole che richiedono il patentino per la guida del ciclomotore, come previsto dal protocollo stipulato tra Asl, CSSA e le scuole del territorio provinciale secondarie e superiori.

-Costituzione di un tavolo permanente regionale previsto dal piano per la riduzione degli incidenti stradali del quale fanno parte la Regione dell'Umbria – Dipartimento Prevenzione, i Servizi di Alcologia, i Servizi di Prevenzione e i Servizi di formazione ed educazione alla salute delle Aziende Sanitarie. Si sono costituiti tre diversi gruppi di lavoro. Il primo si occupa di rivedere il protocollo patenti guida per le persone segnalate secondo l'art. 186 del codice della strada. Sono stati presi accordi con le commissioni mediche locali patenti guida e con la Prefettura per rendere il percorso più efficace in termini di prevenzione. Il secondo gruppo sta preparando un corso di sensibilizzazione degli istruttori delle scuole guida che sono già state coinvolte. Il terzo gruppo si occupa di progettare le attività di promozione della salute nelle scuole, cercando di rendere omogenea la modalità di approccio a livello regionale. A tal fine si è costituito un tavolo Interistituzionale che coinvolge la Regione, le Asl, l'Ufficio Scolastico Regionale e l'Inail.

REGIONE MARCHE

-Prosecuzione della collaborazione con le Forze dell'ordine per la sensibilizzazione e informazione della popolazione giovanile sulla normativa relativa al tasso alcolemico correlato agli effetti dell'alcol alla guida.

REGIONE ABRUZZO

- Nell' ambito del Ser. A. Avezzano - ASL 101:
collaborazione con il Comune di Avezzano, con organizzazione di serate di prevenzione fuori dalle discoteche, nei fine settimana;
svolgimento di una giornata di prevenzione degli incidenti stradali, in collaborazione con "Autostrada dei parchi" all'interno di spazi di ristoro;
invio di una lettera a tutti i Sindaci dei Comuni e a tutti i Presidenti delle Pro Loco della Marsica, per invitarli a non sponsorizzare manifestazioni che prevedano l'uso di bevande alcoliche e a favorire l'organizzazione di feste e manifestazioni analcoliche, soprattutto rivolte ai giovani.

- Nell' ambito del Ser.A. Pescara - ASL 105:
informazione e coinvolgimento in iniziative di sensibilizzazione/informazione in particolare su alcol e guida.

REGIONE MOLISE

-Interventi informativi e progettuali sui temi alcolcorrelati legati alla sicurezza nella guida.

REGIONE PUGLIA

-Iniziativa della ASL FG/1, comprensorio di San Severo, dove, in collaborazione con la Polizia Stradale, è stata svolta una campagna annuale di sensibilizzazione e prevenzione sui rischi relativi ad alcol e guida".

-Iniziativa dell'Azienda Ospedaliera "Consortiale-Policlinico" per il tramite della propria Unità di Alcologia, che ha sviluppato, in collaborazione con la Fondazione "Ciao Vinny", un progetto di sensibilizzazione rivolto ai giovani sulla sicurezza alla guida.

REGIONE BASILICATA

-Svolgimento di una giornata informativa sull'alcol rivolta agli esaminandi per la patente di guida in collaborazione con il Comune e la Motorizzazione Civile.

-Partecipazione degli operatori dei Ser.T. al Corso di preparazione per acquisizione della patente di guida ciclomotori.

-Elaborazione dell'opuscolo "*Una guida per una guida sicura*" sugli effetti delle bevande alcoliche sulla guida.

- Realizzazione del Progetto "*Alcol e guida*".

REGIONE CALABRIA

-Nell' ambito della ASP di Cosenza e della ASP di Catanzaro realizzazione del Progetto di prevenzione sugli incidenti stradali "*Non ci casco più*".

REGIONE SARDEGNA

-Collaborazioni con le Prefetture e le Forze dell'ordine per le verifiche tossicologiche previste dal Codice della strada.

6.1.9. ATTIVITÀ O PROGETTI MESSI IN ATTO PER ASSICURARE LA SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

VALLE D'AOSTA

-Avvio di un progetto con l'obiettivo di predisporre azioni coordinate ed integrate in materia di tutela della collettività dai rischi sanitari negli ambienti di lavoro, con particolare riferimento all'abuso di alcol. Il Progetto vede impegnati il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento di Salute Mentale e il Ser.T. dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

REGIONE LOMBARDIA

-Realizzazione di 30 iniziative, con il coinvolgimento di circa 9.000 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*", in collaborazione tra l'Associazione Hands e l'Associazione "Forum Prevenzione", finalizzato a incrementare le competenze comunicative dei responsabili aziendali per il personale per affrontare meglio le situazioni problematiche collegate al consumo di alcol in ambito lavorativo. Il progetto è una attività ordinaria di informazione-prevenzione che l'associazione Hands mette a disposizione degli operatori economici locali.

P.A. TRENTO

-Prosecuzione da tre anni dello svolgimento di 4 ore di sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati nel corso base per gli RLS (Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza) e gli RSPP (Responsabili del Servizio Prevenzione e Protezione).

-Conclusione del progetto "*Alcol e lavoro nel pubblico impiego*", rivolto alle fasce di lavoratori dell'amministrazione pubblica considerate a maggior rischio di consumo di alcolici (dipendenti del Servizio Bacini Montani, del Servizio Strade e del Servizio Foreste).

REGIONE VENETO

-Consolidamento nella maggior parte dei Dipartimenti per le Dipendenze delle attività programmate in ambito di sicurezza sui luoghi di lavoro con il coinvolgimento di target diversi: lavoratori, datori di lavoro, delegati sindacali, medici del lavoro, addetti alla sicurezza, associazioni di categoria, nei luoghi di lavoro. Le attività principali, comprendenti il *counselling*, la formazione e la sensibilizzazione dei target specifici, sono state finalizzate alla prevenzione dei rischi infortunistici e delle malattie professionali correlate all'uso di bevande alcoliche. Generalmente la realizzazione dei progetti in ambito lavorativo si è avvalsa di una rete di collaborazioni con i servizi SPISAL e i Servizi di Integrazione Lavorativa (SIL).

REGIONE FRIULI –VENEZIA GIULIA

-Nell' ambito della ASS n.1 "Triestina" realizzazione da parte dei medici del lavoro e del Dipartimento di Prevenzione di una locandina ed un pieghevole sull'art.15 della legge 125/2001 e sull'intesa Stato Regioni marzo 2006 sull'individuazione delle lavorazioni a rischio.

REGIONE LIGURIA

-Nell' ambito della Asl 2 Savonese è stato avviato un progetto per la "sicurezza nei cantieri edili" per la sensibilizzazione rispetto all'uso e abuso dell'alcol nei posti di lavoro.

-Nell' ambito della Asl 3 Genovese è stato avviato un progetto con la dirigenza sindacale sulla tematica dell'alcol quale fattore di rischio negli ambienti di lavoro in particolare per le aziende dell'indotto del porto di Genova; inoltre è stato operativo un gruppo di lavoro interno alla ASL con la partecipazione di diversi servizi per l'attuazione delle direttive della L. 125 /2001 in merito alla sicurezza nei luoghi di lavoro e al rischio correlato all'uso di bevande alcoliche durante l'attività lavorativa.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

-Implementazione del Progetto regionale "*Alcol e Lavoro*", coordinato dall'AUSL di Modena, finalizzato alla prevenzione e riduzione delle problematiche alcolcorrelate negli ambienti di lavoro.

Gli obiettivi del Progetto sono:

la costituzione di un gruppo di coordinamento regionale "Alcol e Lavoro" presso l'AUSL di Modena, per la ricerca, la programmazione, l'intervento in tema di prevenzione dei problemi alcolcorrelati negli ambienti di lavoro; la definizione di

modelli di intervento, con predisposizione di strumenti e materiali, per l'attuazione di progetti di prevenzione dei problemi alcolcorrelati negli ambienti di lavoro; favorire in ambito regionale la costituzione, in ogni AUSL aderente al Progetto, di una *équipe* multidisciplinare con il compito di realizzare e gestire gli interventi di prevenzione nelle aziende del territorio di riferimento; formare gli operatori che costituiscono le *équipes* di progetto; fornire il supporto tecnico-professionale-scientifico per l'adozione e l'attuazione dei progetti regionali (compresa la fornitura di un kit operativo da utilizzare); lo sviluppo della fondamentale integrazione e collaborazione tra servizi Dipendenze Patologiche (Ser.T) e Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL).

-Realizzazione, nell'ambito dell'Azienda USL di Modena, di un corso di aggiornamento (accreditato ECM) rivolto ai Medici competenti locali *“Stili di vita e ambienti di lavoro -Le problematiche legate ai comportamenti individuali (fumo, alcol, droghe) e l'idoneità lavorativa”*.

REGIONE TOSCANA

-Prosecuzione e conclusione, in qualità di Regione capofila, di un progetto pilota nazionale sulla prevenzione dei rischi alcolcorrelati nei luoghi di lavoro denominato: *“Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell'uso inadeguato di alcol, diretto al personale di aziende”*.

Le Regioni coinvolte sono state Valle D'Aosta, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Abruzzo, Calabria, Sicilia, Umbria, Provincia Autonoma di Bolzano. Il progetto è stato gestito in collaborazione con le Organizzazioni Sindacali, con le Associazioni dei datori di lavoro (Confindustria), e ha coinvolto i servizi pubblici per le Dipendenze, i Dipartimenti della Prevenzione nei luoghi di lavoro, le Associazioni e i gruppi di auto-aiuto.

Nella Regione Toscana il progetto ha coinvolto 5 aziende di grandi dimensioni e le attività hanno interessato circa 5000 lavoratori.

Il progetto ha favorito l'adozione da parte della Conferenza Stato Regioni dell'atto di Intesa del 16 marzo 2006 sull'individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi.

-Partecipazione dei servizi alcologici dell'Azienda USL 1 di Massa al progetto regionale *“Rilevamento dei determinanti oncogeni su luogo di lavoro (fumo, alcol, alimentazione)”*.

- Attuazione da parte dei servizi alcologici dell'Azienda USL 7 di Siena di un progetto in collaborazione con la Medicina del Lavoro rivolto agli apprendisti.

- Realizzazione da parte dei servizi alcolologici dell'Azienda USL 8 di Arezzo della prima fase di un progetto in collaborazione con la Provincia per la sensibilizzazione di operatori provinciali (Polizia forestale e cantonieri) alla guida di mezzi provinciali.

REGIONE UMBRIA

-Progetto "*Alcol e lavoro*" del Servizio Territoriale per l'alcolologia dell'Asl n.2 insieme al Dipartimento di Prevenzione presso la GESENU.

REGIONE MARCHE

-Nell'ambito del Progetto Interregionale "*Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell'uso inadeguato di alcol, diretto al personale dipendente di aziende*", attuazione dell'iniziativa denominata "*Il lavoro alla guida e l'alcol*" diretta al personale dipendente del settore trasporti. Il progetto si è concluso con la presentazione dei risultati al convegno regionale che si è tenuto a Pesaro nel dicembre 2006.

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 dell'Azienda USL .

REGIONE PUGLIA

- Partecipazione della Regione Puglia al Progetto nazionale "*Alcol e lavoro*" :
Nello specifico il Ser.T di Brindisi, nella realizzazione della fase operativa del progetto, ha operato presso la sede della Exxon Mobil Chemical Film Europe di Brindisi. I professionisti del Ser.T, insieme con un medico dello SPESAL, hanno tenuto incontri di formazione e sensibilizzazione sui danni alcolcorrelati con il personale della suddetta azienda. Nell'ambito degli incontri sono stati somministrati questionari per la rilevazione delle percezioni, successivamente inviati alla Regione Toscana, capofila del progetto. E' stato inoltre distribuito ai lavoratori del materiale informativo, opportunamente predisposto nell'ambito del progetto. La Sez. dip. N.1 – ASL FG/1 di San Severo ha svolto un "programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza

finalizzato alla prevenzione dell'uso inadeguato di alcol, diretto al personale dipendente di aziende", con contestuale costituzione di un Gruppo di lavoro aziendale "Alcol e lavoro".

-L'Unità di Alcolologia dell' Azienda Ospedaliera "ConSORZIALE-Policlinico" ha sviluppato un Progetto in collaborazione con l'Unità Ospedaliera di Medicina del lavoro della medesima Azienda Ospedaliera per l'individuazione del bere a rischio nel personale dell'azienda Policlinico.

REGIONE BASILICATA

-Collaborazione con i medici del lavoro riguardo alle azioni di prevenzione sull'uso dell'alcol nei luoghi di lavoro. A tal proposito è stato elaborato congiuntamente un questionario da somministrare ai lavoratori da parte dei medici competenti.

REGIONE CALABRIA

-Nell' ambito dell' Azienda Sanitaria Provinciale Reggio Calabria, prosecuzione del Progetto triennale 2004/06 "*Lavoro e Disagio: il Delegato sociale*" di concerto con il Ministero del Lavoro ed il coordinamento del CEIS Reggio Emilia.

-Nell' ambito dell' Azienda Sanitaria Provinciale Cosenza prosecuzione del Progetto Nazionale "*Alcol e lavoro*" coordinato dalla Regione Toscana.

REGIONE SARDEGNA

-Finanziamento di diversi progetti di intervento per le problematiche alcol-correlate nei luoghi di lavoro. In particolare nelle Asl n. 1 di Sassari, n. 2 di Olbia e n. 6 di Sanluri sono stati programmati interventi, in collaborazione con Imprese, Aziende e Società, finalizzati ad evidenziare i rischi derivanti dal consumo di bevande alcoliche all'interno degli ambienti di lavoro.

6.1.10. PROVVEDIMENTI ADOTTATI PER ASSICURARE L'EROGAZIONE A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DEI FARMACI PER TERAPIE ANTIABUSO O ANTICRAVING DELL'ALCOLISMO

VALLE D'AOSTA

-Somministrazione e prescrizione di farmaci per le terapie antiabuso ed anticraving dell'alcolismo, a livello prevalentemente ambulatoriale, da parte del Ser.T., a carico del Servizio Sanitario Regionale.

P.A. BOLZANO

-Nell'ambito dell'Ambulatorio Hands ulteriore incremento rispetto all'anno precedente degli interventi della figura infermieristica nella gestione della somministrazione farmacologica ambulatoriale di farmaci avversivanti, *anticraving*, nonché di altre terapie farmacologiche di supporto, alcoltest nell'espilato 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.

P.A. TRENTO

-Prescrivibilità del farmaco *Etiltox* a carico del Servizio Sanitario Nazionale (non è mai stato usato, per scelta terapeutica dei servizi di Alcolologia, 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

-Prosecuzione presso gli ambulatori delle aziende sanitarie della distribuzione gratuita di farmaci antiabuso o *anticraving* (Antabuse).

REGIONE LIGURIA

-Prosecuzione dell'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale delle terapie *anticraving* e antiabuso. Per aumentare la sicurezza clinica alcuni Dipartimenti hanno svolto questa attività monitorando regolarmente con l'etilometro il tasso alcolico dei pazienti.

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 alcoliche 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

-La Regione Lazio eroga, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, farmaci utili per il trattamento dell'abuso e del *craving* per l'alcol.

REGIONE MOLISE

-Prosecuzione dell'erogazione delle terapie antiabuso o *anticraving* dell'alcolismo a carico del SSN.

REGIONE PUGLIA

-Erogazione di terapie *anticraving* dell'alcolismo da parte di tutte le ASL della Regione, in forma coordinata con altri servizi specialistici, a totale carico del Servizio Sanitario Regionale.

REGIONE BASILICATA

-Attuazione di protocolli terapeutici tesi a favorire l'immediato e corretto accesso ai farmaci antiastinenziali e/o *anticraving* per l'alcolismo presso il Ser.T.

-Collaborazione con i reparti ospedalieri per la disponibilità di farmaci antiabuso o *anticraving* per l'alcolismo e l'avvio della terapia farmacologica.

REGIONE CALABRIA

-Erogazione dei farmaci per terapie antiabuso ed anti *craving* da parte di tutti i servizi che trattano alcolodipendenti, a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Viene garantita presso gli Istituti di pena l'assistenza socio-sanitaria a cura dei Ser.T. e delle Unità Alcolologiche.

REGIONE SARDEGNA

-Erogazione in tutte le ASL dei farmaci per le terapie antiabuso dell'alcolismo a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

6.1.11. PROGETTI O INIZIATIVE DI PARTICOLARE RILEVANZA REALIZZATI DALLE REGIONI IN ADESIONE AGLI ORIENTAMENTI E AI PRINCIPI DELLA LEGGE 125/2001

P.A. BOLZANO

-Campagna provinciale triennale di prevenzione con lo slogan “*Sai quando basta*“, focalizzata per l’anno 2006 sul tema “*Alcol alla guida di veicoli*”, con interventi di tipo mediatico e informativo.

-Emanazione di un “*Regolamento comunale*” in materia di alcol, in attuazione della legge provinciale 18.05.2006 n. 3 “*Interventi in materia di dipendenze*”, con la quale è stato introdotto il divieto di vendita di bevande alcoliche ai minori di 16 anni anche nei supermercati ed esercizi similari ed è stata regolamentata la collocazione separata, in questi luoghi di vendita, delle bevande alcoliche rispetto alle altre bevande.

Con tale regolamento i Sindaci dei Comuni dell’Alto Adige possono adottare misure restrittive per il rilascio delle autorizzazioni relative alla pubblicità delle bevande alcoliche in tutte le strutture, impianti sportivi e manifestazioni, alle iniziative di riduzione temporanea dei prezzi delle bevande alcoliche rispetto alle tabelle ufficiali, alle iniziative promozionali in luoghi pubblici e in occasione di pubbliche manifestazioni, anche ricreative.

-Progetto transfrontaliero, finanziato dal Fondo Sociale Europeo, per lo sviluppo di una rete di gruppi di auto-aiuto a conduzione professionale (psicologi e psicoterapeuti) per familiari di alcolisti e farmacodipendenti.

-Progetto “*Collaborazione con i medici di base*”, programmato per il periodo 2006-2008 e finalizzato, tramite contatti anche diretti con i singoli medici di base, a sensibilizzarli riguardo ai trattamenti terapeutici offerti dai servizi alcolologici, a motivarli ad indirizzare i pazienti ai servizi territoriali, ad elevare il grado di conoscenza dei servizi e a migliorare la collaborazione.

REGIONE FRIULI -VENEZIA GIULIA

-Istituzione di un Tavolo Tecnico Regionale sulle problematiche dell’alcol per sostenere l’attuazione della legge 125/2001.

-Progetto “*REALWELCOM-La rete alcolologica per il welfare comunitario: un modello di mix*”, realizzato dalla Azienda USL n. 5 “*Bassa Friulana*” con l’obiettivo di riorientare, consolidare e sviluppare la rete alcolologica territoriale, migliorare le sinergie tra le agenzie già esistenti sul territorio assumendo come riferimento metodologico

l'approccio ecologico-sociale (metodo Hudolin) e costituire un nuovo modello gestionale per la realizzazione di interventi efficaci in termini di educazione, trattamento e riabilitazione individuale e familiare.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- Prosecuzione del Progetto regionale per la costruzione di un sistema informativo sui problemi alcolcorrelati in Emilia Romagna, in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna (Osservatorio per le dipendenze patologiche) e l'Azienda USL di Piacenza (Sert-Centro alcologico), già avviato nel 2005 e che nel 2006 ha previsto la formazione degli operatori degli osservatori epidemiologici in capo ai Sert e la raccolta di dati secondo il programma di lavoro regionale.

- Pubblicazione del "Rapporto 2006 sulle dipendenze in Emilia-Romagna" da parte dell'Osservatorio regionale, con una specifica sezione dedicata all'alcol.

REGIONE MARCHE

- Progetto "*Il Lavoro alla guida e l'Alcol*", attivato nell'ambito del progetto nazionale "*Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza per la prevenzione dell'uso inadeguato di alcol nei luoghi di lavoro*", promosso e finanziato dal Ministero della Salute con le risorse del Fondo nazionale per la lotta alla droga e coordinato dalla Regione Toscana, che ha come target il settore lavorativo dei trasporti ed è stato attuato con il coinvolgimento delle Associazioni di categoria e delle Organizzazioni Sindacali.

REGIONE LAZIO

- Prosecuzione del progetto pilota (primo progetto dell'Europa occidentale) per la determinazione della prevalenza della sindrome feto alcolica (FASD) nella popolazione generale a rischio, con l'avvio della realizzazione di un osservatorio e l'attivazione di un registro regionale presso il Policlinico Umberto I di Roma.

REGIONE MOLISE

- Progetto "*Questa notte guidavo io*", finalizzato alla sensibilizzazione dei gestori dei locali affinché proponano ai gruppi di utenti che utilizzano un'automobile l'individuazione di una persona che si astenga dal consumo di alcol per fare da autista e garantire una guida sicura per il rientro.

Progetto “ *Misura la tua alcoemia*”, finalizzato ad accrescere, con l’ausilio dell’uso dell’etilometro, le conoscenze sulla correlazione tra alcol assunto ed alcoemia raggiunta.

-Prosecuzione del progetto “ *Andromede* ”, finalizzato a conoscere gli stili di vita e di comportamento dei giovani di 14-18 anni, e a diffondere la cultura del bere responsabile attraverso incontri mirati di sensibilizzazione per il target specifico e l’intera comunità locale.

-Progetto “ *Seneca*”, destinato agli insegnanti e ai giovani studenti di 14-19 anni , che prevede l’adozione di strategie educativo-promozionali basate sulle *life-skills*.

-Progetto “ *Nuovi sentieri*”, destinato a tutta la popolazione al di sopra dei 14 anni per l’informazione dei gruppi e dei singoli e per la riduzione del danno.

REGIONE CALABRIA

-Progetto di prevenzione “ *White lady*”, per la prevenzione dell’abuso di alcol tramite l’utilizzo di etilometri portatili nell’ambito di luoghi quali discoteche, pub e locali notturni, con lo specifico intento di sviluppare un processo di consapevolezza sul concetto di benessere e salute, di ridurre il consumo di bevande alcoliche e delle nuove sostanze d’abuso, di sensibilizzare i giovani ad adottare stili di guida sicura, di aumentare il livello di sicurezza nelle discoteche, di fornire agli operatori dei servizi preposti un’analisi specifica e approfondita del fenomeno, anche per migliorare la qualità delle risposte.

REGIONE SICILIA

-Prosecuzione delle attività relative alla collaborazione al progetto nazionale promosso e finanziato dal Ministero della Salute “ *Impatto dei problemi e delle patologie alcol-correlate nella popolazione afferente alle aziende sanitarie locali e ospedaliere: epidemiologia, valutazione dei programmi di trattamento e costi*” .

REGIONE SARDEGNA

-Attivazione di un Gruppo di lavoro regionale sull’alcol, che ha prodotto un Piano operativo confluito nel “ *Programma regionale di interventi nel settore delle dipendenze*”, successivamente approvato dalla Giunta Regionale. Tale programma prevede l’individuazione di una équipe alcolologica in ciascun Servizio per le Dipendenze, la formazione continua per il personale dell’équipe, l’integrazione

dell'équipe con le altre strutture dell'Azienda USL, con i reparti ospedalieri, con i medici di Medicina generale e le associazioni di auto-mutuo aiuto per attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti alcolisti e delle loro famiglie, la valutazione continua delle attività, la formazione del personale ospedaliero sulle problematiche alcolcorrelate.